

Glimtar från forskningsfronten

Stockholms läns landsting Barn- och ungdomspsykiatri april 2010

Aktuella avhandlingar och konferenser

I detta vårnummer av Glimtar presenteras aktuella avhandlingar och konferenser av intresse för oss inom barn- och ungdomspsykiatri. Vi i redaktionen har valt att låta även numret som kommer ut i juni ha liknande innehåll i stället för att det skulle vara ett nummer med ett specifikt tema. Anledningen är den att det presenteras så mycket intressant forskning nu som vi gärna vill ge glimtar från, samtidigt som vi inte vill göra varje nummer av Glimtar för omfattande. Vill du själv dela med dig av dina erfarenheter och skriva om någon aktuell avhandling eller konferens? Det finns fortfarande utrymme i nästa nummer, så hör gärna av dig! Deadline är den 20 maj.

*Spännande läsning och skön Valborg
önskar
Maria Dunerfeldt, redaktör*

Självkänsla och känsla av sammanhang vid ADHD

Den 13 november 2009 disputerade Tobias Edbom vid Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa, Enheten för Barn- och ungdomspsykiatri, Karolinska Institutet, Stockholm.

Avhandlingens titel: Self-esteem, Sense of Coherence and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Longitudinal Study from Childhood to Adulthood.

Tobias avhandling är en longitudinell studie från barndom till vuxen ålder och ger en god beskrivning av aspekterna självkänsla och känsla av sammanhang (Sense of coherence, SOC, KASAM på svenska) i samband med ADHD, frågor som väl belysts i avhandlingsarbetet.

Fakultetsopponent vid disputationen var professor Bruno Hägglöf från Umeå universitet.

I sitt avhandlingsarbete har Tobias Edbom vid sin sida haft tre viktiga personer, docent Jan-Olov Larsson, huvudhand-ledare, samt professor Mats Granlund och professor Paul Liechtenstein som bihandledare.

Avhandlingen innehåller fyra intressanta artiklar som i sammanfattningen sammanbinds till en intressant helhet.

Bakgrunden till studien utgörs av att ADHD är en av de vanligaste bakomliggande orsakerna till uppförandestörning hos skolbarn. Under tonåren kan förekomsten av uttalade bekymmer



Tobias Edbom. Foto Rolf Sjöberg

med inlärning, möjlighet till arbete, socialt samspel och psykisk ohälsa skapa stora svårigheter. Funktionsnedsättningen vid ADHD är ofta klart relaterad till dålig självkänsla och låg känsla av sammanhang även om det finns rapporter som visar på svåra ADHD-symtom utan dålig självkänsla eller låg känsla av sammanhang.

Målsättningen med studien var att studera självkänsla och känsla av sammanhang som viktiga aspekter av psykisk ohälsa relaterat till ADHD symtom.

Den metod som användes utgjordes

av material från en longitudinell tvillingstudie där barnen och föräldrarna kontaktades vid fyra olika tillfällen, 1994 (tvillingarna var 8-9 år), 1999 (tvillingarna var 13-14 år). 2001 gjordes en klinisk studie med ett urval från tidigare tvillingstudie. En sista studie gjordes 2006 då tvillingarna var 20-21 år gamla. Studien baserades på uppgifter om DSM III och DSM IV diagnoser samt strukturerade intervjuer "I think I am" och Kasam.

Studierna presenterades av fakultetsopponent Bruno Hägglöf med en fullständig och mycket intressant genomgång av ämnet med utgångspunkt från de aktuella artiklarna.

Resultatet av avhandlingen visar på att det föreligger ett klart långsiktigt samband mellan ADHD-symtom i barndomen och låg självkänsla i tonåren. Hög känsla av sammanhang (Kasam) visar sig emellertid vara en viktig faktor för att reducera ADHD-symtom i perioden mellan tonår och vuxen ålder.

Stort tack Tobias för ett väl genomfört avhandlingsarbete och för att du har valt att vara BUP-kliniken behjälplig i vårt utvecklings- och utvärderingsarbete.

*Eva-Britt Hallquist,
Verksambetschef BUP-kliniken*

Små barn - stora bekymmer

Kerstin Neander, socionom, familjebehandlare och Marte Meoterapeut, för många av oss inom BUP välkänd som grundare av småbarnsverksamheten Gryningen i Karlskoga, disputerade den 9 december 2009 vid medicinska fakulteten, Örebro universitet, på avhandlingen "Indispensable Interaction – Parent's perspectives on parent-child interaction interventions and beneficial meetings. Handledare vid institutionen var professor Ingemar Engström och opponent på avhandlingen var professor Anders Broberg, Göteborgs universitet.

Avhandlingen är en longitudinell studie, bestående av fyra artiklar, med syfte att följa upp behandlingsutfall och undersöka förändringar i familjers problemförda på kort och lång sikt. Behandlingen har huvudsakligen varit inriktad på svårigheter i samspelet mellan barn och föräldrar.

Undersökningen omfattar 101 familjer (94 mödrar, 54 fäder och 118 barn) som behandlats vid en av fyra småbarnsverksamheter. I familjer med två föräldrar deltog alla mammor och 89 % av papporna.

Behandlingen har sin grund i anknytningsteori, Sterns utvecklingsteorier och representerar ett transaktionellt

perspektiv. Behandlarna utgår från föräldrarnas problemformulering och de mål de vill uppnå och inkluderar sedan föräldrarådgivning, samspelsbehandling enligt Marte Meo-metoden med videoinspelning och/eller direkta "in vivo"-interventioner i vardagssituationer och/eller "in verbis" där terapeuten tillsammans med föräldern utforskar föräldrarnas "inre bild" av barnet och även föräldrarnas egna anknytningserfarenheter.

