



Kan det vara så enkelt?

Intervjuundersökning om föräldrars och terapeuters erfarenheter av samspelsmetoden
Theraplay.



Examensuppsats
Legitimationsgrundande utbildning i Kognitiv Psykoterapi
Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi
Vårterminen 2007

Författare: Gunnel Berggren, leg psykolog
Handledare: Björn Wrangsjö, leg läkare, docent
Examinator: Hjördis Perris, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, docent

Vi bär våra unga föräldrar inom oss överallt, genom livet. Inget under kan någonsin riktigt mäta sig med det första undret. Med blinkande ögon, nerifrån vaggan, med öppen mun och absolut förtröstan och häpnad och utan ord att stamma fram, ja, ens att tänka: Vilka är ni? Varför tar ni hand om mig? Vad innebär det att vi befinner oss här tillsammans? Bara håll om mig, håll om mig. Ge mig bara mat, älska mig för evigt. Joyce Carol Oates 1994

Whilst especially evident during childhood, attachment behaviour is held to characterize human beings from the cradle to the grave. Bowlby

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Inledning	5
Bakgrund	5
Theraplay, historik	6
Tankegångar i dagens Theraplay	6
Theraplay- Hur går det till?	8
Vad skiljer från andra barnterapi metoder?	9
Typiskt kognitivt i barnterapi?	9
Beröringspunkter med kognitiv terapi	10
Tidigare forskning	12
Resultatdel	
Metod	15
Urvalsförfarandet	15
Felkällor i urvalet	15
Integritetsfrågor och citat	15
Genomförande av intervjuerna	15
Beskrivning av urval	16
Föräldrars/terapeuters bild av främsta syftet med behandlingen.	17
Hade någon annan hjälp behövts som komplement eller ersättning?	18
Vad för slags hjälp till familjen hade annars varit aktuell?	19
Andra betydelsefulla händelser under behandlingstiden?	19
Vad förändrades till det bättre/sämre?	19
Vem i familjen påverkades mest/minst?	21
Vad i behandlingen har varit verksamt/betydelsefullt?	22
För och nackdelar med metoden enligt föräldrar.	24
För och nackdelar med metoden enligt terapeuter.	26
Föräldraenkät.	27
Diskussion.	28
Referenser.	31
Bilaga 1 Exempel på MIM-uppgifter	
Bilaga 2 Theraplaysession	
Bilaga 3 Introduktionsbrev	

Sammanfattning

Abstract

Uppsatsen handlar om den anknytningsbaserade samspeletsmodellen Theraplay, som är relativt ny i Sverige. Syftet är dels att beskriva modellen generellt och hur den förhåller sig till kognitiv tradition, dels beskriva erfarenheter familjer och terapeuter som provat metoden gjort.. Första delen utgör en beskrivning av modellen, dess framväxt och teoretiska förankring. Andra delen innehåller en explorativ, semistrukturerad, intervjuundersökning som omfattar 10 familjer och 7 terapeuter vid Barnpsykiatriska verksamheter inom Stockholms läns landsting, som provat modellen. Resultaten pekar på mycket positiva behandlingserfarenheter.

Inledning

Psychosocial and cognitive development of babies and infants depends upon their interaction with their parents. Programs that enhance the quality of these relations can improve substantially the emotional, social, cognitive and physical development of children. (Mental health: Strengthening Mental health promotion, www.who.int)

Att basen för en gynnsam utveckling är samspelet mellan barn och föräldrar, genomsyrar vardagen i den barn och ungdomspsykiatriska vården. Oavsett psykoterapeutisk inriktning bedrivs terapeutiskt arbete ytterst sällan enbart individuellt. Det pågår ett ständigt metodutvecklingsarbete inom BUP och bland annat har blandformer mellan barnpsykoterapi och familjeterapi utvecklats, sannolikt som följd av att de yngre barnen lätt kom bort i de tidiga strukturella familjeterapimetoderna.

I en översyn av barnpsykiatrisk vård för små och späda barn och deras familjer (Småbarnsrapporten, 1999) framkommer att en alltför liten del av barnpsykiatrins resurser tillfaller de yngsta barnen. Så vad finns för dem utöver stöd och rådgivning till föräldrar? Är samma metoder bra för ”stora som små”? Naturligtvis går många metoder att anpassa men med kanske mer eller mindre bra resultat. *En tendens är tyvärr att man inom barn och ungdomspsykiatrin vid utveckling och spridning av nya behandlingsmetoder snarare prövar sig fram i klinisk verksamhet än utvärderar dessa behandlingsmetoders användbarhet.* (2003 Broberg, Almqvist, Tjuus). Det gör att det till stor del saknas utvärdering av de behandlingsmetoder som används inom barn och ungdomspsykiatrin.

Tillsammans utgör detta grunden för att jag tycker att det känns meningsfullt att göra en första granskning av erfarenheter av en metod som är

- inriktad främst på anknytning mellan barn och föräldrar
- har ett brett användningsområde med förskolebarn som huvudmålgrupp.
- är just en ovan nämnd blandform
- börjar sprida sig i Sverige och är mycket lite utvärderad.

Bakgrund

Hösten 2003 anordnades en veckolång workshop i MIM/THERAPLAY i regi av Umeå Universitet. Metoden beskrevs som en ny barnterapi som framförallt inriktade sig på anknytning föräldrar/barn. Den utvecklades ursprungligen i Chicago under 60-talet och spreds sedan världen över. Till Sverige kom modellen via Finland. En psykoterapeut från Umeå, Marianne Riska –Sundqvist, hörde talas om den på en barnpsykiatrisk kongress i Helsingfors 1999 och började, tillsammans med en kollega, utbilda sig och praktisera.

I workshopen 2003 deltog bland andra 10 personer från barnpsykiatrin i Stockholms län (däribland undertecknad). Vi hade skilda professioner och kom från skilda verksamheter inom barnpsykiatrin. Vi blev intresserade och började under 04 pröva oss på metoden under handledning av barnpsykiater Lotta Lassenius – Panula från Finland (som varit lärare under workshopen). Under 04- maj 06 behandlades ett tiotal familjer med metoden. 2005 omorganiserades den barnpsykiatriska verksamheten i Stockholms län och handledningen upphörde. Vi har dock fortsatt att träffas om än mer sporadiskt. Uppsatsarbetet har inneburit en möjlighet för mig att fundera över metoden och mer systematiskt ta del av föräldrars och terapeuters erfarenheter.

Theraplay

Historik

Den 18 maj 1965 tillkännager dåvarande president Lyndon B Johnson en landsomfattande välfärdsplan för att hjälpa förskolebarn från ekonomiskt/socialt eftersatta familjer innan skolstart - "Operation Headstart". Två år senare, i Chicago år 1967, får Ann Jernberg, Ph.D., uppdraget att ansvara för att identifiera och hänvisa de förskolebarn som deltog i "Chicago Head Start Program" och var i behov av barnpsykiatriskt stöd. Under första året identifierar man flera hundra, det finns ingen möjlighet att ta emot dem med befintliga resurser. Barnpsykiatrisk hjälp finns för några få och det blir alltmer tydligt att de måste skapa ett eget, snabbt och effektivt sätt att hjälpa dessa barn.

Teamet runt Ann Jernberg utgick i sitt tänkande ifrån de goda, utvecklande lekenslag som ett "vanligt" föräldra-barn förhållande innehåller. Teoretiskt fanns objektrelationsteori som grund, de studerade först Kohuts självpsykologi och ffa Winnicotts verk. Jernbergs främsta medarbetare Phyllis Booth var familjeterapeut och vistades 1969-70 på Tavistock Clinic i London, undervisad av bl.a. Bowlby och Winnicott. De lånade även inslag från före detta medarbetare som t.ex. Austin des Lauriers (1962, 69) som betonade vikten av att fokusera på här- och nu och intimt samspel barn/ terapeut genom intensiv ögon och kroppskontakt. Viola Brody (1978, 1993) framhävde den omhändertagande relationen mellan barn och terapeut, röra, vagga, sjunga, fysisk kontakt..

Anknytningsteori, samspelsteori, utvecklingspsykologi och traditionell förskolepedagogik, Theraplay utgår från att det finns en medfödd strävan till relation. Allteftersom anknytnings och affektteori utvecklas hämtar man stöd och bekräftelse där. Bowlbys grundtankar om anknytning, den psykologiska bindning som utvecklas mellan barnet och föräldern/vård-givaren och som formar barnets syn på sig själv och andra, blir ett fundament.

Den tidiga relationen betonas och Sterns beskrivning av affektintoning blir en hörnsten, lekfullhet och beröring, det intersubjektiva mötet, andra. Man får intryck att Theraplay gått från metod/praktik till teori, snarare än tvärtom.

1971 grundas "the Theraplay Institute" i Chicago. 1979 publicerar Ann Jernberg *Theraplay: A new Treatment Using Structured Play for Problem Children and Their Families*. Under 80 - talet sprids metoden i USA och Canada, vidare till Australien, Finland, Tyskland, Sydafrika, Asien. Den används nu, i anpassad form, för alla åldrar, både i grupp och individuellt, men huvudmålgruppen är fortfarande förskolebarn. Barn med olika typer av psykiska besvär, som depression, ångest, PTSD, aggressivitet, neuropsykiatriska funktionshinder tillhör alla målgruppen.

Tankegångar i dagens Theraplay

Från början var de inriktade på att leka med barnen på det sätt en god förälder gör med sitt lilla barn. " *Daily, the mother with her baby nuzzles his neck, blows on his tummy, sings in his ear, plays peek-a-boo, and nibbles his toes She picks him up, twirls him, spins him, rocks him,*

bounces him. She holds him close and nurses him. She powders him, lotions him. She whispers, giggles, hums, chatters. She holds him, restrains him, protects him, defines his life space. And finally, by gently teasing, chasing, and eluding him (and returning), she remains one step ahead of him, thus encouraging him both to learn the art of mastery and to enjoy the challenge."(Jernberg 1979). Det var således på det tidiga samspelet betoningen låg- och ligger.

Phyllis Booth beskriver i juni 2005 på Theraplays hemsida (www.theraplay.org) hur fokus och teoretisk inriktning utvecklats sedan starten.

Även om "basmodellen" kvarstår har tonvikten förskjutits på flera punkter. De fyra dimensioner, Struktur, Engagemang, Omsorg och Utmaning (ibland läggs Playfulness till som en femte) som metoden innefattar, har sakta ändrat fokus.

När det gäller Struktur beskriver hon hur de i början lade stor vikt vid att terapeuten höll strukturen och hur de nu har mycket mindre "kamper" allteftersom intoning och medvetenhet om barnens "moods", blivit allt större. Affektintoning, reglering av inre tillstånd, betonas alltmer i behandlingen. Engagemang: kallades först Intrusion (ung. tränga sig på) men de bytte namn då några föräldrar tyckte att det signalerade övertramp. De lägger allt större vikt vid just intoning av barnet från att från början lagt kraft på att försöka hitta engagerande aktiviteter för att ha en vid repertoire att tillgå. Omsorg och beröring är något som betonats ända från början och där de bara styrks av forskning" Fysisk beröring hjälper stress, minskar ångest och depression och ökar välbefinnandet." (Field, 1993) Om barnet utsatts för övergrepp är de försiktigare och väntar till en relation utvecklats, men försöker igen när det är möjligt. Challenge: Theraplay har alltid fokuserat på lekfull utveckling och försökt motverka det som man upplever som en ängslig fixering vid inläring och intellektuell utveckling. Headstartprojektet syftade bland annat till att höja begåvningsnivån hos socialt utsatta barn (förf. anm). De anser att tiden snarast förvärrat denna fixering vid prestation och att leken är viktigare än någonsin för barns utveckling. Även Playfulness, den femte dimensionen, betonar särskilt detta, lust och glädje i mötet.

