

- Hjälp som faktiskt hjälper
- Psykiatriska modediagnoser
- Sexualitet i ett familjperspektiv
- Single Sessions

Svensk Familjeterapi

Nr 2, 2016 årgång 27
Issn 100-3421
Utges av Svenska Föreningen
för Familjeterapi (SFFT)

Redaktör:

Anita Blom af Ekenstam,

Redaktör/layout:

Mårten af Ekenstam

Adress: Ringvägen 47b,

181 51 Lidingö

Mail: sftred@telia.com

Nästa nummer

kommer ut i

september

Manusstopp: 15/8

SFFT:s styrelse

2015 - 2016

ordförande

Charlotta Westberg,

kassör

Ronny Axelsson,

sekreterare

Jörgen Gunnarson,

ledamöter:

Ann-Helene Nilsson

Susan Hanshoff

Lena Lang

Kerstin Lodén Gustafson

Ulrica Holmbom

vetenskaplig

sekreterare

Ingegerd Wirtberg,

www.sfft.se

Föreningens

webbadress:

www.sfft.se

Vi finns på Facebook:

sfft — Svenska föreningen för
familjeterapi

ORDFÖRANDEORD

Så är sommaren plötsligt här och du sitter med årets andra nummer av SFT i din hand. Och likväl som både ditt och mitt liv har rullat på så har också SFFTs styrelseliv gjort det. Vi sågs i Stockholm igen, en helg i april, och avhandlade en diger dagordning som vanligt och pratade familjeterapi runtom i Sverige. T ex hur en del av landets BUP-motagningar sliter med att inte bara vara utredande enheter medan andra ser hur familjeterapin börjar komma tillbaka, och på flera ställen alltid funnits. Och hur familjeterapin vinner alltmer mark inom socialtjänsten och vad det innebär. Spännande. Nu i april gästade Fanny Marell oss som representant för Fokus på Familjens redaktion och berättade om det vetenskapliga arbete som pågår där. Fokus på Familjen ser gärna fler svenska vetenskapliga artiklar, så fatta pennan... och om du vill ha hjälp med den vetenskapliga formen så kan fokusredaktionen vara behjälplig. Sedan skypar vi i styrelsen med varandra ca en gång i månaden och avhandlar stora som små frågor. Nu är det mycket fokus på det vetenskapliga symposiet i höst, men också en tydligare mall för ansökan om förlustgaranti vid lokala evenemang som systemcaféer och föreläsningar t ex.

En stor del av styrelsens ledamöter är ju nya sedan årsmötet 2015 och ytterligare några nya ledamöter valdes in året dessförinnan så vi är en mycket färsk styrelse och en av våra självvalda uppgifter har varit att läsa igenom gamla protokoll för att uppdatera oss om vad som har diskuterats och vad som har beslutats genom åren. Nya beslut har genom föreningens liv fattats i gamla kända frågor, så som livet tar nya riktningar utifrån vilka perspektiv man ser det. Spännande det med. Du kan själv ta del av protokollet via hemsidan om du vill. I protokollet från aprilmötet i Stockholm kan du bl a läsa om vad som är på gång i de olika lokalföreningarna.

Innehållet för det vetenskapliga symposiet i Karlstad 13-14 oktober är spikat och du kan läsa mer i annonsen om det i detta nummer och på hemsidan och facebook. I samband med symposiet så kommer SFFT också att hålla sitt årsmöte på förmiddagen den 13 oktober innan symposiet börjar. Närvarande medlemmar blir bjudna på lunch. Så boka in årsmötet och lunchen redan nu! Det är också dags att börja tänka på nomineringar till Årets familjeterapeut som sedan presenteras på det vetenskapliga symposiet. Mer om det står också att läsa om det i detta nummer av SFT.

Island arbetar för fullt med den nordiska kongressen 2017 och det är nästan klart vilka plenum- och subplenumtalare som Sverige skickar, bl a Monica Hedenbro som plenumtalare och Tua Hassling och Ketty Hagman & Lotta Beskow som subplenumtalare. Island ser gärna fler svenska workshophållare, så om du är intresserad av att delta som workshophållare anmäl dig till Island via SFFTs hemsida. Eftersom det blir en nordisk kongress 2017 så satsar SFFT lite ödmjukt med ett vetenskapligt symposium även nästa år, men eftersom det gäller att hålla sig i framkant vad gäller vetenskapligt kunnande i dessa tider så ser vi ytterligare ett vetenskapligt symposium som något mycket positivt. 2018 satsar vi återigen på en nationell kongress. Denna gång i Stockholm. Men till dess är det långt kvar...

SFFT hade representanter både på den danska kongressen i november -15, vilket det redan skrivits om i SFT, och på den norska kongressen i februari -16 vilket du kan läsa om i detta nummer. Och 28 september- 1 oktober håller EFTA (the European Family Therapy Association) konferens i Aten och vår tanke är att SFFT ska vara representerat även där. Mer om EFTA och konferensen i Aten kan du läsa om på SFFTs hemsida.

Men nu är det nu, med sommar och hägrande semestrar och SFFTs styrelse önskar sköna sådana!

Charlotta Westberg

Dags att nominera!

Årets familjeterapeut?

Vem tycker du har gjort sig förtjänt av årets utmärkelse?

Förra året var det Marianne Cederblad, Ingegerd Wirtberg och Bill Petitt, som utsågs på kongressen i Växjö med motiveringen: Tillsammans har de gjort en avgörande insats för svensk familjeterapi, genom att sammanställa en forskningsöversikt vad gäller effekterna av systemisk par-och familjeterapi och göra den tillgänglig för fältet och beslutande organ.

SFFT:s medlemmar nominerar och styrelsen utser någon eller några som gjort något speciellt inom familjeterapiområdet i Sverige under det kalenderår som föregår det vetenskapliga seminariet i Karlstad. Det kan vara ett projekt, en utvärdering, forskning, en intressant bok – kort sagt allt som kan vara av intresse inom familjeterapifältet.

Utmärkelsen är förenat med ett diplom och uppmärksammas på det vetenskapliga seminariet.

Förslag med motivering och eventuell dokumentation skickas senast 31 augusti 2016 till Ulrica Holmbom: ulricaholmbom@gmail.com

Medlem i Sveriges Familjeterapi Förening - SFFT blir du automatiskt genom att gå med i en regional förening. Alla föreningarna finns presenterade på SFFT:s hemsida, www.sfft.se, under rubriken regioner. Här följer också en lista på kontaktpersoner för de olika regionala föreningarna.

Västerbotten: Liz Bertholdsson, liz.kjell@tele2.se

Jämtland-Härjedalen: www.ffmitt.com Johanna Öhrnell johannaohrnell@gmail.com
Telefon arb: 063-153921

Dalarna: Ulla Hedman, ulla.hedman@existensia.se

Värmland: Lennart Björk, Ö. Torggatan 19, 652 24 Karlstad
Telefon: 0541-88025 networker@live.se

Västra Sverige: Ilze Norman ilze.norman@alingsas.se
Telefon: 0322-15401, 0733-963300

Södra Sverige: Ulf Korman ulfkorman@comhem.se

FTF-Sydost: Eva Sjökvist eva.sjokvist14@gmail.com

Famös, mellersta och östra Sverige: www.famos.se Håkan Pettersson
khpettersson@gmail.com

Stockholm: Susan Hanshoff, susan.hanshoff@telia.com

Åland: Crister Eriksson cristere@aland.net

Det är till din regionala förening du vänder dig med namn- och adressändringar.

Rolf Sundet föreläste i Dalarna

Evidens och familjebaserad praktik hjälp som faktiskt hjälper

Hur skapar vi hjälp som faktiskt hjälper, utifrån kunskap och i samspel med dem vi ska hjälpa? Den frågan ställde Dalarnas Familjeterapiförening och bjöd in Rolf Sundet till en studiedag för att få hjälp att hitta svar. Rolf Sundet arbetar vid den mobila familjesektionen på barnpsykiatri vid Drammens sjukhus och möter där framförallt människor, som sökt hjälp många gånger, utan att få den hjälp de behövt. Han är specialist i klinisk psykologi, filosofie doktor och även förste amanuens vid högskolan i

gruppens arbetsledare. Denna målgrupp är viktig ur organisationssynpunkt.

Målsättning för dagen var att utveckla tankesätt omkring förståelsen av evidensbaserad och empiriskt stödd praktik, men också att visa på bekymmer med ett begränsat evidensbegrepp. En fråga var hur denna förståelse kan bidra till utveckling av familjeterapeutiska arbetsformer? Sundet gick igenom grunderna i evidensbegreppet och beskrev vad en empiriskt stödd praktik innebär.

Vid metoder som är klassiskt evi-

Det är inte möjligt med en skräddarsydd och hjälpsam behandling utan ett ”nej”.

Sundet föreslår tre regler för behandlare att använda sig av i det praktiska arbetet.

Protest är ett vittnesbörd om att vårt sätt att jobba inte passar med familjen och deras preferenser: ”Sätt pris på protesten!!”

Vid oenighet, ge företräde till familjen (innanför etiska ramar).

Rolf Sundet presenterade ORS, Outcome Rating Scale, och SRS, Session Rating Scale, som ett samtalsredskap, som ger öppningar och möjligheter till frågor och samtal. Skolorna ger aldrig svar. ”Det är bättre att fråga sig fram än att svara sig bort”. Via ORS och SRS får vi en indikation på om familjens situation försämrats, är likadan eller förbättras. Om det inte blir någon förändring, eller om det t.o.m. blir försämring, pekar det på nödvändigheten att behandlaren förändrar sig. Många gånger har vi tenderat att förklara bra utfall i behandling med metoden men brist på förändring med klienten (t.ex. bristande motivation).

En viktig tanke i Sundets resonemang är att behandlaren har terapeutisk autonomi och att organisationen stödjer behandlaren möjligheter att kreativt göra olika val tillsammans med familjen.

En annan utgångspunkt är förhållandet mellan utredning och behandling. När man, vilket ofta krävs från organisationen, startar med utredning blir det en linjär process. Rolf Sundet förordar att alltid starta med behandling då behandling alltid startar med relation. Han lyfter fram två goda förutsättningar till varaktig förändring. Dels en tidigt upplevd förändring och dels den terapeutiska alliansen. Utredningen är en del i behandlingen.

Många av åhörarna kände igen sig i vad Rolf Sundet beskrev. Några reflektioner ifrån åhörarna var att det kändes bra att få dessa resonemang framförda i ett sammanhang, från en person som inte polariserade idéerna om evidensba-



Rolf Sundet. Foto: Märten af Ekenstam

Vestfold.

”Evidens och familjebaserad praktik – hjälp som faktiskt hjälper” var temat för studiedagen, som hade sitt fokus i mötet mellan forskning, evidens, metod och relation.

Familjeterapiföreningen vände sig i sin inbjudan till ”alla som är i hjälparens roll” bl.a. personal inom socialtjänst, barn- och vuxenpsykiatri, familjerådgivning, skola med flera verksamheter. Bland åhörarna fanns behandlingspersonal från öppenvård i socialtjänst och från barnpsykiatrisk dagverksamhet, familjerådgivare, samtalsterapeuter men också representanter från dessa yrkes-

densbaserade är det alltid en del av forskningsgruppen som får hjälp och en som inte får hjälp. Med andra ord finns evidens för att evidensbaserade metoder hjälper många, men inte alla. Det finns inget i metoden som tydligt pekar ut vem som får hjälp och vem som inte får hjälp när metoden används. För det framhåller Sundet vikten av samspel mellan familj och behandlare. Han förordar ett arbetssätt som tillvaratar när klienten säger nej eller tvekar till det som föreslås i behandlingen. ”Nej” ses som hjälpsam information, inte som motstånd eller brist på motivation eller att klienten inte är klar för förändring.

serade metoder i förhållande till relation och samspel mellan behandlare och klient. Rolf Sundet har ett starkt klientperspektiv där han har fokus på att det ska vara bra för klienten. Med kraft lyfte han fram klient, familj och terapeut.

En annan reflektion var att Sundet sätter behandlingssystemet i sitt organisatoriska sammanhang och synliggör organisationens betydelse för arbetet tillsammans med familjen.

Rolf Sundet skapar inte motsättningar mellan olika synsätt och kan föra sam-

man olika perspektiv med klienten i fokus. Detta är både upplyftande och utmanande på ett positivt sätt.

En kommentar i publiken var att det Rolf har att säga borde alla som arbetar med människor få del av. Samtalen om dessa frågor borde ges större utrymme än de får i våra olika organisationer.

Det här var några korta nedslag i en mycket innehållsrik dag med Rolf Sundet. För övrigt hann vi med Stern, Stalin och mycket annat.

För den som är intresserad finns powerpoint-bilderna från föreläsningen på sfft:s hemsida. Likaså finns där en föreläsning, "The joy of collaboration", med Rolf Sundet inspelad vid den Nordiska kongressen i Visby 2011 (sök under fliken tidigare, "Rötter och Vingar", 2011). En läsvärd artikel i ämnet av Rolf Sundet är publicerad i Fokus på Familjen nr 1 2015, "Kunnskap i evidensens tid".

Jörgen Gunnarson
Gudrun Jacobsson

Dalarnas familjeterapiförening, Dff

Samarbete och dialog i praktiken



Workshop med Harlene Anderson i Stockholm fredag 21 oktober 2016

Harlene förkroppsligar sin egen tro på lärande som en livslång process – inbjuder, uppmuntrar och utmanar oss att bli frågvisa, kreativa, autentiska och öppna inför de ständigt nya möjligheterna i de människor vi möter – och i oss själva.

Utbildningar för *International Certification of Collaborative-Dialogic Practices* i fjorton länder runt om i världen, däribland Norge, har grundats av Harlene Anderson och medarbetare i respektive land. Hon är även Advisor för *the Taos Institute Doctoral Programs*.

På svenska finns hennes böcker: *Från påverkan till medverkan* (finns att laddas ner gratis på www.mareld.se) och *Samtal, språk och möjligheter: psykoterapi och konsultation ur postmodern synvinkel*. Som redaktör och medförfattare har hon givit ut *Appreciative Organizations*, *Collaborative Therapy: Relationships and Conversations that Make a Difference* och *Innovations in the Reflecting Process*.

