

# Familjeterapi

Några dagboksanteckningar från Nordisk kuratorskongress i Helsingfors 21—23 maj 1970

## Kerstin Bohm

## Helena Nilsson

Olika infallsvinklar på familjeterapi var huvudämnet vid den Nordiska kuratorskongressen i Helsingfors i maj 1970. Intrycket från denna kongress förmedlas i denna artikel av kuratorerna Kerstin Bohm vid familjerådgivningsbyrån och Helena Nilsson vid infektionskliniken vid Allmänna sjukhuset i Malmö.

Torsdag fm.

### En tonårspoliklinik

Före kongressens officiella öppnande ägnades fm åt studiebesök på några olika kliniker och institutioner, varvid de ca 100 deltagarna uppdelades i grupper allt efter intresse och önskemål. Vi båda såg på tonårspolikliniken vid Aurora sjukhus och en av stadens många familjerådgivningsbyråer.

Tonårspolikliniken startade sin verksamhet 1.1.70 och behandlar ungdomar mellan 12—21 år företrädesvis mellan 16 och 18 år. Kliniken förestås av en psykiater och i teamet ingår dessutom pediatriker, psykolog, kurator, sjuksköterska och deltidsanställd gynekolog. Då kliniken är knuten till Aurora sjukhus har den dessutom samma möjlighet som övriga kliniker att konsultera sjukhusets samtliga specialavdelningar. De flesta ungdomar som söker kliniken — knappt 200 på 5 månader — är sådana med i huvudsak neurotiska konflikter, som ofta uppträder under puberteten. Psykofarmaka ordineras i mycket lite utsträckning och behandlingen är företrädesvis inriktad på s. k. kristerapi — individuell och i grupp — under oftast relativt kort tid. En del ungdomar erbjuds även ingå i en s. k. social club, där man träffas en gång i veckan och har ca 10 medlemmar. Pediatrikerns

huvudsakliga arbetsuppgift är att behandla ungdomar med psykosomatiska sjukdomar och tillväxt- och endokrina rubbningar. Förutom den rent somatiska behandlingen ägnas mycken tid åt att lära ungdomarna att acceptera och anpassa sig till sina olika kroppsliga störningar.

Till kliniken söker såväl skolungdom som förvärvsarbetande ungdomar och alla samhällsklasser är representerade. Att dessa ungdomar i pubertetskriser har haft en möjlighet att få en "egen" klinik med kort väntetid beror i hög grad på att det ungefär samtidigt startades en special klinik för ungdomar med alkohol- och narkotikabesvär i Helsingfors.

### Familjerådgivningsbyrån

Familjerådgivningsbyrån blev vårt nästa mål. Denna byrå var knuten till barnskyddsverket och ingick som en komponent i den service som de barnavårdande myndigheterna erbjuder Helsingforsborna. Den har drivits i 5 år och tillkom i samband med en analys av multiproblemfamiljer och deras olika behov av hjälpåtgärder. Till byrån är knutna 4 familjerådgivare, som har vardera 20—30 familjer under behandling per år. I samband med att personalen utökats finns det också möjlighet för äkta makar att söka byrån direkt för sina

relationsproblem. Byråns socialarbetare samarbetar med barnskyddsverkets socialmedicinska avdelning, där både läkare och psykologer ingår i teamet. Behandlingen har tidigare varit utsträckt under 1—3 år, men har här liksom på många övriga områden alltmer inriktas på intensiv korttidsterapi. Familjerådgivningsarbetet på denna byrå har upprättats efter svenskt mönster, men har därtill fått en mera praktisk utformning och familjerådgivare fungerar som någon slags "koordinatorer" mellan olika institutioner och myndigheter, som är inkopplade på de aktuella fallen. Bl a arbetar man med speciella hemvårdarinnor som fungerar som "hemma hos"-terapeuter under högst 14 dagar i sträck hos familjer i akuta krissituationer. Starka önskemål fanns om att få ett par hemvårdarinnor med specialutbildning knutna direkt till byrån för att i största möjliga mån snabbt kunna hjälpa till där så behövdes.

*Dagens reflexion:* Största behållning gav besöket på tonsårspolikliniken, som förmedlade en varm atmosfär och där en positiv anda syntes förhärskande. Inte minst glädjande var upplevelsen av att här fanns en behandlingsmöjlighet för de ungdomar som annars gärna kommer i "kläm" mellan barn- och vuxenpsykiatri och också får stå tillbaka för de ungdomar, som har mera utav manifesta sociala anpassningsproblem.

Fredag fm.