Föräldrarnas roll: Hon beskriver hur de från början fokuserade på att behandla barnen men hur relationen förälder/barn blivit alltmer viktig. De vill så småningom att bägge föräldrarna ska vara med och introducerar modellen med föräldrarna bakom onewayscreen de första 4-5 gångerna. Tanken med detta var 1. Terapeuten skulle vara modell för ett nytt sätt att interagera. 2. Hjälpa osäkra föräldrar att få självförtroende 3. Terapeuten skulle inleda och komma förbi barnets initialmotstånd så att föräldrarnas första erfarenhet med det nya samspelet blir positivt. Speciellt med adoptiv och fosterfamiljer och med de yngsta barnen blir det nu allt vanligare att *föräldrarna är med i rummet från första stund*. (Phyllis Booth 2005)

Jukka Mäkelä, barnpsykiater från Finland, bekräftar betoningen på intoning Han beskriver tre vägar för barnet att ta emot hjälp att utveckla en flexibel och trygg inre reglering. Den första, mest primitiva fysiska kontakten där föräldern håller, vaggar, stryker etc vilket direkt påverkar det limbiska systemet. Nästa nivå, när barnet utvecklat känslan av ett kärnsjälv, genom intoning av vitalitetsaffekter. Föräldern fungerar som en känslomässig resonansbotten och bekräftar barnet i en ständigt pågående kommunikation. Den tredje nivån är genom meningsskapande, att barnet får en föreställning om sin plats i världen, en känsla av att ens existens är självklart meningsfull. Han beskriver Theraplay som designat för att nå barnet på samtliga tre vägar. Genom beröring, ögonkontakt och småprat, genom oupphörlig intoning och bekräftelse av barnet, genom att ge barnet känslan av att vara speciellt, omhuldat och viktigt. (Jukka Mäkelä 2003)

Daniel Hughes, grundare av Dyadic Developmental Psychotherapy, en eklektisk metod för att hjälpa främst barn som upplevt grav omsorgssvikt att knyta an till någon, är en nutida inspiratör.

Daniel Stern talar om kärnpunkter i terapi som han menar består av möten karakteriserade av hög känslomässig intensitet mellan terapeut-klient. Han kallar dem now-moments och menar att dessa möten skapar ett nytt intersubjektivt fält där bägges inre arbetsmodeller (RIGs) förändras. Det är i synnerhet blickkontakten som gör att den intersubjektiva slingan förblir aktiverad de sekunder som krävs.

Man intresserar sig även för Daniel Siegel och hans teorier om neurobiologisk utveckling och anknytningsteori, hur de interpersonella, emotionella erfarenheter barnet gör under de första åren påverkar bl.a. utvecklingen av de kognitiva funktionerna.

Theraplay - Hur går det till?

Steg 1 En första intervju med föräldrarna där bl.a. anamnes och nuvarande funktionsnivå, resurser och svårigheter tas upp. Vad har familjen gjort för lösningsförsök, hur ser deras situation ut för närvarande etc. Intervjun syftar utom att få information även till att skapa trygghet och en god relation.

Steg 2 En bedömning av föräldra-barn relationen med hjälp av Marchak Interaction Method "MIM". Denna metod utvecklades ursprungligen av Marianne Marchak på 60-talet. MIM är bedömningsdelen till Theraplay men kan även användas fristående. MIM är en strukturerad, videoinspelad samspelsbedömning som syftar till att ge en bild av anknytnings och samspelsmönster mellan förälder och barn samt inventera resurser och problematik. Förälder och barn utför enkla lekaktiviteter (se exempel bilaga 3) som analyseras utifrån nedanstående dimensioner.

Man utgår från Theraplays 4 dimensioner:

- 1 Struktur (structure) ex Förälderns förmåga att leda, stödja barnet, sätta gränser. Barnets förmåga att engagera sig och att svara på ledning.
- 2 Omsorg (nurture) ex. hur föräldern ger omsorg och trygghet och svarar på barnets mer regressiva behov. Hur barnet tar emot omsorg, kroppskontakt etc. Hur självförsörjande är barnet?
- 3 Engagemang (engagement) ex. förälderns förmåga att engagera och bekräfta barnet, "hålla kvar" barnet i en aktivitet. Barnets förmåga att engagera sig och delta. Har de roligt tillsammans?
- 4 Utmaning (challenge) ex. förälderns förmåga att välja åldersadekvata lekar, att uppmuntra barnet att våga pröva och utvecklas. Barnets vilja/ förmåga att pröva nya saker, att klara frustration.

I kodningsprotokollet (det finns flera versioner) ställs också bl.a. frågan:
Hur skulle det vara att leva 24-timmar om dagen med det här barnet/den här föräldern?
Har de roligt tillsammans?

Steg 3 Efter att ha studerat och analyserat videoupptagningen träffar terapeuterna föräldrarna för återgivning av vad som framkommit vid MIM. Det är väsentligt att se detta som en process och en behandling i sig, där man tillsammans kan fundera över vad man

ser och så småningom komma fram till möjliga behandlingsalternativ. Om Theraplay bedöms lämpligt, bestäms ev. att försöka ett begränsat antal gånger, vanligtvis 10ggr.

Steg 4 Theraplay: Två terapeuter, en föräldra och en barnterapeut, två rum, helst med spegelvägg emellan. Hela sessionen videofilmas. Barnterapeut och barn har ett rum med en enkel inredning (ofta Saccosäck) samt några få utvalda leksaker/lekmaterial. Föräldrar och föräldra-terapeut observerar från det andra rummet och är redo att ta emot barnet efteråt. Sessionen varar ca en halvtimme, innehåller vanligen 5-10 interaktiva lekar, och är nogt planerad för att motsvara barnets behov. Föräldraterapeutens uppgift är främst att hjälpa föräldrarna att förstå vad som händer i terapirummet och förbereda/stödja deras deltagande. Efter ca 4 sessioner börjar föräldrarna, en i taget, att, stödd och åtföljd av föräldraterapeuten, att delta under sista delen av sessionen. Man utökar sedan successivt tiden och tar så småningom in bägge föräldrarna. De får ibland även i "läxa" att pröva någon/några av aktiviteterna hemma.

Sista sessionen har man "kalas", alla deltar och fokuserar på barnets framsteg och starka sidor. Mellan sessionerna träffas föräldrar/ terapeuter för återgivning av det som hänt under sessionerna (med hjälp av videoinspelningen) samt föräldrassamtal utifrån föräldrarnas individuella behov.

Efter avslutad behandling görs en ny MIM bedömning.

Checkup sessioner- en gång i månaden i 3 månader, sedan var tredje månad i ett år.

Vad skiljer då Theraplay från andra barnterapi metoder?

- BT (barnterapeuten) tar ledning och planerar och strukturerar sessionen för att möta barnets behov, avvaktar inte barnets initiativ.
- BT anstränger sig på alla sätt att få igång en relation, detta inkluderar om nödvändigt, att "tvinga sig på" barnet, försöka igen, vara kvar.
- Metoden fokuserar på *relationen* snarare än barnets intrapsykiska konflikter.
- Beröring är en integrerad del i behandlingen.
- det innebär aktiv, fysisk, interaktiv lek, mycket lite symbollek eller samtal om problem .
- behandlingen är anpassad till barnets *emotionella*, ej kronologiska, ålder och tidiga behov och innehåller därför ofta enkla "småbarnsaktiviteter" som många anser adekvata för ett mycket yngre barn.

Två terapeuter, en främst för föräldrarna, en för barnet. Föräldrarna ser först på när BT leker med barnet, och träder senare i behandlingen med in i leken.

- föräldrarna är aktivt med i behandlingen.

.I Bilaga nr 2 finns en Theraplaysession med en 3½ årig pojke beskriven för att underlätta förståelsen av hur det kan se ut i praktiken.

Typiskt kognitivt* i barnterapi?

Min avsikt var att, efter att ha presenterat och beskrivit modellen, redogöra för i vad mån behandlingen vilar på psykodynamisk resp. kognitiv grund. Men går det att särskilja så enkelt? Vad är *typiskt* psykodynamiskt och vad är *typiskt* kognitivt. Och vad är en typisk psykodynamisk *barnterapi* kontra en typisk kognitiv sådan? Min utgångspunkt för denna del

av uppsatsen är att jag under utbildningen tyckt att Theraplay har mycket gemensamt med kognitiv terapi även om metoden vilar på psykodynamisk grund (detta påtalas t.ex. i Britta Sundbergs uppsats. Se under rubrik ”Tidigare forskning”). Men hur särskilja kognitiva teorier och metoder?

Cognitive therapy uses a variety of techniques to change thinking, mood, and behaviour. Although cognitive strategies such as Socratic questioning and guided discovery are central, other techniques, from other orientations, especially behaviour therapy and Gestalt Therapy, are also used within a cognitive framework. (Judith S Beck)

Göran Parment konstaterar i sin uppsats, Kognitiv psykoterapi med barn och ungdomar, att det saknas en mer sammanhållande och generell teori för kognitiv terapi med barn och ungdom. Han sammanfattar några skillnader han funnit som särskiljer från vuxenterapierna. *Utom en starkare betoning på utvecklingsteoretiska aspekter finns fler inslag av pedagogiska moment och större betoning av inlärningsteoretiska principer och beteendetekniker. Bland tekniker som används i större utsträckning med barn och ungdomar än med vuxna märks t.ex. olika former av lekmoment, historieberättande, bildskapande, stimulering av ”selftalk” och mer konkreta sätt att utforma skattningar och kontinuumtekniker. Sokratiska frågor används i mycket stor utsträckning också med barn men terapeuten ger ofta mer av vägledning och förslag till nya tolkningar. (Parment 2002)* Av ovan nämnda tekniker ingår i stort sett endast olika former av lekmoment i Theraplay men det finns dock en stark betoning på utvecklingsteori. Samspelet och lekarna anpassas hela tiden till barnets utvecklingsnivå.

Två år senare konstaterar A-R Perris/B Printz att det är svårt att finna litteratur i ämnet och beskriver i sin uppsats hur de själva arbetat med att integrera kognitiva principer i sitt behandlingsarbete med barn och ungdomar. De tar bland annat upp teorier rörande anknytning och därmed följande anknytningsstrategier, fokus på individens kognitiva/emotionella processer och den konstruktivistiska teorin som grundpelare för sitt arbete. (Perris / Printz 2004)

* Jag åtskiljer inte KBT och KPT eftersom denna gränsdragning är så skiftande. Internationellt används CBT som paraplybegrepp.

Beröringspunkter Theraplay / kognitiv terapi.

1 De grundar sig bägge på anknytningsteori.

Först och främst tar de bägge avstamp i anknytningsteori. Anknytningsteori har sina rötter i John Bowlbys arbete som utgick från barnets medfödda förmåga till och behov av relation. Men anknytningsteori är idag inte längre något som definitivt särskiljer olika inriktningar. *”Även om Bowlby stötte på mycket motstånd på 60 och 70 talet så kan vi se att anknytningsteorin idag förenar företrädare för så vitt skilda teoretiska synfält som psykoanalys, kognitiv teori, inlärningsteori och evolutionsteori.”*(Pia Risholm Mothander, Psykologtidningen nr 11, 2006).

I en annan artikel talar en internationellt känd psykoanalytiker, Nancy Mc Williams, om att det skett en dramatisk förändring inom den psykoanalytiska terapin som nu lägger tyngdpunkten på de relationella aspekterna, och att just *anknytningsforskning lär oss att förstå varför den intima relationen mellan patient och terapeut är så kritisk.*(Mc Williams 2006)

Frågan om (enkelt uttryckt) det främst är viljan/förmågan till relation eller intrapsykiska drifter som präglar barnets utveckling är således idag mer en förenande länk än en klar skiljelinje mellan olika teorier..

2 Det aktiva förhållningssättet

Här kan man beskriva synen på terapeutens hållning som ett kontinuum. Från den klassiska analysen där terapeuten i avsikt att underlätta överföring intog en ytterst neutral hållning, över klientcentrerad terapi (Carl Rogers) där en mer, tydlig genuin person förordades, konstruktivism(Kelly) med terapeuten som ”samsforskare” till dagens kognitiva terapeut som inte bara framträder tydligt som person utan även betonar terapeutens roll som coach och modell.

3 Vikten läggs inte vid att barnet ges möjlighet att uttrycka sitt inre utan genom att det ges möjlighet att göra nya erfarenheter.

Detta kanske är den klaraste skiljelinjen från mer psykodynamiskt inriktad terapi. KBT rymmer olika schatteringar, från t.ex schematerapins mer explorativa hållning till patientens upplevelser och inre värld till en mer strikt beteendeariktning. Theraplay betonar klart relationen i nuet, göra, mötas, uppleva, i rummet.