Workshopen sker på lättillgänglig engelska.

Plats: Bringsalen, Ersta konferens, Erstagatan 1 ingång K, Stockholm Södermalm.

Kostnad: medlemmar: kr 1100:- kr, icke medlemmar: kr 1450:-.

Studierande på familjeterapiutbildningar betalar reducerad avgift, kr 800:-

Kostnaden inkluderar förmiddags- och eftermiddagsfika.

Registrering kl 8.00–9.00. **Program** kl 9.00–16.00

Anmälan sker genom att anmälningsavgiften sätts in på föreningens plusgiro 618317-2.

Skriv HA och ditt namn i meddelandefältet. Anmäl dig *dessutom* till Lisa Koser, mail

ordforande@ffst.se så att vi kan skicka material till dig inför dagen. Anmälda deltagare kommer att få tillgång till relevanta artiklar i förväg.

Mer om Harlene Andersons verksamhet kan man läsa i följande länkar:

www.harleneanderson.org ; www.taosinstitute.net

International Journal of Collaborative Practices: <https://collaborative-practices.com>

För frågor om arrangemanget, kontakta ordforande@ffst.se

ADHD – psykiatriska modediagnoser med risk för överdiagnostisering och övermedicinering

VARFÖR ÄR DETTA VIKTIGT?

Hur vi ser på barn och hur vi hjälper dem med olika svåra dilemman är en allvarlig fråga som måste tåla att granskas och omvärderas när så behövs. Tål inte frågan att diskuteras är något mycket fel.

Antalet personer diagnostiserade med ADHD och därmed antalet medicinerade personer ökar kraftigt i världen och i Sverige. Mycket tyder på att vi inte sett slutet på denna trend (Lundström, 2016; Läkeemedelsverket, 2016). Samtidigt kommer fler och fler rapporter om att stimulantiamedicinerna inte har den verkan på lång sikt vi hoppats och trott.

Evidensen växer för att läkeemedelsbehandling inte medför någon bestående skillnad i skolarbetet eller prestation (Sharpe, 2014). Det ter sig till och med som att medicinerna på lång sikt inte har någon positiv effekt på barns skolprestationer utan snarare visar på en försämring och ökade symtom. Användningen av läkeemedel visade sig på sikt förenat med ökade symtom på hyperaktivitet- impulsivitet och trotsymtom samt med större allmän funktionsnedsättning. Sannolikheten ökade att pojkar hoppade av skolan (Currie, Stabile, & Jones, 2014; Smith, Jongeling, Hartman, Russel, & Landau, 2009; Jensen, Arnold, Swanson, Vittiel, Abifkoff, Greenhill et al., 2007; Molina, Hinshaw, Swanson, Arnold, Vittiel, Jensen et al., 2009; Sharpe, 2014; The MTA Cooperative Groupe, 1999; Whitaker, 2014). Dessutom förefaller läkeemedelsbruket vara förenat med ökad risk för ångest och depression (Molina et al., 2009; Whitaker, 2014).

Det börjar bli påtagligt att våra tidigare antaganden om orsak och lösning inte håller och att vi behöver tänka om angående hur vi skall hjälpa unga människor med detta dilemma.

HUR KAN VI FÖRSTÅ DETTA FENOMEN VI IDAG BENÄMNER ADHD?

Ofta när det talas om ADHD impliceras att det skulle bero på ett fel i hjärnan - något neurologiskt, en biologisk defekt hos det enskilda barnet. Sådana biologiska förklaringsmodeller kan kopplas till en medikalisering av människors livsbekymmer (Lundström, 2016).

I dagsläget finns inga biologiska markörer för att diagnostisera ADHD. Diagnostiseringen går till så att man undersöker och kategoriserar symtom, symtomkategorierna benämns med olika namn – psykiatriska diagnoser. Kategorierna säger inget om etiologi, det vill säga om orsaken till symtomen. Detta gäller såväl för de psykiatriska diagnoserna inom DSM 5 som ICD-10 (American Psychiatric Association, 2013; Lundström, 2016; Socialstyrelsen, 2016).

Själva ordet diagnos är en del av det medicinska språkbruket som i vanliga fall indicerar att man funnit en förklaring (etiologin) till ett symtom. Till exempel, jag har ont (symptom) i mitt ben. Läkarna konstaterar att det är brutet (diagnos). I och med att vi vet diagnosen vet vi vad som bör göras för att reparera/behandla (terapi), till exempel gipsa (Ekeland, 2004). Men om diagnosen inte säger något om etiologin, det vill säga den förklarar inte varför – vad ger den oss då för information?

Diagnoser är identitetsskapande – de påverkar vår självbild. Vad vill vi som vuxna skapa för identiteter hos våra barn? Vad gör det med ett barns tro på sig själv och sin förmåga att ta sig ut i livet och ta för sig om det växer upp med dessa diagnoser som en del av sin självbild (Hertz, 2011)? Vad gör det med föräldrarnas bild av sitt barn? Hur påverkar det föräldraskapet över tid?

Vad använder vi för ord när vi talar om dessa svårigheter? Använder vi ord som har en inneboende potential till förändring/växt och utveckling eller ord som riskerar låsa fast och signalera att detta bekymmer kommer att vara för alltid (Hertz, 2011)? Om vi inte med säkerhet vet att ett bekymmer kommer att vara resten av livet (som när vi inte förstår ett symtoms etiologi) – vad bör vi använda för ord?

Frances beskriver korrelationen man funnit mellan att bli diagnostiserad med en ADHD-diagnos och att barnen är pojkar födda sent på året. Är detta snarare ett tecken på omognad; barn födda senare på året har inte haft samma möjligheter att mogna och utvecklas som sina kamrater i samma årskull (Elder, 2010; Frances, 2013)? Vad händer när vi betecknar detta som en defekt/sjukdom/störning/neuropsykiatrisk diagnos?

Flera vetenskapliga artiklar och studier talar om risken för att barn som utsatts för trauma i olika former kan uppvisa symtom som misstas för ADHD-symptom då dessa symtom är mycket lika (Ford, o.a., 2000; Weinstein, Staffebach, & Biaggio, 2000). En av de största studier som gjorts, den så kallade ACE studien visade att svåra barndomsupplevelser ofta är okända men desto mer vanliga. Studien visade att svåra barndomsupplevelser var den mest grundläggande orsaken till hälsoriskbeteenden, sjuklighet, funktionshinder, dödlighet och i förlängningen stora sjukvårdskostnader (U.S Department of Health and Human Services, 2016).

Den farmakologiska behandlingen för ADHD är ofta stimulantiamedicin. Vad händer om vi behandlar omognad eller sociala bekymmer/trauma med stimulantialäkeemedel?

ADHD-DIAGNOSENS UTVECKLING I SVERIGE

I USA och andra länder har man bekymmer med en skenande utveckling av bland andra ADHD- diagnoser (Frances, 2013). Man har olika förklaringar till skälen. En del hävdar att det beror på lobbyverksamhet från läkeemedelsindustrin, andra pekar på de sänkta kraven i DSM för att ställa diagnosen (Frances, 2013). Dessutom talar man om hur vårt samhälles krav ständigt ökar och förändras och att detta kan leda till en utslagningseffekt (Hertz, 2011; Frances, 2013).

Även i Sverige drabbas vi av denna trend eller explosion av ADHD diagnostisering som Lundström skriver om i sin artikel (Lundström, 2016). Det visar sig dessutom att diagnosen fått mycket ojämn spridning i olika sociala grupper, regioner och länder. Lundström lyfter tesen om att det pågår en medikalisering av sociala bekymmer i vårt moderna samhälle. Hur kommer det sig att ADHD diagnoser är vanligare inom utsatta socialgrupper (Lundström, 2016)?

Om vi ställer diagnos efter att vi mött en människa fyra gånger i samtal, som är riktlinje för dagens barnpsykiatriska

arbete i Stockholm, hur väl känner vi individen och dess sammanhang då (Stockholms Läns Landsting och Sten Lundqvist, 2011)? Hur tillitsfull är den diagnosen? Är detta något vi bör göra som första insats?

Hur kan vi hejda den spiral som uppstår när föräldrar som värnar sina barn motas in i en spiral där de behöver söka en diagnos för att delar av samhället till exempel skola, BUP skall ta dem på allvar och hjälpa dem med extra resurser för deras barn (Frances, 2013).

Vill vi ha denna ökande trend av diagnostisering av ADHD? Hur kan vi stoppa denna trend? Är det rätt väg att gå att minska normalitetsbegreppet och definiera fler och fler beteenden som avvikande och sjuka... eller skall vi välja att gå åt andra hållet och vidga toleransen för olikheter?

HUR HJÄLPER VI DE MÄNNISKOR SOM DIAGNOSTISERATS MED ADHD IDAG?

I riktlinjer för BUP i Stockholm hänvisas till att barn med ADHD-diagnos och deras familjer i första hand skall hjälpas genom information om diagnosen, psykoedukativa insatser samt familjeinriktade insatser. Samtidigt står det att alla familjer med barn med diagnostiserad ADHD skall erbjudas läkartid för diskussion av läkemedelsbehandling (Barn- och Ungdoms Psykiatri - Stockholms Läns Landsting, 2010).

Det vi ser är en tydlig ökning av stimulantia-medicinering (Frances, 2013; Lundström, 2016; Läkemedelsverket, 2016). All medicinering som har effekt har även bieffekter. Bieffekter kan uppträda både på lång och kort sikt. Vi vet att en relativt vanlig bieffekt av ADHD-medicinering är minskad matlust. Detta kan låta banalt men är allvarligt då det uppträder hos barn som är i ett skede i livet när det växer. Äter de inte som de behöver, riskerar detta att påverka deras tillväxt, något som inte går att återställa senare i livet (Läkemedelsindustriföreningens Service AB, LIF. Fass-verksamheten, 2016). Långtidseffekterna av stimulantiamedicinering vet vi ganska lite om i dagsläget utifrån att det är en relativt ny medicin att ge till växande barn. Det finns dock de studier som vi nämnde tidigare i artikeln, studier som påvisar att de inte leder till några positiva resultat på lång sikt vad gäller skolprestation och snarare till ökade symtom och andra tilläggs bekymmer (Currie, Stabile, & Jones, 2014; Smith, Jongeling, Hartman, Russel, & Landau, 2009; Jensen et al., 2007; Molina, et al., 2009; Sharpe, 2014; The MTA Cooperative Group, 1999; Whitaker, 2014)

Vad finns det för fler sätt att hjälpa människor med dessa svårigheter?

Vi ifrågasätter inte att bekymren finns och att de skapar ett lidande utan frågan vi vill dryfta är hur vi kan förstå dessa svårigheter och därmed hjälpa med bättre resultat och mindre bieffekter?

Vad behöver vi skapa för ny sorts kunskap för att möta dessa utmaningar? Hur kan vi utveckla och använda mer tvärveten-

skaplig förståelse för att möta komplexa bekymmer? Hur kan vi skapa ny komplex och systemteoretisk/ekologisk kunskap så att vi inte skapar nya bekymmer genom för smala och snäva och lösningsförsök (Bateson, 1972/2000; Graffman, 1998). Vilka olika vetenskaper kan vi kombinera och utveckla ihop istället för att bara forska på en domän (Biologi – och där främst hjärnan och gener) för att öka vår kunskap om ekologin som är involverad i komplexa bekymmer.

FRÅGOR VÄRDA ATT STÄLLA

Hur kan vi omstrukturera i vårt samhälle? Är förskolor och skolor organiserade på bästa sätt för våra barn idag?

Hur påverkas våra barn av att gå på förskola långa dagar från 1-1,5 års ålder? (Det är inte bara mammor som kan vara hemma så det behöver inte vara en kvinnofälla. Författarnas anmärkning). Dagens skola ställer helt andra krav på en god elev än vad det ställdes på exempelvis 1940-talet. Då var en god elev en elev som stod tyst på led och gjorde som den blev tillsagd, inte talade utan att räkna upp handen. Dagens skola kräver att elever skall ta ansvar för sitt eget kunskapsinhämtande, de skall röra sig mellan olika klassrum och arbeta i projekt. En tyst elev som enbart gör vad den blir tillsagd är inte den som premieras (att lyda kontra att ta eget ansvar och agentskap) (Dencik, Schultz Jørgensen, & Sommer, 2008; Frances, 2013; Hertz, 2011).

Är det skolan eller barnen som skall justeras? Vad får dessa två olika strategier för konsekvenser?

HUR PÅVERKAR FAMILJEN OCH HUR KAN DEN VARA TILL HJÄLP?

Hur påverkar vårt radikalt ändrade familjesystem, som vi utvecklat i Norden, det senaste seklet? Familjen har demokratiserats med bland annat rätten till abort, skilsmässa och barnomsorg (Dencik, Schultz Jørgensen, & Sommer, 2008). Familjekonstellationerna har också förändrats med mina, dina och våra barn, skilsmässor, omgiften och samboskap (Dencik, Schultz Jørgensen, & Sommer, 2008). Hur påverkar detta våra barn och deras livssituation?

Hur kan till exempel familjeterapin bidra till att familjer hittar goda vägar i dessa nya familjekonstellationer? Kan familjeterapin bidra med att se familjen som en resurs för barnet som genom hjälp/stöd/psykoedukation kan utveckla andra/nya/tydligare rutiner/strukturer i hemmet som blir ett stöd för barnet när så behövs. Genom att hjälpa familjer att skapa en annorlunda/ny förståelse för sina barn kan familjerna utveckla nya samspelsmönster (Stockholms Läns Landsting och Sten Lundqvist, 2011).

Genom nya annorlunda berättelser skapas nya förståelser och därmed nya handlingsalternativ för alla i en familj (Hertz, 2011).

Fortsättning på nästa sida



HUR HAR DAGENS TEKNIKUTVECKLING PÅVERKAT VÅRA BARNNS UPPVÄXT?

