

Joining revisited – den terapeutiska alliansens ramfunktion i förändringsarbete med multibehovsfamiljer

JOHAN SUNDELIN

I Intensiv familjeterapi (IFT) med multibehovsfamiljer är arbetet för etablering av den terapeutiska alliansen synnerligen viktigt och beskrivs som en förutsättning för att det terapeutiska arbetet skall bli framgångsrikt. IFT kan ofta liknas vid ett reparativt arbete med desorganiserade anknytningsmönster i dessa familjer. Träning av exekutiva funktioner, språklig utveckling, konflikt- och problemlösning är helt beroende av att anknytningen mellan klienter och behandlare är stark. En modell, kallad «Bredbandsmodellen», för aktivt arbete med den terapeutiska alliansen presenteras i denna artikel.

**Johan Sundelin, Leg psykolog, leg psykoterapeut, PH.D. (Medical faculty) Myrvägen 2, 791 31 FALUN
johan.sundelin@telia.com**

Inledning

Under de senaste åren har sättet att utnyttja resurserna inom svensk barn- och ungdomspsykiatri varit föremål för en intensiv debatt. En statlig utredning (SOU 1998) krävde större fokusering på utvecklandet av en arbetsmetodik för att bättre kunna möta målgrupper av klienter, som tidigare inte erbjudits effektiv hjälp. Hit hör gruppen med den idag vanligaste problematiken inom verksamheten, nämligen barn med beteende- och uppmärksamhetsstörningar samt affektiva/kognitiva störningar utifrån olika genes. Det finns krav på effektivisering av arbetsformerna mot mer programstyrning av hjälpsats-

ser med utgångspunkt från evidensbaserings. Med hjälp av utvärderade metoder skall behandlingsprogrammen kvalitetssäkras mer i detalj och på så sätt garantera en god behandlingsinsats var i landet de än sätts in.

«State of the Art» år 2001 är att multimodala behandlingsformer, dvs behandlingsprogram som integrerar olika former av stöd till individer, familjer och nätverk, är rekommenderade behandlingsmetoder avseende den ovan nämnda målgruppen (Pinsof et al 1995, Ljungberg 2001).

I de metaanalyser av effektiv psykoterapi i olika former som hittills redovisats är den allmänna uppfattningen idag, att den faktor som till mycket stor del kan förklara terapeu-

tiskt framgångsrika insatser är den terapeutiska alliansen. Den tillskrivs ett 30 %-igt förklaringsvärde till framgång oavsett terapeutisk modell (Hubble et al 1999). De övriga faktorerna är klientens individuella förutsättningar (40%), placebo (15%) samt terapeutisk metodik (15%).

Den terapeutiska alliansens betydelse

Denna artikel kommer att betona den terapeutiska alliansens betydelse som särskilt väsentligt terapeutiskt instrument i arbetet med familjer med extra psykosocial belastning. Den kommer att göra detta genom att presentera en arbetsform kallad intensiv familjeterapi som har visat sig vara ett speciellt lämpligt arbetsperspektiv i detta sammanhang. IFT (intensiv familjeterapi) är en multimodal arbetsform och aspekter kring den terapeutiska alliansen kommer därför också här att förstås utifrån olika perspektiv bland andra från anknytningsteori.

I mitt arbete med IFT med företrädesvis tungt problembelastade familjer inom svensk barn- och ungdomspsykiatri har arbetet med att bygga den terapeutiska alliansen varit det viktigaste redskapet, som bas eller ram för ett framgångsrikt terapeutiskt arbete (Sundelin 1999). Alliansarbetet har ofta upplevts så viktigt att det har kunnat likställas med huvuddelen av den terapeutiska insatsen. Arbetet för att överhuvudtaget få kontakt och etablera en plattform har ibland tagit flera månader och gått ryckvis framåt. När väl kontakt och förtroende etablerats har banden mellan IFT-enhetens terapeuter och respektive familj varit väldigt starka och resulterat i framgångsrika insatser.

Begreppet «joining» i artikelns rubrik refererar till den strukturella familjeterapins välbekanta namn på etablering av terapeutisk allians. Minuchin och Fishman beskriver samgåendet utifrån tre positioner:

I den nära positionen arbetar terapeuten med i huvudsak bekräftelse av klientens verklighet. Klienterna måste känna sig sedda, lyssnade till och respekterade i sina problembeskrivningar.

