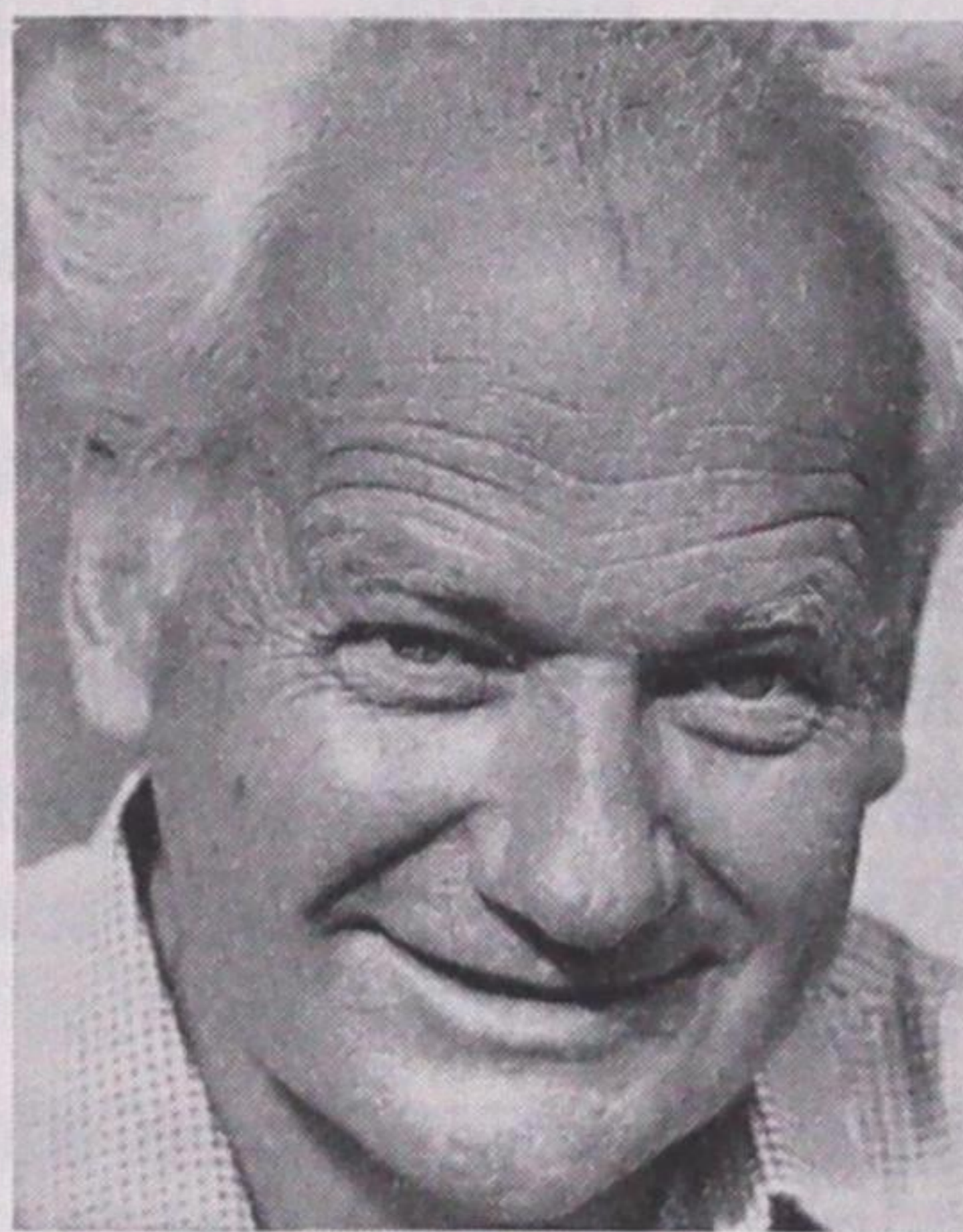


Till Erik Essén
från Vännen Jof.

Problembarn på anstalt kommer från problemfamiljer. Det står alltmer klart att behandlingen av dessa barn måste inkludera behandling av hela familjen, framhåller i denna artikel docent

GUSTAV JONSSON, överläkare vid Barnbyn, Skå, »barnhem för nervösa och psykopatiska barn».



Gustav Jonsson

Bort från anstalten — in i familjen

Ordet anstalt har dålig klang i vårt land. Anstalt luktar instängdhet, passivitet, regler och rutin.

Familj är däremot ett honnörsord. Det ordet associerar vi med liv och värme. Familjen är samhällets urcell säger vi.

Vård utanför anstalt ger vi därför en självklar preferens när det gäller barn som samhället måste ta om hand. Tillsyn i det egna hemmet eller placering i fosterhem kommer i första hand, barnhemsvård i andra hand.

Det är anmärkningsvärt att denna tradition inte är lika självfallen i med oss jämförbara länder, t ex Norge och Danmark, där barnhemmen spelar en helt annan roll än hos oss.

För vårt vidkommande har emellertid konsekvensen blivit att barnhemsvård huvudsakligen fyller två funktioner: upptagningshem för korttidsvård vid akuta kriser i familjerna (»hotellfall») och specialhem för långtidsvård av barn med handikapp av något slag.