4 Benägenheten att föra in andra i terapirummet, från individ till familj.

Även om detta att i individualterapi föra in t.ex. partner, föräldrar eller andra för patienten viktiga personer inte varit självklart för någon inriktning från början, intar dagens kognitiva terapeuter en allt friare hållning och inkluderar alltmer signifikanta andra i behandlingen. Inom barnpsykiatri har traditionen länge varit att arbeta med barn och föräldrar parallellt, ofta barnpsykolog med barnet och kurator med föräldrarna. I traditionell familjeterapi är det ofta svårt att hålla fokus på barnets perspektiv eftersom föräldrarna, åtminstone i förhållande till de yngre barnen, är så mycket mer verbala. Under senare år har ett antal olika tekniker för gemensamt arbete med föräldrar och barn vuxit fram, t.ex. BOF och olika former av samspelsterapi. Det är med denna grupp Theraplay har mest gemensamt när det gäller att arbeta med familjer på ett annat sätt än genom samtal. Syskon är dock inte självskrivna och nämns ganska lite i litteraturen. Jag har förstätt (Theraplays ”sajt”)att många terapeuter arbetar med syskon i Theraplay men att man oftast arbetar med ett barn i taget.

BOF(barnorienterad familjeterapi) har utvecklats av den norske psykologen Martin Soltvedt. Det är ett arbetssätt mellan individualterapi och traditionell familjeterapi. I BOF leker föräldrar, barn och terapeut tillsammans i sandlåda. Samspelet ”samhandlingen” är i fokus och man arbetar med leksituationen som modell för att förstå anknytningsmönster etc. i familjen. Leken videoinspelas och terapeut och familj har filmen som underlag för samtal.

Tejping- har även det utvecklats av Martin Soltvedt, ursprungligen för lite större barn/ ungdomar som ” vuxit ifrån” sandlådan.

Familjen/barnet gestaltar sitt nätverk, sin livssituation, en inre eller yttre konflikt eller en traumatisk upplevelse med hjälp av målade träfigurer. Det hela utspelar sig på en ”scen” som tejpas upp på ett bord. Visuellt gestaltande förstärker klientens narrativa förmåga. Terapeuten deltar själv i gestaltandet i form av en alter ego-figur som bidrar till att skapa dialog och samspel.

Dessa metoder förutsätter dock en viss förmåga att symbolisera samt åtminstone en rudimentär vilja/förmåga att kommunicera på detta sätt hos barnet.

Marte Meo – av egen kraft

Metoden utvecklades ursprungligen av den holländska specialpedagogen Maria Arts och bygger på kommunikationsteori, nyare samspelsbaserad spädbarns och utvecklingsteori. Vardagliga samspelssekvenser med förälder/ barn spelas in på video, Filmen analyseras och återges till föräldrarna med målsättningen att visa på det positiva i samspelet och medvetandegöra vad som är utvecklingsbefrämjande för barnet. Denna metod riktar sig i högre grad endast till föräldrarna och terapeuten interagerar inte direkt med barnet.

5 De strukturerade sessionerna

Även här finns ett kontinuum från klassisk psykoanalys där klienten helt bestämmer vad som är viktigast att ta upp, i barnterapi kanske mest motsvarad av bildterapi eller Ericamaterialet, där barnet får gestalta sin värld och dela den med terapeuten. Längst till höger står de mest beteendearterade manualbaserade formerna där sessionernas tema är bestämt i förväg. På detta kontinuum står Theraplay långt till höger på ”vem som bestämmer innehållet i sessionen”. Det är dock ytterst individuellt planerade sessioner efter klientens behov. Klient-----Terapeut.

6 Läxor - tanken att ta med sig terapin hem och ”träna” ingår även i Theraplay.

KBT har alltid betonat vikten av att *göra*, att det inte räcker med ord eller ändrade tankemönster för att åstadkomma förändring. Läxor har också varit viktigt för att utvidga terapin även till tid utanför terapitimmarna och föra in nya tänkesätt/handlingsalternativ i vardagen.

Särskiljande karakteristika

Olika psykoterapiteorier har olika syn på vad det är i terapin som ger effekt även om det i många fall smälter ihop och korsbefruktas. Ett bärande tema inom psykoanalysen och den psykodynamiska terapin har varit *språket*, orden som skapande av kommunikation och emotionell insikt. Även kognitiv terapi såsom den utvecklades av Aaron Beck (från början psykoanalytiker), lade stor vikt vid språket men framför allt de *föreställningar* patienten hade om verkligheten. Theraplay tar hjälp av språket men egentligen ligger inte tonvikten på orden utan småpratandet, språket som känslomässigt intonande och bekräftande. Rytmen, tonfallet, den ordlösa kommunikationen. Metoden använder direkt upplevd erfarenhet av ett nytt sätt att relatera för att ändra barnets föreställningar om sig själv och andra.

Betoning på ickeverbal kommunikation är speciell för Theraplay, och dess vikt vid beröring som en central del är än mer speciell och kontroversiell. Såväl inom vuxen som inom barn och ungdomsterapi har man traditionellt varit försiktig med kroppskontakt och det av goda skäl. En del av de klienter vi möter har redan varit utsatta för integritetskränkande bemötande/ övergrepp. Barn har än svårare än vuxna att sätta gränser för sin integritet i förhållande till sin terapeut och Theraplayterapeuten måste således balansera på en mycket smal lina för att gå tillräckligt nära men inte *för* nära.

Tidigare forskning

När jag började leta efter forskning på och utvärdering av Theraplay visade det sig att jag inte var först att optimistiskt anta att ett digert material fanns tillgängligt. På Theraplays hemsida fann jag följande skildring av Linda A. Meyer Ph.D. och James L. Wardrop, Ph.D. De hade år 2005 planerat att genomföra en metaanalys av de studier som samlats under Theraplays

trettiofemåriga historia. Det visade sig att det fanns ytterst få rapporter som uppfyllde ens lågt ställda vetenskapliga kriterier. De flesta handlade om behandling ” baserad på Theraplaymetoden” eller enskilda ”lyckade fallbeskrivningar” e.t.c. De nämner slutligen två studier med hög kvalitet.

1 En tysk studie av Herbert Wettig och Ulrika Franke som utvärderar effekten av Theraplay på barn med försenad språkutveckling. Se nedan.

2 En finsk studie, av Jukka Mäkelä och Lotta Lassenius-Panula, som skisserar en forskningsdesign med 4 grupper av 5-6 åringar med 20 st i varje grupp. En av grupperna deltog i Theraplay, de andra var kontrollgrupper. Resultat från denna studie är dock ännu ej publicerade.

Meyer och Wardrop startade då en ”forskningsgrupp” som först letade lämpliga utvärderingsinstrument, Theraplay har en mycket vid målgrupp och familjer kommer till behandling för vitt skilda problem, vilket innebär svårigheter vid val av instrument för utvärdering. De valde slutligen *Kinship Questionnaire* och sände ut förfrågan om deltagande i Theraplayutvärdering till samtliga terapeuter på organisationens e-mail-lista. 14 terapeuter anmälde sitt intresse. Under det första året 2004-2005 var det dock endast en terapeut som distribuerade frågeformulär före och efter behandling, sammanlagt 10 familjer. Med utgångspunkt från detta har de fortsatt att samla material. De är således projektledare för ett pågående utvärderingsprojekt. Inga resultat finns dock publicerade.

Publicerade studier

Den ovan nämnda studien av Wettig / Francke är uppdelad i två steg.

Steg I Åren 1998-2003 gjordes en kontrollerad, longitudinell studie med 60 barn i förskoleåldern. Barnen hade dubbeldiagnoser: Receptiv språkstörning samt olika ”Social Interaction Disorder” (bl.a. ADHD, ADD, autismsliknande symtom, extrem blyghet, trotssyndrom). Många barn hade ett flertal diagnoser. 29 av barnen följdes upp 2 år efter behandling.

Kontrollgrupp: 30 ej kliniska barn, matchade till ålder och kön.

Steg II År 2000 startade en brett upplagd Multi –Center Study på 9 olika institutioner i Tyskland och Österrike med målsättning att utvärdera Theraplaymetodens generella effekt. 251 barn med ovan nämnda dubbeldiagnoser deltog.

De instrument som användes vid utvärdering var bl.a. symtomskattning (CASCAP D), intervjuer, samspeletsobservation förälder/ barn m.m. - före och efter behandling.

I snitt gavs ca 18 halvtimmes sessioner Theraplay.

Bägge studierna gav mycket lovande resultat. Klinisk såväl som statistiskt signifikant symtomreducering, resultat som även bestod vid uppföljning efter 2 år. Språkstörning, uppmärksamhet, impulsivitet, hyperaktivitet förbättrades, barnen blev även mer ”samarbetsvilliga”. Francke/ Wettig 2004.

Det finns även en intressant rapport från Finland ”From heart to heart” - en utvärdering av ett Theraplayprojekt i SOS Childrens Villages, under 2001-2004, av Dr Jukka Mäkelä och Ilona Vierikko. Projektet var, förutom att utvärdera Theraplay som instrument för att förbättra relationen/interaktionen fosterbarn/fosterföräldrar, även avsett att ”ge dem en god terapeutisk upplevelse”. Det rör sig dock inte om en lika vetenskapligt korrekt upplagd undersökning som Wettig/Franckes. I projektet deltog 20 barn (samtliga fosterhems-placerade i byarna) och

deras fosterföräldrar. 11 pojkar och 9 flickor mellan 4 och 13 års ålder. De fick något olika behandling beroende på resväg etc. De som hade längst väg fick ”intensivbehandling” 4 dagar i rad i två omgångar, övriga 1g/veckan under en längre tidsperiod, varierande mellan 6 veckor och 10 månader.

De utvärderingsinstrument man använde var CBCL (Childrens Behaviour Check List) och TRF (Teacher Report Form, Achenbach&Eldbrook 1981), MIM (bedömning av förälder-barnsamspelet), VAS (interaktionsskala under utformning,) samt frågeformulär till både barn och fosterhemsföräldrar om deras upplevelse av behandlingen

Resultat: CBCL (ifyllt av fosterhemsföräldrar) visar en klar, signifikant symtomförbättring som fortsatte under uppföljningstiden. Även lärarnas bedömning visade signifikant förbättring men mycket större spridning. Några barn försämrades och man diskuterar i rapporten huruvida detta beror på att de nu trätt fram och blivit mer synliga. Det framgår dock inte huruvida det verkligen är tillbakadragna barn som nu agerar mer, det sägs endast att för många barn som inte visade förbättring på CBCL och snarare försämring på TRF så bedömde fosterhemsföräldrarna att barnen både mådde och relaterade bättre. Utvärdering av MIM (samspel förälder/ barn) visade klart förbättrad interaktion.

Barnen/ungdomarna var mycket positiva till behandlingen. På en skala från 1-10 låg medelvärdet på 8.5 för frågorna om de var nöjda med Theraplay och arrangemanget runt, om de var nöjda med sessionerna och om det hade gett dem någon positiv upplevelse av dem själva.

Även fosterhemsföräldrarna var positiva. De fick på en femgradig skala skatta bl. a. om Theraplay hjälpt dem att interagera bättre med barnet (medel 4,6) och om Theraplay hjälpt till att lösa de problem ni sökte för (medel 4,25).

Två ”tendenser” var att ju yngre barnen var, ju klarare och mer positiv förändring, samt att de barn som haft tre eller fler fosterhemsplaceringar påverkades mindre av Theraplay än de som haft endast en eller två placeringar.

Man planerar nu att fortsätta med metoden som ett permanent inslag för föräldrar och barn i SOS-byarna.

I Sverige har hittills (oktober 06) publicerats tre rapporter, samtliga vid Umeå Universitet. Det finns två psykologexamensuppsatser, 20p, gällande MIM. K.Tengelin& S.Eriksson, ” En lek på allvar”.2002, och J Norlander& J Stenvall, ” Att mäta samspel mellan föräldrar och barn med Marchak Interaction Method” 2004. Den förstnämnda beskriver MIM genomfört med en normalgrupp med barn i förskoleåldern och deras föräldrar. I den andra undersöks om man med MIM kan påvisa skillnader i samspel mellan en klinisk och en normalgrupp. Studien visade tydliga skillnader och författarna bedömde MIM som en användbar metod.