Dagens barn lever i ett samhälle som inte alls såg ut som när vi växte upp. De möts av datorer, I-pads, smartphones. Alla dessa apparater har olika typer av program och appar för social interaktion – Facebook, Kick, Instagram som ger en möjlighet till kontakt när som helst med vem som helst hela tiden (Dencik, Schultz Jørgensen, & Sommer, 2008). Dessutom har många av dessa teknikprylar spel som är mycket välgjorda och lockande.

Hur påverkar tekniken och de ökade kontaktytorna våra barn? Hur påverkar det våra barn att de sitter stilla med dessa apparater?

HUR PÅVERKAR FYSISK AKTIVITET?

Flera forskare talar om en koppling mellan träning och utveckling av hjärnan. När vi tränar får hjärnan mer syre och det bildas nya celler. Fysisk aktivitet bidrar till att förbättra kognitiva funktioner som minne och inläring (Berwid & Halperin, 2012). I en studie publicerad 2014 (Gapin & Etnier) framkom att föräldrar till barn med ADHD-diagnos upplevde att barnens symtom av hyperaktivitet och impulsivitet minskade och koncentrationen ökade efter fysisk aktivitet

Fysisk träning reducerar dessutom våra stressresponser. Stress är skadligt för hjärnan (Ljung & Friberg, 2016).

Har vi tillräckligt med fysisk aktivitet i våra barns vardag?

HUR PÅVERKAR KOSTEN?

I takt med samhällsutvecklingen har även våra livsmedel, måltider och måltidsmönster förändrats. Tekniken att förvara mat i kylskåp är bara ca 70 år gammal. Vår mat har gått från att vara beroende av mikrober för att konserveras, genom exempelvis fermentering, till att anses säkert om den är mer eller mindre steril. Vilket den är i den snabbmatskultur som vi har idag. Vi har heller aldrig tidigare i historien ätit så mycket socker, vitt mjöl och konserveringsmedel som idag (Fernholm, 2014).

Hur påverkar vår ändrade kost våra kroppar och vårt fungerande?

Det är vanligt att barn har orolig mage idag inte minst barn med diagnostiserad ADHD, ibland som en bieffekt av medicineringen (Läkemedelsindustriföreningens Service AB, LIF. Fass-verksamheten, 2016). Resultat från INCA-studien, där barn med ADHD under fem veckor åt en eliminationskost, som i vanliga fall kan ordinerats till barn med multipla allergier, visade ett övertygande gott resultat för att kostbehandling skulle kunna vara en av de behandlingar som erbjuds till barn med symtom av typen ADHD (Pellser, Frankena, Toorman, Savelkoul, Dubois, Pereira et al. 2011)..

HUR PÅVERKAR TARMFLORAN MÄNNISKANS PSYKISKA FUNGERANDE?

Nya studier på tarmfloran (mikrobiota) och ADHD gör gällande att man skulle kunna behandla, i de fall det anses lämpligt, som vid en mag-tarmsjukdom istället för som vid en allergi. I en nyligen publicerad finländsk studie kom man fram till att tillskott av probiotika till mamman under de sista 2-4 veckorna av graviditeten och till barnet under första 6 månaderna bidrog till att minska förekomsten av allergi med 50 procent. När forskare återigen undersökte barnen vid 13 års ålder hade ingen i probiotikagruppen symtom på ADHD och inte heller Autism. Det här är en liten studie som dock ger indikationer på att tarmfloran och dess koppling till hjärnan, detta nya

stora forskningsfält, är väldigt viktigt att ta hänsyn till vid behandling av ADHD (Pärtty, Kalliomäki, Wacklin, Salminen, & Isolauri, 2015).

Detta är några kunskapsdomäner på olika strukturella nivåer – samhälle, familj, individ men även teknik, kost och träning med eventuella möjliga bidrag till en lösning. Det finns många fler kunskapsdomäner som kan vara del i en komplex lösning av detta dilemma.

KOM OCH LYSSNA OCH DISKUTERA PÅ ETT SEMINARIUM OM PSYKIATRISKA MODEDIAGNOSER!

Det vi önskar med detta seminarium är att skapa en dialog och öppna för en utvidgad förståelse för det vi idag benämner som ADHD. Vi önskar också öppna upp samtalet om fler/alternativa sätt att hjälpa människor som tampas med dessa svårigheter som hjälper mer och har mindre bieffekter.

Välkomna på heldagsseminarium kring dessa frågor den 18 juni i Stockholm med professor Allen Frances (fd chefredaktör för DSM) och flera kända svenska forskare inom många olika vetenskapliga domäner med relevans för ämnet. Nora Bateson och Fanny Marell är moderatorer för dagen.

Kom och hjälp oss utveckla ny sorts tänkande och kunskap! – ekocybernetik!!

Läs mer om dagen på integrativ-medicin.se

Leena K Nygren
Samtalsterapeut
Leg. Sjuksköterska
Ordförande för FIM
leena.k.nygren@integrativ-medicin.se
www.integrativ-medicin.se

Jenny Levin
Leg. dietist
jenny@dietistan.se
<http://dietistan.se>

Fanny Marell
Leg. psykoterapeut/familjeterapi
Auktoriserad socionom
fanny.marell@gmail.com
www.fannymarell.se

Litteraturförteckning

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 Rev ed.* Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Barn- och Ungdoms Psykiatri - Stockholms Läns Landsting. (2010). *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling.* Stockholm: Allofset.
- Bateson, G. (1972/2000). *Steps to an ecology of mind.* Chicago: The University of Chicago Press.
- Berwid, O. G., & Halperin, J. M. (2012). *Emerging Support for a Role of Exercise in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Intervention Planning.* *Current Psychiatry Reports, 14 (5), 543-551.*
- Currie, J., Stabile, M., & Jones, L. (2014). *Do Stimulant medications improve educational and behavioural outcomes for children with ADHD?* *Journal of Health Economics, 37, 58-69.*
- Dencik, L., Schultz Jørgensen, P., & Sommer, D. (2008). *Familie og barn i en upbrudstid.* Köpenhamn: Hans Reitzels Förlag.
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis.* Arbetsnotat nr: 6. Høgskolen i Oslo - Senter for profesjonsstudier.
- Elder, T. E. (2010). *The importance of relative standards in ADHD diagnoses: Evidence based on exact birth dates.* *Journal of Health Economics, 29, 641-656.*

- Fernholm, A. (2014). *Det sötaste vi har: om socker och växande kroppar*. Stockholm: Natur & Kultur Akademisk.
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Davis, W. B., Reiser, J., Fleischer, A., & Thomas, J. (2000). Child Maltreatment, Other Trauma Exposure, and Posttraumatic Symptomatology Among children With Oppositional Defiant and Attention Deficit Hyperactivity Disorders. *Journal of child maltreatment*, Vol 5, No 3, 205-217.
- Frances, A. (2013). *Saving Normal - an insider's revolt against out of control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: William Morrow.
- Gapin, J. I., & Etnier, J. L. (2014). Parental perceptions of the effects of exercise on behaviour in children and adolescents with ADHD. *Journal of sport and health science*, Vol. 3 Issue 4, 320-325.
- Graffman, E. (1998). *Mönster som förbinder - Ekocybernetiska texter i urval av Erik Graffman med bidrag av Rollo May, Anthony Wilden mfl*. Stockholm: Mareld.
- Hertz, S. (2011). *Barn- och ungdomspsykiatri: nya perspektiv och oanade möjligheter*. Stockholm: Studentlitteratur AB.
- Jensen, P., Arnold, E., Swanson, J., Vittiello, B., Abifkoff, H., Greenhill, L. et al. (2007). 3-Year Follow-up of the NIMH MTA Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 46:8, 989-1002.
- Ljung, T., & Friberg, P. (2004). Stressreaktionernas biologi. *Läkartidningen*, 12, 1089-94. Hämtat 2016, 18 april från It-arkiv: <http://itarkiv.lakartidningen.se/artNo28278.se/artNo28278>
- Lundström, T. (2016). ADHD: Om förekomst, Ökning och konsekvenserna för social barnavård. *Socionomen - kvalificerat socialt arbete och psykoterapi*, 18-31.
- Läkemedelsindustriföreningens Service AB, LIF. Fassverksamheten. (2016, april 08). *Concerta*. Hämtat från: FASS Vårdpersonal: <http://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20021101000328#side-effects>
- Läkemedelsindustriföreningens Service AB, LIF. Fassverksamheten. (2016, april 26). *Ritalin*. Hämtat från: FASS Vårdpersonal: <http://www.fass.se/LIF/product?userType=0&nplld=20040607007457#side-effects>
- Läkemedelsverket. (2016, april 18). *Läkemedelsverkets följer upp behandlingen med centralstimulantia vid ADHD*. Hämtat från: Läkemedelsverket: <https://lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/Nyheter-2013/Lakemedelsverkets-foljer-upp-behandlingen-med-centralstimulantia-vid-ADHD/>
- Molina, B., Hinshaw, S., Swanson, J., Arnold, E., Vittiello, B., Jensen, P. et al. and the MTA COOPERATIVE. (2009)). The MTA at 8 Years: Prospective Follow-up of Children Treated for Combined -Type ADHD in Multisite Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48:5, 484-500.
- Pellser, L. M., Frankena, K., Toorman, J., Savelkoul, H. F., Dubois, A. E., Pereira, R. R., et al. (2011). Effects of a restricted elimination diet on the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): a randomised controlled trial. *The Lancet*. Vol. 377, nr. 9764, 484-503.
- Pärtty, A., Kalliomäki, M., Wacklin, P., Salminen, S., & Isolauri, E. (2015). A possible link between early probiotic intervention and the risk of neuropsychiatric disorders later in childhood: a randomized trial. *Pediatric Research*. vol. 77, issue 6, 823-828. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25760553>
- Sharpe, K. (2014). Evidence is mounting that medication for ADHD doesn't make a lasting difference to schoolwork or achievement. *Nature*. Vol. 506, 146-148.
- Smith, G., Jongeling, B., Hartman, P., Russel, C., & Landau, L. (2009). *Raine ADHD Study: Long-term outcomes associated with stimulant medication in the treatment of ADHD in children*. Government of Western Australia Department of Health. Socialstyrelsen. (2016, april 4). *Diagnoskoder (ICD -10)*. Hämtat från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/klassificering-ochkoder/diagnoskodericd-10>
- Stockholms Läns Landsting och Sten Lundqvist. (2011). *BUP rapport 2011/11. Grunder i Barn- och Ungdomspsykiatriskt Arbete. Om värderingar, möten, förhållningsätt och bedömningar*. Karlskrona: Printfabriken.
- The MTA Cooperative Groupe. (1999). A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *ARCH GEN PSYCHIATRY*. vol 56, 1073-1086.
- U.S Department of Health and Human Services. (2016, 04 18). *About the CDC-Kaiser ACE Study*. Retrieved from Centre for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html>
- Weinstein, D., Staffebach, D., & Biaggio, M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and Posttraumatic Stress Disorder: Differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, Vol. 20, No. 3, 359-378.
- Whitaker, R. (2014, november 3). *ADHD-mediciner fungerar inte på lång sikt*. Hämtat från SVT Nyheter opinion: <http://www.svt.se/opinion/article2429200.svt>

Grundläggande psykoterapiutbildning

med systemisk familjeterapi och relationell inriktning, 45 hp

Högskolan i Gävle startar som uppdragsutbildning en 2-årig grundläggande psykoterapiutbildning, motsvarande Steg 1, med start i januari 2017.

Anmälan senast 1 november 2016.

www.hig.se/uppdragsutbildning

"Kursen har gett mig nya perspektiv, aha-upplevelser, vidgat mina cirklar"
Deltagare i kursen 2014-2016



Det våras för familjeterapiföreningen Sydost



Näkkve och Tryggve Balldin

Våren har precis kommit till Växjö, snödroppar och vintergäck breder ut sig. Denna vårmorgon är speciell. Familjeterapiföreningen Sydost står som värd för en utbildningsdag där bröderna Tryggve och Näkkve Balldin från Skåne gästar föreningen under temat: ”Prata så att jag förstår vad du säger!” Tryggve, socionom/psykoterapeut och handledare och brodern Näkkve, även han socionom och handledare.

Det kommer folk från södra Sverige, Göteborg, Kalmar och inre Småland och salen är fylld till bredden med 140 förväntansfulla familjehandlare.

Titeln på utbildningsdagen känns inbjudande, visst vill man prata så att de familjer man möter förstår vad vi behandlare har att säga. Men, kommer det bli en dag med polarisering kring familjehandling kontra diagnostisering eller var kommer vi hamna?

Det visar sig bli en dag i integrationsens tecken. Näkkve och Tryggve låter

oss förstå vikten av att se till hela sammanhanget. Istället för att lyfta fram diagnosen som en barriär i förståelsen av de svårigheter ett barn kan ha så ger bröderna oss istället begreppet ”relationsförsvärande beteende” som ett alternativ, ett begrepp som kan visa sig användbart i det kliniska arbetet med ett sårbart barn och dess familj.

Det går att integrera det alternativa ”diagnos-begreppet” som en hjälp i berättandet av ett barns problem, och den sårbarhet vi har att ta hänsyn till när vi går in i ett familjesystem. Vi behöver inte välja ord som ”diagnos” eller ”familjehandling”.

Bröderna Balldin lyfter fram att det är viktigt att vi inte använder diagnoser som förklaringsmodell på ett sätt som gör individen till bärare av problemet och utifrån det individualiserar insatsen, i värsta fall för att motivera att exkludera barnet ur sammanhanget. Istället kan man tänka att diagnosen kan bli en väg

till ökad förståelse, en möjlighet att få vara i meningsfulla relationer. ”Det är farligt att vara ensam om man inte vill det», poängteras under dagen. Om man hjälper ett barn till mer ”relationsunderlättande” beteende ges det också en chans att må bättre.

Under dagen ges också en del praktiska tips till oss familjehandlare när vi möter familjer med barn som är bärare av sårbarhet. Om vi ”går utanför boxen” så kan samtal i bilen, chatta, att använda ”påståendelistor” etc vara en framgångsrik väg till ett meningsfullt samtal.

