

FAMILJETERAPI OCH BUP – ETT FÖRHÅLLANDE I KRIS

Johan Sundelin, leg psykolog, spec. klin. psyk., leg psykoterapeut, Psykoterapihandledare (UHÄ), Ph.D. Konsult och handledare inom BUP och Socialvård.

SAMMANFATTNING

Från en tid då familjeterapins utrednings- och behandlingsperspektiv var det självklara förstahandsvalet inom Barn- och Ungdomspsykiatri i Sverige, har det familjeterapeutiska arbetssättet trängts undan för andra mer medicinska och individuella behandlingsperspektiv.

Artikeln försöker förstå hur BUP som kontext förändrats över åren. Författaren problematiserar familjeterapins plats och roll i denna omställning och föreslår hur ett familjeterapeutiskt arbete inom BUP kan profileras, med medvetenhet om den nya kontext som BUP nu utgör för att åter bli ett kraftfullt alternativ och en kompletterande form för insats. Familjens och nätverkets betydelse för barns och ungdomars psykiska hälsa har starkt forskningsstöd. Artikeln avslutas med en presentation av ett profilerat och uppdaterat familjebaserat multimodalt program i familjebildningar efter föräldrarnas separation där ett barn/en ungdom behandlas för psykiatrisk problematik på BUP. Innehållet är en bearbetning av en föreläsning, som undertecknad höll vid 2015 års svenska familjeterapikongress i Växjö.

Nyckelord: Familjeperspektiv, familjestöd, familjeterapi, barn- och ungdomspsykiatri, evidens, neuropsykologi, utvecklingspsykologi, fokuserad familjeterapi på BUP.

SUMMARY

There was a time when family therapy as a diagnostic and treatment approach was the obvious first choice within the field of Child- and Youth Psychiatry in Sweden, but it has now been displaced by other more medical and individual treatment perspectives. The article attempts to understand how Child- and Youth Psychiatry as a *context* has changed over the years. The author examines family therapy's place and role in this transition and proposes a number of suggestions as to how family therapy can be profiled with an awareness of the new context. There is strong scientific evidence that both the family and the network surrounding the child and the adolescent are key factors for mental health, and because of this a family therapy approach should be a central aspect of Child and Youth Psychiatry. The article concludes with the presentation of a model for a profiled and updated multimodal family-based approach for "post-divorce families" that can be used when children or adolescents are to be treated for psychiatric problems. This article is the result of an elaborated lecture held by the author, at the Swedish family therapy congress in Växjö 2015.

Keywords: Family Perspective, Family Support, Family Therapy, Child- and Youth Psychiatry, Evidence, Neuropsychology, Developmental Psychology, Focused Family Therapy within Child- and Youth Psychiatry.

INLEDNING

Artikeln problematiserar familjeterapins och familjeterapeutens plats och roll idag inom svensk barn- och ungdomspsykiatri. Den lyfter fram skeenden inom organisationen som på ett påtagligt sätt skapat en annan kontext än den som rådde när familjeterapin var det självklara huvudperspektivet och det självklara förstahandsvalet både i utredningsfas och i behandlingsfas. Ett antal förslag läggs fram på hur en familjeterapi, med ett starkt forskningsbaserat stöd och en lång klinisk tradition i behandlingsarbete med barns och ungdomars psykiska hälsa, skulle kunna utformas. som på ett genomtänkt sätt passar denna nya kontext.

BUP idag

Faktorer som omformar BUP och successivt gör BUP till en annan kontext än tidigare är t.ex. den ökade tillströmningen av förfrågningar om hjälp samtidigt som BUP är och förblir underdimensionerat. Detta sker i kombination med en långsam utbyggnad av 1:a-linjens insatser och neddragning av elevvårdande resurser inom skolan. Vidare har landstingen alltmer pressad ekonomi och en utveckling pågår mot tydligare planstyrning och ekonomistyrning. Med detta har kommit ökade och mer precisa krav på enhetlig dokumentation och "evidensbaserade" metoder.

Inom barn- och ungdomspsykiatrin noterar vi också en enorm kunskapstillväxt inom det neuropsykologiska området. Diagnosticering av ADHD och autismspectrumtillstånd (AST) har blivit ett huvudspår inom BUPs verksamhet. Detta avspeglar sig också i en förändrad balans i sammansättningen av den tvärvetenskapliga yrkesprofilen så till vida att yrkesutövare som representerar medicinsk kompetens stannar kvar eller tillkommer och yrkesutövare som representerar psykoterapeutisk och psykosocial kompetens tenderar att lämna BUP

Samhällsutvecklingen medför också en utveckling mot ”den institutionaliserade individualismen (Ringborg, 2008) och en påtaglig utveckling av nya former för familjebildningar med konsekvenser för barn i form av varannan-veckas-boende etc.. Ett familjeterapeutiskt arbetssätt beskrivs därför på en stressad BUP-mottagning ofta som ett alltför oprecist, tidskrävande och omständligt anslag.

Utvecklingen går också snabbt mot ett multikulturellt samhälle, där BUPs roller kompliceras genom att nya agendor för att söka kontakt på BUP, utvecklats och nya problem och frågeställningar uppstår. Exempel på detta är olika typer av bedömningar och ställningstaganden i asylrelaterade ärenden eller kontaktarbete med patienter och deras anhöriga med kulturbaserade attityder till psykiatriskt stöd och hjälp som avviker från det handläggare på BUP är vana vid.

Att arbeta som psykoterapeut inom sjukvårdssystemet har genom historien varit en paradox och krävt ”ett dubbelt språkbruk” mellan ett individuellt, diagnostiskt och kvasiobjektivt språk om symptombilder och ett sammanhangsrelaterat, subjektivt språk för lidande, ensamhet, beroende, respektlöshet etc. Detta gäller på ett speciellt sätt för familjeterapin som metod, som aldrig i sina förändrings- och utvecklingsambitioner relaterar till diagnoser per se, utan till sammanhang där utveckling och fördjupning av relationer antas bära hälsoutveckling för individen (Minuchin, 1990, Diamond et al, 2014). ”Sjukvårdsproduktion”, med rationaliseringsbehov och begränsade ekonomiska ramar, kommer lätt i konfrontation med centrala värden inom en processorienterad psykoterapi, där ambivalens, allians, dialog och samverkan för delat ansvar mellan hjälpare och klient är centrala värden. Steget har idag blivit större mellan en slimmad individuell egenskapsbeskrivning av barnet och dess problem och en beskrivning genom en kontextualisering av barnets problem som ett uttryck för en överlevnadsstrategi på kort sikt i ett svårt sammanhang.