VT-05 kom en Steg II uppsats, 10p, ”MIM och THERAPLAY i Utredning och behandling” Britta Sundberg. Denna uppsats ger en generell beskrivning samt kunskap om teoretisk förankring av MIM och Theraplay.

Uppsatserna går att beställa via den Psykologiska Institutionen vid Umeå Universitet.

Litteratursökning

För den första delen av uppsatsen, beskrivning av metoden och dess teoretiska förankring, har jag använt mig av sökning på nätet, främst Google, PubMed och Wikipedia. Ytterligare litteratur har sökts via referenslistor, kurslitteratur och Psykologtidningen. Vidare har jag under åren 2005-2006 följt Theraplay@yahoo.com där Theraplayterapeuter utbytt tankar och erfarenheter.

Resultatdel

Val av undersökningsmetod

Min avsikt är att göra en kvalitativ studie av föräldrars och terapeuters upplevelse av och synpunkter på behandlingsmetoden. Kvantitativa utfallsstudier har förutbestämda variabler för utfall vilket kan innebära att oförutsedda variabler inte registreras. Det begränsade underlaget blir meningsfullt i ett kvalitativt perspektiv.

Denna studie är således avsedd att vara explorativ och jag har därför valt att göra semistrukturerade intervjuer för att både få viss struktur och ge utrymme för oväntade synpunkter. Svaren nedtecknades under, och skrevs rent efter, varje intervjutillfälle. Det hade varit önskvärt att spela in och transkribera svaren eftersom metoden att anteckna under tiden ovillkorligen innebär att intervjuaren gör ett visst urval av vad som är viktigt och troligtvis inte uppfattar/missar en del intressanta aspekter. Men, efter att ha gjort en beräkning av tidsåtgång, insåg jag att detta för min del inte var möjligt inom ramen för en tiopoängsuppsats.

Urvalsförfarandet

Föräldrar De familjer som deltagit i Theraplay 10 - 22 sessioner under perioden höstterminen 2004 t.o.m. vårterminen 2006. För undvikande av bias undantogs den familj jag själv varit behandlare i. Då återstod sammanlagt 11 familjer, vilka tillfrågades.

För vissa familjer avslutades behandlingen således för nästan två år sedan, för andra endast för några månader sedan.

Terapeuter valdes bland de från Barnpsykiatriska kliniken i Stockholm som deltog i Workshop / utbildning i Theraplay 2003 i Umeå. Av dessa valde jag att intervjua de som prövat metoden strukturerat (minst 10 sessioner) med en familj, vilket blev sex terapeuter av tio. Frågorna gällande enskilda familjers behandling ställdes främst till den som varit barnterapeut. Jag intervjuade även en läkare som varit föräldraterapeut utan att ha deltagit i workshop.

Felkällor i urvalet

Föräldrarna kan ha påverkats av att det var deras föräldra eller barnterapeut som gjorde en första telefonförfrågan och på detta sätt alltså stod i förbindelse med mig. De var också medvetna om att även jag genomgått grundkurs i Theraplay (se bilaga 1) vilket ger mig viss anknytning till metoden.

Terapeuterna var inte objektiva i förhållande till metoden. De som intervjuades är de som haft tillräckligt positiv inställning för att genomföra behandling med familjer. De tre terapeuter som valt att inte gå vidare med Theraplay tillfrågades per telefon om skälen till att de inte utövat metoden. De var generellt positiva till metoden men angav omorganisation och tidsbrist som främsta skäl till att inte ha fortsatt strukturerat med metoden.

Integritetsfrågor och citat

För att beakta familjernas integritet kopplas inga citat till någon speciell familj och jag har valt att inte heller göra någon processbeskrivning. I de citat där barnets kön omnämns har jag ibland ändrat detta. I syfte att försvåra identifiering nämns inte heller terapeuternas arbetsplatser, tidsrymd sedan terapin avslutades för familjerna etc.

Citaten är skriftspråkanpassade.

Genomförande

Terapeuterna intervjuades på respektive arbetsplats alternativt kom till min arbetsplats. De ringde även upp de familjer som de haft i behandling och frågade om de kunde tänka sig att delta i en utvärdering av terapimetoden Theraplay. Om familjen var tveksam tillfrågades de

om de kunde tänka sig att svara på en enkät. Om familjen var positiv tillfrågades de om det gick bra att lämna ut deras telefonnummer till den kollega som skulle genomföra utvärderingen samt skicka ett introduktionsbrev (Se bilaga1). Jag ringde sedan upp resp. familj och bestämde tid och plats. Av 11 tillfrågade familjer kunde 8 familjer tänka sig att intervjuas, två familjer att telefonintervjuas (en p.g.a. flytt till annan stad, en p.g.a. tidsskäl) samt en familj att endast svara på enkät. (Enkät bilaga 2).

I praktiken intervjuades två föräldrar, två mammor och en pappa i hemmet, två mammor och ett föräldrar på annan plats (läs café), en mamma och två pappor per telefon.

Sammanlagt 14 föräldrar, 8 mammor och 6 pappor. Samtliga intervjuer ägde rum under HT 06.

Bortfall: Den familj som endast ville svara på enkät svarade aldrig trots påminnelse. Detta kan möjligtvis spegla en mer negativ inställning. I de familjer som deltog fattas fyra pappor och två mammor. I dessa familjer har någon av föräldrarna svarat ja och sedan frågat om det är möjligt att endast en av dem är med p.g.a. tidsbrist, svårt med barnvakt, språksvårigheter. Om jag hade insisterat på bägge föräldrarnas medverkan i samtliga familjer hade det kanske blivit fler men jag var tacksam för att någon i familjen tog sig tid.

Urval

Barnen i familjerna, IP. Ålder vid behandlingstidens start, kön och problembild/ diagnos.

1. 5-årig pojke, diagnos ADHD.
2. 2½-årig pojke, regleringssvårigheter, svårt med impuls kontroll och uppmärksamhet.
3. 3-årig pojke, diagnos Autism, utvecklingsstörning UNS.
4. 4-årig flicka, diagnos Autism.
5. 9-årig pojke. diagnos Aspergers syndrom, ADHD.
6. 9-årig pojke, diagnos ADHD.
7. 6-årig flicka, diagnos Autism, lindrig mental retardation
8. 2½-årig pojke, diagnos PTSD, språkförsening.
9. 3½-årig flicka, extremt blyg, utbrott hemma.
10. 3½-årig flicka, sen motorik och talutveckling, avskärmad.

Familjerna har från början sökt hjälp via BVC, BUP, Psykologverksamhet. Behandlingen har ägt rum vid ett flertal olika verksamheter inom Barnpsykiatri i Stockholms län.

Samtliga familjer bestod av två föräldrar.

Terapeuternas yrkesutbildning

1. Hantverkspedagog, MarteMeo-terapeut.
2. Psykolog, leg. psykoterapeut.
3. Psykolog, leg. psykoterapeut.
4. Socionom, leg. psykoterapeut
5. Socionom, Marte Meo- terapeut
6. Skötare, MarteMeo-terapeut
7. Överläkare, leg. psykoterapeut

Samtliga med mångårig yrkesverksamhet inom barnpsykiatri.

Det måste dock påpekas att de endast gått en veckolång Workshop i Theraplay samt fortsatt i begränsad handledning. Ingen av dem är således legitimerad Theraplayterapeut. Legitimation utfärdas av The Theraplay Institute i Chicago. För legitimation krävs godkända kurser I MIM och Theraplay samt 200 sessioner (minst 10 barn) varav minst 58 under handledning. För ytterligare information se info@theraplay.org.

Från The Theraplay Institutes sida är man noga med att påpeka att efter en eller två Workshops kan en terapeut beskriva det de gör som baserat på Theraplayprinciper men inte kalla det för Theraplay. Det mest korrekta skulle således vara att beskriva behandlingen inte som Theraplay, utan som behandling baserad på Theraplayprinciper.

Resultat

Intervjuredovisning

Vad tyckte familjerna?

Stämde familjernas bild av vad som hänt med terapeuternas?

Innan intervju hade samtliga föräldrar tagit del av introduktionsbrev där frågeställningarna beskrevs.(se bilaga 3)

De redovisas här i följande ordning.

Problembild/diagnos: Se ovan under Urval, barnen i familjerna.

Vad var föräldrarnas respektive terapeuternas bild av främsta syftet med behandlingen?

Till föräldrar: Hade någon annan sorts hjälp behövts som komplement eller ersättning?

Till terapeuten: Vad för slags hjälp till familjen hade annars varit aktuell?

Hände något annat betydelsefullt i familjen under behandlingstiden?

Vad förändrades till det bättre/sämre för dig resp. för x (barnet)? För er som familj?

Vem påverkades mest/minst?

Vad tror du varit verksamt/betydelsefullt?

Vad är, enligt din mening, för och nackdelar med metoden?

Vad var föräldrarnas resp. terapeuternas bild av främsta syftet med behandlingen?

Tanken med frågan är 1.- att få en generell bild av syfte/målsättning med behandlingen 2- att se i vilken grad behandlingen initierats med uttalat syfte att stärka anknytning, 3- se om föräldrar och terapeuter haft samma målsättning.

Föräldrar	Terapeuter
Fam 1 Utredning av vad slags bekymmer han hade egentligen och kanske annat också, vi gick ju där länge. Han dominerade familjen helt och det blev bara värre och värre.	Fam 1 Avgöra om utredning behövdes – och hjälpa föräldrarna med gränssättning.
Fam 2 Förbättra koncentration och få ögonkontakt, få bättre samspel med andra människor.	Fam 2 Lära sig reglera känslor, vara kvar i en relation, öka uppmärksamhetsspannet.
Fam 3 Han skulle lära sig prata, han kommunicerade inte.	Fam 3 Väcka intresse för andra, hantera övergångar.
Fam 4 Hon var jämt arg, vi förstod inte varandra. Hon behövde hjälp med språket, kunde bara säga mamma och pappa i stort	Fam.4 Hjälpa henne och familjen att kommunicera.

sett.	
Fam 5 Han behövde orka hålla ut lite längre. Kunna ta instruktioner, framför allt i skolan, han sa nej till allt	Fam 5 Öka mentaliseringsförmågan, stå ut med att andra bestämmer.
Fam 6 Han skulle lära sig slappna av och släppa kontroll.	Fam 6 Få bättre anknytning med mamma. Kunna släppa på kontrollen.
Fam 7 Förbättra relationen mellan oss.	Fam 7 Hjälpa mamma få bättre kontakt
Fam 8 Han skulle prata mer, få mer självförtroende, våga göra saker, bli starkare i kroppen.	Fam 8 Förbättra anknytning med föräldrarna, väcka vilja till relation.
Fam 9 Lära känna varandra bättre, hjälpa henne gilla nya saker, hon var rädd för allt nytt.	Fam 9 Ge henne bättre självförtroende, lära föräldrarna sätta gränser.
Fam 10 Hjälpa henne att "komma ut", hon skärmade av sig, gav ingen ögonkontakt.	Fam 10 Hjälpa henne att stå ut med känslor och att vara kvar i relation.

Alla föräldrar utom en nämner i första hand barnets svårigheter. Endast en familj nämner relationen som det viktigaste. Flera nämner dock liknande begrepp t.ex. "lära känna varandra" eller "vi förstod inte varandra".. Endast en familj har inte upplevt några problem hemma utan svårigheterna har endast visat sig i skolan. I de övriga nio familjerna nämner dock någon av föräldrarna under intervjuens gång att relationen med barnet blivit bättre. Terapeuterna har i samma nio familjer haft med syftet att stärka anknytning mellan barn och föräldrar men det har som synes inte alltid varit det primära syftet. Föräldrar och terapeuter har haft gemensam målsättning när det gäller barnets svårigheter, möjligen har terapeuterna formulerat anknytningstänkandet och stödet till föräldrarna tydligare. Anknytning är ju en relation som påverkas av egenskaper hos både förälder och barn och kan förändras från bägge håll. Se fortsatt diskussion under: Vad förändrades...

Hade någon annan sorts hjälp behövts som komplement eller ersättning?