Vid behandlingsstart svarade föräldrarna på frågeformulär rörande föräldrassess (SPSQ), egna anknytningsmönster, psykisk hälsa, livstillfredsställelse, socialt stöd samt barnens problem. Föräldrarna skattades ha en hög problemtyngd inom samtliga områden, mödrarna signifikant högre än fäderna på nästan alla områden. Barnens problem anges jämförbara med dem man möter i barnpsykiatrisk praktik. De barn som fyllt 4 år visade vid testning med SDQ motsvara en klinisk population, med aggressivitet som vanligaste symtom.

Uppföljning gjordes 6 och 18 månader efter behandlingsstart.

Resultaten, som i huvudsak bygger på intervjuer med och frågeformulär till föräldrarna, är mycket positiva. Efter sex månader konstateras en positiv utveckling, resultat som förstärktes efter 18 månader. Ytterst få familjer avbröt behandlingen vilket är ovanligt, speciellt för familjer med utagerande, aggressiva barn som här var den vanligaste sökorsaken.

I en av artiklarna behandlas specifikt fädernas roll och engagemang i samspelsbehandlingen.

Deltagandet i behandlingen var högt för båda föräldrarna. 95% av mammorna deltog vid 95-100% av behandlingstillfällena. 2/3 av fäderna deltog i samma grad. Fäderna skattade signifikant lägre både egen och barnets problemtyngd än mammorna på nästan alla skalor redan vid behandlingsstart och skattade inte heller lika mycket minskade problem vid uppföljning. Ett lite oväntat resultat var att de mödrar där fäderna inte deltog i behandling upplevde större förbättring. Detta kan förklaras av att den stora andel ensamstående mödrar som deltog hade ännu större behov av stöd och därför skattade än större förbättring än de sammanboende mödrarna.

Som skäl till den positiva förändringen lade fäderna större vikt vid externa faktorer än mödrarna.



Kerstin Neander. Foto: Anna Wadejford

Tre år efter behandlingen fick föräldrar beskriva nyckelpersoner som bidragit till barnens och familjens utveckling. Intervjuer genomfördes tillsammans med dessa personer. Gemensamt för familjernas utveckling tycks viktiga möten med professionella, både behandlare i verksamheten och andra såsom förskollärare och socialsekreterare. Dessa personer beskrevs som kunniga, vänliga och att de gett vardagliga uttryck för ett personligt engagemang och kunnat erkänna när de haft fel.

På disputationen diskuterades intressanta metodologiska frågor:

Är det bästa sättet att förstå verksamma faktorer i behandling att forska på totaliteter, hela behandlingsprogram som i den här avhandlingen eller vore det möjligt att studera utsnitt av behandling såsom ett antal riktade interventioner. – Är det samspelsmetodiken som är verksam? Är det de i resultaten betonade mötena med och relationerna till hyggliga professionella personer? Skulle det varit möjligt att skilja upp dessa faktorer? I den här diskussionen belystes svårigheten att värdera enskilda väldefinierade interventioner i ett större behandlingsprogram för familjer med komplex psykosocial problematik.

Frågor om pappans roll togs upp och opponenter menade att behandlingsupplägget trots att papporna deltog

Innehåll

Självkänsla och känsla av sammanhang vid ADHD	1
Små barn stora bekymmer	2
Det späda barnet som anhörig	3
Rapport från världens största psykoterapikonferens	3
Rätt behandling vid rätt tidpunkt	6
Mentalisering – här kan många mötas	6
Mentalisering - ett begrepp som förenar olika psykologiska teorier	7

ändå genomsyras av ett mamma-barnperspektiv. Är detta upplägg det mest adekvata utifrån problematiken? Eller återspeglar det en konventionell syn på mamman som den första föräldern?

Och slutligen togs en, för oss inom BUP, central fråga upp: De instrument som använts mäter huvudsakligen föräldravariabler. Ett instrument, SDQ, mäter beteendevariabler hos barn och gavs till de barn som fyllt 4 år. Genomsnittsalder för barnen var 3 år, varför de yngsta fick bedömas utifrån klinisk erfarenhet. Då barnens hälsa och utveckling är målet med familjebehandlingen hade det gett en ännu större tyngd åt resultaten om också bedömningen av de minsta barnens svårigheter kunnat kompletteras med ytterligare mått.

Anna Skagerberg

Gunnel Berggren, psykolog Mellamården Nordväst och projektledare för subspecialiteten Störningar i utvecklingen hos små barn.

Det späda barnet som anhörig

Hur kan vi forma hållbara strukturer för att uppmärksamma det späda barnets behov när en förälder har en psykisk sjukdom?

Allmänna barnhuset driver ett utvecklingsarbete tillsammans med NU-enheten på Socialstyrelsen med fokus på barn som anhöriga till psykiskt sjuka föräldrar. Som ett led i detta inbjöds ett antal nyckelpersoner från såväl Vuxenpsykiatri, Kvinnosjukvården, Barnhälsovården, Barnpsykiatri och kommunens socialtjänst som SKL, HSN, Socialstyrelsen och Socialdepartementet, till ett arbetsseminarium med fokus på det späda barnet som anhörig till förälder med psykisk sjukdom. Seminariet gick av stapeln på Sättra Bruk den 1-2 februari. Från BUP i Stockholm deltog Olav Bengtsson.