Från en mellanposition hjälper terapeuten familjemedlemmarna att berätta om sina verkligheter (tracking). Detta sker genom att terapeutens roll är att försiktigt guida klienterna genom sina egna berättelser utmarker.

Från en fristående position samgår terapeuten med familjen genom att skapa ett terapeutiskt sammanhang och förmedla en känsla av kompetens och hopp till familjen (Minuchin et al 1990). Denna roll innebär också att terapeuten axlar terapeutisk auktoritet genom sin kompetens, vågar leda samtalet, utmanar genom att problematisera, dra slutsatser och föreslå terapeutiska riktlinjer.

Att bygga terapeutisk allians har i denna artikel getts en lika bred mening som Minuchin ger «joining-begreppet» och kan därför anses beskriva hur man inom IFT kan se på «joining».

Att medvetet bygga terapeutisk allians inom IFT innehåller byggande av tillit och terapeutiskt förtroende mellan klienter och terapeutteam, men inte bara. Här inkluderar vi också arbete med att tillsammans ta fram terapeutiska ramar, som håller för påfrestande men nödvändigt arbete mot terapeutiska mål och måluppfyllelse (Pinsof 1995, Petitt et al 1992).

Kort om Intensiv familjeterapi (IFT)

IFT-modellen är framför allt utvecklad i de skandinaviska länderna (Sundelin 1995, Sundelin 1999). Den har utvecklats huvudsakligen genom kliniska erfarenheter av arbete med familjer som mer traditionell metodik haft svårt att hjälpa och innehåller ett antal kärnmoment:

Ett multimodalt, teambaserat angreppssätt med en pragmatisk inställning till olika former av insatser i samordnad och integrerad form:

- Utifrån ett systemiskt metaperspektiv integrerar vi individuella insatser i de familjebaserade insatserna såväl i terapeutiska samtal som i miljöterapeutiska sammanhang.

En högre terapeutisk intensitet eller täthet i det terapeutiska arbetet än ett traditionellt terapeutiskt bemötande:

- Detta motiveras utifrån dessa klienters behov av ett «bredare», omvårdnadsbetonat terapeutiskt bemötande för att kunna dra bästa nytta av samarbetet med det terapeutiska teamet.

En mycket markerad öppenhet avseende samarbetet mellan klienter och hjälpare med tät avstämning av upplevelser i den terapeutiska processen:

- Dessa klienters extra stora behov av förtroendeskapande åtgärder omhändertas bäst genom att arbetsformen speciellt lyfter fram arbete med öppenhet för att nå samstämmighet mellan terapeuter och klienter avseende uppgifter, dess utform-

ning, syften och mål. «Att samtala om hur man arbetar» får stor plats i det terapeutiska arbetet.

Ett dialogförhållande mellan konkret nivå i form av miljöterapeutiska insatser och samtalsterapeutisk nivå, mellan exemplet och det generella:

- Ett hela tiden pågående «översättningsarbete» mellan det som sker i olika behandlingskontext inom den multimodala modellen (familjesamtal, miljöterapi, skola etc.) är väsentligt för att öka förståelsen, hanterbarhet och meningen för alla inblandade kring vad som blir utträttat i behandlingsarbetet.

Ett utarbetat förhållningssätt till samarbetspartners för «infasning» och «utfasning» av IFT-insatsen för att undvika anknytningsbrott i kontakten mellan familjemedlemmar och hjälpare. IFT-arbetet är ofta en länk i en vårdkedja som föregåtts av insatser och som också skall följas av insatser. Mycket av den samlade resursen läggs ner på samråd och nätverksarbete för smidiga övergångar från en intensiv fas till mer extensiva insatser som inte sällan avlöser en IFT-period.