Avsikt med frågan var att belysa om föräldrarna saknat något och på så sätt få en fingervisning om vad som ev. skulle behöva komplettera en Theraplay-behandling. Detta var en svår fråga eftersom familjerna behandlades vid skilda enheter och således hade olika mycket stöd runt. För de allra flesta ingick Theraplay som en del i behandling som även inkluderade föräldrasamtal, samarbete med t.ex. skola och förskola, rådgivning, miljöterapi etc. I åtta av familjerna har någon förälder (mest mammor) även haft enskilda samtal. Hälften av barnen utreddes i samband med behandling. Av dessa fick två familjer kontakt med Handikapp och Rehabilitering där de fått fortsatt stöd. Tre barn har fått logopedhjälp. Teckenspråkundervisning, dietistrådgivning, immunförsvarsstärkande behandling m.m. har förekommit.

Tre barn fick under eller strax efter behandling extra resursperson. Ett hade redan det. Ett fick mindre grupp i förskolan

Ett barn gick redan på specialskola samt hade stöd hemma från kommunen.

Det finns inte något av barnen/familjerna där Theraplay varit den enda insatsen. Därför blir första svaret på frågan i samtliga fall ungefär "Nja, jag vet inte riktigt vad det skulle ha varit i så fall." I tre familjer lägger man sedan till konstaterandet att man egentligen inte känner till vilka metoder som finns att tillgå. I fyra familjer efterfrågar man fortsatt stöd efter behandling i någon form (en familj nämner kontakt med andra i samma situation) men de flesta säger samtidigt att de kanske inte orkat med detta. "Det där var ju bara början, alla dessa möten

och läkarbesök, hade de föreslagit mer då hade man väl skrikit högt. Endast en mamma säger att hon önskat mer hjälp, länge och ofta.

Vad för slags hjälp till familjen hade annars varit aktuell?

Avsikten med frågan var att förstå vilka behandlingsmetoder som Theraplay så att säga konkurrerade med och få en utgångspunkt för en diskussion om för och nackdelar i förhållande till dessa metoder. Terapeuterna hade i något fall funderat på psykodynamisk barnterapi i syftet att bearbeta negativa inre bilder, i något fall på MarteMeobehandling men i de flesta fall sett Theraplay som en möjlighet att samtidigt ge behandling och förstå mer av både barnets svårigheter/resurser och familjedynamiken. Samt, det inte oväsentliga faktum att de just gått en utbildning och var ivriga att pröva denna nya behandlingsmetod.

Terapeuterna har sett Theraplay som en ingång till att förstå vad familjen behöver och det blir i alla fall tydligt att det i hälften av fallen lett till, eller utgjort del i, utredning av barnets svårigheter. Det flera terapeuter nämner generellt är att Theraplay är ett bra alternativ t.ex. när barnet har så stora svårigheter att det kräver specialkunskaper. Theraplay är direkt inriktad på samspel, lämnar inte samma utrymme för barnet att uttrycka sig symboliskt som andra barnterapi metoder. Detta gör att det är viktigt att överväga behovet av att lägga till möjlighet till bearbetning i annan form om barnet t.ex. varit utsatt för trauma.

Det terapeuterna nämner påverkade valet i förhållande till Marte Meobehandling är: *MarteMeo innebär mer av insikt för föräldrarna och så hoppas jag att det ska påverka relationen - här hoppas jag in och gör en bit med barnet också.*

I övrigt har behandlingsalternativen och diskussionen runt dem inte varit så tydlig att avsikten med frågan blivit meningsfull.

Hände något annat betydelsefullt i barnets/familjens liv under behandlingstiden?

Min avsikt var att redovisa om annat än själva Theraplaybehandlingen påverkat familjen under behandlingstiden. Jag insåg att detta var en fråga som var mer individuell än jag avsåg. Som en pappa konstaterade *Ja, det hände väl en sjuhelsikes massa saker under tiden som det gör i en familj, bilen brann, vi flyttade, någon dog och någon föddes och inte kommer jag ihåg vad som var viktigt för mig just precis då, och ännu mindre vad som var viktigt för honom, men nog påverkade det oss!*

Tre av barnen har under behandlingstiden fått resursperson i skolan eller på förskolan vilket varit positivt. Ett av barnen har tvärtom *"blivit av med"* resurs person vilket av föräldrarna upplevts som den största positiva förändringen i barnets liv... *"hade du frågat mig innan höstterminen började så hade jag tyckt att Theraplay var fantastiskt för det blev en stor förändring, men sen fick han en lärare som bara förstod honom och satsade på honom och tog bort resurspersonen och sa att han självklart skulle få chans att prova på sitt sätt- och då innebar det en ännu större förändring, så nu är hans svårigheter så oändligt mycket mindre än de var då."*

Hälften av familjerna har flyttat under eller efter behandlingstiden. Ett par separerade. Sex av barnen har fått syskon, strax före, under eller efter behandling. Endast tre familjer nämner dock detta i samband med frågan.

Resursperson är det som föräldrar spontant nämner som betydelsefullt för barnets utveckling.

Vad förändrades till det bättre/sämre? För dig resp. för x? För er som familj?

Frågan är avsedd att ge dels en bild av om det som var syftet med behandlingen skett, dels om annan förändring än den främst avsedda skett i familjen. Fam I här är därför Fam I även i Främsta syftet med... o.s.v. för att illustrera och underlätta jämförelse mellan syfte och resultat.

Mamma	Pappa	Terapeut
<i>Familj1</i>	<i>1 Han blev lite lättare att ha att göra med, det blev enklare. Allt det här som hänt har ju gjort att man kommit varandra närmare, hela familjen.</i>	<i>1 Föräldrarna såg hur man kunde arbeta med gränser och vad han behövde. Han sög åt sig omsorg.</i>
<i>Fam.2 Det förändrade vårt liv, jag började tycka om honom igen helt enkelt.</i>	<i>2 Vi förstod honom och det var lättare för honom att förstå oss. Allt bara började fungera.</i>	<i>2 Mamma blev "förälskad". Pappa blev tydligare och mer involverad. De fick verktyg och kunde anpassa vardagen. Han fick lättare med kompisar.</i>
<i>3 Han började prata. Vi fick en helt annan insyn i hans problematik och det stärkte mig jättemycket</i>	<i>3 Han började prata. Man förstod mer hur man kunde göra.</i>	<i>3 Han lärde sig prata lite, leka lite symbollek, ta förändringar bättre. M kunde tro på att hon hade något att erbjuda och pappa blev bättre på att se hans svårigheter och inte utsätta honom för <u>för</u> svåra saker.</i>
<i>Fam 4 Hon vågar träffa nya människor, det sociala bättre, inte jättebra men inte alls lika oroligt. Hon är en glad flicka nu och vi förstår henne. Jag vet nu att hon kan utvecklas och få ett bra liv.</i>	<i>4 Hennes acceptans för människor utanför familjen ökade och vi förstod henne mycket bättre. Innan var det bara bråk och skrik och smäll i dörrar, från bägge sidor.</i>	<i>4. De hittade nya vägar att kommunicera. Mammans skuldbörda lättades.</i>
<i>Fam 5 Han blev gladare, mindre frustrationsutbrott, skolan var jättenöjda och allt blev bättre där. Lugnare för mig eftersom skolan slutade helt att ringa om allt han inte gjorde.</i>	5	<i>5 Han började plötsligt kolla upp vad andra förväntade sig. Började räkna i skolan. Bättre kontakt med vuxna.</i>
<i>Fam 6 Vi stressar och skriker mindre hemma. Vi såg ju att han var nåbar och att det kanske var vi som stressade upp honom också. Han ville ha lite mer kontakt och det vill han fortfarande.</i>	6	<i>6 Stor förändring i skolan, han blev mycket lugnare. Maten började fungera. Bättre anknytning med mamma. Mindre kamper hemma, de förhandlar.</i>
<i>Fam 7 Det blev bättre just då, vi kunde faktiskt göra saker tillsammans och jag fyllde lite tomrum åt henne.</i>	7	<i>7 Mamma påbörjade anknytning och de fick lättare att samspela.</i>
<i>Fam 8 Han fick självkänsla, började prata, blev mer social, inte lika rädd för nya</i>	8	<i>8 Han gick att nå på ett annat sätt. Bättre tonus i kroppen.</i>

<i>situationer, tar kontakt med andra barn och vuxna, inte lika mkt behov av förberedelse. Hans och min relation är nog närmare, den var nog lite mer teoretisk förut.</i>		
<i>Fam 9</i>	<i>9 Hon lyfte sig några snäpp, utvecklades och vågade göra nya saker.</i>	<i>9 Hon blev tydligare, bättre samspel. När hon blev mer självständig vågade föräldrarna sätta mer gränser.</i>
<i>Fam 10 Hon ”kom ut” i och med det. Hon har ju fortfarande svårigheter eftersom hon kom ut så sent i livet men hon började nog med det i och med det här..</i>	<i>10 Man fick ju någon sorts karta och slappnade av lite.</i>	<i>10 Hon kunde vara kvar i relation, hon var så stark i sitt undvikande men började vilja ha kontakt och blev förälskad i sin mamma.</i>

Ingen av föräldrarna tycker att något förändrats till det sämre.

Det är stora förändringar som beskrivs med tanke på den problematik som familjerna utgår ifrån. De flesta barnen har neuropsykiatriska diagnoser och målsättningen handlar främst om kommunikation och relation, för flera av barnen med svårigheter inom autismspektrum har behandlingen inneburit att de börjat kommunicera och interagera socialt När problematiken varit av mer utagerande slag har betoningen varit att hjälpa barnen att vara trygga och våga släppa kontrollen i relationen Föräldrarna beskriver en tydlig symtomförbättring hos samtliga barn, och en ökad förståelse och närhet i familjen beskrivs i åtta familjer. Syfte och resultat med behandlingen överensstämmer relativt väl men anknytningsaspekten lyfts fram tydligare i resultatbeskrivningen. Möjligen kan det bero på att jag tydligare efterfrågar betydelsen av behandlingen för var och en i familjen men inte specifikt efterfrågar syftet för var och en.

Vem påverkades mest/ minst?

Här bad jag både föräldrar och terapeuter att rangordna och motivera detta. Avsikten var att få en bild av hur föräldrar upplevt detta eftersom Theraplay är en integrerad barn och föräldraterapi.

Rangordning

Familj	Mamma	Pappa	Terapeut
<u>Familj 1</u>		1 Barn	1 Barn
		2 Pappa	2 Pappa
		3 Mamma	3 Mamma
<u>Familj 2</u>	1 Mamma	1 Mamma	1 Mamma
	2 Barn	2 Barn	2 Barn
	3 Pappa	3 Pappa	3 Pappa
<u>Familj 3</u>	1 Barn	1 Barn	1 Barn
	2 Mamma/ Pappa	2 Mamma/ Pappa	2 Mamma
	3 Mamma/ Pappa	3 Mamma/ Pappa	3 Pappa
<u>Familj 4</u>	1 Barn	1 Mamma	1 Barn
	2 Mamma/ Pappa	2 Barn	2 Mamma
	3 Mamma/ Pappa	3 Pappa	3 Pappa
<u>Familj 5</u>	1 Barn		1 Barn
	2 Mamma		2 Mamma/ Pappa

	3 Pappa		3 Mamma/ Pappa
<u>Familj 6</u>	1 Barn		1 Barn
	2 Mamma		2 Mamma
	3 Pappa		3 Pappa
<u>Familj 7</u>	1 Barn		1 Barn
	2 Mamma		2 Mamma
	3 Pappa		3 Pappa
<u>Familj 8</u>	1 Barn		1 Barn
	2 Mamma		2 Mamma
	3 Pappa		3 Pappa
<u>Familj 9</u>		1 Barn	1 Barn
		2 Mamma	2 Mamma
		3 Pappa	3 Pappa
<u>Familj 10</u>	1 Barn	1 Barn	1 Barn
	2 Mamma	2 Mamma	2 Mamma
	3 Pappa	3 Pappa	3 Pappa

Det visar sig att de tillfrågade föräldrarna och terapeuterna i 9 familjer rangordnat någorlunda överensstämmande. I den tionde familjen bedömde pappa att det betytt allra mest för mamma, sedan barnet och sist honom själv medan mamma bedömde det som att främst barnet påverkats, sedan hon själv och pappa lika mycket. Terapeuten rangordnade 1 barnet 2 mamma 3 pappa. Pappa motiverade sin bedömning med att de kom från skilda kulturer där mamma innan behandlingen känt mycket skuld som nu lättat. Även i den familj där alla tre är överens om att det varit viktigast är det tyngsta skälet att mammas skuldbörda lättat.