Seminariet tog sin utgångspunkt i den nya lagstiftningen som beslutats om i höstas och som gäller från den 1 januari i år. Förändringen innebär att Hälso- och sjukvården och dess personal får en skyldighet att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd bl.a. när barnets förälder har en psykisk sjukdom. Syftet med lagändringen är att stärka

barnperspektivet och lyfta barnets rättigheter i enlighet med FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). När det gäller det späda barnet kommer den nya lagen innebära fokus på skyldigheten att ge stöd till barnet.

Syftet med seminariet var att samla kunskap och identifiera behov för att utveckla varaktiga strategier för hur offentliga verksamheter bättre kan uppmärksamma och samverka för att stödja det späda barnet som anhörig. För att bättre hjälpa det späda barnet och dess föräldrar behövs helhetssyn och samlad kompetens. Under seminariet presenterades aktuell forskning av fil dr Kerstin Neander och fil dr Birgitta Wickberg. Diskussionerna under dagarna hade tonvikt på hur man skapar hållbara strategier för fortsatt utveckling inom området samt vilka initiativ som behöver tas, av vem/vilka och på såväl lokal, regional som nationell nivå.

Seminariet dokumenterades och dokumentationen är tänkt att utgöra underlag för riktlinjer och utvecklande av vårdprogram.

Maria Dunerfeldt



Foto: Carl Johan Eriksson

Rapport från världens största psykoterapikonferens

The 6th Evolution of Psychotherapy Conference i Anaheim, Kalifornien december 2009.

Att resa innebär nya erfarenheter och nya perspektiv. När jag landat i Chicago för byte till inrikesflyget till Los Angeles fanns på väggen i avgångshallen en 1x1,5 meter stor gul reklamaffisch som i översättning lydde: ”Har du svårt att koncentrera dig? Har du svårt med planering? Du kan ha ADHD. Kontakta din läkare.” I nedre vänstra hörnet stod namnet på läkemedelsföretaget Lilly. En läkemedelsreklam som vi inte har i Sverige. När jag installerat mig på hotellrummet och slagit på TV visades ett reklamavsnitt med en kvinna som stod lutad mot en tegelvägg. Gradvis löstes hennes kroppskonturer upp och hon försvann in i väggen. Samtidigt visades på TV-skärmen texten: ”Do you sometimes feel vague? Maybe you have bipolar disorder? Contact your doctor.” I nedre kanten på TV-rutan stod olika biverkningar uppräknade och i nedre vänstra hörnet stod Seroquel och AstraZenica. Samma budskap upprepades i en annan reklam där samma kvinna satt i en blommig soffa och gradvis löstes hennes kroppskonturer upp och hon försvann in i det blommiga sofftyget. Ytterligare en reklam om psykofarmaka visade sig i TV-rutan. Reklamen började med en närbild på en leende kvinna med texten översatt: ”Nu mår jag mycket bättre efter att fått en komplettering med Abilify till min tidigare SSRI-medicin”. Kameran backade från närbilden på hennes leende ansikte och visade en solig sommarscen med kvinnan och två barn på en brygga från vilken de hoppade i vattnet och badade. I nedre kanten på TV-rutan stod olika biverkningar uppräknade och i nedre vänstra hörnet stod Bristol-Myers Squibb. Åter insåg jag hur annorlunda det är i USA mot i Sverige med en marknadsföring av läkemedel riktad till allmänheten styrd av läkemedelsföretagen. Detta sätt att påverka blir en stark kraft som skapar sjukvårdbehov och efterfrågan på speciella behandlingar och fokuserar på speciella sjukdomar.

The Evolution of Psychotherapy konferenserna återkommer vart femte år och är de största i världen sett till antalet

deltagare. Denna konferens, den sjätte, anordnades av The Milton H. Erickson Foundation och samlade cirka 6 500 personer från hela världen, även om de flesta verkade vara från USA.

Vad bjöd konferensen på? Här är några intressanta tema!

Tar vi verkligen tillvara barnets upplevelser och erfarenheter?

Salvador Minuchin var en av huvudtalarna. Han berättade om sitt liv och sin utveckling som familjeterapeut samt gav en exposé över familjeterapins historia. Han avslutade med att visa videoklipp från familjeterapi med föräldrar i konflikt och med uppenbara svårigheter med sin inbördes kommunikation och relation. Familjerna bestod av mamma, pappa och ett barn i förskole- eller lågstadie-åldern. Terapeuten satt bredvid barnet och de lyssnade ett tag på föräldrarnas konfliktfyllda kommunikation. Terapeuten stoppade sedan föräldrarnas kommunikation genom att ge plats åt barnet att berätta hur det såg på vad som skedde mellan föräldrarna. Barnens utsagor var minst sagt på pricken vad som hade utspelat sig mellan föräldrarna.