Bröderna och ”pågarna” Balldin åker hem till Skåne, och vi är berikade av dagen.

Det ger mersmak att tänka integrativt och att möta våra familjer med kompetens, så att det blir samtal där vi pratar så att familjerna förstår.

Christina Carlsson och Eva Sjökvist
Familjeterapiföreningen Sydost

SVENSKA FÖRENINGEN FÖR FAMILJETERAPI
anordnar Vetenskapligt Symposium i Karlstad 13-14 oktober 2016

BARN UTSATTA FÖR VÅLD

Vad vet vi och vad gör vi?

TORSDAG
13 OKTOBER
13.00-17.00

Insatser för våldsutsatta barn och föräldrar
Erfarenheter och reflektioner från aktuell forskning

Kjerstin Almqvist
Adj. professor i medicinsk psykologi,
leg. psykolog och leg. psykoterapeut

Ulf Axberg
Leg. psykolog, leg. psykoterapeut, fil.dr,
lektor vid Institutionen för Psykologi vid Göteborgs universitet

Kaffepaus under eftermiddagen
Efter dagens föreläsning besök på **SANDGRUND LARS LERIN KONSTHALL**
Konferensmiddag

FREDAG
14 OKTOBER
08.30-12.00

Förebygga våld mot barn
Tre experimentella fallstudier av metoden Tryggare barn

Anna Mautner
Leg. psykolog, utvecklare på Magelungen i Stockholm

Små barns erfarenhet av att gå i behandling och
deras berättelser om sin våldsutsatta förälder
Intervjustudier med barn som varit exponerade för våld i sin familj

Karin Pernebo
Leg. psykolog, leg. psykoterapeut,
doktorand i psykologi vid Linnéuniversitetet

Barns umgänge med våldsutövande fäder
Behov, rättigheter och vilja

Anna Forsell
Socionom och doktorand i socialt arbete vid Örebro universitet,
med disputation planerad till maj 2016

SYMPOSIET GENOMFÖRS I SAMARBETE MED:

Information om
kostnad, boende och
hur du anmäler dig
hittar du på:
www.sfft.se

Varmt välkommen
med din anmälan!



Länstyrelsen
Värmland



KARLSTADS KOMMUN

Välkomna!
SFFT:s årsmöte kommer att ske den 13/10 kl 11.30-12.30 i lokal i anslutning till symposiet. Deltagande medlemmar bjuds på lunchmacka.

Sexualitet i ett familjeperspektiv- möjligheter och utmaningar

Med stor förväntan åkte vi, Ulrica och Liz, till den norska familjeterapiföreningens årskonferens i Asker på Thon hotell Vettre, som gick av stapeln i mitten på februari.

Vi styrde kosan mot Norge och bestämde tidigt att vi skulle ta tillfället i akt och göra oss en dag i Oslo. Väl där fick vi i behaglig vintertemperatur vandra i denna vackra huvudstad och känna på lite storstadspuls. Själva kärnan i Oslo med havet in i staden är så fint. Segel- och färjebåtarna ligger utmed stadskärnan och vi åt en förträffligt god pizza till lunch nere i hamnområdet.

Väl kommen till hotellet, inkvarterade vi oss, lite trötta och slitna efter resan som börjat tidigt på morgonen. En diskret knackning på dörren som vi inte uppmärksammade, innebar att vi missade NFFS-styrelsens avsikt att bjuda in oss på kvällens middag som dom var samlade till på hotellet.

Konferensen besöktes av drygt 200 personer. Välorganiserat och genomtänkt. Bra pauser då vi kunde åtnjuta, bl a kaffe, nötter, glass och popcorn. Luncher och middag av högsta kvalitet samt mycket god service på hotellet höjde upp upplevelsen ytterligare och då har vi ännu inte börjat skriva om innehållet.

Kongressen startade med vackra operastycken från en ung lovade sångerska från Norge. Det var så vackert och uttrycksfullt!

Vi fick förmånen att vara med och lyssna på intressanta föreläsare, både från Norge och Danmark. Första dagen låg tyngdpunkten på den vuxnes sexualitet och de bekymmer som kan uppstå i en parrelation, men också vilken hjälp som finns att få om vi är beredda att prata om vår sexualitet. Under andra dagen belystes barnen och ungdomars sexualitet.

Vi besökte olika workshops och kommer nedan att återge ett axplock av vad vi fick lyssna till.

SEXOLOGISK PARBEHANDLING

Rikke Pristed, leg psykolog och specialiserad i sexologisk rådgivning inledde. Hon har en egen praktik i Århus där hon möter par som upplever sexuella svårigheter i sin relation.

Rikke Pristed jobbar utifrån PLISSIT- modellen, som även kan användas när det gäller andra svårigheter i livet.

Tänk er en tratt där det högst upp, där det är som bredast står "Permission"- kan vi överhuvudtaget prata om sexualitet? Sedan följer "limited information" ((generaliserbar) - t ex för nyblivna föräldrar tar det att tag att komma igång med sexlivet.

De två sista stegen är "Specific suggestions" och "Intensive terapi"

Pristed menar att mycket kan lösas på de två första nivåerna, framför allt när det gäller den generella informationen, t ex att nyss ha blivit förälder, sjukdom kan medföra minskad lust.

Vad krävs det då för att prata om sexualitet i behandling?

Rikke Pristed menar att det är viktigt att vi hittar ett språk som vi känner oss trygga i och tycker man att det är svårt att prata om sexualitet kan man träna sig i olika sammanhang, tex med sin partner, i olika professionella möten. Det är viktigt att ha kunskap om sina egna gränser, t ex språkbruk, men också att det finns olika former av sexualitet, spektrat är stort. Humör är också en viktig ingrediens.

Läs och undersök så mycket som möjligt och var inte rädd att säga "det vet jag inte, men jag kan ta reda på det...", det är proffessionalitet, menar hon.

Att arbeta med sexologisk parbehandling innebär många fördelar; båda två deltar och tar ansvar för problemet och lösningen. Terapeuten får en mer nyanserad bild av problemet och bekymret ligger inte bara hos den ena parten, "något som ska fixas till". Det innebär också en långsiktig och positiv effekt på förhållandet.

Rikke Pristed menar att det är viktigt att tillsammans prata om det som är relevant i förhållandet, är det ett bekymmer för båda, hur länge har det varit ett problem och har det funnits liknande problem i tidigare förhållanden?

När den ena parten säger "jag har ingen lust" kan man ställa frågan "har du lust att ha lust?" Är det ett bekymmer för dig?

Enligt Pristed är de tre F:en centrala i behandlingen

Förklaring

Hur uppfattar klienten själv problemet och vad menar de är orsaken?

Fruktan

Vad fruktar de kan bli konsekvenserna om det inte blir anorlunda?

Förväntningar

Vilket resultat önskar de av behandlingen, vad är ett bra resultat?

Det gäller att hitta en sexualitet som båda är nöjda med och fundera över vad som är realistiskt.

Det är också viktigt att prata om hur lust kan uppstå, att det är sällan som den spontana lusten infinner sig, utan istället är den många gånger responsiv, dvs den triggas igång när vi gör något i relation till den andre.

Pristed menar att det är också viktigt att prata om vår anatomi, hur hormonerna påverkar oss och om den sexuella utvecklingen och förändringen genom livet, t ex klimakteriet.

Det är också viktigt att undersöka hur mycket tid tillbringas paret tillsammans, vad gör de tillsammans och avsätter de tid för intimitet? Hur, när och vad kommunicerar ni med varandra om sexualitet?

Avslutningsvis är Pristed tydlig med att det är viktigt att se det som faktiskt fungerar och på så sätt utvidgas sexualitetsbegreppet.

"DET ÄR INTE DIG DET ÄR NÅGOT FEL PÅ"

Under dagarna fanns det många intressanta workshops att gå på och en av dem handlade om "röda och gröna familjespel", en gruppbehandling för par där den ena eller båda vuxit upp med psykiskt sjuk förälder, våld eller missbruk.

Utgångspunkten för behandlingen var två bilder, som symboliserade ett grönt och gott samspel mellan barn och föräldrar, där den vuxne tar ansvar för relationen och är barnets trygga bas. Familjen kännetecknas av öppenhet.

I det "röda" samspelet är det omvända förhållandet, ett slutet system, där barn ska tillgodose den vuxnes behov och anknytningen är otrygg/ desorganiserad.

Med på föreläsningen var två kvinnor (erfarenhetskonsulter) Ailin Andresen och Anett Möller Poulsen som under sin uppväxt levde i dysfunktionella familjemönster. Som barn och

även som vuxna utvecklade de en psykisk ohälsa och Ailin var länge inlagd på psykiatri och började förstå att det handlade om hennes barndom, att hon vuxit upp med en psykiskt sjuk mamma. När hon ville prata om det, fick hon hela tiden höra att det måste du lägga bakom dig. Längre trodde hon att det var hennes fel att hon hade utvecklat en psykisk ohälsa och hon mådde allt sämre.

Vändpunkten kom när hon kom i kontakt med gruppbehandlingen, en terapeut, Arne Kallekleiv, ville lyssna på hennes historia och hon fick höra de förlösande orden ”det är inte dig det är något fel på”

I behandlingen går man tillbaka till samspelet mellan barn och förälder och tittar på anknytningen. Deltagarna får kunskap om hur trygg och otrygg/ desorganiserad anknytning tar sig uttryck och påverkar barnet.

Det som genomsyrar behandlingen är att kärleken ska gå från föräldern till barnet. Anknytningstrauman sätter sig i kroppen, skadar självkänslan och tilliten till andra och det blir svårt med närhet. Det är normala reaktioner på en onormal uppväxt!

Arne Kallekleiv menar att det är otroligt viktigt att inge hopp och att gång på gång uttala orden ”det är inte dig det är något fel på”!

MÄNS SEXUALITET

Torsdagens andra plenumföreläsare var Haakon Aars, läkare med specialitet i psykiatri och klinisk sexologi. Han har genomfört flertal studier om mäns sexualitet kopplat till olika teman bla kronisk sjukdom och homosexualitet. Författare till ”Menns sexualitet” (Cappelen Damn 2011) och som tar upp mäns sexualitet och problemfrågeställningar knutna till den manliga sexualiteten.

Haakon Aars belyste i sin föreläsning vikten av att prata med patienter om sexuell hälsa. Med fin humor och berättelser från sin yrkeserfarenhet, lyfte han på locket om myter runt sexualitet och tabun. I ordet sexualitet ingår, kärlek – närhet - intimitet. Han menar vidare att 3-5% (Norska) befolkningen har en sexuell orientering som riktar sig mot en samkönad. Han belyste vikten av att prata med sina patienter om sexuell ohälsa. I samband med sexuell ohälsa förekommer ofta erfarenheter av sexuella övergrepp och är nästan alltid kopplat till skuld och skam.

En del av föreläsningen, handlade om hur medicinering av patienter som påverkar deras sexualitet. Aars menade att olika mediciner ger olika biverkningar och att det ska man prata med patienterna om och byta medicin om det inte fungerar. En del biverkningarna har stora konsekvenser, som kan leda till försämrat mående. Som behandlande läkare måste man avsätta tid att prata om detta i möte med patienten.

Aars gav sig konkret in i de problem som kan uppstå vid mäns och kvinnors övergångsålder. Tekniska problem så som för tidig utlösning och torra slemhinnor och hur man kan behandla detta. Han avslutade sin föreläsning med att prata om grunden till ett gott sexuellt samliv, nämligen sexuell lust. Där underströk han vikten av att utreda mer vad hur/vad lusten är. Han menade också att sexuell lust är kopplat till testosteronhalten. Den påverkas i sin tur påverkas av midjemåttet, speciellt för män enligt Haakon.

GREPPET OM FAMILJEN ELLER FAMILJEGREPPET

En föreläsning av Oystein Sorbye, Kari Åse Eriksen och Dorota Rutkowska-Aaeng, samtliga arbetade på BUP. Deras professioner var en psykiatriker, en psykolog och sjuksköterska alternativt socionom.

Detta specialistteam (familj och nätverksenhet) inom BUP, berättade om sitt intensiva arbete med en familj. Familjen bestod av mor-far och två pojkar, som båda blivit remitterade till BUP, pga samspelssvårigheter. Under nio veckor gick hela familjen i behandling, måndag till fredag. Imponerande var att teamet arbetade med så många delar inom familjen.

Psykologen träffade enskilt varje barn och gjorde bedömningar/utredning, teamet träffade hela familjen, men man arbetade även med föräldrar/par relationen. En dag användes t ex till föräldrarnas egen livshistoria och nätverk och andra teman som syskonrivalitet. Föreläsarna berättade hur de byggde upp alliansen med familjen, vilket ledde till att det framkom att mannen även slagit kvinnan. Teamet tog hand om detta och mötte upp runt våldstemat och då träffade de kvinnan enskilt. Olika kreativa inslag ingick i behandlingen, bla visade teamet upp en del teckningar som pojkarna målat.

En del av teman som de arbetade med var våld, kommunikation och barnens röst. Teamet arbetad intensivt med att öka föräldrarnas förståelse för barnens behov.

HUR KAN VI HA GODA SAMTAL MED BARN OCH SEXUALITET?

Fredagen inleddes med ett intressant plenum om barns sexualitet och hur vi kan prata med barn om den. Margarete Widede Aasland, pedagog, terapeut och sexualrådgivare, framförde sin föreläsning på ett tilltalande, humoristiskt och livfullt sätt. Hennes exempel från verkligheten i hennes arbete som rådgivare framför allt till mindre barn, var roliga och tänkvärda.

Min tanke var att vi vuxna ska då alltid krångla till det så mycket. Mest kanske för att vi är ovana och ”uppväxta” med att inte använda ord som onanera, eller benämning på våra könsorgan. Fast vi vet att det är vanligt med onani bland både vuxna och barn. Margaretes erfarenhet (lista) av ord som används i stället för onanera var lång och lite rolig faktiskt. Hennes budskap var att prata om det på ett naturligt sätt och använda de ord som det faktiskt heter.