Arbetet fokuseras på prioriterade mål: Arbetet blir med nödvändighet fokuserat på prioriterade mål, då dessa familjer ofta är översköjda av problem på olika nivåer. Arbetet blir inriktat på faktorer som kan ha ett mer generellt värde för familjernas «copingförmåga» visavi de olika svårigheter som man brottas med. Familjerna och deras medlemmar kan sägas ha flera olika problem samtidigt. Dessa problem samvarierar och är

beroende av varandra. Insatsen måste därför vara utformad så att den prioriterar familjemedlemmars möjligheter att «vända trenden».

IFT i ett tidsperspektiv

Vi kan konstatera att IFT-metodiken kombinerar insatser för att bearbeta och reparera det som varit, med insatser för att utveckla interaktion och kommunikation för framtiden. Ett IFT-arbete är ett möte i tiden med utgångspunkt från aktuella problemställningar här och nu. Familjens och individernas tidigare erfarenheter bearbetas med hänsyn till hur de interagerar med lösningen av det aktuella problemet. Utvecklingsarbetet för framtida utmaningar åstadkoms tillsammans i det terapeutiska systemet genom att man utvecklar ett språk som beskriver och generaliserar aktuella problem och problemlösningar. Utgångspunkten är att man i ett varmt och närande sammanhang kan utveckla bättre fungerande, framtida relationsstrategier genom att försonas med tidigare erfarenheter som hittills hindrat detta. Det gör man genom att skapa berättelser om sin familj och sig själv vilka understödjer alternativa, mer konstruktiva modeller för problem- och konfliktlösning. Den speciella betoning av denna koppling mellan olika tidsperspektiv samt kopplingen mellan det konkreta exemplet och det abstrakta mönstret gör arbetssättet speciellt lämpat för dessa problembelastade och mer eller mindre anknytningsotrygga familjer. Vi arbetar som vi skalar en lök «utifrån och in». Vi utgår från det aktuella problemet eller dilemmat och arbetar oss «inåt, bakåt, uppåt, nedåt, fram-

åt». Vi söker oss från det konkreta till det abstrakta, från exemplet till det generella, från det vardagstriviala till det upphöjda etc. för att sedan gå samma väg tillbaka att med hjälp av nya perspektiv utveckla nya strategier i det praktiska nuet.

Arbetsättet utgår teoretiskt från olika perspektiv som utgår både från neurologiska och psykologiska utvecklingsperspektiv, såsom exekutiva funktioners utveckling (samspillet mellan emotionella och kognitiva funktioner) i olika miljöer (Barkley 1997) och utvecklingsteorier baserade på tidig traumatisering och därmed överkänslighetsutveckling (Perry et al 1995). Vidare refererar vi till anknytnings- (Cassidy et al 1999) och affektteori (Havnesköld et al 1995) och socialiseringens olika konsekvenser för det uppväxande barnet. Naturligtvis använder vi också interaktiva och språkssystemiska perspektiv för att utveckla den inre individuella dialogen och reflektionsförmågan (Anderson 2000) och det yttre samtalet för effektivare problem- och konfliktlösning mellan individer (Hedenbro et al 2000).

I denna artikel har jag speciellt fokuserat på hur anknytningsteorin kan vara användbar för att förstå den terapeutiska kraften i en speciellt hög fokusering på etablerandet av en hållbar terapeutisk allians i IFT-arbete med familjer med extra psykosocial belastning.

Arbetsformens historik, dess utveckling, dess huvudsakliga innehåll samt en utvärdering av dess effekter finns att tillgå i författarens avhandling *Intensive Family Therapy. A context for hopes put into practise* (Sundelin 1999). Arbetssättet har tidigare benämnts som familjebehandling på avdelning eller familjebehandling i dagvård etc.

IFT-metodiken som en reparativ anknytningsprocess

Inom IFT-metodiken har tankar fötts att beskriva samgåendeprocessen dels mellan medlemmar i en familj och dels mellan klientfamilj och terapeuter i det terapeutiska systemet som en reparativ anknytningsprocess.