De uppmanades av terapeuten att uttala sina tankar och önsknings om vad de ville skulle bli annorlunda i familjen. De beskrev klart och enkelt hur de såg på föräldrarnas inbördes konflikt och hur de ville att föräldrarna skulle förändra sitt beteende mot varandra. De gav exempel på hur de skulle kunna bemöta varandra annorlunda. De lät som de mest välutbildade familjeterapeuter. Minuchins kommentarer var att han under sin familjeterapeutiska karriär kanske för ensidigt fokuserat på att stärka hierarkin i familjen och föräldrarnas subsystem och inte upptäckt barnets fulla potential i förändringsarbetet. Att se och höra på vad barnen hade att säga och hur de såg på vad som behövde förändras i föräldrarnas bemötande av varandra var rörande och uppfriskande. Det väckte frågor i mig: Hur tar vi tillvara barnens upplevelser och erfarenheter i vårt förändringsarbete med familjer? Missar vi att verkligen ge barnen utrymme att förmedla sin syn på vad som sker framför ögonen på dem både hemma och i terapirummet? Missar vi att uppmantra dem att uttala sina tankar och önsknin-

gar om vilka förändringar i familjen som de vill ska ske?

Lär vi oss av våra misslyckanden som terapeuter?

En annan av huvudtalarna var Scott D. Miller som talade om hur man blir en "supershrink". Han fick en församling med över 1000 psykoterapeuter att skratta åt det faktum att man oftast nöjer sig med att själv konstatera att den behandling man gett har en god eller mycket god effekt utan att man tagit reda på hur det gått för patienterna. Att man skattar effekten av behandling utan att använda sig av systematiska metoder som mer objektivt mäter effekt och utfall gör att man missar tillfällen att förbättra sig.

Han hade som utgångspunkt boken "The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance" av K. Anders Ericsson m.fl. (2006). Miller menar att många psykoterapeuter anses väldigt duktiga och framgångsrika, men när man mäter out-come visar det sig att de har ett mediokert resultat och att de har stagnerat i sin professionella utveckling.

Vidare menade han att bli framgångsrik inte är att skaffa sig fler eller högre utbildningar utan att arbeta med sin egen professionella utveckling. För att ha en ständigt pågående professionell utveckling är tre saker avgörande: Att mäta sin "base-line" (sitt utgångsläge), att mäta sin "out-come" (hur går det för patienten) och att skaffa sig feedback på sitt arbete, både från patienten och från kolleger.

Scott ägnar mycket energi och tid på att forska och har en hemsida - Scott D. Miller - där man kan hitta hans olika mätinstrument bland annat ORS - Outcome Rating Scale och SRS - Session Rating Scale. Han har mätinstrument som kan användas för individer, barn till vuxna och för grupper/familjer. Genom att man skattar varje terapitimme med SRS, visade han på möjligheten att hitta mönster som kunde indikera på risk för drop-outs. "Super-shrinks" identifierar snabbt vilket/vilka fokus som finns i patientens problem och arbetar fokuserat med det. Miller framhöll att upprättandet av behandlingsplaner inte bidrar till förbättrad out-come.

För att bli "supershrink" krävs det att man är villig att fokusera på sina

svårigheter och villig att lära av sina misslyckanden. En avgörande faktor för såväl framgång/vara effektiv/bidra till förändring och utveckling för patienten som att hindra drop-outs är att väldigt tidigt i relationen/mötet skapa möjligheter/trygghet för patienten att uttrycka negativa känslor/reaktioner gentemot terapeuten. Miller menade att psykoterapi verkar genom att hos patienten utveckla olika förmågor och färdigheter oberoende av diagnostillhörigheter. Hans föreläsning underströk vikten av att göra systematiska och objektiva mätningar av behandlingsarbetet för att kunna utveckla och förbättra vår professionella förmåga.

"Case History" versus "Soul History"

James Hillman är en jungiansk analytiker som skrivit ett flertal oerhört intressanta och berikande böcker om psykologi och psykoterapi. Under ett seminarium utvecklade han två begrepp, "Case History" och "Soul History". "Case History" är fallbeskrivningen/anamnesen som enligt Hillman utgör den ask i vilken individens själ (psyke) är fångad och vill ut. Detta är anledningen till att patienten söker psykoterapi. Att lyssna med båda öronen är att höra undertonerna, vilka är själens uttryck. Genom att fråga om drömmar, fantasier, längtan, rädslor, glädje och förhoppningar inbjuder man själen till att uttrycka sig och man får ta del av "Soul History".

Efter att ha lyssnat på honom började jag reflektera över om inte dessa två begrepp kunde vara till hjälp när man hamnar i svårigheter om vad man skall skriva i journalen. Att dokumentera i journalen är att återge "Case History" och ibland vissa delar av "Soul History". Att i mötet med patienten fokusera enbart på "Soul History" kan försvåra dokumentationen efteråt även om man har en bra kontakt med patienten. Hur kan man samtidigt beakta "Case History" (anamnes och diagnostik) som man lockar fram "Soul History". Att i sitt arbete hitta en balans mellan "Case History" och "Soul History" är en utmaning.

Man skulle kunna se på dessa två begrepp som två sidor av samma mynt, som man lär sig att rotera under samtalet eller i den terapeutiska processen.

Patienternas bidrag till metodutveckling

Aaron Beck, var också en av konferensens huvudtalare, som fyllde 88 år deltog via videolänk. Upplägget var att auditoriet fick ställa frågor till honom. Judith Beck, hans dotter, förmedlade frågorna från auditoriet till sin far, som genom sina svar berättade om hur han drevs av att vilja hitta metoder att hjälpa patienter som hade stora psykiska svårigheter. Under detta arbete formulerade han grunderna för KBT. Beck visade sig vara en gråhårig man fylld av liv och mental vitalitet som på ett klart och lättförståeligt sätt svarade på frågorna. Genom den dialog som utspann sig mellan honom och auditoriet kunde han berätta om uppkomsten och utvecklingen av KBT och beskriva hur han på ett systematiskt sätt utvecklade metoder och tekniker för att hjälpa patienter. Han förmedlade hur patienterna på olika sätt bidrog till metodutveckling. Dialogen far och dotter bidrog till en avslappnad och kärleksfull stämning. Man kan i många fall koppla KBT till en strikt manualbaserad behandlingsmetod och som kontrast till detta förmedlade Aaron Beck en öppen och undersökande attityd. Han visade med sin livfullhet, sin humor och sitt engagemang en humanistisk interaktiv hållning.