Hennes tankar om hur tiden förändrats när det gäller nakenhet (för barn) vilket var mer naturligt förr. Barn hade mer naturliga tillfällen förr att utforska och leka ”hemliga” lekar. Hon menar att barn behöver hjälp med att få utforska, som jag förstod det så handlade begränsandet om att vi vuxna har svårt att hantera barns sexualitet (som är sårbar) och risken finns att det blir något hemlighetsfullt och tabu.

”PARTERAPEUTENS PRIVATE PAR”

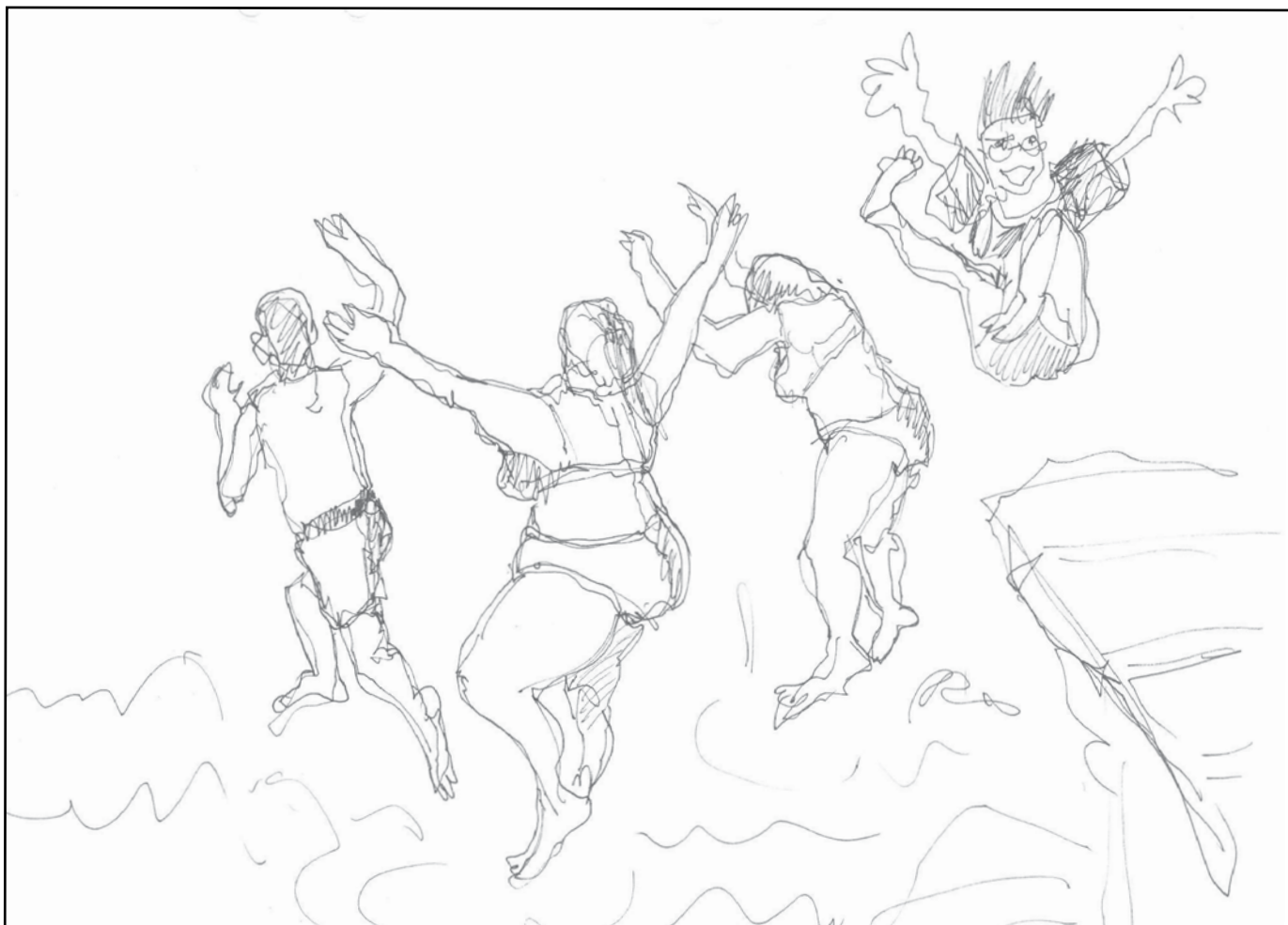
Under fredagen besökte Liz en mycket intressant workshop vars föreläsare var Kristin Holst, familjeterapeut. Föreläsningen byggde på hennes master uppsats som utgick utifrån fem djupintervjuer med terapeuter som arbetade med par. Intresset för detta tema byggde på hennes egna erfarenheter/situation, föräldrarnas skilsmässa, att hon är prästdotter samt att hon arbetar som familjeterapeut.

Holst ställde frågan: vilken roll spelar parterapeutens yrkesrelaterade roll i sin egen parrelation?

Hon gav som exempel de gånger man som terapeut hamnar i konflikt med sin egen partner. Att ”bråka” kan vara svårt då ens partner kan uppleva att ”man” inte deltar i bråken. Dvs att man bråkar och ser sina egna konflikter i parrelationen i ett ”metaperspektiv” Kanske utifrån att man påverkats i sitt jobb och får en arbetsrelaterad erfarenhet av vad som fungerar och inte fungerar.

Hon tog även upp temat sekundär traumatisering, med att lyssna på par som har konflikter. Hur påverkar det ens egen relation. Vilka förväntningar har man på sig själv som partner.

Rosannes sommarbild. Tillfälligt tvingad att teckna med vänsterhanden.



Ska man som parterapeut vara bättre än ”andra” i relationer. Ett exempel från intervjun var en terapeut som sa: ”Man kanske sträcker sig längre innan man går”.

De konsekvenser hon uppmärksammat i sin master var bland annat: försiktighet bland terapeuterna att dela sina egna par-relationsproblem med andra.

Ett hinder kan också vara det inövade språket man säger saker på, till exempel den eftertänksamma delen: ”Hm säger du så?”

Man kan också få en igenkännande känsla/insyn ifrån dem man möter, om vad man själv saknar i sin relation, t ex intimitet och omsorg, eller att ens egna relationsproblem blir förminskade och att man blir mer nöjd. Hur tar man med sig erfarenheten av sin egen skilsmässa (smärtan, sorgen)? Som terapeut kan den egna ”igenkännandet” av känslan stå i vägen för förståelsen för parets relationsproblem.

Kristin ställde sig frågan: Vad kostar vår erfarenhet (som terapeut) oss?

Efter två fullspäckade och mycket intressanta dagar med viktiga ämnen, var det dags att påbörja hemresan. Vi känner stor tacksamhet över att vi fick vara med på en spännande konferens. Vi bär med oss många intryck och förhoppningsvis kommer vi att vara modigare när det gäller att prata om sexualitet i mötet med andra.

Liz Bertholdsson
Socionom och leg. psykoterapeut
Ulrica Holmbom
Socionom/familjebehandlare

SIKT

**Lösningsfokuserade
kurser för människor som
arbetar med människor**

Inspirerande kurser hösten 2016!

- **För dig som möter människor som utsatts för våld eller övergrepp - Praktiska verktyg och idéer**
Allan Wade Ph.D. Malmö 26-27 sept
- **Supportgrupper vid mobbnings- och kränkningssituationer** - Jessica Schmidt och vi på SIKT. Praktiska övningar och metod i hur man faktiskt hanterar mobbning på ett mycket effektivt sätt. Malmö 10-11 nov
- **Baskurs 3-dagar, lär dig grunderna i lösningsfokus** - Harry Korman, Malmö
- **Fördjupningsutbildning i lösningsfokuserad korttidsterapi** - Utveckla din samtalsmetodik
Harry korman & Jocelyne Korman, Malmö

Detaljer på www.sikt.nu eller ring 040-579 480



"Funktionell Familjeterapi – för beteendeproblem hos ungdomar", författare James F. Alexander, Holly Barret Waldron, Michael S. Robbins, Andrea A. Neeb. Studentlitteratur, 2016. Svensk översättning Gustaf Berglund och Solveig Halvorsen Kåven, fackgranskning Gustaf Berglund. Bokens originaltitel: "Functional Family Therapy for Adolescent Behavior Problems", APA, Washington, 2013.

För ett par år sedan tog jag med stort intresse och med stort nöje del av denna bok i originalutgåva och nu har boken kommit på svenska med ett mycket intressant förord av Marianne Cederblad, där hon sätter in FFT-metoden i det svenska sammanhanget.

BOKENS UPPLÄGG OCH INNEHÅLL

Boken är tydligt disponerad med en genomgång av metodens framväxt och tidiga influenser, metodens forskningsunderlag avseende både processforskning kring verksamma agenter i familjeterapi och den breda och gedigna outcomeforskning, som finns kring metoden.

Den kliniska stadieindelade modellen presenteras fas för fas på ett ingående och tydligt sätt med prioriterade mål och huvudsakliga arbetsuppgifter för terapeut och familj för respektive fas. Faserna är Involveringsfasen, Motivationsfasen, Hypotesbildningsfasen, Beteendeförändringsfasen och Generaliseringsfasen. Därefter kommer en fallbeskrivning som man följer genom terapins faser. Boken avslutas med ett

kapitel om utmaningar i samband med implementering av metoden, utbildning och handledning i metoden samt hur utvecklingsarbetet fortsätter med att anpassa metoden till nya målgrupper.

NÅGRA UTMÄRKANDE DRAG FÖR FUNKTIONELL FAMILJETERAPI

Det som undertecknad tycker är speciellt med FFT är att den presenterar sin framväxt och utveckling som en tan-demresa, där kliniska omständigheter och klinisk kreativitet från första stund färdas tillsammans med seriös klinisk forskning. Metodens skapare har tagit spjärntag i etablerad forskning avseende utveckling av beteendeproblem och asocialt beteende hos ungdomar och skyddsfaktorer mot sådan utveckling. Därefter har de systematiskt byggt in denna kunskap i sin terapeutiska metodik. De har agerat på samma systematiska sätt, när det sedan gäller förutsättningar för terapeutiska förändringar, och utvecklat och förfinat metodens terapeutiska instrument i konsekvens med denna forskningsbaserade kunskap.

Jim Alexander säger att metoden är "framgång". Med det betonas här vikten av ett grundligt arbete i involverings- och motivationsfaserna. Det arbetet utgör en nödvändig förutsättning för att beteendeförändringsfasen ska bära frukt avseende de förändringar i familjens funktion som eftersträvas. Just detta är, enligt min uppfattning, det viktigaste kliniska bidrag som denna metod via praktiska tekniker, erbjuder klinikern i det vardagliga terapeutiska arbetet på BUP och socialförvaltningar.

Metodens evidensbas har sin tyngdpunkt på beteendeproblem hos ungdomar, men intressant är dock hur metoden hittat former även för arbete med trauma och depression. Forskningsunderlaget på dessa och andra områden växer hela tiden, även om vi efterlyser mer forskning avseende svenska förhållanden.

EN FINURLIGT TILLÄMPAD KOMBINATION AV ANKNYTNINGSTEORI OCH SYSTEMTEORI

För en familjeterapeut som undertecknad, med ett helt yrkesliv som familjeterapeut, känns FFT "som hemma" trots att jag själv inte är auktoriserad på just denna metod. För mig förenar FFT på ett finurligt sätt det bästa av anknnytningsteori och systemteori i sin praktiska och realistiska arbetsmodell.

Målsättningen i förändringsarbetet strävar aldrig mot utopiska höjder utan vill hjälpa de dysfunktionella familjerna "att bli mer funktionella och bättre versioner av sig själva" (sid 167).

Metodens utvecklingsarbete står för mig som förebild för hur kliniska behandlingsmetoder inom vårt fält bör växa fram. Den kan också vara en förebild för hur utbildningsformatet för framtida familjeterapeuter vid våra lärosäten ska kunna se ut.

ATT BLI FFT-TERAPEUT

FFT ställer stora krav på sina terapeuter. Implicit kräver modellen en bred allmänklinisk kompetens avseende självständigt omdöme, ansvarighet och personlig mognad, parallellt med förmåga till följsamhet med de centrala ingredienserna i metoden. Vidare är det en fördel i egen fortbildning och handledning att besitta en nyfikenhet avseende forskningsbaserad utveckling och feedbacktolerans från kollegor. Detta skapar stora utmaningar för de institutioner som ansvarar för auktorisation av FFT-terapeuter, då metoden kan framstå som förrädiskt klar och enkel att praktisera.

DEN SVENSKA ÖVERSÄTTNINGEN

Min uppfattning är att boken har ett stort läsvärde för alla familjeterapeuter, även om man inte definierar sig som FFT-terapeut. Metods specifikt utgår jag ifrån att den svenska översättningen kommer att vara en huvudbok. I detta sammanhang vill jag anmäla en reflektion kring översättningen. Översättarna har kommenterat sina strävanden i förordet och anmält en del dilemman som man ställts inför. Kanske har man ändå skapat mer förvirring än klarhet, när man ändrat på inom metoden etablerade begrepp såsom empowerment till bestärkande, implementera till införa, boostersession till påfyllningssession etc. Relational Assessment Phase fick inte heta Relationsbedömningsfasen utan har över-satts till Hypotesbildningsfasen.

Nåja, översättarna har gjort ett gediget och genomtänkt arbete, vilket gör att läsningen av den svenska översättningen flyter på bra för mig. Boken förtjänar verkligen sin plats i familjeterapeutens bibliotek!

Johan Sundelin

Leg psykolog, leg psykoterapeut,
psykoterapihandledare (UHÄ), Ph.D.



Ur Fuocoammare brand till sjöss.

Your position!

”...the jury was swept away by the compassionate outrage of one film in particular” sa jurypresidenten Meryl Streep när hon en februarikväll i år annonserade vinnaren av det främsta priset, Guldbjörnen, vid Berlins filmfestival.