Mitt perspektiv på Barn- och Ungdomspsykiatriska symptoms etiologi (ursprung och uppkomst) är att de ska ses i sitt sammanhang från flera perspektiv. Ett individuellt sårbarhetsperspektiv möter ett sammanhang och en miljö som bättre eller sämre hittar vägar till ett för symptombilden utvecklande och rehabiliterande samspel. På en skala mellan det individuella perspektivet och sammanhangsperspektivet bör det barnpsykiatriska symptomet belysas multifaktoriellt där en familjeterapeutisk insats är ett av dessa väsentliga perspektiv i ömsesidig påverkan. Behandlingsinsatsen söker, i varje enskilt fall, balansera fokus mellan individens sårbarhet och specifika individuella insatser och stöd till väsentliga omgivningsfaktorer för optimerat samspel och kommunikation.

ÖKANDE TENDENSER I MÅLGRUPPEN PATIENTER SOM SÖKER BUP

De klientfamiljer som idag vänder sig till BUP är i en mening mer beställare av snabba, effektiva insatser, ivrigt påhejade av andra institutioner, som har med deras barn att göra. De förföreställningar som ligger bakom deras förväntningar om hjälp är orienterade mot snabb produktion av botemedel mot de problem, som man beskriver. Inkommande problemformuleringar och önsksningar om insatser formuleras i individuella termer, i egenskapstermer, i redan föreslagna diagnostiska termer med beställningar i snäva, snabba lösningsfokuserade produktionstermer. BUP:s svar har blivit ett huvudfokus på utredning och undanträngda resurser för nödvändiga insatser som familjestöd och familjebehandling. Föräldrautbildningar i all ära men vi vet alla dessas begränsningar i de fall där de kanske skulle behövas som mest. dvs. i familjer med multifaktoriell problematik av psykologisk, social och ekonomisk art som har ett stort behov av specialanpassad omsorg och ”hållande” under stödinsatsen.

En annan stor grupp kommer med ett lidande och vill ha hjälp utan att veta hur. De kommer ofta på stark rekommendation från skola eller socialförvaltning. De är inte säkra på om de har

kommit rätt och om hjälpen som de erbjuds är den de vill ha. Dessa familjer har ofta också många andra problem och tid och ork räcker inte till. Just med denna grupp har familjeterapeutens bemötande och samspel visat sig vara mycket användbart som initial och allmän insats (Sundelin, 1999, Sundelin, 2007).

I en tid där allt fler barn som söker BUP lever i dubbelt boende med separerade föräldrar i nya konstellationer eller vars levnadssätt ser annorlunda ut än den traditionella kärnfamiljen, har som sagts, en tveksamhet till familjeterapi infunnit sig. Vägen till att samla föräldrar och nätverk för mobilisering och krafttag mot de problem som beskrivs, upplevs som längre och krångligare. Här finns en stor utmaning för familjeterapin att utveckla mer slipade redskap för att, i praktisk familjeterapeutisk handling, omsätta den familjeterapeutiska kunskapsbasen om vikten av barnets/ungdomens behov av goda, personliga, nära relationer till mamma, pappa och syskon i en svår tid. Familjeterapin måste metodutvecklas bortom vuxnas separationer och splittrade familjer mot behandlande insatser för ”Gemensamt föräldraskap efter separation” och för ”Den skilda familjen”. Den unges behov av ett gemensamt föräldraskap i en tid efter splittrade familjebildningar har ett starkt forskningsstöd (Wadsby, 1993, Ahrons, 2005). Kunskapsutveckling behöver också äga rum kring barnrelaterade frågor för hbtq-familjer.

FAMILJETERAPI OCH BUP GENOM TIDERNA

Framför allt i våra nordiska länder beskrivs familjeterapins utveckling från 70-talet och framåt i våra läroböcker som en enda lång resa mot alltmer sofistikerad (Hårtveit & Jensen, 2005, Johnsen & Torsteinsson, 2012). I mina ögon ger denna historieskrivning ett endimensionellt intryck. Den familjeterapi som bedrevs på 70- och 80-talen, omnämns idag ofta som patriarkal, instruktiv, konservativ, normativ och av första ordningen, medan dagens familjeterapi betraktas som mer sofistikerad. Introduktionen av språket som meningsbärande

element i vår uppfattning om oss själva och varandra har på gott och ont kommit att betonas alltmer. Utvecklingen av ”den reflekterande positionen” har också bland annat inneburit ett mer demokratiskt förhållningssätt mellan terapeut och klient. Kunskapsutvecklingen har, även inom vårt fält, gått oerhört framåt och vi har utvecklat våra terapeutiska verktyg med åren. Familjeterapins företrädare har också numera ett mer realistiskt och nyanserat perspektiv på att styrkan i vår metod snarast ligger i mobilisering av friskfaktorer i de viktigaste relationerna mot patologiserande krafter och psykologiska svårigheter hos barn (Diamond, 2014). Jag har emellertid istället för den nordiska berättelsen om familjeterapins utveckling alltid tyckt mycket bättre om en annan och, i mina ögon, mer ”generös” berättelse om familjeterapins utveckling. Detta perspektiv företräds exempelvis av den kände engelske barnpsykiatrikern och familjeterapeuten Alan Carr (2003). Carrs berättelse beskriver utgångspunkten för olika familjeterapeutiska skolor i behandlares möten med olika målgrupper med olika typer av problem i olika typer av kontext. Olika familjeterapeutiska perspektiv och arbetssätt utvecklats för att kunna bemöta varierande typer av problem. I uppbyggnad av teoretiskt stöd har olika familjeterapeutiska inriktningar sökt efter etablerade och validerade begrepp från olika teoretiska källor som psykodynamisk teori, systemteori, social konstruktionism och social inlärningspsykologi. Risken med det i mina ögon, endimensionella tankesätt som vi i Norden haft kring familjeterapins utveckling är att vi förförts av ”arbetssättet på modet” och att vi ”kastat ut barnet med barnvattnet”. Detta kan beskrivas som ett i stora stycken sorgligt kapitel, som vi får ta ett gemensamt ansvar för. Vi är många som har deltagit i en ”popkultur”, där olika varianter av familjeterapi varit på modet i olika tider och vi har sprungit med än till höger och än till vänster. Vi har inte reflekterat kritiskt över skillnader i metodeffektivitet för olika sammanhang, olika målgrupper och olika problemformuleringar. Vetenskaplig feedback via metastudier av den samlade forskningsbaserade kunskapen har inte lyst speciellt starkt som vår ledstjärna i val av arbetssätt i förhållande till kontext, målgrupp