Personligt mod och empati i arbetet med suicidala patienter

I en workshop med Otto Kernberg och James Hillman, två äldre och erfarna psykoterapeuter, delade de öppen- hjärtigt och personligt med sig av sina kliniska erfarenheter och sina personliga livserfarenheter. Detta expertmöte visade på likheter och skillnader i teoretiskt synsätt och därmed förståelse och förklaringar av suicidalt beteende. Hillman är jungiansk analytiker och Kernberg är freudiansk psykoanalytiker. Skillnaderna fanns mer i teorierna än i den kliniska tillämpningen som handlade om personligt mod, kärlek och empati gentemot även de svåraste och omöjligaste patienterna. I psykoterapeutiskt arbete med dessa patienter, som väcker hopplöshet och desperation, involveras psykoterapeutens egna tankar och känslor kring svåra livsfrågor. Det var ett befriande öppet samtal mellan företrädare för två olika psykologiska inriktningar

med målsättning att berika varandra och auditoriet istället för att argumentera och diskutera.

Nyfikenhet och empati i dialogen med den suicidala patienten

I en annan workshop samtalade James Hillman med Cloë Madanes, psykoterapeut inom den strategiska psykoterapitraditionen, om olika sätt att möta patienter som har självmord som en lösning eller utväg ur svårigheter. Detta ställer krav på terapeutens engagemang och kreativitet. För att hjälpa patienten att komma ur den mentala låsning som självmordstankar och självmordsplaner utgör, måste man som terapeut hitta sätt att nå patienten och inte fokusera på självmordsbeteendet. Som terapeut behöver man hitta sätt att "skaka om" patientens världsbild på ett inkännande och respektfullt sätt. Detta menade de var mera till hjälp för patienten än att göra suicidbedömning. Att hjälpa patienten, innebär att ha en hypotes om vad som driver patienten till beteendet och att förstå hur patienten ser på världen, vilket vid suicidtankar och suicidhandlingar är en låst och rigid världsbild. Att man med ärlig nyfikenhet frågar patienten hur han/hon ser på olika saker, hur det hänger ihop med självmordstankarna/dödsönskningarna och empatiskt undrar om logiken i sättet att resonera, inte för att hjälpa eller manipulera patienten, utan för att det blir ett sätt att "skaka om" dennes världsbild. De gav exempel på olika situationer där de på olika sätt lyckats omdefiniera och ge andra synpunkter på patientens berättelse, vilket ledde till att denne började tänka och agera annorlunda, mer självstödande, autentiskt och livsbejakande. Deras samtal tydliggjorde dilemmat att med begränsad tid till sitt förfogande motsvara det formella kravet på att göra och dokumentera suicidbedömning och att hinna utforska patientens aktuella situation för att formulera en hypotes om vad som driver patientens självmordsbeteende eller önskan.

Att frigöra "inlåsta" minnen av trauma

I en workshop om trauma och trauma-behandling samtalade Bessel van der Kolk och Francine Shapiro. Shapiro be-

skrev hur man tänkte sig att EMDR arbetade med att sammanknyta olika minnessystem så att de "inlåsta" minnen som hindrar reintegrering av personens själv frigörs. Viktigt när man arbetar med traumatiserade barn är att hjälpa barnet att finna trygghet i sin kropp, i sina relationer och hävda sina gränser och sin autonomi innan man arbetar med kognitiva och emotionella svårigheter. Van der Kolk berättade att i nästa utgåva av DSM, den femte (V), kommer den nuvarande PTSD-diagnosen att delas upp i två olika diagnoser: PTSD och Uppväxtrelaterade trauma som blir en diagnos för barn.

Att finna glädje i nuet i stället för att plågas av minnen

En workshop om depression med Judith Beck, Francine Shapiro och Michael Yapko gav tre perspektiv på depression. Judith Beck berättade att man arbetar med två viktiga principer i KBT vid arbete med deprimerade och självmordsbenägna patienter: "Vad kan ändras i situationen?" och "Vad kan ändras i hur man uppfattar situationen?". KBT-terapeuten arbetar tillsammans med patienten för att få en noggrann beskrivning av hur patienten tänkte när han/hon gjorde sitt självmordsförsök. Efter beskrivningen, som skriftligen punktats ner, analyserar man tillsammans vilka punkter i kedjan där man kan hitta alternativa handlingar. Med utgångspunkt i de båda frågorna beskriver man alternativa handlingar som kan innebära att man hittar beteenden som kan avleda från självmordsimpulser och/eller innebära att man tar kontakt med någon för att be om akut hjälp och därmed undviker att göra ett nytt självmordsförsök. Shapiro visade en video med EMDR-behandling av en mycket traumatiserad 10-årig flicka. Shapiro visade då att man kan arbeta med EMDR med en patient med svår traumaproblematik utan att sätta ord på allt. Man arbetar med hur patienten kan bli "befriad" och finna glädje i nuet istället för att plågas av minnen. Yapko talade om vad som skapar förutsättningar för att senare i livet utveckla depression. Han betonade att inte bli sedd, inte lyssnad på, inte bemött och inte respekterad under sin uppväxt ökar riskerna för att senare i livet drabbas av depression.