Det intressanta i dessa svar är kanske inte att föräldrarna tycker att det varit allra viktigast för barnet bl.a. eftersom det är barnets svårigheter de främst sökt hjälp för. Men varför är det bara en pappa som svarat att han tror det varit viktigare för honom än för mamman medan 11 föräldrar svarat tvärtom. Är barnen fortfarande främst mammas angelägenhet? Är det hon som främst lider av att barnet har svårigheter? Har kvinnor generellt lättare än män att ta till sig terapi? Eller är det vi behandlare, företrädesvis kvinnliga, som inte förmår nå, eller kanske inte lägger lika stor vikt vid, papporna?

Hur har föräldrar/ terapeuter motiverat sina svar? Det är påfallande få som har motiverat, de har tyckt att det varit svårt att förklara vad de grundar bedömningen på och den har ofta inte varit självklar. En mamma säger uttryckligen ”*för att det var vi två som hade det svårt*” och terapeuten bekräftar. Två mammor säger att ”*eftersom det var jag som oroade mig mest så var det nog viktigast för mig*”, en mamma ”*eftersom det var jag som var hemma*”. En pappa ”*ja, för fungerar det mellan dom så fungerar all annat automatiskt*”. Den pappa som faktiskt satt sig själv först motiverar ”*Ja, det där låg liksom för mig, hon hade det nog lite svårare, förresten tycker jag att det är något för alla för att man umgås med sina barn på ett sätt som man aldrig skulle komma på att göra annars.*”

Motiveringarna ger således inte entydiga svar men det är en intressant diskrepans som definitivt borde utforskas ytterligare.

Vad i behandlingen tror du varit verksamt/ betydelsefullt?

Detta är en svårbesvarad fråga, är det för metoden karakteristiska ingredienser eller något helt annat som varit viktigt, hur identifierar vi ”verksamma ingredienser” i terapi. I psykoterapiforskning diskuteras ”common factors” som allians, terapeutengagemang,

klientens inställning alltmer. Ett sätt att ta reda på detta är att efterfråga den subjektiva upplevelsen.

Jag har valt att redovisa det först givna svaret på frågan eftersom jag tror att det man spontant kommer att tänka på är av vikt. Både föräldrar och terapeuter ger fler svar på denna fråga men det här är det de först kommit att tänka på.

Fam 1

Pappa Ja, det var väl det här att han fick så bra kontakt med behandlaren. Han stötte ju bort folk kroppsligt förut och i början ville han ju inte alls men det var ju bara dom två där så det var ju ingen idé att kämpa emot så han gav upp, ja det var enbart bra. Det var ju tårfloder när dom skulle skiljas sen också.”

Terapeut: Han sög åt sig av omsorg.

Fam 2

Pappa Arbetet med ögonkontakt, det fick mig att förstå vad det handlade om

Mamma Alla samtal vi fick, att känna att vi faktiskt inte var så dåliga.

Terapeut Jag kunde bekräfta för föräldrarna precis hur svårt det var även för mig att nå fram till honom.

Fam 3

Pappa Vi fick handledning, tips kan man säga. Hon förklarade vad som hände och man fick vara med hela tiden. Det där med att tvinga honom att göra roliga saker, det har man ju haft nytta av efteråt.

Mamma Otroligt viktigt att båda är med, vi såg och hörde samma saker, det hade inte gått annars.

Terapeut - att föräldrarna fick se att det var lika svårt för mig som ”expert” att få kontakt med honom.

Fam 4

Pappa Det var det fina och mjuka bemötandet som gjorde att han fick förtroende.

Mamma ” Det enkla, de använde så enkla saker som påverkar så mycket”.

Terapeut.....

Fam 5

Mamma Det där med samarbete, att i lugn och ro få hålla på med något.

Terapeut Att bli så sedd, att bli bemött på den nivå han befann sig. Han var sjövid som liten och missade nog mycket närhet.

Fam 6

Mamma Just att han fick koppla av, bli insmord och ompysslad, kravlöst, han behövde inte göra något - och vi såg att han kunde - vilket vi inte sett för vi gick ju också på högvarv. Det krävs också väldigt mycket av de som ska utöva det, många vuxna tycker att han är så trevlig och pratar och pratar och så har han totalt tagit över och då ska de försöka gränsa honom och det går inte lika lätt och han förstår ingenting och blir ledsen och det blir helt fel. Jag har sett det så många gånger. Man måste verkligen veta vad man vill uppnå. Han tog ju över för henne också i början men hon stod kvar. Han kunde slappna av när han inte kunde ta över. Hon (terapeut) svarade t. ex inte på alla hans frågor, det är inte så många som förstår sånt, vitsen med det.

Terapeut När föräldrarna såg vad han behövde, väcktes något.. De såg hur man kunde närma sig på enkla sätt.

Fam 7

Mamma Att det var så systematiskt, nu gör vi så här och så här - det var bra för mig också för jag visste också vad som skulle hända. Tydligt. Samma saker bra för oss bägge två.

Terapeut Att mamma fick se att terapeuten också hade det svårt med att få kontakt och att hon själv inte gjorde allt fel och det att någon brydde sig om hur de hade det i livet.

Fam 8

Mamma De enkla basala grejerna, för oss har den här metoden varit optimal för den har gått in på precis de delar som han missat och som vi har försökt hoppa över. Han var ju så ojämn, kunde klara av saker som en 7-8 åring och sen inte ens som en 1½ åring.

Terapeut Kunna bekräfta föräldrarna i hur svårt det var att fånga hans uppmärksamhet och få något tillbaka.

Fam 9

Pappa Det var nog det här att vi gjorde saker tillsammans, ibland hon och jag, ibland hon och mamma, ibland allihop.

Terapeut Att det var så konkret, de fick göra saker alla tre.

Fam 10

Pappa Det var nog det här interagerande mötet. Det var viktigt att det var med någon utanför familjen. T. gav inte upp fastän hon inte ville svara på något alls i början. Och då vågade hon till slut kanske riva papper och det var kul och då vågade hon lite mer och det gick ändå inte överstyr, hemma kunde hon bli så upphetsad så hon bara slog till en och hoppade runt om vi försökte leka.

Mamma Att det fanns någon utanför. Vi hade nästan ingen släkt och dagispersonalen har ju sina roller och man var både orolig för att hon var så sjuk och för att hon inte var som alla andra barn.

Terapeut Att föräldrarna såg vidden av hennes svårigheter, hur aktivt hon faktiskt undvek dem.

Det är som synes mycket individuellt vad man upplevt som mest betydelsefullt. Svaren speglar också att det ibland varit viktigast med för metoden specifika faktorer som ögonkontakt, terapeutens envisa strävan efter kontakt, att möta barnet på tidig nivå etc. För andra föräldrar har upplevelsen av stöd och förståelse i mötet med terapeuterna varit avgörande. För terapeuterna har det påfallande ofta upplevts som avgörande att kunna dela och bekräfta föräldrarnas upplevelse.

Vad är enligt din mening för och nackdelar med metoden?

Avsikten med frågan var dels att få fram den individuella upplevelsen dels att fungera som en öppen uppsamlingsfråga för det jag inte tänkt på att fråga. Ingen av de föräldrar som svarat är egentligen kritisk till metoden. När de samtliga börjat med att de inte sett några nackdelar har jag fortsatt att fråga om det var något de kommer ihåg som de undrade över eller som kändes ovanligt eller svårt etc.

Fam1

Nackdelar: Pappa Inga nackdelar, ja, det skulle väl vara att när man satt där o såg på filmen och såg oss tillsammans så såg man att vi var ganska lika!

Fördelar Han hade det bra där- det var ju svårt att se det som behandling precis men det kanske det var - jag såg bara att han mådde bättre när vi gick därifrån och det räckte för mig.

Fam 2

Nackdelar mamma Ja, kanske, i början undrade vi ju över det här att han skulle matas fastän han inte gillade det och det har jag fortfarande inte förstått varför.

Fördelar Pappa Det var bra att gå ner till hans nivå, han var liten, mindre än vad han var. För oss var allt bra, det förändrade hela livet.

Fam 3

Nackdelar mamma Ja, det var ju det när hon satt på slutet och höll honom som en baby, det kan jag inte riktigt förstå varför, jag ser en baby framför mig, men han tyckte det var toppen!

Fördelar Pappa Att han tyckte att det var så roligt. Mamma Nej, han grät jättemycket de första gångerna och sen tyckte han det var roligt. Det var ju så lite han skulle stå ut med men han grät och ville ut och då ville jag nästan stoppa.

Fam 4

Nackdel mamma Ibland var det mycket svårt när de försökte göra något nytt och hon inte ville - och de fortsatte – då var det tungt för mig också, det gjorde ont i hela kroppen. Det var svårt att se som mamma men det gav ju resultat.

Fördelar Jag såg att om hon kunde förändra sig fast det var så svårt så kunde jag också förändra mig, jag var med också hela tiden.

Fam 5

Nackdel Mamma Ja, första gången höll vi väl på att svimma, herregud så generade vi blev, ja, jag var extremt tveksam då. Det var ju nivå tvååring. Vi skulle ju göra det hemma också men då kände man sig ju för fjantig och han ville inte heller så det blev ju inte.

Fördelar Mamma Han älskade det, svalde hela grejen med hull och hår redan från början.

Fam 6

Nackdel Mamma Det är svårt att bibehålla det men lite har vi väl med oss men det gäller att inte ha för mycket runt sig.

Fördelar Det här skulle alla barn behöva men särskilt de som är krävande och har oro i kroppen, allt är ju så brusigt omkring oss, hela dagarna.

Fam 7

Nackdelar Mamma Jag hade jättesvårt att ta med mig det hem. Utgångspunkt och tankar var nog bra men jag behöver mer stimulans för att orka ta med mig det hem. Någon som finns där och påminner.

Fördelar Tydligt, metoden bra alltigenom men det skulle varit mer och lite varje dag.

Fam 8

Nackdelar Mamma I början undrade man ju – vad gör dom? Ska han inte lära sig någonting? Vi kanske hade behövt mer information om tanken bakom för vi tänkte ju - Blir det inte mer än så här? Man tänker ju inte att så enkla medel kan ge något resultat.

Fördelar Att det var så enkelt - och att han tyckte det var så roligt hela tiden.

Fam 9

Nackdelar Pappa Det där med att agera inför kamera var svårt, det komplicerade det hela lite. Sen undrade man ju vad som rörde sig i hennes huvud, om hon tänkte att det var märkligt. En del tyckte man nog själv var konstigt också, det var ju en konstig tid, men jag kommer inte riktigt ihåg vad längre.

Fördelar – att det var enkla saker man gjorde, saker som vi kunde göra tillsammans, ja, inte bara då utan över huvud taget.

Fam 10

Nackdelar Båda I början var det lite för enkelt. Kan det här verkligen hjälpa?

Fördelar Mamma Att det är så revolutionerande saker som händer med så enkla medel.

Theraplay är en speciell metod i och med att terapeuten egentligen går över gränsen för vad barnet önskar av fysisk och psykisk närhet. Detta gäller särskilt de barn med autismproblematik som värjer sig från kontakt. Dessa föräldrar påtalar också särskilt det plågsamma i att se sitt barn i denna situation och hur nära det varit att de avbrutit behandlingen. De beskriver dock även den stora förändring som skett när terapeuten kommit igenom "muren" och barnet börjat relatera.

Det andra ett flertal föräldrar reagerar mot är regressiviteten. Metoden betonar starkt att barnet behöver mötas på dess emotionella nivå och använder sig av tidiga interaktionssätt, matning, beröring etc. Detta kan väcka både rädsla för att barnet ska vara kvar i regression och inte utvecklas mot autonomi, kanske sorg och avund, kanske oförståelse inför dessa behov. Det tredje som påtalas och som fått ge namn åt uppsatsen är enkelheten. Föräldrarna tar upp enkelheten både som för och nackdel. Nackdel för att det i början känns för enkelt, det blir svårt att tro att detta kan leda någonvart och lätt att tvivla på terapeuternas professionalitet. Fördel för att det är just enkelt och basalt, går att göra själv, går att förstå och relatera till.