och problemformulering. Företrädare för ledande familjeterapeutiska inriktningar har istället ofta sett vårdpolitiskt nödvändig forskning med etablerade vetenskapliga metoder som irrelevant. Istället har fokus för utvecklingsarbetet huvudsakligen legat i en diskussion om vetenskapsteori, nödvändigt det också, men tyvärr på bekostnad av ett ansvarstagande perspektiv för klinisk praxis. Detta måste kritiseras så här i efterhand. Inom BUP, som för åtminstone svensk del var det sammanhang där familjeterapin först fick fäste i form av en ”hands-on” familjeterapi med instruktiva inslag, konkreta träningsmoment etc., har familjeterapin förfört sig själv bort från väletablerade och välfungerande arbetsformer för majoriteten av den målgrupp som söker hjälp inom BUP. Skulle styrkrafterna ha varit drivna av vetenskaplig evidens för aktuell målgrupp, sammanhang och problem skulle vi ha en mycket starkare förankring på BUP:s arbetsplatser av metoder som FFT (Funktionell familjeterapi), MST (Multisystemisk terapi), ABFT (Anknytningsbaserad familjeterapi) eller KIBB (Kognitiv behandling vid barnmisshandel) eller utvärderade utvecklade kontextuella anpassningar av dessa modeller.

Jag menar att vi som fortsatt vill se familjeterapi utvecklas inom BUP noggrant måste reflektera över att göra ett strategiskt val av arbetsformer i förhållande till målgrupp, problem och sammanhang och agera med eftertanke över vad i familjeterapin som är mest utvecklingsbart inom dagens BUP.

ETT NYTT FÖRHÅLLNINGSSÄTT TILL MANUALBASERAD FAMILJETERAPI

Om familjeterapeuten har spontana icke faktainformerade föreställningar kring manualbaserad, baserade på epistemologiska antaganden, är min rekommendation att först och främst titta i en familjeterapeutisk manual. Det fungerade på mig! Jag gick för ett par år sedan igenom fyra familjeterapeutiska manualer för att brottas med min ovilja och negativa attityd inför tanken att själv tvingas in i ett manualbaserat arbetssätt och bli en

familjeterapeutisk ”copy-cat”. Jag fann emellertid att dessa manualer egentligen beskriver en struktur för ett traditionellt familjeterapeutiskt bemötande med lite olika variationer. Poängen med att arbeta manualbaserat blev för mig efter detta arbete, att jag alltid har ett strukturstöd och kan ställa mig frågorna: *Var är vi i processen? Vart ska vi? Hur kommer vi dit?* I efterhand vet jag också vad jag gjort och inte gjort och kan lära av misstagen (Sundelin, 2013). De flesta av mina fördomar kom verkligen på skam! Min inställning är att hylla både allmänna terapeutiska faktorer som vikten av en god terapeutisk allians, terapeutens allegiance (tilltro och personlig bekvämlighet med arbetsmetoden) och en sammanhangsmarkerad struktur för den terapi man genomför och specifika terapeutiska faktorer för speciella situationer, målgrupper och problem därtill. Om detta kan man lära av den pågående interventionsforskningen t.ex. inom FFT (Sexton et al, 2014).

UTMANINGAR FÖR FAMILJETERAPEUTEN SOM ENVISAS MED ATT ARBETA INOM BUP

OLIKA BEHOV AV FAMILJETERAPEUTISK KOMPETENS INOM BUP

Ett familjeterapeutiskt kunskapsperspektiv är användbart på olika nivåer och i olika grader av specialisering och expertis. Familjeterapin har allt att vinna på att mer noggrant analysera dessa olika nivåer. Vi bör först själva skilja nivåerna från varandra för att tydligare kunna kommunicera dessa skillnader till andra inom organisationen.

En allmän nivå handlar om värdet av ett familjeperspektiv på barn och ungas problem och är allmångods utifrån gedigen longitudinell forskning (Cederblad, 2003). Man hör ofta talas om ambitionen att en klinik har ett allmänt, systemiskt perspektiv på handhavandet av barns och ungas problem. Detta beskrivs mer som ett förhållningssätt utan att genomsyras eller preciseras i tydlig familjeterapeutisk/systemisk metodik. Stöd för detta perspektiv finns i övergripande mål och verksamhetsplaner. Dessa är värdefulla men inte tillräckliga kraftkällor för familjeterapin (Lundqvist, 2011, Riktlinjer BUP Stockholms läns Landsting, 2013). Att

det är viktigt att skilja ut ett allmänt familjeterapeutiskt/systemiskt synsätt från familjeterapi som en legitimationsbaserad psykoterapeutisk metod borde vara självklart men är det inte. Är man inte noga med detta blir familjeterapi allt och ingenting och i värsta fall allt som inte är preciserat!

Ett annat område, där familjeterapeutisk kompetens har visat sig mycket användbar som samlande kraft, är i praxis av den tvärvetenskapliga ambitionen mellan medicin, psykologi, sociologi och omvårdnad som är BUP:s ”trademark”. Allmän familjeterapeutisk kompetens är ytterst användbar i kontaktfasen mellan klienter och hjälpare, i alliansbyggandet och i problem- och insatsformuleringen. En process, som många gånger krävs för detta, innehåller klienternas tillitsproblematik, ambivalens och tidsprioritering. Den kräver även den uthållighet och det omhändertagande som familjeterapeutisk kompetens besitter. Familjeterapeuten kan bygga sammanhållning och leda planering och formulering av både övergripande teman och specifika insatser av specialister med olika kompetens i ett teambaserat förhållningssätt. Här får familjeterapeuten verkligen nytta av sin förståelse för betydelsen av system, kommunikation och relationer. Idag är familjeterapeutisk kompetens ofta inblandad i denna introduktionsprocess men utan en tydlig och specifik struktur. Både klienterna och familjeterapeuten fastnar därför lätt i en limbo utan slut. Handläggare finner snart att den egna ärenden nästan bara består av de som tunnats ut till en svag kontakt, som är ”av-och-på”, som innehåller en svag planering och som aktiveras när det krisar extra. Här behöver man bygga en struktur som inte bara inkluderar orientering av problem, behov och möjligheter utan som också skapar förutsättningar för att kunna formulera konkreta utmaningar och specifika interventioner som behöver sättas in. Detta uppdragsformulerande arbete, som preciseras i ett antal samtal och inom begränsad tid, består då av en inledning, en arbetande fas fram till en fas för beslut om avslut eller en fortsättning i någon form av insats inom BUP. Jag tror att familjeterapis styrka att hitta samverkansformer i dessa knepiga

kliniska situationer också är dess svaghet. I ögonen på våra kollegor med annan terapeutisk inriktning tenderar denna, till synes lågintensiva, terapeutiska verksamhet att bli liktydig med *vad familjeterapi är*. Detta är inte bra och vi behöver utmana oss själva i att vara tydligare på behandlingskonferenser etc. med att detta är ett förberedande arbete i portgången till kontakten på BUP och att det genomförs med framgång med familjeterapeutisk kompetens men att *det inte är familjeterapi*.