### **Familjefunktionen**

Professor Kalervo Kinanen, chefspsykiater i Hammington, Kanada, inledde med en ledig framställning av familjeterapi sett ur historiskt, nu och framtidsperspektiv. Familjeterapi ansåg han vara en av många arbetsmodeller, som allra först praktiserades utan socialarbetare och som först under senare år blivit en behandlingsform inom läkarkåren. Denna nya arbetsmetod har haft många och stora framgångar, men dessa får inte förblinda oss till att tro att vi har nått "målet" när det gäller effektiva metoder att hjälpa enskilda

människor och grupper av individer. En av de stora olösta frågorna rör det faktum att vi inte har någon universalt accepterad teori om en "normal" familjefunktion. Alla de olika referenssystem som upprättats har sina brister, men föredragshållaren själv använder gärna som arbetsmodell den "interaktionsteoretiska" referensramen, som lägger huvudvikten vid samspelet mellan individerna och hur olika rollförväntningarna hjälper till att forma vår "personlighet". Inom familjen både väcks och tillfredsställes många av våra fundamentala behov. Den lilla familjen är en starkt laddad emotionell enhet, som är mycket sårbar för förändringar, sjukdomar och handikapp. Familjens liv är en process och liksom den enskilda individen strävar den efter att upprätthålla jämvikten. Detta jämviktsläge kan aldrig vara statiskt utan förblir i ständig utveckling allt eftersom familjens behov förändras. Familjen genomgår olika "åldrar" och det föräldrabeende som t ex var adekvat i småbarnsfamiljen är otillfredsställande, när barnen kommit i skolåldern. Samspelet inom familjen sker genom verbal och icke verbal kommunikation och här uppstår några anledningar till missförstånd genom att "budskapet" inte går fram t ex p g a tvetydighet eller motsägelsefullhet. Varje familj upprättar gärna sina kommunikationsregler och bristande anpassning till regler kan leda till allvarliga problem.

Som prof. Kinanen såg det blev terapeutens viktigaste funktion att hjälpa familjen fram till en mer öppen kommunikation på såväl det verbala som icke verbala planet. Detta just därför att det visat sig att familjer med ett väl utvecklat kommunikationssystem har visat sig bättre integrerade och därmed bättre kunnat klara sjukdomar och kriser av olika slag.

För terapeuten gäller det att själv vara öppen och ärlig i kontakten med klienterna. Han bör dessutom vara "aktiv" och konkret och i huvudsak inriktad på "här- och nu"-upplevelsen.

### **Psykiatrisk familjeterapi**

Nästa föredragshållare var professor Yrjö Alanen, överläkare vid psykiatriska sjukhuset i Åbo. Han

talade över ämnet familjeterapi i psykiatriskt arbete och redogjorde för olika former härför, varvid vi upplevde att hans egen praktiserade sk familjesamterapi var av särskilt intresse. Uttrycket familjesamterapi har formulerats av prof. Alanen och innebär att hela familjen samtidigt kommer till behandling. I annan gängse familjeterapi förekommer ju ofta att olika familjemedlemmar går i behandling under skilda terapitimmars, t ex föräldrar och barn för sig. Till tekniken påminner denna vårdform mycket om grupperapi men innehållsmässigt liknar den mycket individualterapi, då behandlingsobjektens psykologiska behov, målsättning och försvarsmekanismer på många sätt är sammanfogade till ett gemensamt system. Terapeutens viktigaste uppgift blir att få till stånd en utvecklingsprocess och denna underlättas inte minst för den sk "identifierade patienten" (den för vilken vård sökes) genom samterapi. Men samtidigt hjälper denna behandlingsform också övriga familjemedlemmar fram till en generell psykisk mognad genom lösandet utav gemensamma problem. Prof. Alanen tog sedan upp vilka typer av störningar som han ansåg lämpade sig bäst för familjesamterapi, för naturligtvis har denna behandlingsform sin begränsning liksom även psykoanalytiskt orienterad individualterapi inte passar för alla patienter. Då det gäller neurotiska störningar tillrådde han stor försiktighet med användandet av metoden, även om också där finns undantag. Speciellt indicerat med familjesamterapi ansåg prof. Alanen det vara vid behandling av barn, schizofrena patienter, narkomaner, alkoholister, "självordskandidater" och ungdomar med anpassningssvårigheter. Föredragshållaren hade själv rik erfarenhet och goda resultat från behandlingen av schizofrenipatienter i samterapi. De anhörigas reaktion då någon insjuknar är ofta starkt ångestladdad och genom att betrakta patienten som dels "sjuk" och dels "skuld till" den då uppkomna besvärliga familjesituationen förlänges och förstärkes ofta det psykotiska tillståndet. Terapisituationen som sådan ger redan den pat. en betydelsefull impuls att komma ur den autiska upplevelsevärlden.

Prof. Alanen betonade att i dagens samhälle

kan familjeterapi inte vara en exklusiv specialitet för enbart psykiater utan den bör bedrivas också utav härför skolade socialarbetare. För alla yrkeskategorier betonade han vikten utav supervision och kontinuerlig fortbildning inom utvecklingen på området. Föredragshållaren ville gärna se det ökade intresset för familjeterapi som ett hoppin-givande tecken på ökat mänskligt medansvar.

Fredagseftermiddagen fick en mera praktisk inriktning, då företrädare för olika "skolor" inom familjeterapin redogjorde för konkreta behandlingsfall från sina resp. arbetsområden. Dessa tillämpningsfall utgjorde en god avvägning mot fm:s mera teoretiska utformning. En levande framställning utav en terapeuts funktioner i samterapi fick vi vid det sociodrama som senare på dagen framfördes utav en "familjegrupp".