Jag vill alltså beskriva IFT-metodiken som ett terapeutiskt inducerat fenomen, som kan reparera och förstärka inte bara den ursprungliga anknytningen mellan barn och föräldrar utan också mellan samtliga familjemedlemmar. Anhängarna till anknytningsteorin har utvecklat sina teoretiska utgångspunkter avseende anknytningen mellan mor och barn via begreppet «inre arbetsmodeller», som blir benämningen på den internaliserade modell för anknytning som vi får lära oss som små. Ordvalet «arbetsmodell» implicerar ett processtillstånd som utgör en utgångspunkt, men som också är under ständig påverkan av relationsmässiga erfarenheter som vi gör senare i livet. Det blir därför viktigt att i den terapeutiska processen fokusera alla familjemedlemmars inre arbetsmodeller (Cassidy et al 1999).

«Familjeanknytningsmönster» är ett annat begrepp inom anknytningsteorin som utvecklats på senare år (Johnson 1999, Johnson et al 1999). Med detta begrepp avses den ömsesidiga mellanmänskliga process som äger rum i en familj och som är mönsterbildande för barnets «inre arbetsmodell» hur man uppfattar sig själv, relationer och förstår omvärlden. «Den inre arbetsmodellen» som begrepp implicerar alltså att även de vuxnas modeller för relaterande är under påverkan

av nya roller och nya erfarenheter. Man argumenterar så därför att vi alla, som en primär drivkraft genom hela livet, söker en trygg anknytning till ett viktigt anknytningsobjekt (till föräldrarna i barndomen och till livspartners under vuxna år).

Man kan alltså fokusera arbete med både «inre arbetsmodeller» och «familjeanknytningsmönster» i behandlingsarbetet. IFT blir genom sin utformning en nystart för familjemedlemmarna genom det sociala bandage som den terapeutiska alliansen med ett IFT-team innebär. Den intensiva och täta kontakten kan beskrivas som «ett hårbärgerande rum» som «håller» familjemedlemmarna under en intensiv utvecklingsperiod. Detta hållande blir i själva verket förutsättningen för igångsättandet av en process som bygger familjens styrkor att «komma igen starkt», dess «resilience» (Walsh 1998).

Det som utmärker dessa familjers närmande till hjälpinstanser av olika slag är ofta försiktighet och tveksamhet. De har ofta gjort många tidigare erfarenheter av hjälpare som de upplevt inte kunnat hjälpa och de är ofta från start skeptiska till att en arbetsinsats skall löna sig denna gång. Man kan likna dessa familjers erfarenheter vid «behandlingskador», dvs erfarenheter av tidigare insatser försvårar möjligheter till uppbyggnaden av ett förtroendefullt samarbete nu. Föräldrarna är oftast skuldbelastade över situationen, utslitna och utan energi och ork att omedelbart kasta sig över nya terapeutiska målsättningar («learned helplessness») (Webster-Stratton et al 1993). I det alliansbyggande arbetet är det därför alltid viktigt att terapeutteamet får kontakt med familjens tidigare behandlingserfarenheter för att be-

kräfta dem och upprätta en «kommunikationslinje» för samtal om aktuell behandling (ett metasamtal). Detta görs för att minska risken för negativa eller destruktiva upplevelser av behandlingen denna gång.

På en annan nivå kan familjerna ofta beskrivas som «trasiga» och med många erfarenheter av olika sorters uppbrott för familjemedlemmarna, såsom obearbetade separationer, tillhörighetsförändringar och andra traumatiserande livserfarenheter på separationstemat. Familjens sätt att fungera tillsammans har ofta beskrivits som kaotiskt och inkonsekvent (Sundelin 1999). I dessa familjer är både vuxnas och barns inre arbetsmodeller, med anknytningsteorins termer, osäkra till sina mönster med övervikt för det desorganiserade mönstret (Ljungberg 2001). Med detta mönster menas att signalerna från föräldrarna har varit inkonsekventa och slumpmässiga vilket inte gett barnet någon hållbar hypotes om hur omvärlden ser ut. Den är inte ens otrygg utan kaotisk! De bärande processerna, både på individuell och relationsmässig nivå, som krävs för utveckling av «script» eller sammanhangsskapande och meningsbärande berättelser, har inte fått ro att utvecklas. Anknytningen mellan familjemedlemmarna blir svag och förvirrad och de enskilda familjemedlemmarna har ingen tydlig, hållbar modell att sortera in sina intryck från omvärlden i. Kraft och fokus har fått koncentreras på mer omedelbara och elementära överlevnadsbehov.