Det blir sedan viktigt att markera att familjeterapi, oavsett om vi tittar i manualen för FFT (Funktionell familjeterapi), ABFT (Anknytningsbaserad familjeterapi) eller någon annan familjeterapeutisk modell på god vetenskaplig grund, är en företeelse på 10-20 samtal med ett tydligt fokus och beskrivna arbetsmetoder. Vi måste ge oss själva chansen att skapa utrymme för familjeterapi på samma villkor som KBT-terapeuten, DBT-terapeuten eller barnpsykoterapeuten eller tonårsterapeuten och andra. *Familjeterapi får inte vara liktydigt med allt terapeutiskt arbete inom BUP som inte är preciserat* eller som handlar om hjälpa människor in till *riktig hjälp!*

KONTEXTANPASSAT SPRÅK OM VÅR KOMPETENS

Hur kan familjeterapeuter på ett skickligare sätt både inför oss själva och för andra förklara och genomföra konstnumret att omformulera egenskapsproblem till relationistiska utmaningar och till potentiell och läkande arbetsuppgifter i nära relationer? Familjeterapeuter måste hitta en mer övertygande översättningsparlör för att i BUP:s verksamhet kunna övertyga om värdet av ett systemiskt perspektiv. Vi måste fundera över vilket språk vi använder om familjeterapin. Detta måste vara uppdaterat utifrån det nya läget som föreligger för föräldrar och andra pådrivare som efterfrågar BUPs kompetens. Detta språk måste kunna möta, acceptera och ”haka i” deras formuleringar av ”det presenterade problemet”. ”Samspråket” måste ha ett anpassat tempo och anpassade formuleringar och staka ut en väg mot en relationistisk beskrivning som blir både meningsfull och begriplig för våra klienter (och

kollegor!). Ibland är det kanske inte ens relevant att benämna det vi gör som ”familjeterapi”. Alternativa benämningar i en ”individuell egenskapsmiljö” är kanske till en början ”arbete för kompletterande familjestöd” eller ”insatser för att stödja anhöriga att stötta en medlem med en barnpsykiatrisk diagnos”. Ibland behöver vi kanske i kommunikation med kollegor med andra terapeutiska inriktningar, tvärtom, ”professionalisera” vårt språk om familjeterapins bedömningsgrunder och förslag till interventioner för att statusmässigt bedömas som likvärdiga andra etablerade arbetsmetoder inom BUP (Svedin, 2015).

Vi möter en familj i ett ”undantagstillstånd”. Minuchin (1980) talade ofta om familjen som ett sammanhang som aldrig kan erbjuda individen optimala utvecklingsmöjligheter för hela sin potential. Familjemedlemmar organiserar sig i ömsesidigt behovsrelaterade samspelsmönster på ett sådant sätt att de ”underfungerar”. Terapeutens jobb är att hjälpa dem att få fatt i mer av sin kapacitet genom att terapin öppnar familjens transaktionella mönster och därmed skapa större utrymme för var individ att växa. Om familjemedlemmar lyckas att tillsammans ta sig ur en problematisk krissituation, finns senare utrymme att processa dessa erfarenheter för en mer generell utveckling för de inblandade.

Det familjeterapeutiska temat-språket för förändringsvägen

Ett familjeterapeutiskt tema syftar till att skapa gemensam begriplighet och hanterbarhet hos både klienter och deras terapeuter för kopplingen mellan terapeutiska mål och de viktigaste interaktiva processerna i terapin. Det innehåller också en modell för återkoppling och revidering av detta samspel för att utvärdera den pågående terapeutiska insatsen. Denna ”familjeterapeutiska förändringsberättelse” måste vara så utformad att den möter familjens ”förändringstolerans” på ett optimalt sätt för en verkligt arbetande, lagom intensiv, terapeutisk miljö. Den vanligaste metoden i detta arbete idag är omformulering av anknytningsbehov och

interpersonella behov mellan familjemedlemmar i ett samarbetsklimat familjemedlemmar emellan mot problemet.

KÄNNEDOM OM VETENSKAPLIGA BELÄGG FÖR FAMILJETERAPI OCH EN SÄKERHET ATT KOMMUNICERA DENNA

Vetenskapliga belägg för familjeterapi finns förmedlad på två nivåer. På en övergripande nivå finns, som nämnts tidigare, ett mycket starkt stöd för ett samband mellan ett barns psykiska hälsa och en stabil uppväxtmiljö (Cederblad, 2003). I Sveriges psykologförbunds policy-dokument för evidensbaserad praktik (2013) betonas, förutom direkt behandlingsforskning, även allmän forskning kring barns uppväxtvillkor och sambandet till psykisk hälsa i ett livsperspektiv som mycket relevant. BUPs policy-dokument är ofta välinformerade dokument som med referens till sådan forskning stödjer ett familjebaserat perspektiv för BUPs arbete (Stockholm BUP). Internationellt finns mycket relevanta sammanställningar kring olika familjeterapeutiska modellers forskningsstöd från flera håll både vad gäller barn/ungdomar och vuxna. Under våren 2015 har svenska familjeterapeuter publicerat en sammanställning på svenska om familjeterapins forskningsstöd med tillägg för den svenska forskning som finns redovisad hittills (Petitt, Cederblad, Wirtberg, 2015). Blir vi mer pålästa kan vi med större självkänsla kommunicera mot fördomar och förtal om att familjeterapi inte har något vetenskapligt stöd. Var och en av oss måste utveckla förmågan att referera och använda etablerad, vetenskapligt beprövad kunskap, när vi söker oss fram i besvärliga kliniska situationer. För barnpsykiatrisk problematik är det uppenbart att de familjeterapeutiska metoder, som visat sig fungera, alla är strukturerade, hållande metoder som präglas av ett fastänkande. Terapeuten håller i ett sammanhållet programerbjudande till klientfamiljerna. Metoderna utmärks vidare av arbete med exempel från problematiska situationer i vardagen enligt principen ”först bot sedan utveckling”. De innehåller komponenter av träningsmoment (pedagogik) och reflekterande moment (terapi) i samverkan. De går först och främst från exemplet till det generella och tillbaks igen för en konstruktiv

problemlösning här och nu. Sedan, när det känns stadigare under fötterna, övergår metoderna mer till det vi kallar psykoterapi i olika former. I metoder som FFT och ABFT kan man i deras manualer se tydliga exempel på ovanstående innehåll och dessa metoder vänder sig till mycket vanliga målgrupper inom BUP.

