

Familjerådgivarens roll¹



Stella Gruvstad

Socionomen STELLA GRUVSTAD sedan 1960 växelvis familjerådgivare och bitr. lärare i socialpsykiatri. Efter socialinstitutet genomgått mentalhygienisk 5-månaderskurs med teoretisk och praktisk utbildning. Därefter 10 års arbete inom rättspsykiatri och som familjerådgivare bl.a. fått den ettåriga handledning som socialarbetare får i Stockholm med hänsyn till familjerådgivningens inriktning på relationsterapi.

Vilka kunskaper behöver vi?

Valet av referensramar för samtalsbehandling måste givetvis vara beroende av dels *målet* för behandlingen, dels det *klientel* man ger service åt.

Vilka människor söker sig då till socionomerna för samtalsbehandling? Här måste jag begränsa frågan ytterligare till att gälla socialarbetare inom familjerådgivningen, eftersom det är det arbetsområde som jag har mest erfarenhet av.

Det är i allmänhet människor som är socialt skötsamma, relativt friska, som har problem och som också tycker sig veta, vilka hjälpbehov de har. Redan genom namnet "familjerådgivningsbyrå" sker en gallring genom klienternas förväntningar på samtalskontakten. Det vet att de inte kan få rent materiell hjälp, att de inte i första hand får psykiatrisk eller medicinsk vård. Föreställningarna om samtalsbehandling är dock i allmänhet mycket diffusa — en del vill resonera med någon "utomstående" eller "någon sakkunnig", medan andra mer direkt säger att de behöver råd eller stöd och hjälp i en svår situation.

Casework-behandlingens urval av nödvändigt teoretiskt kunskapsstoff utgår alltså från följande fyra förutsättningar: Vi har att göra med en *klient* med *problem* i en *miljö* och vi arbetar inom en *institution*.

Specialkunskaper om den *institution* man arbetar på är ett självfallet krav och inte här av allmänt intresse.

Kunskaper om klientens *miljö* i vidaste bemärkelse, d.v.s. samhället och dess hjälpresurser är ett nödvändigt verktyg för socionomen i hans arbete och tillgodoses genom den teoretiska och praktiska grundutbildningen på socialhögskolorna.

Hur bedömer socialarbetaren *klienten*?

De teoretiska grundvalarna är mångahanda och tonvikten har under årens lopp och på olika institutioner förlagts inom olika discipliner.

I svenskt socialarbete har insikt i *psykiatri* alltid ansetts vara en nödvändig grund. Detta inte bara för att kunna samarbeta med psykiaterna, utan också för att socionomerna skall ha ett tillräckligt kunskapsstoff — som en allmänpraktiker t.ex. — för att kunna diagnostisera och veta när en klient egentligen borde vara patient och behöva psykiatrisk hjälp. Dessutom bör nämnas att den för socialarbetaren oundgängliga psykodynamiska synen i arbetet främst grundats på kunskaper inom egopsykologin (med företrädare som exempelvis Erik H. Erikson).

Nu söker inte människor socialarbetare för intrapsykiska besvär på samma sätt som de t.ex. söker en psykoanalytiker. Även om klienternas förväntningar är diffusa önskar de inte samtalsbehandling i största allmänhet, utan denna är all-

¹) Symposium vid Svenska psykiatriska föreningens möte i Jönköping okt. 1967.

tid specificerad till en viss svårighet, oftast i relation till den nära omgivningen, familjen eller arbetsmiljön. Detta har man varit medveten om både praktiskt och teoretiskt i Amerika sedan 20-talet. Stora delar av våra caseworkkunskaper härstammar från den s.k. diagnostiska skolan i USA (Mary Richmond och Gordon Hamilton för att nämna några namn). Där har man funnit att socialarbetarna inte enbart kan använda psykiatriska eller sociala diagnoser, utan i stället måste tänka i termer av *psykosociala diagnoser*. Att vi har ett arbete i första hand med klienter och inte med patienter har också lett till en medveten värdering av människornas *friska sidor* på ett sätt som kanske skiljer sig från andra terapeuters. De flesta av våra klienter är inte psykiskt sjuka, utan människor med personlighetsavvikler och sociala anpassningssvårigheter. *Målet* blir därför inte främst att nå en personlighetsförändring, utan mer begränsat till att gälla den sociala funktionsförmågan och det är självfallet också något som påverkar kunskapsurvalet.

Att jag som familjerådgivare fått representera socionomerna och caseworkbehandlingen kan tyckas vara en inskränkning, men jag skulle närmast vilja hävda motsatsen. I allt psykiatriskt, psykologiskt och socialt arbete har — åtminstone det senaste årtiondet — familjens betydelse för människans utveckling, anpassning och psykiska hälsa blivit uppenbar.

