

## **Anknytningsbaserad familjeterapi – ABFT** **Familjeterapi med deprimerade ungdomar och deras familjer**

Av Staffan Lundberg, leg. psykoterapeut, BUP Botkyrka

I våra riktlinjer för behandling av depression inom BUP-divisionen betonas på flera ställen behovet av metodutveckling inom detta område. Det var också behovet av metodutveckling som projektledaren Malin Bergström tryckte på när hon i plenum på Norra Latin juni 2010 kort skulle redogöra för det centrala i dessa riktlinjer. Ovanstående är rimligt med tanke på nackdelarna med farmakabehandling av barn och ungdomar samt de oväntade resultaten från den stora TADS studien (Treatment of Adolescents with Depression Study 2004). I TADS studien kunde man nämligen inte visa någon positiv effekt för KBT-behandling som man gjort i tidigare studier. I våra riktlinjer slås också fast att det: ”I dagsläget saknas evidens för depressionsbehandling av unga med goda effekter över tid”.

En intressant behandlingsalternativ är familjeterapi med dessa ungdomar och deras familjer. På Nordiska familjeterapi kongressen i Visby presenterade Magnus Ringborg från Sverige och Prawin Israel från Norge en sådan metod nämligen ABFT (Attachment Based Family Therapy). ABFT tillhör liksom FFT den nya vågens forskningsbaserade familjeterapier och har redan nu ett lovande forskningsstöd.

Flera skäl talar för att ABFT kan ge ett viktigt bidrag till behandlingen av gruppen deprimerade ungdomar. För det första, negativ familjefunktion (t ex hög konfliktnivå, låg sammanhållning, ineffektivt föräldraskap m. m) är starka riskfaktorer för ungdomsdepression. Motsatt är familjesammanhållning, känslomässigt stöd och adekvat föräldraövervakning faktorer som skyddar mot depression. För det andra, familjekonflikter är ofta en negativt modererande faktor när det gäller andra behandlingar, vilket t. ex. visade sig i TADS-studien. För det tredje, ABFT är den första manualiserade familjebehandlingsmetoden särskilt utvecklad för att förändra familjeprocesser associerade med ungdomsdepression. ABFT syftar till att förstärka anknytningen och förbättra familjens kapacitet till problemlösning, affektreglering och funktionell organisation. Detta stärker familjesammanhållningen vilket motverkar depression, suicidtankar, och annat riskbeteende. För det fjärde, metoden har redan nu ett lovande forskningsstöd (se nedan).

Metoden är fast förankrad i familjepsykologisk och ungdomspsykologisk forskning och skiljer sig därmed från många äldre former av familjeterapi. Metodmässigt står man nära den Strukturella familjeterapin där *iscensättning* används som central förändringsagent. Det är en manualiserad korttidsbehandling, 12–16 samtal. Manualen är fokuserad och specificerar fem uppgifter som ska utföras i terapin i en bestämd ordning. Det centrala i behandlingen är att det individuella problemet, depressionen, konverteras till ett anknytningsproblem som blir möjligt att åtgärda i familjebehandlingen.

### *Behandlingsmodellen - De fem uppgifterna*

#### Uppgift 1: Relationell omformulering

Hela familjen kommer till första samtalet. Efter kontaktskapande och ingående samtal om de depressiva problemen flyttas fokus till det som hindrar ungdomen från att vända sig till föräldrarna för stöd och tröst i den svåra situationen. Fokus flyttas alltså från individuell patologi till anknytningshinder och den gemensamma uppgiften att stärka anknytningen för att bekämpa depressionen. Denna omformulering ska göras redan i det första samtalet och ska

leda fram till en tydlig gemensam överenskommelse om att behandlingens första mål ska vara att stärka familjebanden.

#### Uppgift 2: Allians med ungdomen

Efter det första familjesamtalet bjuds ungdomen in till individuellt samtal. Terapeutens uppgift är här att utveckla alliansen med ungdomen och hjälpa ungdomen att formulera sitt lidande och sitt personliga mål i behandlingen. Därefter söker man tillsammans upp affektivt laddade kärnkonflikter som hindrar anknytningen. Terapeuten föreslår samtal med föräldrarna om det som hittills varit omöjligt att tala om för ungdomen. Efter överenskommelse om detta förbereds ungdomen för det samtal som syftar till reparation och återanknytning. Ibland kan det behövas fler än ett samtal för denna uppgift.