FRÅN EN BESTÄLLARORGANISATION FÖR NEUROPSYKOLOGISK UTREDNING TILL EN INTEGRERAD VERKSAMHET FÖR BARNPSYKIATRISKA UTREDNINGAR

En stor grupp som söker hjälp på BUP kommer alltså med en tydlig beställning med rekommendationer från skolan på utredning och diagnos. Omorganisationer i många delar av vårt land har gjort att dessa klienter i allt större utsträckning numera kommer initialt till BUP och inte till barn- och ungdomshabiliteringen. Dessa personer behöver naturligtvis bemötas med all respekt och med deras förfrågan som utgångspunkt. Från mina handledarerfarenheter vet jag att för handläggare med ett familjeterapeutiskt fokus är mötet med denna grupp en stor källa till stress. Hur ska man kunna sälja päron till personer som frågar efter äpplen? Att mötet överhuvudtaget blir av kan upplevas som ojuste både mot klienterna och mot handläggarna. Hela BUP-organisationen har en stor läxa att göra här, för att dessa klienter ska möta en integrerad, professionell situation där familjeterapeuten ska ingå som en av spelarna i ett vidgat barnpsykiatriskt utrednings- och behandlingsarbete. Vi måste med förnyade krafter bära fram det goda familjesammanhangets betydelse för barns psykiska hälsoutveckling och rehabilitering ut ur tillstånd som kräver barnpsykiatriska insatser. Internationellt är man redan förbi prestige-låsningen i exempelvis diskussionen om ADHD versus traumarelaterade problem, som vi för närvarande känner av hos oss. Modern neuropsykologi och utvecklingspsykologi presenterar förståelse för ADHD och olika former för traumaskador som två sidor av samma mynt. Hjärnans biologiska utveckling är höggradigt beroende av en gynnsam omgivning och behandlingsinsatser måste ha ett bio-psyko-socialt perspektiv. Kunskap mot ett mer integrerat perspektiv finns att hämta internationellt (Shore. 1994, Perry,

2006, Beskow & Hagmann, 2015, Forsgren, 2015). Familjeterapeutens egenutmaningar i detta sammanhang blir att acceptera medarbetarrollen i integrerande, utredande team och att skickligt leda samformuleringen av teman för sin del av utredningsarbetet. Det kan ske genom ett intensivt översättningsarbete mellan fysiologi/individuell psykologi och kontextuella perspektiv. Idag finns det på flera BUP-mottagningar sjuksköterskor med ett speciellt uppdrag att följa upp medicinerade barn och ungdomar och rådgöra med barnets föräldrar om den medicinska behandlingen. Dessa våra kollegor har ofta ingått i mina familjeterapeutiskt orienterade handledningsgrupper. En vanlig situation för dessa värdefulla medarbetare, med god allmän psykiatrisk kompetens men med svag familjeterapeutisk kompetens, är att deras stödsats tenderar att bli den familjebehandling, som ges på BUP till de patientfamiljer som har de mest mångfacetterade och komplexa behandlingsbehoven. Min idé är att familjeterapeuten med sin specifika kompetens på familjers existentiella villkor ska ha en given, central arbetsledande roll som samordnare och samarbetspartner i ett team som ger ett integrerat stöd till dessa barn, ungdomar och deras familjer. Detta stöd skulle då innehålla förutom medicinuppföljning såväl en individualiserad social utvecklingsplan för barnet som en kontextbaserad plan för optimering av just detta barns förutsättningar riktad mot hem och skola. Ross Greenes modell för ”The collaborative problem-solving approach” har varit inspirerande för mig i detta sammanhang (Greene, & Ablon, 2006). I samband med barnpsykiatriska utredningar, i dessa tider framför allt i situationer med frågeställningar kring neuropsykiatriska diagnoser, finns sedan flera år ett screeningprogram implementerat inom BUP Stockholm av Monica Hedenbro som är mycket intressant. Programmet har sin utgångspunkt i triadbedömning och belyser även familjesammanhangets betydelse för förståelse av ett barns problembeteende och öppnar därmed familjernas motivation för kompletterande familjeterapeutiska insatser (Hedenbro, 2015 b).

FÖRDJUPAD KUNSKAP I UTVECKLINGSPSYKOLOGI

Familjeterapeuten baserar sitt professionella agerande på kontextuell kompetens, som också innefattar fördjupad kunskap i modern, relationsbaserad utvecklingspsykologi. Vi har ett speciellt ansvar att i utredningssituationer bidra med en kompletterande, kontextuell berättelse kring ett barns problem, där barnets problem sätts in i sitt familjära sammanhang. Detta är synnerligen viktigt i situationer där snabba lösningar efterfrågas i belastade och stressiga situationer och där man inte hinner sätta ord på tidigare livsberättelser eller pågående livserfarenheter. Vi måste också lyfta samtal om våld, hot om våld och hur detta kan ha med symptomutvecklingen att göra (Isdal, 2000). I takt med den enorma kunskapstillväxten inom neurofysiologi, neuropsykologi, utvecklingspsykologi, affektpsykologi, kris- och traumapsykologi, som skett sedan 90-talet, är det för mig uppenbart att utan fördjupade kunskaper inom dessa kompetensområden står sig varje medarbetare inom BUP ganska slätt. Även familjeterapeuten måste kunna redovisa en uppdaterad kompetens kring det intrikata samspelet mellan hjärnans utveckling och sociala och miljöfaktorer från späda ålder ända upp i tonåren. Det är viktigt att även vi känner till grunderna i modern anknytningsteori och affektpsykologi. Vi måste ha gedigen kunskap om vad som befördrar respektive försvårar utveckling av god affektreglering och självutveckling. Vi måste veta hur kriserfarenheter och traumautveckling hänger ihop och försvårar barnets utveckling av mentalisering och intersubjektivitet vilket är så viktigt för dess resilience i en tuff värld (Hughes, 2007). Samspelet mellan hjärnans fysiologiska utveckling, självets psykologiska utveckling och utvecklingen av våra viktigaste relationer är en interaktiv process mellan dessa tre komponenter som lika viktiga (Siegel, 2012). I detta sammanhang blir konflikten mellan ADHD-språket och trauma-språket en trivial palatsstrid som kräver en ömsesidigt kompetensintegrerande kunskapsutveckling. Familjeterapeuten kan vara med och utforma goda terapeutiska miljöer för stimulering av alla dessa funktionsnedsättningar som beskrivs i

neuropsykologiska diagnoser bland annat genom familjeterapi som fokuserar på ökad härbärgeringsförmåga hos anhöriga i första hand, bättre kontakt, kommunikation och konfliktlösning med högre grad av mentalisering och intersubjektivitet mellan familjemedlemmar (Everett & Everett, 1999). Viktiga källor för kunskapsutveckling inom området för interpersonell neuropsykologi och utvecklingspsykologi är Daniel Siegel (2012) , Jaak Panksepp (1998) , Allan Schore (2003 a,b) , Bruce Perry (2006), Daniel Stern (2006), Peter Fonagy (2002) och Susan Hart (2011).