Det som inte heller skall underskattas som skäl för rädsla, distansering och tveksamhet är en, ibland korrekt, bedömning från dessa familjers sida att samhället som alternativ till

fortsatt stödande insatser vill bryta upp familjen och omhänderta barnen.

Behandlingsmetoden möter familjens behov av att få skapa ett sammanhang eller ett «rum» där de kan skapa ett lugn som ger möjlighet till «en samling som bär och håller». Det terapeutiska arbetet blir alltid till stora delar fokuserat på «att samlas». Man sitter ned och samtalar om vad man kan göra tillsammans och «kommer överens» om hur man skall arbeta och mot vilka mål. Familjeterapin sker ofta med medverkan från familjens socialsekreterare. Denna process kan liknas vid en reparerande nystart avseende tillit till och förtroende mellan de inblandade. De behöver övertygas om huruvida insatser som skall göras är mödan värd.

Byggandet av «förtroendeskapande åtgärder» och strategier för att klara ut frågor, tveksamheter och konflikter i det terapeutiska systemet måste ha mycket hög prioritet. Samarbetsprocessen blir ett mål i sig jämfört med de mål man sätter upp tillsammans. Susan Johnson (Johnson 2001) har liknat de hinder som måste överbryggas vid «attachment injuries» hos de inblandade personerna. Hon menar att den terapeutiska processen till stora delar är en ritual för att komma över dessa hinder, försonas och kunna gå vidare.

IFT-metodiken fokuserar speciellt på metasamtal i byggandet av dessa nödvändiga «förtroendeskapande åtgärder».

Arbetet kräver en speciell metodik

För att nå fram till ett arbetsklimat som skapar möjligheter för människor med dessa livserfarenheter att orka söka efter tillit till

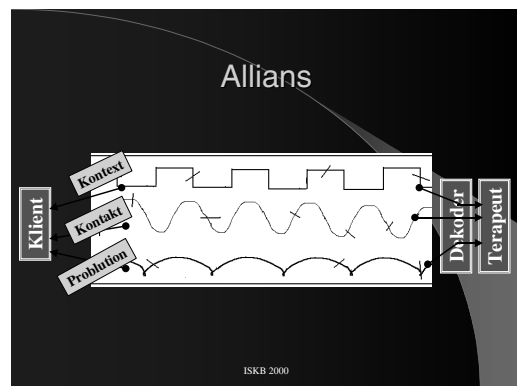
varandra och till behandlingssituationen, krävs en speciell förståelse och en speciell metodisk kompetens. Den terapeutiska miljön måste på samma gång vara skyddande och hårbärgerande, icke-kränkande och avstressande och så litet traumaväckande som möjligt, samtidigt som den måste kunna erbjuda möjligheter till bearbetning och kompetensutveckling. På så sätt kan en terapeutisk process, som uppmuntrar både det inre och det yttre samtalet till ömsesidigt tankeutbyte och till egen reflektion, äga rum. Samtalet, utbytet, mellan för varandra viktiga personer kan ta plats och innebära mer meningsfulla möten. Tom Andersen har betecknat detta tillstånd som «lagom olikt» (Andersen 1991). Inte minst de miljöterapeutiska arbetsmomenten med mindre formaliserad samvaro under längre tid ger familjemedlemmarna trygghet genom umgängesformer man känner igen tillsammans med «vanligt folk».

När det terapeutiska arbetet väl kommit igång är det också viktigt att inse att det måste få fortgå tillräckligt länge utan avbrott eftersom den terapeutiska anknytningen här betonas starkare än i andra familjeterapeutiska sammanhang. Utifrån dessa familjers behov skall arbetet bestå av omväxlande intensiva och extensiva faser (uppföljning och stöd) i det terapeutiska bemötandet. Istället för vårdkedjor med för tidiga avbrott av behandlande relationer och byte av arbetsformer måste man bygga på kontinuitet genom kontinuitet eller åtminstone «skyddade växlingar» av terapeutiska relationer.