Diagnostik – beskriva patienternas svårigheter, inte kategorisera

En workshop om DSM-V och dimensioner med David Barlow och Albert Bandura handlade om implikationen för terapi. De förmedlade att under arbetet med DSM-V har man allt mer börjat se på diagnostik i dimensioner istället för kategorier. Alltså personlighetsdrag, genetik och miljö kan ge sårbarhet som när man utsätts för påfrestningar ger dysfunktion som man kan koda på en skala från inga svårigheter till stora svårigheter. Att se dimensionellt på patientens svårigheter ökar möjligheterna att beskriva den individuella patientens svårigheter istället för att "tvinga" in dem i en kategori. Att se dimensionellt på psykiatrisk diagnostik överstämmer mer med hur psykoterapi hjälper patienten genom att utveckla färdigheter och förmågor än att den botar speciella störningar. Ett enbart dimensionellt synsätt på diagnostik kommer att innebära stora utmaningar för vården som redan idag brottas med hur man skall prioritera mellan alla dem som söker. Vem har rätt till vård och vem skall få först?

Detta var några glimtar av en enormt givande konferens som visade på det psykoterapeutiska arbetets fältets bredd och djup. Konferensen innehöll öppna och kreativa spänningar mellan olika synsätt/skolbildningar som möttes i respektfulla dialoger med varandra.

Per-Olof Björck, specialist i barn- och ungdomspsykiatri, verksamhetschef BUP Sydost

Rätt behandling vid rätt tidpunkt

I februari var jag på Jyväskylä psykoterapiforskningsdagar i Finland. Jag var inbjuden för att tala om aktiv multimodal psykoterapi vid svår depression med självskador eller suicidalitet hos unga. I samband med denna konferens deltog jag i en workshop presenterad av John Norcross, professor i psykologi vid Scranton University, Maryland, USA. Han presenterade där ett radikalt annorlunda perspektiv på hur psykoterapi bör tillämpas och utvärderas. Perspektivet innebär ett skifte från synen att vissa diagnoser skall ha vissa behandlingar enligt dokumenterad evidens för just denna terapi vid just denna diagnos. Norcross står för ett tvärteoretiskt syn-

sätt. Det utgår från det faktum, som är helt tydligt för vuxna patienter, att alla terapiformer har ungefär lika bra resultat om man sammanfattar flera studier. Detta kallas för DODO-effekten efter Alice i Underlandet där DODO-fågeln förklarade att alla hade vunnit och att alla skulle få pris. Men när man tittade närmare på detta så visade det sig att olika psykoterapier hade olika effekt beroende på i vilket stadium av förändringsberedskap patienten var och hur väl behandlingen var anpassad till patientens önskemål och personlighet. De viktiga utgångspunkterna i denna forskning är:

(A) Ett integrativt eklektiskt synsätt på terapi;

(B) En teori om beteendeförändring i definierade stadier, "transtheoretical model of change";

(C) En anpassning av behandlingen efter patientens preferenser;

(D) En kontinuerlig utvärdering där patienten ger feedback;

(E) En matchning av behandling efter patientens personlighetstyp;

(F) En bedömning av negativa sätt att relatera till patienten samt

(G) Patientens sätt att reagera inför förändring.

Dessa tankar har undersökts och visat sig gälla såväl för försök till ändrat hälsobeteende som vid psykoterapi inom så olika fält som missbruk, familjeterapi, ungdomsterapi etc. Dessa är allmängiltiga principer vid förändringsarbete.

(Duncan, 2010; Norcross & Goldfried 2005; Prochaska & Norcross, 2010; Safran & Muran, 2000; Norcross, 2002).

Skillnader i att kunna anpassa behandlingen efter dessa kvaliteter visade sig ha större betydelse för behandlingsresultatet än skillnad i metod. Detta tänkande kan summeras som: Rätt behandling vid rätt tidpunkt.

Norcross berättade även att detta synsätt, fokus på anpassning, utvärdering och matchning, har lett till att deras psykoterapeututbildning omfattar såväl tekniker för eftertänksam reflektion, spegling och gemensamt utforskande till mer aktiva, direktiva och handlingsinriktade terapiformer.

Göran Högberg, med.dr., överläkare, BUP Huddinge

Mentalisering – här kan många mötas

"En människas handlingar kan förstås om vi utgår ifrån att hon har tankar, känslor och intentioner" (Peter Fonagy)

Anna Freud Centre anordnade i London den 5 mars 2010 en konferens med titeln "Mentalization-Based Interventions for children, young people and their families".

Till konferensen hade det samlats deltagare från hela Europa. Från BUP Stockholm kom en grupp om sex personer och från Ericastiftelsen kom två personer.

De flesta föreläsarna kom från Anna Freud Centre.

Peter Fonagy inledde konferensen med att tala om begreppet mentalisering och dess utveckling. Han gjorde också kopplingar mellan neurovetenskapen och psykologin i begreppet. Han pratade om mentalisering som en multidimensionell neurovetenskaplig konstruktion, som har starka samband med det inre och det yttre, självet och andra och kognitiva aspekter i relation till det affektiva.