Filmen som vann heter Fuocoammare – brand till sjöss. Den italienske regissören Gianfranco Rosis film är en blandning av dokumentär och fiktion om några invånare på den lilla italienska ön Lampedusa, och om strömmen av flyktingar dit.

Rosi tillbringade ett år på Lampedusa. Ön har 6000 invånare, många är fiskare. Den ligger 20 mil söder om Sicilien och 11 mil från Tunisiens kust. 2014 och 2015 kom varje år mer än 100000 flyktingar med båt till Lampedusa. Tusentals

har drunknat i Medelhavet. Båtarna, ofta i dåligt skick och fyllda långt över sin kapacitet, utgör trots riskerna ett hopp för människor som flyr undan krig och förtryck, från Syrien, Afghanistan, Irak och många andra länder. Så många andra sätt att ta sig in i Europa ges inte.

Också det som är fiktion ligger väldigt nära dokumentär. Vi följer 12-årige Samuele, son till en fiskare men benägen för sjösjuka. Han testar sin slangbella, på kaktusar eller fåglar, går i skolan, Samuele och familjen äter spagetti, han och hans kompis leker andra världskriget. Han träffar öns läkare. Han använder nästan bara det ena ögat. Det andra blir allt sämre. För att träna upp sitt dåliga öga får Samuele gå med lapp för det han ser bra med. Det blir svårt att träffa med slangbellan.

Läkaren åker med kustbevakningen för att möta flyktingbåtar. Han berättar återhållet om allt gräsligt han varit med om. Vi får följa en av

de ljusare stunderna, en ultraljudsundersökning av en gravid flykting. Allt ser bra ut.

Nödanrop per telefon från en båt som håller på att gå under ute på det nattliga havet. ”Your position? Your position!”. Man får koordinaterna, tittar på radarn, skickar ett fartyg. En helikopter lyfter från ett fartygsdäck. Det är tradition bland sjöfarande att hjälpa nödställda på havet.

Migranter i väntan, migranter som spelar fotboll i lägret, svårt uttorkade och mer eller mindre medvetlösa migranter som hjälps ombord på en räddningsbåt. Andra forslas bort i svarta säckar. Bilder från utrymmet under däck visar outhärdliga förhållanden. En ung man berättar i en sång om flykten undan Boko Haram, genom Sahara, via fångelser i Libyen, till båten mot Europa. Några av flyktingarna får framträda som individer. Som i medias rapporter är de flesta delar av en anonym massa.



Ur Fuocoammare brand till sjöss.

Vardagslivet för några Lampedusabor, omväxlande med havet, båtarna fulla med migranter, kropparna, och däremellan bilder av himlar, träd, stenar. Bilderna är sakliga, ibland fantastiskt vackra.

Hur gör man film om flyktingproblematiken? Vad är flyktingproblematiken? Har det som händer i Mellanöstern och Afrika med vår värld att göra? Har klimatförändringar och torkkatastrofer med resursfördelning att göra? Med den rika världens sätt att konsumera? Vad åstadkommer politik som handlar om nationella intressen när ekonomin är transnationell? Är vi överbelastade? Är begränsade "humanitära insatser" vad vi klarar? Mur mot Mexico, passkontroller vid Öresund – är det lösningar? Hur skiljer man så kallad realpolitik från rasism? Är det realpolitik att blunda för globala problem?

Fuocoammare går inte in på en enda av de frågorna. Den bara visar: Samuele, hans föräldrar, hans kompis, hans dåliga öga, hans sjösjuka, hans farmor med sina helgonbilder, den ensamme dykaren vid klipporna, radio-DJ'n med sina slaggers till tröst för ensamma till sjöss eller till lands. Och, alldeles intill, med läkaren som förmedlande länk, lägren, överfulla båtar, räddningsinsatser som ibland lyckas, ibland kommer för sent. Rosis bilder kommenterar inte varandra. Inga effektfulla klipp och montage för att framkalla upprördhet eller medkänsla. Fuocoammare bara visar sidor av verkligheten som inte brukar mötas men här gör det, på en mycket liten yta. Och, för åskådaren, på en filmduk i knappt två timmar.

Till den västerländska självbilden hör föreställningen att de europeiska och nordamerikanska demokratierna mer än andra statsbildningar

står för en humanistisk tradition där mänskliga rättigheter, tanken att alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter, har en central plats.

Antalet flyktingar i världen har aldrig varit större. Mer än åttio procent finns i läger i utvecklingsländer. Flera miljoner har flytt från Syrien. De flesta, mer än tio gånger så många som i EU, finns i Turkiet, Jordanien eller Libanon. Andelen flyktingar som tagits emot av europeiska länder är mycket liten.

Stänga dörren till världen för att klara integrationen? Lika i värde och rättigheter, men vad innebär orden i praktiken? Har vi råd med mänskliga rättigheter? Förmår vi se de samband som finns mellan att vi lever gott och andra i misär? Bortom Lampedusa kommer filmen att heta när den i september går upp på svenska biografer (Folkets Bio).

Göran Nordström

El hombre Transparente

Jesper och jag har träffats i snart ett år. Han är 19 år nu. När jag träffade honom första gången var han så nedstämd att han inte riktigt visste om han tyckte att det där med livet var något att ha. Idag är livet igång igen, tjejen, plugget och hundarna fyller tillvaron med mening. Även om den akuta oron nu är borta så har samtalet mellan oss inte tagit slut. Det påbörjades där för ett år sedan och det är inte framme ännu. Vi har gått in i ett dialogiskt rum och vi är båda kvar där. I en påtaglig närvaro av varandra och av en pågående berättelse och process.

När jag träffar honom första gången är jag lite nervös. Sådär som man är när det finns förväntningar och förtvivlat hopp. Hopp om att det man nu ska göra, ska göra en skillnad. Sedan en lång tid är Jespers hela tillvaroliksom satt på paus. Och hans föräldrar har förstås försökt få honom att ta emot någon slags hjälp men de tidigare vändorna i hjälpsystemen har slutat i bristande förtroende och ännu mindre hopp. Pappan vänder sig nu till mig och frågar om jag kan tänka mig att försöka tala med honom. Och se om det fanns något...någon väg framåt.

Och på något sätt hittar vi varandra i de där första samtalen. Jag tycker mig se något slags hopp där direkt medan vi ritar nätverkskarta, vandrar längs hans livslinje, skissar upp hans epistemologi och reder ut hans musiklistor på spotify. Och jag tror att Jesper också ser hoppet.

Eftersom jag vet att Jesper är kritisk mot oss hjälpare är jag lite extra noggrann med att fråga om hur han upplever samtalen. Jag tror det hjälper till att skapa förtroende och tillit. Jesper är mycket hjälpsam och kan direkt säga vad han gillar och kan till och med ge mig konstruktiv kritik. Han tycker till exempel att jag borde ta fram det vi jobbat med förra gången och lägga fram på golvet så ”vi håller linjen” och ”jobbar klart” med den saken. Efter den gången åker förstås alla blädderblockspapper och grejer fram i början av samtalen. Han kan säga att han uppskattar min stil, mitt sätt att lyssna och ställa frågor. ”Du liksom lyssnar på det jag säger och sen frågar du om något ord som jag använt. Då kommer jag in på en ny vinkel av det jag själv sagt. Det liksom utvecklar mina tankar utan att du säger så mycket”.

Det finns ramar i hur våra samtal ser ut. Vi inleder alltid med att han gör en ORS (Outcoming Rating Scale) och sen reflekterar vi båda över dagens ”resultat” i förhållande till förra gången. ”Ofta lyssnar vi på en låt i början av samtalet, en låt som Jesper valt och som på något sätt har anknytning till veckan som gått. Sen börjar samtalet och vi letar oss in i det dialogiska rummet tillsammans. Utan att

någon av oss har en bestämd riktning trevar vi oss fram i terrängen och lyssnar och spanar. Är det här vi ska börja? Ska vi gå in här? Ska vi stanna upp en stund? Ska vi fortsätta? Är det något där borta som är intressant? Vart leder den här stigen? Det är ett öppet fält och orden är som flyttfåglar som formerar sig i en dans i vår vinden. Ofta är det slumpmässiga sammanträffanden och detaljer i språket som leder oss in mot samtalets kärna.

”Kolla på linjen”...Jesper pekar på ORS-tabellen. ”Vad genomskinlig jag är. Jag trodde jag var mer oförutsägbar...” Jesper ser lite trumpen och illamående ut. ”Hur mår de egentligen?” frågar jag med omsorg och lägger handen på hans axel.

”Jag sov inget i natt så jag har druckit kaffe och då blir jag lite körig i magen, men det är ok.” ”Så du är genomskinlig och trött idag. El hombre transparente!”

Jesper ser på mig med ett leende. ”Vad är el hombre transparente för nåt?” ”Det är du idag. Du är superhjälten el hombre transparente och dina superkrafter är trötthet och genomskinlighet.”

Jesper ser på mig med en smula förvirrad men nyfiken blick. Jag tänker att jag kanske inte borde sagt det där om superkrafter och superhjälte. Lite överdrivet kanske. Men uttrycket genomskinlig fick mig att associera till el hombre transparente, en lite tragikomisk seriefigur och alter-ego som jag fantiserade ihop en gång för länge sedan. Den Osynliga Mannens lite mindre osynliga lillebror, Den Genomskinlige Mannen. Jag minns också när jag såg den Osynlige mannen på tv första gången när jag var liten. Den var mycket spännande och nästan barnförbjuden.

”Ja, jag är trött för jag var uppe och såg en anime-serie hela natten. Den handlar faktiskt om en kille med konstiga superkrafter. Jag låg och tittade på paddan hela natten och kunde inte slita mig från den. Japanska är så vackert språk och serien är jätkligt spännande. Den handlar om en kille som kan resa fram och tillbaka i tiden för att förhindra olyckor. Det är en slags välsignelse men också straff eftersom han känner skuld för allt som folk råkar ut för och som han inte hinner förhindra. Och till slut måste han resa tillbaka till sin egen barndom och leva den igen för att lösa en mordgåta på sin egen mor.”

Jag tänker genast på den där livslinjen vi arbetat med. Att det är som en tidsresa. Och nätverkskartans alla människor spelar en roll i Jespers liv. Och Jespers egen berättelse om skuld känslor inför systemens olycka. Och när hans pappa fick cancerbeskedet. Jag tänker på allt detta, men jag säger inget. Jesper berättar

fascinerat om pojken med superkrafterna. Jag lyssnar och försöker hänga med.

Han berättar om serien med inlevelse och den verkar fantastiskt spännande. Jag frågar honom om vad det var i serien som högg tag i honom. Han talar om skuld, kärlek, tillit och äkthet och ”fake-het”. Viktiga teman i hans tankevärld just nu. Men det som verkligen högg tag var en kärlekshistoria mitt i all den där mystiken.

Jesper ägnar en lång stund åt att tala om skillnad mellan kärlek och att älska någon. Det blir en lång utveckling, en resa, med inslag av existentialism, religion och logik och både Kirkegaard, taoismen och Wittgenstein flyger förbi.

”Jag tror att det här hör ihop med den andra saken som jag ville prata om idag”, säger Jesper en bit in i undersökningen om kärlekens väsen. ”Jag tror att jag har börjat få bättre självkänsla”. ”Berätta”, säger jag. Och samtalet letar sig fram mot mer konkreta fästpunkter, där det handlar om bostad, relationen till vännerna och studierna.

Vi avslutar med att utvärdera dagens samtal. Och som vanligt har Jesper feedback till oss båda. Han saknar att vi inte lyssnade på en låt i början. Och han uppskattar att han fick hjälp med att tänka på ett nytt sätt om viktiga saker.

”Jag vet att vi har pratat om det här förut, att du har svarat på det, och att det inte är så, men jag tänker ibland att jag stör dig på något sätt, att du egentligen borde arbeta med något annat viktigt”. Jesper ler och ser lite osäkert på mig. ”Jag finns här, det vet du, det är mitt jobb. Jag är glad att du tar dig tid och talar med mig. Jag uppskattar att du vill komma hit, att du tar dig tid från ditt vanliga liv och kommer till mitt samtalsrum.”

”Ja, jag vill inte vara utan det just nu. I vanliga fall får man gå omkring och vänta på att en random grej ska komma och ge någon ny input. I våra samtal så vet jag att jag får en impuls att tänka på något nytt sätt.”

Och så bestämmer vi en ny tid och skiljs åt. Jesper går, och fortsätter sitt liv och kanske lever intrycket av vårt samtal kvar i honom. I mig har samtalet fått en egen plats. Orden och meningarna virvlar runt där inne och satt i gång någon slags rörelse. Undrar om det rör sig i Jesper också? Undrar om det kommer ut på något sätt?

På kvällen när jag lagt mina egna barn och hunden är rastad sitter jag med en kopp te och samtalet med Jesper kommer till mig igen. Nu måste något komma till uttryck. Rörelsen inom mig har formerats och alstrat energi. Jag får för mig att jag måste skriva något. Det blir den här texten.

Erik Hjorth



Ulrika Bertilsson



Utbildningar i process- och samtalsmetodik hösten 2016

Folkuniversitetet erbjuder en grundkurs och en fördjupningskurs i Process- och samtalsmetodik under hösten 2016. Kursledare för båda utbildningarna är Ulrika Bertilsson och Jan Forsberg, Johannebergs Familjeterapi HB. Jan och Ulrika är legitimerade psykoterapeuter, familjeterapeuter, psykoterapihandledare och handledare i psykosocialt arbete. De har lett uppskattade kurser på Folkuniversitetet de tre senaste åren.

Process- och samtalsmetodik – grundkurs

En utbildning om samspelsmönster i relationer för dig som behöver en teoretisk och praktisk grund för att arbeta med relationsproblem genom familjeterapi eller i andra sammanhang. Några formella förkunskaper krävs inte, men kännedom om grundläggande socialpsykologiska begrepp och erfarenhet av klientarbete underlättar för dig.

Innehåll

- Övergripande teorier om människa och samhälle
- Analys och behandling av kommunikationsprocesser och strukturer
- Samarbete i behandlingsteam
- Reflektion över egna personliga och professionella perspektiv

Kursfakta

Kursen är uppdelad på tre omgångar à 2 heldagar (12-13/9, 10-11/10, 7-8/11). Kortare teoretiska genomgångar varvas med praktiska gruppövningar och rollspel med simulerade situationer.