Bredbandsmodellen

Med det ovan sagda blir det naturligt att tänka kring den terapeutiska arbetsprocessen med mycket högt fokus på upprätthållandet av en förtroendefull kontakt mellan de inblandade. Syftet är att skapa utrymme för det andra viktiga terapeutiska målet nämligen prövning av nya existentiella positioner, utveckling av nya perspektiv, utveckling av hårbärgerande förmåga och ångesttolerans, genom övning, inläring och anpassning till nya samspelsmönster i både de familjeinterna samtalen och i familjemedlemmarnas samtal med övrigt nätverk.

I dessa tider med en expansiv utveckling av «cyberspace» som interaktivt redskap leker jag med en bild av ett «broadband» mellan IFT-teamet och klienterna (se bild nedan).



Ett broadband utmärks ju av att erbjuda plats för snabb, ömsesidig kommunikation på flera kanaler samtidigt. Jag leker med tre kanaler i detta band som var och en rymmer ett ömsesidigt feedback-baserat samspel mellan terapeuterna och klienterna. Terapeutteamets

uppgift för god terapeutisk anknytning innebär att «i varje ögonblick» läsa av tre positioner i tre parallella cykler, som sammantaget bildar klienternas «anknytningsprofil». Resultatet av denna «intoning» avgör både kvaliteten i det terapeutiska bemötandet och den terapeutiska insatsens profil. Arbetet i dessa kanaler kan naturligtvis sägas gälla för allt gott terapeutiskt arbete men jag vill speciellt betona detta arbete i de sårbara mänskliga situationer som betonas här.

I den första kanalen (*kontextkanalen*) strömmar information om arbetet med formen och sammanhanget för terapin. Här har vi att göra med ett kontrakt- och målsökande spår. Frågor som klienterna ställer tyst är:

«Var är vi? Vilka är vi? Vad kan vi göra? Vad skall vi göra? Hur skall vi göra det? Hur blev det vi gjorde?» Samtalen runt dessa frågor mellan klienter och terapeuter går under benämningen «sammanhangsmarkering». Med detta menas både det arbete som läggs ned genom hela terapin på att definiera våra uppdrag och roller, vår makt och våra möjligheter i förhållande till varandra och de överenskommelser som görs om uppgifter, mål och måluppfyllelser. (Petitt et al 1992). Dessa frågor måste hela tiden adresseras parallellt med allt annat arbete. Det terapeutiska teamet ställer frågor som: «Är det ok att vi försöker hjälpa er till rätta nästa gång vi sitter samlade till middag och ni föräldrar upplever att ni har svårt att få barnen att fungera bra?» «Vad skulle dagens möte innehålla om det av er skulle beskrivas som ett lyckat möte?» Här betonas det öppna samrådet och den ömsesidiga samverkan för goda terapeutiska uppgifter och mål i det terapeutiska systemet. Vi samtalar hela tiden om *hur* vi samtalar!

I nästa kanal (*kontaktkanalen*) flödar information om arbetet för att uppnå basal kontakt med var och en som person. Detta är ett trygghets-, resurs-, och flexibilitetssökande spår. Alla personer som inbjuds till en terapeutisk process måste uppleva sig sedda och välkomna och bli bemötta på ett bekräftande sätt för att börja våga sträcka ut i en återanknytningsprocess. Skälet till detta är att ett sådant arbete, i ett systemiskt perspektiv, innebär omprövning av komplementära roller för alla.

Om man tillsammans vågar ta steget ut på svagare is, utvecklas så småningom en lust till resursinventering och optimal flexibilitet hos personerna. Det handlar om att i olika skeden i terapin bli mött i sina behov av att ömsom få bekräftelse, ömsom få hjälp att förstå, begripa och benämna skeenden och fenomen som man upplever. Det handlar vid andra tillfällen om att få stöd i sina försök att pröva nya perspektiv och förhållningsätt. Det handlar om att bli sedd i kris, skam och förvirring och att då få hjälp att omorientera och komma igen (Nathanson 1992, Greenspan 1997).

«Underströms» frågor klienterna i denna kanal varandra och terapeutteamet: «Kan jag våga tro på en framtid för mig trots att det gungar under fötterna?» «Duger jag för dig fast jag är förvirrad och skamsen?» Vi frågar: «Vad sitter du och tänker på just nu?» «Hjälper den hjälp jag ger dig idag?» «Nu tror jag att jag måste höra med dig om du egentligen ville prata om nåt annat än det vi pratar om?»