Mary Target beskrev från sin forskning olika metoder att bedöma mentaliseringsförmågan hos vuxna och skolbarn. Hennes forskning visar bl. a. att barns mentaliseringsförmåga/kapacitet visar sig senare i livet i den vuxnes förmåga till anknytning och föräldraskap. Hon tog också upp anknytningen och dess huvudfunktioner. Att anknytning har ett evolutionärt perspektiv som handlar om överlevnad, om regleringen av fysiologisk upphetsning, om uppmärksamhetsreglering, att den är grunden för mentaliseringsförmågan och att lära sig om det mänskliga sinnet (mind).

Dr Joanna Vrouva beskrev ett instrument för att bedöma kvaliteten i mentaliseringsförmågan hos tonåringar.

Dr Eia Aasen pratade om att systemiskt familjearbete kan berikas genom att betraktas genom en "mentaliseringslins". Hon gav bl.a. ett exempel på detta där föräldrar strider om vårdnaden. Detta var också kopplat till den mentaliseringsbaserade familjeterapi, MBFT.

Dr Norka Malberg beskrev ett mentaliseringsbaserat arbetssätt på en pedi-

atrisk dialysavdelning. Presentationen belyser värdet av sådana interventioner.

Trudie Rossouw, barnpsykiater och psykoanalytiker, beskrev sitt arbete och sin forskning på en slutenvårdsavdelning med självskadeungdomar. Hon visade på att mentaliseringsbaserade interventioner hade stor framgång i detta arbete. Hon talade bl.a. om begreppet "aliam self". Om t.ex. modern blir rädd för sitt barn, mentaliserar hon denna rädsla och barnet internaliserar moderns mentalisering och den blir i sin tur en del av barnets känsla av sig själv, sitt jag, men i barnet framstår detta som ett "aliam self".

Dr Dickon Bevington och dr Peter Fuggle talade om hur vi når de patienter som är svåra att nå och gav en beskrivning av Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT). De framhöll vikten av multimodala nyckelmedarbetare som fokuserar på utvecklingen av en terapeutiskt effektiv anknytningsrelation och det stöd sådana medarbetare behöver. I detta sammanhang lyfte de fram ett tillvägagångssätt med en integrativ nätbaserad behandlingsmanual.

Dagen avslutades med en paneldiskussion med alla ovanstående förutom Peter Fonagy. Åhörarna fick då möjlighet att ställa frågor och delta i diskussionen. En mycket spännande konferens som andades hög grad av användbarhet.

*Anders Klingström, socionom,
leg. psykoterapeut, BUP Kungsholmen*
*Erene Svensson Björhn, psykolog,
leg. psykoterapeut, BUP Kungsholmen*



Foto: Carl Johan Eriksson

Mentalisering - ett begrepp som förenar olika psykologiska teorier

Tankar utifrån en utbildning i mentaliseringsbaserad familjeterapi som anordnades i samband med MBT-konferensen vid Anna Freud Centre

Mentaliseringsteorin har på senare år rönt stor uppmärksamhet bland forskare och kliniker såväl internationellt som i Sverige. Teorin har nära samhörighet med bl.a. psykodynamisk teori, anknytnings teori och kognitiv psykologi. Ur en utvecklingspsykologisk synvinkel har teorin bidragit till att ge nya perspektiv i beskrivningen av barns utveckling och också ökat utrymmet för tvärvetenskaplig forskning på området.

Med teorin som grund har olika behandlingsmetoder vuxit fram, främst MBT (mentaliseringsbaserad terapi) som utvecklats av Anthony Bateman, psykiater och psykoanalytiker tillsammans med Peter Fonagy, psykoanalytiker och anknytningsforskare. Tillsammans och var för sig har de publicerat ett flertal artiklar samt böcker i ämnet, bl.a. kan nämnas "Handbook of Mentalization-Based Treatment" (J.G. Allen och P. Fonagy, 2006, John Wiley & Sons, Ltd.)

Främst har metoden blivit känd i arbetet med vuxna patienter med borderline personlighetsstörning. I Sverige har man sedan ca 5 år tillbaka framgångsrikt använt mentaliseringsbaserad terapi på Huddinge sjukhus i MBT-teamet i behandlingen av just denna patientkategori. Detta arbete har också på ett levande och utmärkt sätt beskrivits av ledningsansvarig överläkare/psykoterapeut Göran Rydén och psykolog/psykoterapeut Per Wallroth i deras gemensamt utgivna bok "Mentalisering – att leka med verkligheten" (Natur och Kultur 2008). I ett försök att definiera mentalisering menar de att "mentalisering handlar om att göra egna och andras handlingar begripliga på grundval av bakomliggande mentala avsikter, som önsknings, känslor och föreställningar. Denna förståelse kan vara explicit eller implicit, det vill säga mer eller mindre uttalad eller outtalad för en själv och/eller andra" (Rydén, Wallroth, 2008, s. 129).

Metoden har också kommit att utvecklas i arbetet med barn, ungdomar och familjer och utbildningar ges sedan några år tillbaka vid såväl Anna Freud Center

som vid Tavistock Clinic, London. VT-2010 startade också en 15 poängs högskoleutbildning vid Ericastiftelsen i Stockholm i "mentalisering i psykiatriskt arbete med barn, ungdomar och föräldrar".

Den 3-4 mars 2010 genomgick undertecknade medarbetare inom BUP i Stockholm en utbildning i MBFT-mentaliseringsbaserad familjeterapi vid Anna Freud Center.