Bristande kunskaper inom detta gebit har lett till att inte bara familjerådgivare, utan socionomer överhuvudtaget känt behov av vetande utöver det rent psykodynamiska stoff vi fått under utbildningen. Så är t.ex. sociologin numera ett huvudämne på socialhögskolorna, vilket det inte var på min tid. Vi har försökt dra nytta av smågruppsforskning, teorier om kommunikationsprocesser och krisfungerande. Att veta något om rollpsykologi, inlärningspsykologi och pedagogik har också blivit nödvändigt för oss.

Som en röd tråd i all den caseworklitteratur som finns (förutom i amerikansk litteratur, Florence Hollis, Helen Perlman t.ex., och publikationerna från Tavistock Clinic i London) går *relationen mellan socialarbetare och klient* som det me-

dium man arbetar i och som man måste vara medveten om. Denna relation används både diagnostiskt och självfallet terapeutiskt. Det är inte bara en accepterande attityd till klienten och hans svårigheter, utan den ställer också i vissa fall upp gränser för exempelvis ett karaktärsneurotiskt utlevande hos en klient. Den medger också en identifikation med socialarbetaren från klientens sida och en upplevelse av en relation som denne kanske tidigare inte erfarit och som underlättar och medverkar i klientens problemlösande och ger möjligheter till ominläring genom ett frigörande av positiva krafter hos klienten. Denna relation har också betydelse för klientens kommunikation i förhållande till andra människor genom att socialarbetaren kan tjänstgöra som "modell" genom att vara klar och entydig både i sitt verbala och nonverbala beteende. (Som företrädare för detta sistnämnda synsätt kan nämnas Virginia Satir.) Denna tyngdpunkt på kommunikationsprocessen har nog blivit mest aktuell när det gäller gemensamma samtal mellan makar och familjebehandling på det planet. (Här kan jag bara hänvisa till ett par artiklar i *Psykisk Hälsa* 1967 av Anne-Marie Engstedt och Netty Herulf, som dessutom ger litteraturhänvisningar till vidare studier.)

Terapeuten i familjerådgivning och i gemensamma samtal kan te sig mer aktiv än den traditionella bilden av en psykoterapeut. Men detta innebär *inte* att man ger råd, som ju vår yrkestitel kan skapa förväntningar om. Vi säger t.ex. inte att den här situationen kan Ni inte leva i, Ni måste skiljas eller så här kan Ni inte uppföra Er, Ni har rätt och Ni har fel. Snarare försöker vi hjälpa människorna att förstå hur de själva och motparterna fungerar, hur de reagerar mot varandra och uppfattar eller missuppfattar på ett verbalt eller nonverbalt plan.

Detta "städande i kommunikationsprocessen" är givetvis något som utnyttjas först rätt långt fram i en samtalsbehandling när man känner klienterna och klienterna en själv och man har en yrkesmässig relation som är bärkraftig nog att man tar upp kommunikationen mellan makarna — hur den sker och inte bara direkt vad de säger.

Grunden för vår behandling är självfallet en

diagnos och inom mitt arbetsområde specificerat från psykosocial diagnos till familjediagnos (Ackerman och Pollack). Ordet diagnos kan här te sig vilseledande efter som det egentligen är en *samtalsfattning* av ganska omfattande grad. Kort uttryckt försöker man värdera följande faktorer:

1. Hur fungerar de olika delgrupperna i familjen (makarna, föräldrar-barn-systemet, syskonförhållandet)?
2. Hur har familjen fungerat över tid (med hänsyn till de naturliga anpassningströsklar en familj måste passera med nya rollfunktioner och nya rollförväntningar och svårigheterna kring dessa)?
3. Tvärsnittsanalys av makarnas behovstyper och behovstillfredsställelse hos varandra inom olika områden liksom av familjens allmänna målsättning.
4. Hur har problemen uppkommit? Hur uppfattas dessa av makarna och hur har de försökt lösa dem?
5. Positiva och negativa persolighetsdrag hos makarna (särskilt då i förhållande till deras möjlighet att utnyttja familjerådgivning).

Några skillnader mellan casework och psykoterapi

Gränserna mellan olika former av samtalsbehandling är givetvis flytande. Gemensamma drag hos casework och psykoterapi är t.ex. den stödjande formen av behandling. Likaså försöken att klargöra och ge insikt. Där griper vi dock aldrig in aktivt, men kommer insikten fram hos klienten måste vi ha tillräckliga kunskaper på området för att kunna ta upp och förstärka en som vi tror riktig tolkning från klientens sida eller lämna flera alternativ för klienten att själv arbeta vidare efter.

En annan väsentlig skillnad är att överföring och motöverföring aldrig tas upp direkt i vårt arbete. Men vi är medvetna om förekomsten, även om vi inte tolkar det för klienten.

Vidare är det speciella problem när man inte har en enda patient eller klient utan två makar och där man alltså har själva *relationen i fokus för behandlingen*. På ett sätt kan det kännas lättare eftersom man inte riskerar att komma in i djupgående terapeutiska situationer som man måhända

inte kan klara av. Samtidigt är det naturligtvis också en risk att man kanske håller sig för mycket på ytan. En balansering är nödvändig och jag tror att arbetet med makarna gemensamt innebär ett korrektiv för en själv. Dessutom kan kommunikationsprocessen bli klarare när man ser klienter tillsammans än när man ser dem ensamma och enbart upplever relationen mellan klienten och sig själv.