Pris

9.200:-. Moms tillkommer

Process- och samtalsmetodik – fördjupningskurs

Fördjupningskursen vänder sig främst till dig som gått introduktionskursen i Samspelsfokuserad vård och behandling. Har du gått annan kurs med motsvarande innehåll, omfattning och upplägg kan du ladda ned och skicka in ett ekvivaleringsformulär i god tid innan kursstart.

Innehåll

- Samgående – att bygga en terapeutisk allians baserad på förtroende
- Terapi och reflekterande team – extra dimensioner i terapin
- Problem-, mål- och resursformulering samt samtalsstrategi i övrigt
- Samspelsmönster - Inre och yttre omstruktureringar

Kursfakta

Kursen är uppdelad på tre omgångar à 2 heldagar (19-20/9, 17-18/10 samt 14-15/11). I början varvas kortare teoretiska genomgångar med videoinspelade rollspel, och mot slutet integreras teorin direkt i videoinspelade rollspel som byggs på deltagarnas egna erfarenheter av familjearbete.

Pris

9.200:-. Moms tillkommer

www.gsi.se



GÖTEBORGS SOCIALPSYKOLOGISKA INSTITUT AB

www.folkuniversitetet.se/goteborg



Folkuniversitetet

Vems Samtal?

Erfarenheter från Single Session i Malmö

FORM ISTÄLLET FÖR MODELL

Nya terapeutiska modeller är ständigt på ingång och återkommande presenteras nya utvärderingar som visar att just den utvärderade modellen är överlägsen alla andra. Denna kamp att överträffa varandra leder enligt vår mening till en överfokusering på terapeutiska modeller. Det som lätt glöms bort är att det är klienten själv och samarbetet klient – terapeut som svarar för det mesta av positivt utfall av terapeutiska och rådgivande samtal enligt flera framträdande terapeuter och forskare (Lambert & Bergin, 1994, Hansen, Lambert & Forman, 2002, Hubble, Duncan & Miller, 1999).

Under fem års tid har Familjerådgivningen och Öppenvårdshuset Gustav erbjudit malmöborna Single Session. Detta är ett serviceerbjudande som innebär ett samtal och kortare väntetid. Resultaten har varit mycket positiva och bidragit till intressant metodutveckling i bägge verksamheterna. Detta innebär att vi har skiftat fokus från Modeller till Former när vi erbjuder våra klienter och par service. Att klienter och par har möjlighet att välja ser vi också som en klar fördel för dem.

Efter en kort inledning, bakgrund och kort om våra resultat vill vi fokusera på vad det innebär för oss terapeuter och rådgivare att ha ett ”Single Session Mind Set” (Hoyt & Talmon, 2014) och vilka utmaningar det medför.

DROP OUT, ETT SAMTAL RÄCKER ELLER SAMTAL NÄR MAN BEHÖVER?

Moshe Talmon publicerade 1990 boken Single Session Therapy (Talmon, 1990) och det blev startskottet för utvecklandet av Single Session- och Walk-In mottagningar i framförallt Kanada, Australien och USA (Hoyt & Talmon, 2014). I Talmons bok redovisades uppföljningar och utvärderingar som visade att 30 procent av klienter i öppenvård kommer till ett samtal och att ett samtal med klienter är det vanligast förekommande för terapeuter i öppenvård. Detta gällde oavsett terapeuternas terapeutiska inriktning eller vilken modell de använde.

Tidigare hade ett eller två samtal betraktats som drop out och detta kunde i och med boken definitivt börja ifrågasättas. Vi blev redan när boken gavs ut inspirerade men det var inte förrän 2008 – 2009 vi på allvar började planera för start av Single Session i Malmö. Martin skrev en artikel kallad ”Det räcker med ett samtal!” (Söderquist, 2009) utifrån att det i bland räcker med ett samtal för par att komma vidare själva. Artikeln byggde på uppföljningsintervjuer med 68 par som kommit till ett samtal. Martin (tillsammans med kollegor på Familjerådgivningen) och Bertil (tillsammans med kollegor på Öppenvårdshuset Gustav) byggde vidare på ideerna och 2011 kunde vi börja erbjuda Single Session i dessa två verksamheter. Numera betraktar vi det varken som drop out eller att ett samtal räcker. Vi menar att vi som mottagningar behöver kunna erbjuda samtal när klienter/par behöver det och utan för myck-

ÖPPENVÅRDSHUSET GUSTAV	Resultat Hanterbarhet(tilltro till egen förmåga)			
	Medelvärde	Före	Efter	Förändring
	Planerade ensamtal ”Single Session”	4,1	6,9	+2,8
	Oplanerade ensamtal	5,8	7,4	+1,6
Det första av flera samtal	4,3	6,3	+2,0	

ÖPPENVÅRDSHUSET GUSTAV	Resultat Stress inför problemet			
	Medelvärde	Före	Efter	Förändring
	Planerade ensamtal ”Single Session”	7,5	4,5	-3,2
	Oplanerade ensamtal	6,1	3,8	-2,3
Det första av flera samtal	6,6	4,6	-1,9	

et krångel och väntetid. Vi behöver också kunna erbjuda service i olika former: ett samtal, flera samtal eller längre kontakt.

HUR HAR DET GÅTT?

Talmons ursprungliga Single Session Therapy innebar ett samtal som föregicks av en kort telefonintervju en vecka innan samtalet och som följdes upp med en telefonuppföljning två månader efter samtalet. Både Familjerådgivningen och Öppenvårdshuset Gustav följde denna modell de tre första åren när vi genomförde pilotstudier och implementerade arbetssättet. Öppenvårdshuset Gustav har fortsatt med detta arbetssätt och lagt till utvärdering av samtalet med Stress- och Hanteraskalor före och direkt efter samtalet. Familjerådgivningen gör inte längre för- och efterintervjuer per telefon utan bara samtalet och utvärderar detta med samma skalor.

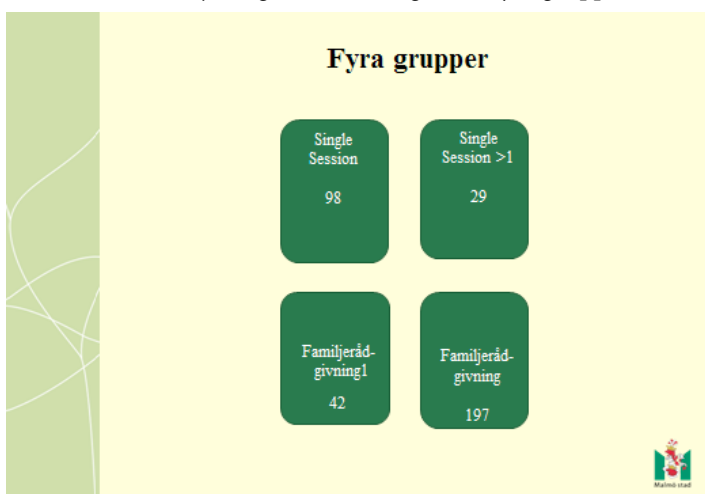
I det följande har vi valt att redovisa våra resultat på de olika sätt vi gjorde i våra respektive rapporter (se hemsidorna). Förändringar från före till efter samtalet på stress- och

Hanteraskalan redovisar Familjerådgivningen i procent, medan Gustav redovisar faktiska skalstegförändringar.

FAMILJERÅDGIVNINGEN.

Telefonuppföljningar åtta veckor efter samtalet med 88 par (första tre åren) visade på följande resultat: 70 procent av paren rapporterade en bättre eller mycket bättre situation efter två månader, 75 procent var nöjda med samtalet och 60 procent rapporterade att de nått sina mål åtminstone delvis. Resultaten var ännu bättre för paren som inte hade separationsproblematik.

2014-2016 utvärderade vi bara samtalet i sig med skalor före och direkt efter samtalet. Vi utvärderade också alla första samtal med par under ett halvår, även de som valt ordinarie familjerådgivning. Paren kunde välja Single Session (ett samtal) eller Ordinarie familjerådgivning (möjlighet till flera samtal med samma familjerådgivare). Detta gav oss fyra grupper:



127 par valde Single Session och 98 kom till ett samtal och 29 par kom till ytterligare ett eller flera samtal. 239 par valde Ordinarie familjerådgivning och 197 av paren kom till flera

samtal. 42 par som valt ordinarie familjerådgivning kom bara till ett samtal (oplanerat Single Session).

Fokus för vår utvärdering var att studera likheter och skillnader mellan grupperna med avseende på det som händer i det första och för Single Session paren enda samtalet. Fokus var på stressreduktion och ökning av känslan av att kunna hantera problemen.

I nedanstående tabeller är kvinnors siffror till vänster och mäns till höger.

Vi ser att stressreduktion för paren sker i alla grupper och mest för Single Session paren. Ökningen av tilltron till att kunna hantera problemen verkar vara ännu viktigare för utfallet och fortsättningen. De par som har störst ökning av denna tilltro är också de par som kommer till ett samtal. För dem verkar det räcka med ett samtal för att kunna arbeta vidare själva.

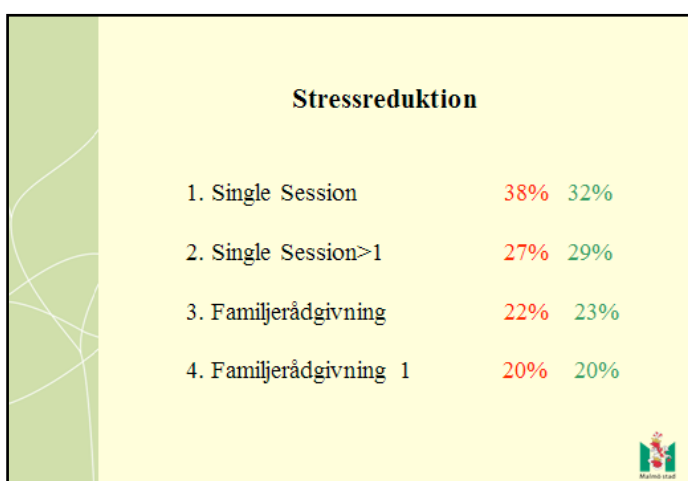
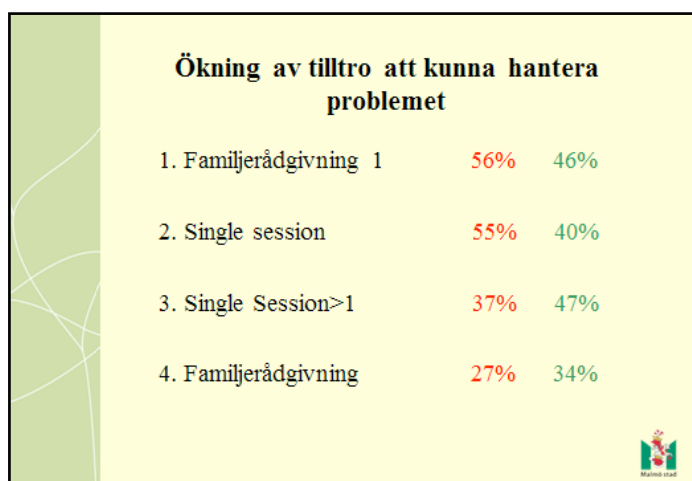
Tre rapporter i sin helhet (Ett samtal!, Single Session! Tre års erfarenheter och Det händer i första samtalet – som ibland blir det enda) finns på www.malmo.se/familjeradgivning

Öppenvårdshuset Gustav. Data är insamlat med självsvarsformulär som innehåller samma två skalor som Familjerådgivningen. Vi har valt att räkna varje steg av förändring som ett faktiskt steg. Detta gör att förändring är oberoende av utgångsvärdet. Förändring är värt lika mycket både högt och lågt på skalan.

Det är tydligt att ett samtal sänker stress inför problemet. Detta visar resultaten i alla tre grupperna. Stress före samtal ligger högre i gruppen "Single Session". Det är också här sänkningen är störst.

Alla tre grupperna visar att ett samtal ökar känslan att kunna hantera problemet. Detta ligger lägst i "Single Session" gruppen före samtal. Det är i denna grupp ökningen är störst.

Det är viktigt att samtalen inte bara medför att stressen minskar. En ökning av hanterbarhet, en känsla av att kunna hantera problemet verkar nödvändig för att ge klienten möjlighet att komma vidare



Två rapporter in sin helhet finns på malmo.se klicka på Social---familjefrågor -- Missbruk -- beroende -- öppenvårds-
huset Gustav.

VAD INNEBÄR ETT "SINGLE SESSION MIND SET"?

Problem kan lösas på många olika sätt & ibland räcker ett samtal. Detta är en grundprincip i Single Session och innebär en öppenhet för att klienter och par har olika behov och olika möjligheter. Principen stöds också av de utvärderingar som gjorts av Single Session arbete i Kanada, Australien, USA och Sverige (Perkins, 2006, Hoyt & Talmon, 2014, McElheran et al., 2014). Ytterligare stöd för principen finns i den mycket omfattande Common Factors - forskningen (Hansen, Lambert & Forman, 2002, Wampold, 2001, 2015). För terapeuter och rådgivare innebär det mindre fokus på terapeutiska modeller och mer koncentration och uppmärksamhet på de oändliga och för varje person unika sätten att hantera och lösa problem/nå sina mål.

SINGLE SESSION ÄR ETT MODELLFRITT SERVICEERBJUDANDE.

Terapeuter från många olika terapeutiska inriktningar arbetar med Single Session (Hoyt & Talmon, 2014). Många andra som inte aktivt erbjuder sina klienter Single Session träffar ibland sina klienter vid endast ett tillfälle och kallar det då konsultation eller introduktionsmöte. Single Session är i första hand ett serviceerbjudande till klienterna att kunna prova på samtal utan att binda upp sig till längre kontakter, att prova på om man är osäker eller tveksam och för dem som behöver råd, tips, stöd för att själva arbeta vidare.