#### Uppgift 3. Allians med föräldrarna

Efter, eller parallellt med, ungdomens individuella samtal träffar terapeuten föräldrarna utan ungdomen närvarande. Målet är att stärka alliansen med föräldrarna samt att aktivera föräldrarnas känslomässiga omsorgsberedskap. Detta sker genom att terapeuten visar empati för svårigheten att vara förälder till en deprimerad tonåring. Därefter kartläggs föräldrarnas aktuella stressorer och dessa länkas till svårigheterna i föräldraskapet. Slutligen undersöker man föräldrarnas egen anknytningshistoria och länkar dessa (ofta smärtsamma) erfarenheter till ungdomens nuvarande livssituation. Terapeuten kan därefter t.ex. säga: ”Jag kan hjälpa Dig att vara där för din dotter på ett sätt som Din mamma inte fanns för Dig. Skulle Du vara intresserad av det?” Efter överenskommelse förbereds föräldrarna på att nästa steg i behandlingen kommer att handla om att bereda ungdomen tillfälle att berätta om upplevda svårigheter i relationen till föräldrarna som ligger i vägen för aktiverad anknytning. Liksom ungdomen förbereds föräldrarna noga och denna uppgift tar ofta fler än ett samtal.

#### Uppgift 4. Det reparativa samtalet - Återanknytningsuppgiften

Denna uppgift är själva hjärtat i metoden. Som framgår ovan görs ett omfattande förberedelsearbete inför denna uppgift och det är nödvändigt att såväl föräldrar som ungdom har gett sitt samtycke. Översiktligt kan man se tre faser i det reparativa samtalet som oftast blir flera samtal: Terapeuten uppmuntrar ungdomen att utförligt berätta om upplevt svek, övergivenhet och ensamhet. Föräldrarna uppmuntras att stå ut, lyssna, fråga och validera. Terapeuten ser till att detta får ta tid och att processen befrämjar primära känslor som sorg, övergivenhet, skam, ilska och rädsla i anslutning till det man pratar om. I slutet av samtalet får föräldrarna ge sitt perspektiv på det ungdomen tagit upp. Om föräldrarna kan exponera sin sårbarhet bidrar det till ömsesidigheten i processen och underlättar för ungdomen att lyssna till föräldrarnas perspektiv. Idealt fortsätter sen en dialog mellan föräldrar och ungdom.

#### Uppgift 5. Fortsatt arbete med att utveckla och understödja kompetens.

Terapeuten har tidigare hållit tillbaka problemlösning och initiativ som syftar till social återanpassning. Skälet till detta är att man anser att anknytning och tillit först behöver stärkas för att föräldrarna ska kunna bli en effektiv resurs för ungdomen. När detta mål är uppfyllt ses föräldrarna som en ”trygg bas” för ungdomen och mer traditionellt familjeterapeutiskt arbete kan ta vid. Uppgiften är här att identifiera utmaningar och arbeta med problemlösning. Terapeuten stödjer föräldrarna att utmana ungdomen och befrämja ungdomens autonomi. Primära mål är att bryta social isolering och återuppta skolgång eller arbete.

Metoden är utvecklad av Guy Diamond med kollegor vid Children’s Hospital i Philadelphia. Flera skäl talar för att metoden bör vara intressant för oss inom Svensk Barnpsykiatri.

- Den bygger på utvecklingspsykologi och anknytningsteori som är väl känd inom verksamheten
- Den bygger på välkänd familjeterapeutisk teori och metod, Strukturell Familjeterapi
- Den är tidsbegränsad
- Den är tydligt manualiserad
- Den riktar sig mot ett väsentligt kliniskt problemområde där behovet av nya metoder är stort
- Den har en god forskningsmässig grund – ”på väg mot evidensbaserad”

Vad gäller forskningsläget finns än så länge fyra studier som alla visar god effekt. En första pilotstudie 2000 talade för att ABFT var effektivt vad gällde reduktion av depression och suicidtankar. 2002 kom första RCT studien som visade att ABFT gav signifikant bättre resultat jämfört med väntelista vad gällde depressiva symptom. 2010 publicerades en ny RCT-studie med suicidnära ungdomar. Kontrollgruppen fick ”enhanced treatment as usual”. Suicidtankar reducerades klart mer i ABFT- gruppen jämfört med kontrollgruppen. Slutligen har Prawin Israel genomfört en kontrollerad studie i Norge där ABFT jämförs med sedvanlig BUP-behandling. Resultaten är lovande och studien är godkänd för publicering.

ABFT har nu börjat prövas i Sverige och Anders Broberg har startat en forskningsstudie på BUP Gamlestaden i Göteborg. Denna studie fokuserar på barn som upplevt trauma i familjen. Per Gustavsson i Linköping förbereder ytterligare en svensk studie som kommer att fokusera på behandling av ungdomsdepression.

### Referenser

- Israel, P. & Diamond, G., (2009). *Tillknytningsbasert familjeterapi för deprimerad ungdom. Fokus på familjen* 2/2009.
- Diamond, G., (2005). *Attachment – based family therapy for depressed and anxious adolescents, kap. 2. Lebow: Handbook of Clinical Family Therapy.*
- Diamond, G. et al (2002). *Attachment-based family therapy for depressed adolescents. A treatment development study. J American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41/10.
- Diamond, G. et al (2010). *Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. J American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2010:49 sid. 122-131.
- Nyhetsbrev nr 8 (2011). *Anknytningsbaserad familjeterapi. Nationell prevention av suicid och prevention av psykisk ohälsa (NASP). Karolinska Institutet.*