UTVECKLA ROLLEN SOM SIP-LEDARE

I vår roll som familjeterapeuter har vi alla lärt oss vikten av samråd mellan olika system runt ett barn med problem. Numera finns det reglerat i lag i Sverige att samrådsmöten, mellan olika aktörer runt en patient, ska hållas för att där upprätta en samordnad individuell behandlingsplan (SIP). Dessa aktörer, som familj, skola, BUP, socialförvaltning, har olika roller i förhållande till en rehabiliterande process. Som jag ser det finns här en utmärkt möjlighet för familjeterapeuten att professionalisera rollen som SIP-ledare och driva dessa möten mot den seriositet som de är tänkta att ha. Strukturen för nätverksmöten, som många familjeterapeuter behärskar, är naturligtvis ytterst användbar för att dessa SIP-möten ska bli så bra som tanken var.

MULTIMODALA PROGRAM

Barnpsykiatriska symptom är ofta mycket komplicerade och mångdimensionella. En effektiv behandling av dessa kräver därför ofta multimodala insatser, där familjeterapeutisk kompetens är en av flera kompetenser. Ett mycket intressant projekt i nutid är IKB-teamet (Intensiv kontextuell behandling av självskada) på BUP i Uppsala. Detta är ett manualstyrt, multimodalt program, där team bestående av DBT-terapeuter och FFT-terapeuter under ledning av en case-manager har synnerligen goda resultat i mycket svårbehandlade

problemsituationer (IKB: behandlingsmanual, 2010). Sådana modeller kräver en familjeterapeuts kunskaper för samordning av teambaserade insatser.

Ett familjeorienterat, terapeutiskt program i en multimodal behandlingskontext (Ett arbete under utveckling)

”ATT KASTA UT FÖRÄLDRARNA MED BADVATTNET”

Det finns idag ett vacuum runt ett föräldraorienterat stöd med direkt koppling till barnets barnpsykiatriska symptom. Ett vanligt förfarande är att barnet erbjuds hjälp på BUP, medan föräldrarna hänvisas till annan vårdgivare för föräldrastöd. Visst gör familjerådgivningen, familjebehandlingsenheterna inom socialvården och vuxenpsykiatrin stora och viktiga insatser. Problemet är att det nära sambandet mellan barnets rehabilitering och barnets sammanhangs positiva medverkan i denna rehabilitering spelas bort. Man försöker skydda BUPs kärnverksamhet men ”kastar ut föräldrarna med badvattnet”. Problemet, som man förbiser, kan också beskrivas som att man ”missar finliret” i hur just detta barn med sina egenheter eller problem tas emot av just sina föräldrar med deras styrkor och svagheter. Man missar därmed också möjligheter att på mikronivå, genom exemplet med sekvensanalys och sekvensträning, kunna arbeta med att utveckla mer hälsobringande sekvenser i samspelet här och nu, just när affektpåslag kommer. Att prata om detta är en sak – att få feedback på hur man omsätter detta ”här-och-nu” mellan varandra är en annan sak! Denna analys blir bokstavligen bortspolad, när barnet får hjälp på ett håll och föräldern på ett annat utan att temat för de separata behandlingarna samordnats!

I dagens barnpsykiatriska målgrupp lever långt mer än hälften med separerade föräldrar. Familjeterapin måste i detta läge utveckla sin metodik för att på ett uppdaterat, respektfullt sätt möta denna konstellation av ofta mycket engagerade föräldrar med gemensam vårdnad men inte sällan i konfliktfyllda interna relationer. Med ”uppdaterat sätt” menar jag att vi

måste söka kunskapsutveckling i det som kan benämnas ”Gemensamt föräldraskap efter separation”, där föräldrar har avslutat sin vuxenrelation men fortsätter att samverka i sin föräldrarelation. Hur kan ett familjeorienterat behandlingsprogram ge dessa föräldrar både enskilt och gemensamt stöd? Vi familjeterapeuter ser detta vacuum tydligast och vi måste formulera oss kring nödvändigheten av ett välplanerat, barnfokuserat, och vetenskapligt baserat intensivt föräldrastöd i dessa familjebildningar. Tankar kring detta arbetssätt av fokuserat familjearbete på BUP har kommit till mig från många håll under den senaste 15-årsperioden. Familjeterapeuter med ett antal olika perspektiv kommer att känna igen sig i både struktur och komponenter. Själv är jag förhoppningsvis, som familjeterapeut med 40 års klinisk erfarenhet, en integrerad produkt. Jag ser tydliga inslag från Strukturell familjeterapi, Intensiv familjeterapi (IFT), Funktionell familjeterapi (FFT), Anknätningsbaserad familjeterapi (ABFT), Anknätningsfokuserad familjeterapi (ABFT), Motivational interviewing och Mentaliseringsbaserad terapi - familj (MBT-F). Det finns säkert spår också av andra influenser. Det viktiga för mig, när jag utarbetat detta, har inte varit modelltrogenhet till någon speciell skolbildning utan snarare till den tidsaktuella arbetsuppgiften för familjeterapeuter på BUP, nämligen att hitta konstruktiva vägar till viktiga, kompletterande och evidensinformerade insatser i BUPs arsenal av hjälpinsatser. Arbetssättet måste utvecklas ytterligare, utvärderas och jämföras i forskning på sedvanligt sätt för att hitta sin form och bli etablerat.

Jag kallar upplägget för ”Familjeterapi med ärende” och menar med detta att BUP i behandlingsarbetet meddelar att föräldra- och anhörigstöd är en nödvändig del i ett multimodalt behandlingsprogram på BUP vid sidan av andra viktiga insatser som andra psykoterapiformer och/ eller medicinering.

FFS-BUP (FOKUSERAT FAMILJETERAPEUTISKT STÖD PÅ BUP).

Fas 1: INFORMATION, COMMITMENT, KONTRAKT, TEMATISERING.

Mål:

Informera om den forskningsbaserade rationalen bakom modellen. Arbete med tilltro och acceptans för modellen:

Motivera Föräldrarna till aktiv närvaro och deltagande i sitt barns rehabiliteringsprocess”.