Mötet och Skapandet av relation sker omedelbart. Efter en kort introduktion och diskussion kring upplägget av utvärderingsintervjun (inspirerad av Tom Andersens efterkonversation), börjar samtalet: Intervjuaren: Välkomna hit. Som jag sa innan så kommer vi här att tillsammans utvärdera de samtal ni hade med er terapeut. Kvinnan: (Avbryter intervjuaren och säger): Jag visste redan från början att det skulle bli bra. Intervjuaren: När visste du det? Jag blir nyfiken – berätta mer. Kvinna berättar att redan i dörren när terapeuten öppnade och hälsade välkomna visste hon. (Söderquist, 2009, Andersen, 1991).

Detta exempel hämtat från en utvärderingsintervju med ett par som haft flera parsamtal (ej Single Session) visar på hur snabbt vi människor ibland bildar oss en uppfattning och startar relationen. Okulär besiktning och första sekunderna avgör fortsättningen. Klient – terapeutrelationen startar direkt (Willis, Todorov, 2006).

Överenskommelse om ett samtal. Single Session är en gemensam ide och avtal om ett samtal. Det innehåller inget om att samtalet är starten av en terapi, bedömning för att avgöra fortsättning eller liknande. Single Session samtalet är det hela och det gäller att utnyttja timmen så bra som möjligt, vilket också fokuseras direkt i början av samtalet (Slive & Bobele, 2011).

Samtalet är en helhet med början, mitt och avslut. Avtalet är ett samtal och detta innebär ett fokus och en koncentration på det möjliga och nåbara NU eller i den omedelbara framtiden för klienten/paret. Det viktigaste och de små stegen står i centrum. Detta innebär att det blir viktigt med sammanhangs-
markeringarna (Petitt, Olson, 1992) – hur samtalet börjar och

hur det slutar. Samtalet avslutas inte med ett "Fortsättning följer" utan med ett "Lycka till!" från terapeuten/rådgivaren.

Klienten/paret leder och terapeut/rådgivare följer. Det är klienten/paret som bestämmer vad som är viktigast, vad som är nåbart och vad som är möjligt inom ramen för samtalet. Terapeuten hjälper genom att hålla kvar fokus på klientens/parets mål och de små stegen att nå dit.

Klienter/par har redan innan samtalet gjort framsteg. De flesta är beredda till stora ansträngningar för att få det bättre. De vi möter har redan gjort detta, men kanske inte upplever det så. När de kommer har de kört fast och vet inte hur de skall fortsätta. Ett samtal kan ibland räcka för att gå från problem till hårt arbete och sedan vidare till dit man vill komma. Om man vet vad man skall göra, går det att fortsätta, där det hängde upp sig.

SINGLE SESSION – WALK-IN.

Kortfattat kan sägas att i Lösningfokuserade modellen är varje samtal ett potentiellt sista, vilket gäller även det första. När klienten vet hur de skall gå vidare avslutas kontakten. I Single Session har klienten/paret valt ett samtal och detta utgår både klient/par och terapeut/rådgivare från. I Walk-In kommer klienten/paret till samtalet när det passar dem bäst och utan onödigt krångel med väntetider, bedömningar och informationssamlade (Harper-Jaques, McElheran, Slive & Leahey, 2008).

MÖTA KLIENTEN/PARET NÄR DE BEHÖVER.

Många verksamheter har väntetider och detta verkar vara mer eller mindre ofrånkomligt. Genom att försöka erbjuda olika former av terapi, rådgivning och samtal kan vi differentiera och möta upp klienters och pars behov. För en del är det viktigt med snabba tider-ingen väntetid och för andra är det viktigare med vetskapen att kontakten kan bli över tid och kan därför tänka sig en väntetid. Utmaningen framförallt för små team som till exempel familjerådgivningen är att hitta formerna för detta

Göra det bästa utifrån klientens/parets idéer. Det kan tyckas att en timme är litet för att lösa svåra problem, och det är det ibland. Å andra sidan har klient/par och terapeut/rådgivare en hel timme på sig att göra något bra tillsammans. Detta kan leda till att klienten/paret vet sin riktning tydligare och hittar något att arbeta vidare med på egen hand. Utmaningen blir att tillsammans fokusera och bygga på det klienten/paret kommer med, uppmärksamma det som redan görs i riktning mot målet och hjälpa klient/par att hitta de små stegen som kan innebära en fortsättning framåt. Ett samtal har visat sig kunna leda till: Ett nytt sätt att tänka om problemet, ett nytt sätt att hantera problemet eller ett ökat hopp att det löser sig.

Stressen blir om man gapar över för mycket – "lösa alla problem idag", "en hel terapi på en timme", "Tio samtal i ett" eller om man som terapeut/rådgivare har för många egna ideer om vad som är bäst för klienten/paret. Att inse sin egen relativt ringa betydelse är kanske den största utmaningen av dem alla. De flesta människor hanterar sin situation eller löser problem utan kontakt med terapeuter. Familj, släkt, vänner, kollegor är många gånger det största stödet. Många får stöd, hjälp och inspiration från litteratur, film och teater. De som söker hjälp av terapeut räknar också ofta med att samtalskontakten är kort

och problemlösande. Även för dem som söker och har längre samtalskontakter, är den viktigaste faktorn klienten/paret själv. Vi är inte så viktiga utan klienten/paret själv är de/de viktigaste personerna. Därmed inte sagt att vår insats inte är viktig utan tvärtom. Steve de Shazer hänvisade ibland till det japanska tecknet för terapi som bestod av tecknet för riktning och tecknet för klapp på axeln det vill säga terapeutens roll är att påminna klienterna om vart de är på väg så de fortsätter hålla sin kurs. Eller med Michael Hoyts metafor: klienten är golfspelaren och terapeuten är caddien (de Shazer et al., 2007, Hoyt, 2000, 2015).

FORTSATT UTVECKLING

Öppenvårdshuset Gustav. Drop-in har alltid erbjudits på ÖVG. Den terapeut som haft möjlighet har tagit emot det oanmälda besöket och genomfört ett samtal utifrån den egna metoden. Vi vet lite om vad klienten önskar och förväntar sig av drop-in. 2016 är vi några som erbjuder en gemensam form för drop-in. Strukturen är inspirerad av "Single Session" och är vad andra beskrivit som "Walk-In". Vi samlar samtidigt in data över vad klienten förväntar sig och i vilken grad drop-in påverkar vad som händer efter. Vi fortsätter samtidigt att mäta stress och hanterbarhet och räknar med att ha preliminära resultat under hösten.

FAMILJERÅDGIVNINGEN.

Tidigare hade vi Single session och Ordinarie Familjerådgivning som paren kunde välja mellan men vänte-

tiderna var orimligt långa för alla. För att bättre kunna möta våra par och ge dem ett bättre serviceerbjudande, började vi under 2016 med det vi kallar Ett samtal i Taget (ESiT) för dem som behöver en snabbare tid. Paren kan också boka ESiT i väntan på ordinarie familjerådgivning. ESiT ser vi som en vidareutveckling av Single Session och ett närmande till Walk-In. ESiT innebär att paren ringer Familjerådgivningen på måndag eller tisdag morgon och bokar in ett samtal på tisdagen eller nästkommande tisdag. Samtalet kan erbjudas inom en vecka och det finns möjligheter att återkomma senare till ytterligare ett samtal. Återkommer paret kan vi inte garantera att samtalet leds av samma rådgivare. Vi fortsätter utvärdera samtalen (ESiT-samtalen) med samma skalor vi använde vid utvärderingen av Single Session och räknar med att ha resultat för de första hundra ESiT-samtalen i början av hösten.

Vår strävan har varit och fortsätter vara att erbjuda våra klienter och par ett för dem bra serviceerbjudande med korta väntetider, valmöjligheter och ett välkomnande bemötande. Detta innefattar också en stark tilltro hos oss till att klienter och par redan gör bra saker i sina liv, ofta kan mer än de själva tror och vet vad de önskar och vill. "Single Session Mind Setet" har varit ett stort stöd i denna vår strävan att göra samtalen till klienternas/parens samtal och i praktiken visat sig ge bra resultat för dem vi träffat.

Martin Söderquist, Leg.Psykolog, Leg.Psykoterapeut,
Familjerådgivare, Malmö Stad

Bertil Ekstedt, Leg.sjuksköterska, Leg. Psykoterapeut,
Familjeterapeut, Öppenvårdshuset Gustav, Malmö Stad

Litteraturreferenser

Andersen, T. (Ed.) (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: Norton.

de Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., & Berg, I.K. (2007) *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. New York: Haworth Press.

Hansen, N.B., Lambert, M.J., & Forman, E.M. (2002) The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.

Harper-Jaques, S., McElheran, N., Slive, A., & Leahey, M. (2008) A comparison of two approaches to the delivery of walk-in single session mental health therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 27(4), 40-53.

Hoyt, M.F. (2000) *A golfer's guide to brief therapy (with footnotes for baseball fans)*. In *Some stories are better than others* (pp. 5-15). Philadelphia: Brunner/Mazel.

Hoyt, M.F. (2015) *Solution-focused couple therapy*. In A.S. Gurman, J.L. Lebow, & D.K. Snyder (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (5th ed., pp. 300-332). New York: Guilford Press.

Hoyt, M.F., & Talmon, M. (Eds.) (2014) *Capturing the moment. Single session therapy and walk-in services*. Bethel, CT: Crown House Publishing

Hubble, M., Duncan, B. & Miller, S. (Eds.) (1999) *The heart and soul of change. What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Lambert, M.J., & Bergin, A.E. (1994) The effectiveness of psychotherapy. In A.E. Bergin, & S.L. Garfield, (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.

Perkins, R. (2006) The effectiveness of one session of therapy using a single-session therapy approach for children and adolescents with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 215-227.

Petitt, B., Olson, H. (1992) *Om svar anhålles*. Stockholm: Mareld.

Slive, A. & Bobele, M. (2011) *When one hour is all you have. Effective therapy for walk-in clients*. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen.

Söderquist, M. (2009) Om öppna utvärderingar: "Jag visste direkt att det skulle bli bra". *Svensk familjeterapi*, 2/2009.

Söderquist, M. (2009) Det räckte med ett samtal. *Svensk Familjeterapi*, 4/2009.

Söderquist, M. & Ekstedt, B. (2012) *Single Session på svenska*. Svenska föreningen för lösningsfokuserad korttidsterapi, Medlemsblad 4. (www.sflk.se)

Söderquist, M. (2013) Ett samtal med par. Svenska föreningen för lösningsfokuserad korttidsterapi, Medlemsblad 8. (www.sflk.se)

Talmon, M. (1990) *Single session therapy: Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter*. San Francisco: Jossey-Bass.

Wampold, B.E. (2001) *The great psychotherapy debate: model, methods and findings*. Mahwah: Lawrwer Associates.

Wampold, B.E., Imel, Z.E. (2015) *The great psychotherapy debate: the research evidence for what works in psychotherapy*. 2nd ed. New York: Routledge.

Willis, J., Todorov, A. (2006) First impressions: making up your mind after a 100-ms exposure to a face. *Pub Med* 17: 592-598.

B-FÖRENINGSBREV

RETURADRESS:

SFT
c/o Anita Blom af Ekenstam
Ringvägen 47b
181 51 Lidingö

www.sfft.se

KALENDARIUM 2016

18 JUNI

ALLEN FRANCES
PSYKIATRISKA MODEDIAGNOSER
ÖVERDIAGNOSTISERING OCH ÖVERBEHANDLING
MED FOKUS PÅ ADHD
INTEGRATIV-MEDICIN.SE
STOCKHOLM

7 SEPTEMBER

”SOM BEHANDLARE ELLER TERAPEUT ÄR JAG
LIKA LITE MIN METOD SOM KLIENTEN ÄR SITT
PROBLEM” STUDIEDAG MED BJÖRN HOLMBERG
INF. MARIA.HOLS@FALUN.SE
DFF
FALUN

14-15 SEPTEMBER

NARRATIV PRAKTIK, WORKSHOP MED MAGGIE
CAREY
WWW.GCK.NU
GÖTEBORG

25-26 SEPTEMBER

SOCIAL RESPONS IN CONTEXT ALLAN WADE
WWW.SIKT.NU
MALMÖ

6-7 + 27-28 OKTOBER

FÖRDJUPNINGSUBILDNING I LÖSNINGSFOKUS
WWW.SIKT.NU
MALMÖ

13-14 OKTOBER

VETENSKAPLIGT SYMPOSIUM OCH SFFT:S
ÅRSMÖTE 13/10 KL 11.30
WWW.SFFT.SE
KARLSTAD

15 OKTOBER

PSYKOFARMAKA-RISKER OCH ALTERNATIV,
VETENSKAPLIGT SYMPOSIUM MED BIRGITTA
ALAKARE, CARINA HÅKANSSON, JAAKKO

SEIKKULA, JOHN READ, OLGA RUNCIMAN,
ROBERT WHITAKER, SAMI TIMIMI, WILL HALL
OCH VOLKMAR ADERHOLD
UTVIDGADERUM.SE GÖTEBORG

21 OKTOBER

HÖSTENS HÖJDARE 2016
EN HELDAG MED HARLENE ANDERSON, ERSTA
KONFERENS WWW.FFST.SE
STOCKHOLM

10-11 NOVEMBER

SUPPORTGRUPPER VID MOBBINGS- OCH
KRÄNKNINGAR I SKOLAN
WWW.SIKT.NU
MALMÖ

5-7 DECEMBER

BASSKURS I LÖSNINGSFOKUS
WWW.SIKT.NU
MALMÖ

**ANNONSERA I SFT – SVENSK FAMILJETERAPI. HELSIDA 4 000 KR, HALVSIDA 3 000 KR
KVARTSSIDA 2 000 KR PLATSANNONS KVARTSSIDA 4 000 KR.**

NÄSTA NUMMER KOMMER UT I BÖRJAN AV SEPTEMBER. MANUSSTOPP 15/8

KONTAKTA REDAKTIONEN SFTRED@TELIA.COM