I det följande ska vi kort försöka beskriva några för metoden utmärkande drag liksom likheter och skillnader mellan MBFT och andra terapiformer för barn, ungdomar och familjer. Våra lärare var dr Pasco Fearon, psykolog och forskare samt dr Dickon Bevington, barn- och ungdomspsykiater, båda utmärkta föreläsare.

Ett utmärkande drag för MBFT är att det är en korttidsbehandling, 6-12 sessioner. Metoden uppstod ur en klinisk verklighet i möten med familjer med en ofta tung och mångfaldig psykosocial problematik där en lösning av alla problem inte var ett möjligt/realistiskt mål. Istället formulerades målet som att identifiera de processer och begränsningar som hindrar familjemedlemmarna från att stödja varandra och hitta egna lösningar på de problem de ställs inför. Målet för terapin är alltså att stärka familjens egen förmåga och styrka att tillsammans kunna lösa såväl aktuella som kommande problem.

MBFT är relationell till sin natur. Den fokuserar på relationsproblem och uppmuntrar konstant familjemedlemmarna att tänka kring egna och andras tankar, känslor, önsknings och föreställningar bakom olika handlingar och beteenden och hur man genom att bättre förstå varandra kan hitta mer positiva och ändamålsenliga sätt att relatera till varandra. Också den terapeutiska relationen används i hög grad som modell för vidareutveckling av mentaliseringsförmågan inom familjen.

Det finns tre andra terapiformer som särskilt influerat utvecklingen av MBFT: Psykodynamisk psykoterapi, KBT och systemisk terapi.

Likheten med psykodynamisk terapi är att MBFT mycket uppmuntrar ett tänkande kring familjemedlemmarnas inre erfarenheter och upplevelser, konfliktfyllda känslor och repetitiva beteende-

mönster och också hur tidiga upplevelser kan påverka senare upplevelser och beteendemönster. MBFT skiljer sig främst från psykodynamisk terapi genom att man inte använder sig av symboliska tolkningar eller arbetar med omedvetna konflikter. MBFT arbetar mycket "här och nu" med fokus på hur beteenden kan förstås i termer av önskaningar, känslor, värderingar och tankar. Likheten med KBT är ganska uppenbar. Fokus på tankeprocesser som förmedlare mellan erfarenhet och beteende är samma i båda förhållningssätten och likaså att mer arbeta "här och nu". Många av de interventioner som används inom MBFT är mer eller mindre hämtade från KBT-interventioner för barn. Några skillnader mellan KBT och MBFT som vi uppmärksammat är bl.a. att MBFT inte refererar till kognitiva förvrängningar, tankefel, felriktad uppmärksamhet eller scheman osv. Vidare fokuserar MBFT alltid på interaktiva processer mellan två eller flera familjemedlemmar där målet är att uppmuntra mentaliseringsprocesser genom att få familjemedlemmarna att tänka om egna och varandras tankar och känslor – till skillnad från mer tydlig kbt-inriktad familjeterapi

som mer fokuserar på kognitiva förvrängningar och tankefel.

Slutligen likheter och skillnader mellan MBFT och systemisk familjeterapi. De finns många likheter mellan dessa båda terapiformer. Båda ser exempelvis det "identifierade barnet" som symptom på ett dåligt fungerande familjesystem, där MBFT mycket tydligt ser det som ett resultat av misslyckad/dålig mentalisering. Båda terapiformerna uppmuntrar familjemedlemmarna till en nyfikenhet kring vad andra familjemedlemmar kan tänkas tänka och känna. En skillnad är att MBFT har en mer tydlig psyko-educativ komponent som uppmuntrar familjer att i samarbete med terapeuten använda mentaliseringsmodellen för att förbättra familjerektionerna. Intentionen bakom MBFT är att familjen ska lära sig själva idén om mentalisering, upptäcka hur den verkar i deras familj för att sedan kunna använda sig av det de lärt för att hantera såväl nuvarande som kommande svårigheter.

MBFT som metod

MBFT är en manualbaserad korttidsbehandling, evidensorienterad, dock ännu inte evidensbaserad.

Före och efter behandlingen görs skattningar enligt SDQ.

En MBFT-terapi omfattar 6 sessioner, som vid behov kan upprepas. 3 st uppföljningssessioner ingår 3-12 månader efter avslutad behandling.

Detta var några tankar om MBFT, en metod som känns spännande och angelägen men som inte är helt lätt att beskriva. En förhoppning finns nu att kliniskt få möjlighet att pröva metoden och på så sätt få en djupare förståelse för dess kliniska tillämplighet och också hur den stämmer med respektive skiljer sig från andra gängse behandlingsmetoder.

För den intresserade finns mer att läsa om MBFT (inklusive manualen) på www.tiddlymanuals.com

*Guðrun Engström Riedel Socionom,
leg. psykoterapeut, BUP Farsta
Sirpa Laitinen leg. psykolog, BUP Farsta
Monica Svensson leg. psykolog,
leg. psykoterapeut, BUP Brommaplan*



Foto: Carl Johan Eriksson

Glimtar från forskningsfronten ges ut av Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms läns landsting.

Redaktör: Maria Dunerfeldt, Utvärderingsenheten. Telefon: 08-690 58 56. E-post: maria.dunerfeldt@sll.se.

I redaktionen ingår även Birgit Hallerfors, UBi, Jan-Olov Larsson, Utvärderingsenheten, Sten Lundqvist, Verksamhetsområde Specialiserad vård, Anna Skagerberg, Verksamhetsområde Nordväst.

Redigering: Rolf Sjöberg, Info/media