Indikationer och kontraindikationer

Indikationerna för en mer långvarig samtalsbehandling i äktenskapskonflikter är naturligtvis beroende på den bedömning man gör av makarnas motivation, intellektuella och emotionella kapacitet när det gäller att tillgodogöra sig en sådan behandling. Man är väl benägen att tillmäta intellektuella faktorer en viss betydelse och tar inte lika självklart upp svagt begåvade individer till denna form av behandling som inte är enbart stödjande. Man bör väl dock ha ögonen öppna för den typ av terapeutiska experiment som bl.a. Minuchin utfört, där man mer tar tillvara det agerande än det verbaliserade beteendet i behandlingen.

Personligen anser jag också att relationsbehandling är kontraindicerad då ena eller båda parterna är psykotiska. Detta inte bara för att socionomer saknar nödig kompetens, utan också av det positiva skälet att det synes bättre att det är samma terapeut som sköter medicinering och beslutsfattande (som ju i sådana fall kan vara av genomgripande art) och att också samma terapeut avgör när och hur och i vilken utsträckning och med vilket djup man kan använda samtalsbehandling. — Målet för socionomen som råkar i denna situation synes mig vara att motivera klienten till att bli patient.

Är familjerådgivning farlig?

Att ge direkta råd kan vara synnerligen vanskligt, men trots namnet tror jag att rådgivning i den formen ytterst sällan bedrivs av kvalificerade familjerådgivare. (Naturligtvis avser jag här inte råd av typen, det skadar inte att gå till hårfrisörskan, att lämna regelbundna hushållspengar eller andra sådana yttre mindre genomgripande ting).

För övrigt är det ytterst sällan så bråttom med beslut eller råd som klienten kanske upplever det och där tror jag att vi behöver vara vaksamma mot vår egen tendens att ryckas med.

Att en samtalsbehandling är en form av påverkan har väl framgått i hela denna diskussion och man kan självklart känna sig ängslig inför sin egen roll i klienternas liv. Men vi glömmer allt för lätt att våra patienter och klienter större delen av sin tid är tillsammans med andra människor (som kanske allt för ofta ger råd) och varför skulle vi göra så mycket mer skada? Vi har ju dock någon kunskap om mänskliga problem och det kan inte vara en belastning. Dessutom arbetar de flesta av oss i team, något som är till ständig hjälp och korrektiv.

Slutligen vill jag säga att man inte borde behöva riskera en konkurrensinställning mellan psykiatrer, psykologer och socionomer, eftersom behovet av mentalhygienisk service är så stort. Vi har dels en gemensam kunskapsfond, dels har vi specifika bidrag att lämna och ett enormt utrymme för att utveckla både det specifika och det gemensamma till bättnad för oss alla. Till detta kommer att vi som människor, vilken personalkategori vi än tillhör, har våra blinda fläckar, detta borde medföra att vi inte bara remitterade patienter med religiösa problem till prästen, utan också andra människor med för oss själva (på ett eller annat sätt) svår problematik till våra egna kolleger.

Psykoterpivecka i Lindau 29 april—11 maj

Den 18:e psykoterpiveckan i Lindau äger rum 29 april till 11 maj i år. Föreläsningar, seminarier och kurser hålls på tyska.

Konferensen indelas i:

1. Morgonföreläsningar (29 april—4 maj) om "Ansvar och skuld i psykoterapi" (fyra dagar) och "Psykologisk diagnos för den praktiserande läkaren" (två dagar).
2. En introduktion (30 april—3 maj) i grupp-psykoterapis och gruppdynamikens principer.
3. Eftermiddagsövningar (29 april—2 maj): Seminarier om viktiga praktiska psykoterapiproblem och psykoanalytiskt orienterade grupper.
4. Diskussionsgrupper om autogenisk träning och hypnos (3—4 maj).
5. Seminarier om allmänna psykiatriska och

psykoterapeutiska problem för den praktiserande läkaren och om psykoterapeutiska fall från allmän praktik. Dessutom övningar i terapi genom koncentration på kroppsrörelse, andningsterapi och psykogymnastik (6—11 maj).

Deltagaravgift 70 DM, studenter och obetalda assistenter samt fruar 35 DM (vid anmälan efter 1 april 80 respektive 40 DM). Eftermiddagskurserna avgift 25 DM, seminarier och övningsgrupper avgift 15—65 DM. Rum från 6 DM per dag (privatrum) och uppåt.

Ytterligare upplysningar från sekretariatet för psykoterpiveckan, 8 München 81, Adalbert-Stifter-Str. 31.

Föredragen under veckan publiceras i bearbetat skick i "Praxis der Psychotherapie" (J. F. Lehmanns Verlag, München 21, Agnes-Bernauer-Platz 8).