Som terapeuter hjälper vi till att med samtalslets hjälp identifiera upplevelser genom att tillsammans få grepp om och sätta ord på skeenden. Vi begripliggör och «fångar» till-

sammans klienternas behov och terapins medel och mål genom överenskommelser i form av terapeutiska teman.

I den tredje kanalen (*problutionskanalen*) finns ett problemutvecklande/problem-lösande spår. Ordet «problution» är som den intelligente läsaren förstår, sammansatt av de engelska orden «problem» och «solution». I detta arbete koncentreras insatserna på utveckling av nya, mer sofistikerade, medierande kapaciteter för var och en och för familjemedlemmarna tillsammans genom träning av exekutiva funktioner och effektivare problemlösning. Detta sker genom exempelvis Parent management training (PMT) eller Marte Meo (Hansson 2001, Webster-Stratton 1993, Thunman et al 2000, Hedenbro et al 2001). Olika PMT-program påminner mycket om varandra genom att de innehåller ett strukturerat utvecklingsprogram för ändamålsenligt föräldraskap framför allt utformat för föräldrar till barn med utagerande-problem.

Klienterna vill ha terapeutteamets hjälp någonstans i sekvensen: problemidentifiering-problematisering-inventering av alternativ och hinder-vägval-problemlösning-utvärdering/konsekvens. Arbetet bedrivs växelvis och samordnat genom problem- och konfliktlösningsträning i olika terapeutiska miljöer och genom samvaro i terapeutiska samtal. På terapeutteamet ställs krav på intoning och stöd någonstans i sekvensen: igenkännande konstruktion-dekonstruktion-transformation-rekonstruktion-ny script om sig själva och sina sammanhang. Arbetet i denna kanal stimulerar vars och ens nyanseerande förmåga avseende kognitiva och emotionella uttryck, med andra ord vars och ens

reflekterande förmåga. Frågor som ställs är «men hur skall jag hinna med alla barnen?», eller «men hur skall jag göra som en god förälder!» eller «kan vi vuxna få hjälp att samarbeta bättre kring barnens behov?» eller «kan ni hjälpa mig att förstå hur mitt barn tänker när han gör så!»

En så god terapeutisk allians som möjligt i ovan skisserade modell betyder alltså, att terapeutteamet måste kunna «tänka och handla bredband». Terapeutteamet måste kunna läsa av klienternas positioner i tre kanaler (kontext-, kontakt och problutionkanalen), förstå klienternas aktuella behov av bemötande genom att dra konsekvenserna av denna avläsning i aktuellt terapeutiskt fokus.

Att kunna ändra fokus och gå tillbaka till anknytande arbete mitt i en intensiv träning, att fråga och stämma av var klienterna befinner sig med sitt fokus är speciellt väsentligt i arbete med människor i levande otrygghetsproblematik.

Ett framgångsrikt arbete i den tredje kanalen förutsätter god kontakt i de två första kanalerna. Detta är helt i linje med aktuell anknytningsteori, som hävdar att trygg anknytning föregår både resilience och narrativ förmåga (Holmes 2001).

Det största problemet för PMT-programmen har just varit bortfallet av familjer under behandlingstidens gång (Hansson 2001). IFT-metodens absoluta styrka är det låga bortfallet vad gäller påbörjade behandlingar (Sundelin 1999). Kanske kan detta förklaras med den starka betoningen av «vårdandet av den terapeutiska alliansen», eller med andra ord den speciella betoningen på omvårdnadsperspektivet, parallellt med hårt och intensivt fokus på omorientering, nytänkande och träning. Detta

är en mycket intressant processorienterad forskningsfråga för framtiden.