Terapeuterna om fördelar och nackdelar med metoden

Samtliga är positiva till metoden:

Fördelar

Det de framförallt framhåller är

-att metoden riktar sig till både föräldrar och barn.

- att det är en öppen metod gentemot föräldrarna. *Man tar inte barnet i handen och går iväg någonstans utan föräldrarna är med och följer och ser allt man gör.*

- att föräldrarna upptäcker sina barn. *När de ser dem när de samspelar ser de dem på ett annat sätt än i vardagen, barnet blir vidöppet och allvarligt och attraktivt och det blir på något sätt en förälskelse, en startpunkt till anknytning.*

- den stora kraften i metoden *Man må hålla på med yta men kopplingen går rakt inåt och kraften i det överraskade mig också. Det påminner om att arbeta med psykotiska ungdomar, samma starka kraftfält och djupt symboliska arbete från bägge håll.*

- att det är en så konkret metod- *så mycket bra och roliga saker att göra tillsammans som fångar både föräldrars och barns intresse och som de kan göra tillsammans själva sedan.*

- att terapeuten utsätter sig och delar föräldrarnas svårigheter. *Man får speciell kontakt med föräldrarna när det är så öppet och de ser allt man gör, vi jobbar liksom på samma planhalva, det är morsan, farsan och jag i teamet och jag ger inte bara goda råd utan har det lika knepigt jag. Förmodligen får jag känna på den utsatthet de upplevt hundratals gånger. Detta är också något som flera terapeuter nämner som det de tror varit det mest betydelsefulla i behandlingen.*

- bra metod att ha som del i utredning, tar fram barnets resurser.

Nackdelar

- Det krävs lång erfarenhet av barn med svårigheter som barnterapeut, man måste kunna improvisera i ögonblicket. *Du kan aldrig backa eller spela om och det händer snabbt*

- Svårt med tekniken (kamera, video, ljud och bild.). *man måste ha en tiptop, idiotsäker anläggning, allt går ju så fort. Dessutom är det mycket ommöblering och pyssel med material, det är tidskrävande att skapa en miljö varje gång, det ska ju helst vara rätt avskalat i övrigt.*

- Terapeutens utsatthet - *det är en utsatt position att ha både en kollega och barnets föräldrar som ser varje misstag du gör, det kräver verkligen ömsesidigt förtroende.*

- Man balanserar på närhet/ för nära till barnet och det är svårt. *Egentligen går man ju över gränsen och går för nära, men det gäller att inte gå för för nära.*

- bedrägligt enkelt - *men man sätter igång en massa saker som det gäller att ta hand om.*

- ibland svårt att få barn och föräldrabete i takt, *barnet kanske börjar kunna och vilja komma fram och så har föräldern inte kommit ikapp utan har kvar minnet av gamla destruktiva mönster och har svårt att möta med positiva förväntningar.*

- det finns en risk med att dela upp barn och föräldrar från början. *Det är viktigt att den perioden blir kort, bara precis så att man får kontakt och sen göra saker ihop. Det får inte bli för stark relation barn/ terapeut, det kan försvåra när föräldern kommer in.*

Föräldraenkät

Denna innehöll endast tre frågor och var ursprungligen avsedd för de familjer som inte ville/ hade möjlighet att delta i intervju. Den konstruerades med tanke på att den skulle vara mycket lätt att fylla i samt utgöra en indikation på om Theraplay inneburit någon hjälp för familjen.

Fråga 1 Har de problem ni sökte för minskat?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Oförändrat Helt borta

Medelvärde: Samtliga 3,4
Män 3,2
Kvinnor 3,6

Kommentar; Med tanke på övervikten av neuropsykiatriska diagnoser, särskilt inom autismspektrum, är det knappast realistiskt att problemen skulle vara helt försvunna. I detta perspektiv tyder på svaren på en god behandlingseffekt.

Fråga 2 Har Theraplay inneburit någon positiv förändring av relationerna i er familj?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Ingen Omvälvande
förändring förändring

Medelvärde: Samtliga 4,0
Män 3,8
Kvinnor 4,1

Kommentar: Denna fråga har även ställts i intervjun. I hälften av familjerna upplever man att det skett en omvälvande förändring.

På båda dessa frågor skattar männen generellt lite lägre. Det är svårt att uttala sig generellt om detta eftersom det är ett så litet material och det inte ens alltid är föräldrapar i samma familjer som svarat. Men fenomenet känns igen även från skattningen av för vem man tror behandlingen betytt mest och är onekligen intressant.

Fråga 3 Skulle du rekommendera Theraplay till andra föräldrar?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
Absolut Absolut
inte

Medelvärde: Samtliga 4,9

Alla föräldrar har skattat 5,0 utom en pappa som skattat 4,0.

Kommentar: Detta är en starkt positiv bedömning av samtliga föräldrar.

Här är även könsskillnaderna minimala, alla är positiva.

Diskussion

Det är svårt att utvärdera något man själv är en del av och mitt deltagande i kurs och handledning tillsammans med de intervjuade terapeuterna raderar obönhörligen ut varje anspråk på objektivitet. Även föräldrarna tror jag självklart såg mig som positiv till Theraplay vilket faktiskt var en sanning med modifikation när jag började med uppsatsen. Förutom en instinktiv motvilja mot nya amerikanska underterapimetoder som på kort tid hjälper mot i stort sett allt, för i stort sett alla, hade jag även fler betänkligheter. Vad innebär det för barnets integritet med en metod som är beredd att tvinga på barnet en relation det kanske inte vill ha? Vad innebär det med en metod som betonar glädje och lust, kan inte det lätt innebära skådespeleri på bekostnad av genuinitet, för vem känner alltid glädje och lust även om intresset för barnet finns? Och hur kändes det som förälder, att sitta och titta på när en ”expert” gjorde saker med mitt barn. Vad blev det egentligen för resultat, var det den undermetod det beskrevs som på kursen och ”Kunde det vara så enkelt”? Inte så lätta frågor och fick jag svar på dem?

Det sistnämnda fick jag svar på – **Nej, det kunde inte vara så enkelt!** Det är en krävande och komplicerad metod som kräver lyhördhet, mod och gedigna kunskaper hos dem som ska utöva den, det framgår med all tydlighet.

Det som föräldrarna tar upp som svårast är just att se sitt barns integritet hotad och flera beskriver sin plåga när barnet inte vill och terapeuten fortsätter att försöka. Men de beskriver också att det vänder, att barnet tar till sig, och gläds över att kunna ta till sig, en relation. De beskriver i nästan samtliga fall att deras relation med sitt barn blev bättre. De beskriver även att barnen ändrat sina anknytningsstrategier och fått bättre relation även till andra människor.

Min farhåga ang. terapeutens expertroll bekräftades inte, möjligen för att jag inte ställde rätt frågor. Jag frågade ju inte specifikt om detta utan om fördelar, nackdelar och svårigheter.

Däremot har flera tagit upp det provocerande i att barnet uppmuntras till så regressiva

aktiviteter, att det tidiga samspelet är så framträdande. Det har varit både *lite pinsamt och oförståeligt*. Det implicerar att det är särskilt viktigt att beskriva skälen till detta för föräldrarna och diskutera och kanske anpassa till rimlig nivå för alla parter för att behålla behandlingsalliansen. Det är möjligt att det utom oförståelse eller oro för regression även kan väcka sorg och avund.

Min farhåga för att samspelet skulle kännas konstlat har inte fått någon bekräftelse, ingen har nämnt detta som en komplikation. Intensiteten i behandlingen verkar vara så hög att någon känsla av att inte vara autentisk aldrig uppstår. Tvärtom beskrivs en stark känsla av närvaro. Terapeuternas och föräldrarnas bild av behandlingen har varit någorlunda överensstämmande. Diskrepansen finns eventuellt i terapeuternas något större vikt vid föräldrarnas förändring medan föräldrarna främst ser barnets förändring.

Bägge parter beskriver dock ett oerhört positivt och avgörande möte. Det är som alltid i klinisk verksamhet svårt att säkerställa vad som beror på den specifika metoden och vad som beror på mer "common factors" (faktorer gemensamma för de flesta metoder, som graden av engagemang, kontakt, allians m.m.) men tillsammans har det inneburit en stor förändring i barnens och föräldrarnas liv. Berättelserna tycker jag mycket tydligt förmedlar att detta är en metod värd att införliva i vår verksamhet.

Diskussion av val av undersökningsmetod.

Föräldrars och terapeuters upplevelse av en metod, vad säger det? Dels ingår metoden oftast i ett behandlingspaket där det är svårt/omöjligt att särskilja vad som i behandlingen är bra, mindre bra, onödigt, skadligt etc. Det finns den så kallade Hawthorneeffekten som tyder på att det blotta faktum att man får uppmärksamhet och del av någon intervention över huvud taget kan ha en positiv effekt. Det finns "the DoDo bird verdict", uppfattningen att alla terapiformer i stort sett är likvärdiga eftersom det är andra faktorer än metoden som är de viktigaste komponenterna i behandlingen. Dels finns faktiskt undersökningar som påvisar att behandling kan ha en negativ effekt även om både behandlad och behandlare är positiva till behandlingen. Ett exempel är en modell för ensessions-debriefing (Critical Incident Stress Debriefing) som utvecklades av Mitchell på 80-talet. Terapeuterna hade mycket positiva erfarenheter av behandlingen och enkätundersökningar visade att de allra flesta deltagare var mycket nöjda med den hjälp de fått. I två studier som gjorts med långtidsuppföljning (ca ett år respektive tre år) visade det sig att debriefing-gruppen hade sämre resultat än kontrollgruppen. (Psykologtidningen nr 7 2006, Lars Gunnar Lundh.)

Randomiserade, kontrollerade och noggrant utarbetade studier är absolut nödvändiga för att ta reda på om det är ett meningsfullt arbete vi gör och vad i det vi gör som är betydelsefullt, men de kräver ofta stora resurser i form av tid och pengar. Det är också svårt att avgränsa problemområden, metod, m.m. i en klinisk verklighet som ofta är mycket komplex. De ger heller inte svar på allt och mer "öppna" undersökningsmetoder kan försvara sin mer hypotesgenererande inställning.

Min förhoppning är, att barnpsykiatrin ska utvärdera sina arbetsformer i en helt annan utsträckning än vad som hittills förekommit (vilket inte precis är en revolutionärt avvikande ståndpunkt!)

Denna uppsats är avsedd att utgöra en indikation på ett svar på frågan om det är meningsfullt att infoga denna behandlingsmetod i barnpsykiatris repertoar. Våra uppdragsgivare är oftast barnens föräldrar vilket gjorde det angeläget att göra deras röst hörd. Det mest bestående resultatet av intervjuerna är att samtliga föräldrar faktiskt beskriver symptomförbättring för barnen och att det i åtta av tio familjer även beskrivs att relationen förändrats. I några fall

ligger tyngdpunkten i berättelsen på att barnet förändrats, ibland på den känsla som väckts hos föräldern men det är i flera fall mycket omvälvande förändringar som beskrivs.

De terapeuter som intervjuats beskriver även de att metoden inneburit känslomässigt omvälvande erfarenheter och att de upplevt att Theraplaymetoden varit ett viktigt tillskott i deras behandlingsutbud.

Om både behandlare och föräldrar är mycket positiva är i ett idealt händelseförlopp första steget att möjliggöra vidareutbildning i metoden och steg två- utvärdera igen! Denna gång en randomiserad, kontrollerad behandlingsstudie med en neutral forskare...

Litteraturlista

Arts, Maria (2000) *Marte Meo. Basic Manual*. Aarts Productions.

Beck, Judith S. (1995) *Cognitive therapy, Basics and Beyond*. The Guilford Press.

Björkman, Stig (2003) *Joyce Carol Oates, Samtal med Stig Björkman*. Alfabeta Bokförlag AB.

Broberg, Almquist, Tjus (2003) *Klinisk Barnpsykologi, Utveckling på avvägar*. Bokförlaget Natur och Kultur.

Cederström, Anita (Rapport 2006:1) *Samspelsbehandling - små barn och deras föräldrar*. Psykisk hälsa - barn och ungdom, Centrum för folkhälsa.

Eriksson, S. & Tengelin, K. (2002) *En lek på allvar. En studie av samspel mellan föräldrar och barn utifrån Marchak Interaction Method*. Umeå Universitet, Institutionen för psykologi, psykologexamensuppsats.