Skapa personlig allians med respektive förälder i dyad till sitt barn och med båda föräldrarna och barnet som triad.

Skapa en känsla av Sammanhang (KASAM) kring problemet i aktuell familjekontext.

Skapa acceptans av läget som ett ”Undantagstillstånd” eller ett ”Moratorium” i familjens liv, skapa ”empowering” av föräldraskapet i en svår livssituation för familjen

Skapa ett pragmatiskt här och nu-fokus, ”bot kommer före utveckling”.

Aktivitet:

Programmets fokuserade syfte presenteras.

Att ge och få mandat samt formulera uppdrag för idén om nödvändigheten av ett familjebaserat program.

Psykoedukation om det vetenskapliga stödet för modellen.

Alliansbyggande och tematisering med föräldrar som föräldrar och med barn som har föräldrar engagerade i behandlingen. Presentation av olika former för samtal: Enskilt, alla tillsammans, i dyader etc.

Klargörande av ”roller” i det terapeutiska arbetet: Föräldrar är föräldrar och hjälpare med behov av stöd i den rollen. De olika aktörernas personliga och gemensamma problem, utmaningar och ansvar formuleras.

Externaliseringsarbete.

Samtal om nya partners konstruktiva medverkan.

Barnet/ungdomen försäkras trygghet genom möjlighet till enskild kontakt såväl som till familjesamtal i olika former, alltid med utgångspunkt från sin situation.

Att läsa föräldrarnas och barnets relationsstil och respektera den: balansera närmandearbete i samklang med personliga preferenser och optimering av de resurser föräldern har: affektiv väg, kognitiv väg, beteendeväg (action love).

Inventering av behov av och tillgång till personligt stöd för respektive förälder inför familjearbetet på BUP.

Problematisera och möjliggöra delgivning till den andre föräldern så långt möjligt för att optimera föräldrasamverkan.

Bra hjälp till terapeuten:

Kunskap om Pinsofs modell för allians i familjearbete (Pinsof 1995).

Sammanhangsmarkering (Petitt, Olson, 1992).

Vikten av gemensamt föräldraskap (Minuchin 1990, Hedenbro, 2015, Thomassin et al, 2015).

FAS 2: FORMULERING AV BARNETS SPECIFIKA STÖDBEHOV FRÅN SINA FÖRÄLDRAR I ETT MULTIMODALT**BEHANDLINGSUPPLÄGG.****Mål:**

En sammanställning av information avseende bedömning av barnets problem och lidande och vilket stöd barnet behöver från alla aktörer, anhöriga och professionella.

Omformulering av innehållet i barnets/ungdomens signaler i relationistiska behov av stöd från föräldrarna i en svår och utmanande livssituation.

Betoning av anknytningsrelationens vikt för en god rehabilitering.

Aktivitet:

Samråd mellan familjemedlemmar och inblandade professionella, där barnets problem utvecklingsuppgifter samt rehabiliteringsväg formuleras.

Samtal om risk- och skyddsfaktorer på individ- och familjenivå.

Formulering av en terapeutiskt önskvärd miljö för barnet i sin rehab-process.

Formulering av tydliga arbetsuppgifter för alla inblandade i terapin och former för ett bra stöd- individuellt, i dyad, i triad, alla samlade.

Bra hjälp till terapeuten:

MI-intervjuer (Barth, Näsholm, 2006).

Familje-rekonstruktion.

Anknytningsintervju.

Samtal i Reflekterande position.

MAFI (Hedenbro , 2015 b).

FAS 3: ARBETE TILLSAMMANS OCH ENSKILT FÖR ATT SKAPA EN HÄLSOBRINGANDE MILJÖ TROTS**SVÅRIGHETER.****Mål:**

Etablera personligt, enskilt och gemensamt föräldransvar och stödjande roller i den pågående rehab-perioden direkt relaterat till barnets/ungdomens utvecklingsuppgifter i sin rehabilitering.

Utveckla ett salutogent perspektiv. Arbete med träning i konflikt- och problemlösning i olika konstellationer bland de berörda.

Genomföra ett fokuserat arbete för utveckling av mentaliseringskapacitet, ökad intersubjektivitet och affektstabiliserande närvaro hos respektive förälder och hos föräldrarna tillsammans.

Aktivitet:

Betoning av föräldraskapets ansvar. Betoning av det egna ansvaret för en personlig relation till sitt barn.

Etablering av "gemensamt föräldraskap efter parrelationen" mellan föräldrarna i den aktuella problemsituationen.

"I en kritisk situation göra det omöjliga!": "att lyfta sig i håret som förälder trots relationsproblem". Vad är möjligt?

"Priset för förändring!". Vilka dynamiska/ systemiska konsekvenser behöver hanteras? Vilka prioriteringar i tid och resurser måste göras av var och en med fokus på det pågående "undantagstillståndet"?

Kartlägga energitjuvar och emotionella hinder för ett konstruktivt bemötande som förälder. Samtal om skuld och skam som hinder i ett gott föräldraskap givet situationen. Utveckla fokuserade motstrategier mot "återfall" i destruktiv kommunikation.

Enskilda och ,om möjligt, gemensamma föräldrasamtal.

Ordna med eventuell kompletterande terapeutisk hjälp till föräldrar på vuxenpsykiatri eller familjerådgivning.

Familjepedagogiska inslag: Arbete i reflekterande position om "mitt problem, ditt problem och vårt problem". Arbete med sekvensanalys av destruktiva och konstruktiva relationella mönster.

In vivo-observationer av dyader och triader. Läxor/uppföljningar av kontrakt. Träning i problem- och konfliktlösning i dyad och (eventuell) triad.

FAS 4: ARBETE MED GENERALISERING OCH ÅTERFALLSPREVENTION

Mål:

Konsolidera samspel mellan föräldrar sinsemellan och mellan barn/ungdomen och föräldrar

Generalisera de goda erfarenheterna av det terapeutiska familjearbetet.

Utveckla hållbara strategier, processer och rutiner för återfallsprevention.

Aktivitet:

Samråd mellan det multimodala BUP-teamet och familjemedlemmarna.

Genomgång av faserna i behandlingsprocessen. Repetition. Arbete med "de tre svåraste stunderna" för återfallsprevention. Formulering av framtida utmaningar.

Planering för eventuellt fortsatt stöd. Länkningsarbete för att implementera detta.

"Booster-sammankomster".

Behandlingen äger rum en serie på 10-15 samtal beroende på hur många parallella samtal som måste hållas på grund av föräldrarnas samarbetssvårigheter. Detta program skulle med fördel kunna utvärderas via ett av de etablerade digitala utvärderingsinstrument som nu finns på den svenska marknaden.