Litteratur

- Andersen T. 1991: *Reflekterande Team, Samtal och samtal om samtalen*, 1991, Mareld, Stockholm., Mareld.
- Anderson H. 2000: *Samtal, språk och möjligheter – psykoterapi och konsultation ur postmodern synvinkel*, Mareld, Stockholm.
- Johnson S. M. & Makinen J.A. 2001: Attachment Injuries in Couple Relationships: A New Perspective on Impasses in Couples Therapy, *Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 145–155.
- Johnson S.M. & Whiffen V.E. 1999: Made to measure: Adapting emotionally focused couple therapy to partner's attachment styles. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 1999, 366–381.
- Barkley, R. A. 1997: *ADHD and the nature of self-control*. The Guilford Press 1997, New York.
- Cassidy J. (Ed.) 1999: *Handbook of Attachment – Theory, Research and Clinical Applications*, 1999, The Guilford Press, New York.
- Greenspan S. *Developmentally Based Psychotherapy* 1997: International Universities Press INC, Madison.
- Hansson K. 2001: *Familjebehandling på goda grunder*, 2001, Gothia, Stockholm, Gothia.
- Havnesköld L, Risholm Mothander P 1995: *Utvecklingspsykologi – psykodynamisk teori i nya perspektiv*. 1995, Liber Utbildning, Stockholm.
- Hedenbro M, Wirtberg I., 2000: *Samspelets kraft. Marte Meo – möjlighet till utveckling*, 2000 Liber AB, Stockholm., Liber AB.
- Holmes J. 2001: *The Search for the Secure Base – Attachment theory and Psychotherapy*. Brunner-Routledge, East Sussex.
- Hubble M. A., Duncan B. L., Miller S. D. 1999: *The Heart & Soul of Change – What works in Therapy*, 1999, American Psychological Association, Washington.
- Ljungberg T. 2001: *ADHD hos barn och ungdomar – Diagnostik, orsaker och farmakologisk behandling, Arbetsmaterial version 2001-05-20*. På uppdrag av Socialstyrelsen.
- Minuchin S., Fishman C. 1990: *Livets Dans, Familjeterapeutiska tekniker*, 1990, W&W, Stockholm.
- Nathanson D. L. 1992: *Shame and Pride. Affect, sex, and the Birth of the self*. Norton & Company, New York.: Norton & Company
- Perry B.D., Pollard R.A., Blakley T.L., Baker W. L., Viglante D. 1995: Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaption, and «Use-dependent» Development of the Brain: How «States» Become «Traits». *Infant Mental Health Journal*, 16, 4, 1995, 271–291.
- Petitt B., Olson H. 1992: *Om svar anhålles! En bok om interaktionistiskt förändringsarbete*, 1992, Mareld, Stockholm.
- Pinsof W. 1995: *Integrative Problem-Centered Therapy: A Synthesis of Family, Individual and Biological Therapies*, 1995, Basic Books, New York.
- Pinsof W., Wynne L. 1995: The Efficacy of Marital and Family Therapy: An Empirical Overview, Conclusions and Recommendations in Special Issue – The effectiveness of Marital and Family Therapy, Pinsof W. and Wynne L. Editors. *Journal of Marital and Family therapy* 4, 1995, 585–613.
- Statens offentliga utredningar 1998:31, Socialdepartementet. *Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*. Slutbetänkande av Barnpsykiatrikommittén, Nordstedts, Stockholm.
- Sundelin J. 1995: En modell för intensiv familjebehandling i Hansson K. & Sundelin J. (Red.) *Familjeterapi – tillämpningar ur ett svenskt perspektiv*, 1995, sid 168–193, Studentlitteratur, Lund.
- Sundelin J. 1999: *Intensive Family therapy – a context for hopes put into practice*, Doctoral dissertation 1999, Lund University, Lund.
- Thunman M., Lenneståhl J., Görsson G., Paulsson A. 2000: *Föräldrutbildningsprogram i en multimodal modell*, BUP, box 300, Sala.
- Walsh F. 1998: *Strengthening Family Resilience*, The Guilford Press, New York.
- Webster-Stratton C, Herbert M, 1993: *Troubled Families – Problem Children*, Wiley, Chichester.

Summary

Central to success in therapy is establishing a good therapeutic alliance, especially in the case of intensive family therapy (a therapeutic model for multi-need families). This work can be described as a repairing of attachment patterns within these families and between family members. The training of executive functions, expressive language, of conflict and problem solution is dependent on how "therapeutic attachment" is established within the therapeutic alliance. In this article, the Broadband model is presented – a descriptive model for how to work actively with the therapeutic alliance.