Hafnesköld, L. & Risholm Mothander, P (2002) *Utvecklingspsykologi, psykodynamisk teori i nya perspektiv*. Liber AB

Holmqvist, Rolf (2006) *Psykologi och placebo. Psykologtidningen nr 10 06*.

Jernberg A. M. & Booth P. B. (2001) . *Theraplay. Helping Parents and Children Build Better Relationships Through Attachment-Based Play*. San Fransisco. John Wiley & sons.

Jernberg A. M., Booth P.B. Koller, *Manual for the administration and the clinical interpretation of the Marchak Interaction Method (MIM). Preschool and Schoolage*. Wilmette: The Theraplay Institute.

Kåver, A. *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Natur och Kultur.

Lundh, L-G, (2006) *Metaperspektiv på psykoterapin- del II. Psykologtidningen nr 7-06*.

Munns E. (Ed) (2000) *Theraplay. Innovations in Attachment-Enhancing Play Therapy*. Northvale: Jason Aronson

Mäkelä Jukka(2003) *What makes Theraplay effective: Insights from Developmental sciences. The Theraplay Institute Newsletter*.

Mäkelä, Jukka & Vierikko, Ilona (2004) ” *From heart to heart*” *Report on the Theraplay project in the SOS Childrens Villages in Finland 2001-2004*. Published by the SOS Childrens Village Association, Erikoispano Oy Finland.

Nordin, Annika (2006) *Den mångdimensionella människan. Intervju med psykoanalytiker Nancy Mc Williams. Psykologtidningen nr 7 06*

Norlander, J. & Stenvall J. (2004) *Att mäta samspel mellan barn och föräldrar med Marchak Interaction Method*. Umeå Universitet, Institutionen för psykologi, psykologexamensuppsats.

Parment, G. (2002) *Kognitiv psykoterapi med barn och ungdomar*. Svenska institutet för Kognitiv Psykoterapi. Examensuppsats.

Perris, A-R. & Printz, B. (2004) Integrering av kognitiva principer i arbetet med Barn, ungdomar och deras familjer. Svenska institutet för Kognitiv Psykoterapi. Examensuppsats.

Perris C (1996) *Ett band för livet. Bowlbys anknytningsteori och psykoterapi*. Borås: Natur och Kultur.

Soltvedt, Martin (2005) *Barnorienterad Familjeterapi*. Mareld.

Stern, D. N. (1991). *Spädbarnets Interpersonella värld*. Stockholm: Natur och Kultur.

Stern, D.N.(2005).*Ögonblickets psykologi, Om tid och förändring i psykologi och vardagsliv*. Natur och kultur.

Sundberg, Britta (2005) *MIM och Theraplay i Utredning och behandling*. Umeå Universitet, Psykoterapeutprogrammet, inriktning familj. Examensuppsats.

Wettig,Herbert& Franke Ulrike (2004). *Evaluation of the effectiveness of Theraplay in Germany. Two empirical studies with repeated measurements carried out in actual therapy situations*. Theraplay Institut.

WHO.s webbsida:www.who.int

Bilaga 1

Exempel på MIM uppgifter

0-3 år

1. Ta var sitt pip-djur och låt djuren leka med varandra..
2. Lek en tittulek med ditt barn.
3. Smörj ditt barns händer med handkräm.
4. Lämna rummet utan ditt barn i en minut.
- 5.. Mata ditt barn med russin eller godis.

3 - 12 år

1. Lek en lek ni båda kan.
2. Berätta för ditt barn om när barnet var baby. Börja med ” När du var en liten baby”. Om barnet är adopterat eller familjehemsplacerat etc, börja med ”när du kom till oss...
3. Lämna rummet utan ditt barn i en minut
4. Ta papper och penna. Rita snabbt en teckning och uppmuntra ditt barn att rita en likadan teckning. Alt. Bygg med klossarna. Säg till ditt barn att bygga likadant med sina klossa
5. Mata varandra med russin eller godis.

Välj lämpligt antal uppgifter.

Bilaga 2

Uppsats, Theraplaysession

En halvtimme med 3½- årig pojke, ”P”, autismspektrumproblematik. Fjärde gången. Barnterapeuten kallas T. Småpratet är återgivet i avkortad form.

Utanför terapirummet går föräldrarna till ett angränsande rum tillsammans med föräldraterapeuten. De följer där sessionen via envägsspegel och videoupptagning. På golvet har tejpats färgade pappersbitar som barn och terapeut hoppar in till sitt rum på. Terapeuten håller P framför sig och hoppar (detta utvecklas till att han först kan sätta fötterna på terapeutens och mot slutet av terapin försöka hoppa själv, men nu dinglar benen fritt...) T sätter ner P i en Saccosäck och ordnar till bekvämt för honom, småpratar om hur de kan ordna till det så att han sitter på allra bästa sätt.

Check-up-T tar lite på luggen - har du klippt dig –o- titta du har med dina fina ögon- öron etc. stryker längs armar - och dina fina armar och långa ben och titta där vilken fin prick! (födelsemärke). Hon noterar ett litet småsår sedan förra veckan - Titta, det är nästan borta, det har blivit alldeles slätt och mjukt igen.

Lotion- T smörjer in hans händer och armar med lotion medan hon sjunger ”hans sång”, (barnvisa med egen text med hans namn insatt så att det handlar om just P). Efter en stund - men whoopps, men vad händer nu, nu ramlar jag (låtsas ramla baklänges) - Oj, nu får du dra upp mig (sträcker fram händerna) För första gången gör P nu ett försök att hålla fram händerna och skrattar lite, han har tyckt att detta varit roligt varje gång men inte förstått att han kan medverka.(först session 8 gör han ett aktivt försök att dra upp T). Nu tar T tag i hans händer och drar sig upp - Oj vilka starka armar oj jag kommer heeela vägen upp! Nej, oj nu ramlar jag igen...

Bomullshockey- T tar fram bomullstuss och bricka som hon håller mellan dem. Det gäller att blåsa tussen fram o tillbaka o ev. försöka göra mål. Nu räknar jag till tre o så blåser vi (P klarar inte vänta utan blåser direkt) Oj, det gick fort, jag hann inte med- en gång till! Ett, två, tre...(T söker hela tiden ögonkontakt och nu tittar P på henne). Efter detta blir det för mycket och han blundar och håller för öronen vilket han ofta gör, inte förrän session 11 säger han nej till något med hjälp av sin röst. T avvaktar en kort stund och fortsätter sedan med

Måla med fjäder- T tar fram en fjädervippa - Nu ska du få hålla för ögonen (P tar bort händerna från öronen och håller framför ögonen) och gissa var jag nuddar! P kan inte hålla för riktigt utan tjuvkikar, klarar trots detta inte att visa var fjädern strukit. (Han har svårt med sensorik och kroppsgränser och detta leks i många varianter, med fjäder, blåsa med sugrör på huden, bomullstuss etc och han kan så småningom allt lättare identifiera var på sin kropp han känner något). – Här , det kanske killar lite.. T hjälper och visar och gör om några gånger.

Riva papper - T tar fram tidningspapper - nu ska vi höra hur det låter om man river sönder det här - T river en liten bit- Åh, har du hört! - nu får du riva så håller jag- (P har svag motorik och kan inte hålla i papperet) Oj, vi hjälps åt du och jag- T får hålla i Ps händer och de river tillsammans. Har du hört på maken, nu provar vi en gång med två blad –åhej! (det tar några

sessioner innan P kan greppa och dra lite med egen kraft, T försöker så småningom med tyg men det blir för svårt, P tycker inte om ljudet och vill inte och de får återgå till tidningspapper).

Beek-Boink - T börjar med att trycka på sin näsa och säga beep med ljus röst- så på hakan och säger Boink med mörk röst. P tycker det är roligt från första stund. (efter ytterligare några sessioner tar han eget initiativ och trycker på Ts näsa och härmar ljuden) och det går att fortsätta med att trycka även på hans egen näsa och haka.

Mata- T tar P i knät som ett mycket litet barn och ger honom Festis och kex- Oj, vad du kan tugga , får jag höra hur det krasar när du tuggar på kexet? Mmm, det låter gott. T ger P lite i taget och han slappnar så småningom av och halvligger i famnen och tittar T i ögonen.

Avslutning - Nu ska vi sätta på strumporna - nu pussar jag på tån och så sätter vi fort på strumpan så pussen inte försvinner!

Nu ska vi gå ut till mamma och pappa- och så ska vi se om vi kan hoppa på färgplättarna - De hoppar ut på samma sätt som de kom in.

Utanför står föräldrarna redo att ta emot, det är viktigt att fokus är kvar på barnet så att det blir en positiv ”överlämning”, om föräldrar och terapeuter vill prata sparas detta till egen tid mellan sessionerna. Hur mycket samtal det blir mellan föräldrar och terapeuter bestäms tillsammans efter behov.

Varje lek görs några gånger och kan varieras och improviseras i oräkneliga varianter. Främsta syftet med Theraplay för just P var att ”locka ut” honom eftersom han tog mycket lite kontakt med andra barn eller vuxna. Även att motoriskt våga lite mer och få mer kontakt med sin kropp var ett uttalat mål. Viktigt är intoningen, att känna av och anpassa sig till barnets sinnesstämning. Terapeuten försöker också hela tiden förmedla hur fantastisk och unik just P är- att han är en speciell och älskansvärd person, att det finns något gott att få från andra människor.

Föräldrar och föräldraterapeut tittar endast denna session, nästa gång är det planerat att en förälder kommer in på slutet och man leker tillsammans. Detta utökas sedan för varje session.

Bilaga 3

Introduktionsbrev

Hej!

Mitt namn är Gunnel Berggren, jag är psykolog och går f.n. en treårig påbyggnadsutbildning i kognitiv psykoterapi i regi av Institutet för Kognitiv Psykoterapi på Sabbatsbergs sjukhus. I utbildningen ingår ett mindre uppsatsarbete (10 p) och mitt önskemål är att skriva om samspelsmetoden Theraplay.

Bakgrund: Theraplay startade i Chicago på 70-talet och har sedan dess spritt sig över världen. I Sverige är metoden ny, den kom först till Umeå och 2003 anordnades en workshop i regi av Umeå Universitet där ett flertal barnterapeuter från Stockholm deltog. Under 2004 och fram t.o.m.vt 06 erbjöds ett tiotal familjer att delta i Theraplay.

Det finns ett stort intresse för metoden men ytterst lite systematiskt dokumenterat.

Min ide är nu att som uppsats dels beskriva Theraplay och i vad mån / hur den ansluter sig till kognitiv tradition (litteraturstudie) dels intervjua de terapeuter och familjer som hittills deltagit i Theraplay om deras erfarenheter. Är detta en terapiform som det är meningsfullt att satsa på?

De frågor jag tänkt ställa är ung. följande:

Kort problembeskrivning och syfte med behandlingen. Vad var Theraplaybehandlingen tänkt att åstadkomma?

Vad förändrades till det bättre/sämre? För dig resp. för x (barnet)? För er som familj?

Vem påverkades mest/ minst?

Vad tror du varit verksamt/ betydelsefullt?

Påverkade Theraplay relationerna i familjen? Om så var fallet, på vilket sätt?

Vad är enligt din mening för och nackdelar med metoden?

Hade någon annan sorts hjälp behövts som komplement eller ersättning?

Hände något annat betydelsefullt i barnets/ familjens liv under behandlingstiden?

Tanken är att intervjun ska ta ca en timme. Det vore mycket värdefullt om bägge föräldrar kan delta eftersom man ofta upplever och lägger märke till olika saker. Jag har valt att inte intervjua barnen eftersom de flesta är så unga.

Vid redovisning av resultaten är min tanke att familjerna inte ska gå att identifiera. Denna undersökning är tänkt som ett första steg och en beskrivning av föräldrars och terapeuters upplevelse av metoden.

Det skulle vara mycket roligt att få intervjua er och om ni har möjlighet att avsätta tid så kan vi träffas var ni så önskar.

Stockholm den 14 augusti 2006

Gunnel Berggren

Leg psykolog

Tel. arb.08-51452584 el. exp.51452570

mobil 073-9012541

e-mail gunnel.berggren @sll.se