AVSLUTNING

Antingen väljer vi att se familjeterapins definitiva uttåg ur BUP eller så insisterar vi på att hävda en självklar plats i multimodala program på BUP för en uppdaterad familjeterapibaserad ansats. Detta kan ske med ett gott forskningsstöd både från allmän forskning kring skydds- och riskfaktorer för barns och ungdomars psykiska hälsoutveckling och mer precis outcome- och interventionsforskning. Förhoppningsvis kan de tankar som jag framfört här bidra som sporre i denna process.

LITTERATURLISTA

Alexander, J., Barrett Waldron H., Robbins, M., Neeb, A. (2013). *Functional Family Therapy for Adolescent Behavior Problems*. Washington: American Psychological Association.

Ahrons, C. (2005). *We're Still Family: What Grown Children Have to Say About Their Parents' Divorce*. New York: Perennial Currents.

Barth, T., Näsholm C. (2006). *Motiverande samtal-MI, Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor: Studentlitteratur*.

Beskow, L. & Hagmann, K. (2015). *ADHD i ett familjesammanhang – föräldrars perspektiv på orsaker och behandling*. Institutionen för psykologi, psykoterapeutprogrammet, psykoterapeutexamensuppsats 2015, Lunds universitet.

Carr, A. (2003). *Family Therapy-Concepts, Process and Practice*. Chichester: Wiley

Cederblad, M. (2003). "Från barndom till vuxenliv – En översikt av longitudinell forskning", Socialstyrelsen.

Cederblad, M., Petitt, B., Wirtberg, I. (2015). Par- och familjeterapi fungerar! En översikt över internationell systemisk-, par- och familjeterapiforskning. Svenska familjeterapiföreningen, www.sfft.se.

Diamond, G., Diamond, G., Levy, S. (2014). Attachment-Based Family Therapy for Depressed Adolescents. Washington: American Psychological Association.

Everett, S.V., Everett C. (1999). Family Therapy for ADHD: Treating Children, Adolescents, and Adults, New York: The Guilford Press.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002). Affect Regulation, Mentalization and the Development of Self. New York: Other Press.

Forsgren, A-C. (2015). Hur kan man förstå ADHD symptom och traumatiserade barns symptom? En kvalitativ studie av fem intervjuer med kliniker inom Barn- och ungdomspsykiatri i Dalarna. Examensarbete 15hp, SAPU:S påbyggnadsutbildning i psykoterapi 90 hp vårterminen 2015.

Greene, R., Ablon, S. (2006). Treating Explosive Kids – The collaborative problem-solving approach, New York: The Guilford Press.

Hart, S. (2011). The Impact of Attachment. New York: Norton.

Hedenbro, M. (2015). Stability in Family Communication – A Case Study of Inclusion and Exclusion. *Fokus på Familien*, 2,126-143.

Hedenbro, M. (2015). MAFI (mikroanalys och familjeintervention), Muntlig kommunikation

Hughes, D. (2007). Attachment-Focused Family Therapy. New York: Norton.

Hårtveit, H. & Jensen, P. (2005). Familjen plus en-En resa genom familjeterapins praktik och idéer. Stockholm: Mareld.

Isdal, P. (2000). Meningen med våld. Stockholm: Gothia.

IKB: behandlingsmanual. (2010), Socialpsykiatriska Behandlingsteamet (SPBT), Landstinget Uppsala län.

Johnsen, A. & Torsteinsson, V. (2012). Laerebok i Familie-terapi. Oslo: Universitetsforlaget.

Lundqvist, S. BUP-rapport (2011). Grunder i barn- och ungdomspsykiatriskt arbete. Barn- och Ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting.

Minuchin, S. (1980). Muntlig kommunikation under mitt utbildningsår vid Philadelphia Child Guidance Clinic.

Minuchin, S & Fishman C. (1990). Livets Dans-Familjeterapeutiska tekniker. Södra Sandby: W&W.

Panksepp, J. (1998). Affective Neuroscience-The Foundations of Human and Animal Emotions. New York: Oxford University Press.

Perry, B. Szalavitz, M. (2006). The Boy Who Was Raised as a Dog: And Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook--What Traumatized Children Can Teach Us About Loss, Love, and Healing. New York: Basic Books.

Petitt, B. & Olson, H. (1992). Om svar anhålles!-En bok om Interaktionistiskt förändringsarbete-Teori och analys. Stockholm: Mareld

Pinsof, W.M. (1995). Integrative Problem-Centered Therapy – A Synthesis of Family, Individual, and Biological Therapies. New York: Basic Books.

Ringborg, M. (2008). Intervju med Lars Dencik, Svensk Familjeterapi,1.

Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling 2013, Barn- och ungdomspsykiatri,
Stockholms läns landsting.

Schore, A. (2003). *Affect Regulation and the Disorders of the Self*. New York: Norton.

Schore, A. (2003). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York: Norton.

Sexton T. L., Alexander J. F. (2007). *Funktionell Familjeterapi – en manual*. Översättning till svenska Drott Englén G. Malmö: Palmkrons.

Sexton, T., Datchi, D. (2014). The Development and Evolution of Family Therapy Research – Its Impact on Practice, Current Status, and Future Directions. *Family Process*, 1-19.

Siegel, D. (2012). *Pocket Guide to Interpersonal Neurobiology. An Integrative Handbook of Mind*. New York: Norton.

Stern, D. (2006). *The Motherhood Constellation: A Unified view of Parent-Infant Psychotherapy*. London: Karnac.

Sundelin, J. (1999). *Intensive Family Therapy – a context for hope put into practice*. Dissertation, Department of Child and Youth Psychiatry, Lund University.

Sundelin, J. (2007). IFT-trappan - Den intensiva familjeterapins viktigaste terapeutiska agenter i modern utvecklingspsykologisk belysning. *Fokus på Familien*, 2, 127-142.

Sundelin, J. (2013). Karta eller tvångströja - En klinikers möte med 4 familjeterapeutiska manualer. *Fokus på Familien*, 3, 216-235.

Svedin, L. (2015). Muntligt kommunikation, Svenska Familjeterapikongressen 2015.

Sveriges psykologförbunds policy-program, Evidensbaserad praktik, Antaget vid Psykologförbundets kongress i oktober 2013.

Thomassin, K., Suveg, C., Davis, M., Lavner, J., Beach, S. (2015). Coparental Affect, Children's Emotion Dysregulation, and Parent and Child Depressive Symptoms. *Family Process*, sept. online, 1-15.

Wadsby, M. (1995). Children of Divorce and Their Parents. Departments of Child and Adolescent Psychiatry and Paediatrics, Faculty of Health Sciences: Linköping University, Sweden.