Dagens officiella del avslutades med ett besök på försäkringskassans rehabiliteringscentral, där det gavs en kort framställning utav verksamheten och möjlighet till frågor erbjöds.

*Dagens reflexion:* Denna dags behållning var upplevelsen av att även om inte familjeterapi är någon "frälsningslära" på psykoterapins område, så är det i alla fall en relativt ny och mycket lovande behandlingsform. Särskilt glad blev man över de olika föredragshållarnas betoning utav "här och nu"-situationen, vilken befriar terapeuten från det många gånger tidskrävande upptagandet av ibland irrelevanta data. De bakgrundsfaktorer — ofta traumatiska — som påverkar klientens "här och nu"-upplevelse kommer ändå till uttryck under det terapeutiska samtalet.

Lördag fm.

### **Identitetens betydelse**

Lördagens program inleds med ett föredrag utav med.lic. Vappu Taipala, barnpsykiater i Helsingfors, över ämnet "Identiteten — den jagsamlade kraften". Hon uppehöll sig mest kring olika historieforskarens analys av hur människans individuella identitet utformats. Begreppet individuell

identitet uppstod först efter medeltiden. Dessförinnan talade man bara om kollektiv identitet som medlem av kyrkan, en "stam", en yrkesgrupp eller ett land. Jag-identiteten skiljer sig mycket mellan olika kulturer t. ex. mellan den kinesiska och den västerländska. Identiteten uppkommer och utformas genom en grundtillit resp. grundmisstro under barndomen, och en sund identitet skulle då innebära att individen kunnat lösa sin tidigare barndoms problem och är mogen att möta vuxenvärldens utmaningar. Föredragshållaren uppehöll sig sedan speciellt vid de perioder under barn- och ungdomstiden, som ansetts särskilt viktiga för uppbyggandet utav identiteten. Dessa tankegångar av företrädesvis analytisk karaktär var för oss inte okända och har under senare år ofta belysts i litteraturen.

### Kristeorier

Kongressens officiella del avslutades med ett synnerligen givande föredrag av fil.mag. Ingalill Österberg, ledande psykolog vid Alkoholkliniken i Helsingfors. Hon talade över ämnet "Kristeorier" och inledde med en besk kritik av läkares, psykologers och socionomers användande av en kränkande och sårande terminologi i vårdarbetet, som inte är förenlig med uppgiften att hjälpa och vårda människor. Hon visade på hur vi alla var mer eller mindre offer för ett diagnostiskt system, där den hjälpande och behandlande funktionen kommit i skymundan. Dåliga behandlingsresultat skylls på klientens "diagnos" och därigenom har vi undsluppit att betrakta vårdarnas kompetens och attityder.

"Kristeorin" har blivit välkommen inte minst därför att den använder sig av en "neutral" terminologi. Skillnaden mellan problem och kris ligger däri att problem löser vi genom mobiliserandet utav redan tillgängliga resurser och beteendemöster medan vi för att lösa en kris måste öka vår kunskap och finna nya former för vårt handlande.

Krisen är ingen sjukdom och den har ofta en varaktighet på en till sex veckor. Då krisupplevelsen är som maximalast är hjälpbehovet och möjligheter till förändringar som störst. Realiserandet av detta förutsätter att det inte finns värdköer, då långa väntetider skapar "nödlösningar" som sedan lätt blir fixerade och svåråtkomliga för terapeutisk behandling. Korttidsterapi vid kriser måste vara mycket flexibel bl a med "besöksstider", som till en början kanske t o m måste förekomma dagligen under en veckas tid. Terapeuten får här en något annorlunda funktion än i gängse psykoterapi. Det gäller att hjälpa klienten att se olika alternativa lösningar och att inge klienten trygghet och öka hans tro på sin egen förmåga att klara krisen. Vetskapen om begränsad behandlingstid har många gånger visat sig effektiv genom att den lett till ökad koncentration och mobilisering av de egna resurserna i konstruktiv riktning. Kriser som drabbar en eller flera individer inom familjen påverkar i hög grad hela familjesituationen, varför det visat sig mycket värdefullt med samterapi just inom kristeorin. En rätt löst kris har lett till en ökad och förbättrad familjeintegritet. Föredragshållaren menade också att insiktens betydelse under senare år blivit något överdriven. En ökad insikt har för många betytt en förståelse för orsakssammanhang "bakåt", medan kristerapin är mera inriktad på nuläget och ett seende framåt i tiden.

Efter förmiddagens båda föredrag och den officiella avslutningen av kongressen följde en diskussion om formerna för fortsatt samarbete mellan de nordiska kuratorerna. Skall dessa förekomma i kongressform eller ej? Måste hela yrkeskåren vara så feminint dominant?

*Dagens reflexion:* Dagens mesta behållning var de stimulerande synpunkterna på kriser och kristeori som framlades, där särskilt framkomsten utav en neutral terminologi var ett glädjande inslag i terapeutisk praxis.