Till den senare gruppen hör de särskilt samhällsbesvärliga barnen, småtjuvarna, skolkarna, vandalerna, plågoandarna för lärare och kamrater. De promiskuösa tonårsflickorna hör också hit. Det är den gruppen min diskussion gäller, och det är därför jag i dessa korta punkter velat ange den selektionsprocess som ligger bakom deras intagning på anstalt. Det är en hårt gallrad patientkategori. Tar man Skå till utgångspunkt, vilket ju är naturligt för mig, blir deras andel av hela barnpopulationen i motsvarande ålder i Stockholms stad lägre än en procent.

Under de två decennier som Skå varit i gång har det inträtt vissa typiska tyngdpunktsförskjutningar i fråga om vårdens uppläggning för dessa barn. De första åren stod den individuella terapin i centrum, utförd i särskilt utrustade lekrum av specialutbildade barnterapeuter. Grundmönstret för denna behandling hade vi lärt oss vid ambulansvård av huvudsakligen neurotiska barn vid rådgivningsbyråer och barnpsykiatriska kliniker.

Det stod emellertid snart nog klart för oss att denna terapeutiska teknik visserligen hade sin givna plats även på Skå men att den inte ensam kun-

de vara huvudmetod. Lejonparten av våra patienter hade en personlighetsstruktur där den överstarka impulskontrollen hos neurofallen motsvarades av en alltför svag självkontroll («jag-svaga» barn, tidig karaktärsstörning). Tyngdpunkten kom därmed att flyttas över till barnets dagliga tillvaro i stugan och i skolan, och terapeutens insats kom i mycket att bli indirekt, via gruppsamtal och konferenser med dessa andra personalgrupper.

Den familjecentrerade behandlingen

Därmed är jag nära nästa utvecklingsfas som jag främst vill söka skildra i denna artikel nämligen den familjecentrerade behandlingen.

Föräldrabehandling hade stått som en punkt på vårt behandlingsprogram från början men som på många andra håll inom den psykiska barnvården hade detta blivit mera en munnens bekännelse än en faktisk realitet. Till en del berodde väl detta på bristande tid, eftersom de utlevande barnen engagerade personalen så hårt. Till en del hängde det dock även samman med att vi ännu vid denna tid saknade en ledande metod för vårt föräldrarbete.

Den stora svårigheten därvidlag var ju att föräldrarna utgjorde en lika starkt selekterad grupp som barnen och att den väsentligaste selektionsfaktorn bestod i deras utpräglad negativa hållning mot vårdåtgärder överhuvudtaget. Som grupp betraktad representerade de vad man kunde kalla ett restklientel från en rad andra vårdområden: mentalvård, socialhjälp, nykterhetsvård, kriminalvård. Deras procentuella andel på alla dessa håll låg 3-4-5 gånger högre än ordinärt inom den vuxna befolkningen i Stockholm och lika påtagligt var att de upplevt den hjälp man gett dem som idel trakasserier och förödmjukelser. Även läkarvården hade de i regel upplevt på detta sätt.

Denna familjetyp står nu i centrum för mycken forskning runt om i världen, under växlande benämningar (multiproblemfamiljer, hard-to-reach families, unreachable families, den koarterade familjen m m). På material från Skå har vi också

kunnat verifiera flera huvudsakliga kännetecken hos denna familj: den höga missnöjesnivån inåt och utåt, den paranoida hållningen mot omvärlden, isoleringen, modersdominansen, föraktet för den svaga fadern. Genom förfrågningar bakåt i tiden har det också varit möjligt att leda mycket av detta tillbaka till föräldrarnas egen uppväxt. För påtagligt många av dem har levnadslöppet följt formeln missgynnad som barn – misslyckad som vuxen medborgare – missnöjd och misstrogen som familjemedlem. Slutstadiet har i ett övervägande antal fall fått sin prägel av fattigdom, sprit, kriminalitet och psykisk sjukdom.

Betraktar man hela familjen som sin patient blir det alltså inga lätta fall att ta hand om. Man kan fråga sig om det är mycken mening med att försöka sig på uppgiften, om det inte vore riktigare och enklare att skilja barnen från hemmet och placera dem t ex i fosterhem.

Tyvärr är frågeställningen inte så enkel.

»Kaffe-terapi»

All personlighetsteori lär oss att grundstrukturen utformas redan tidigt under barndomen. När barnen kommer till oss som behandlingsfall har de redan sina väsentliga identifieringar färdiga. Deras bindning till föräldrarna finns som faktum, även om vi vill bedöma föräldrarna som olämpliga identifieringsobjekt. I praktiken är det dessutom så att om en pojke eller flicka bedömes som möjlig att placera i fosterhem så kommer det barnet överhuvud inte till Skå. För de fosterbarn är där-
emot vanliga på Skå.

När vi valt att betrakta barnet bara som »den identifierade patienten» och hela familjen som vårt behandlingsfall har emellertid den första uppgiften blivit att ge föräldrarna någon för dem godtagbar motivering att överhuvud ha med oss att göra. Ibland har första steget fått bli att bokstavligen försöka få in en fot mellan dörrposten och dörren innan den smälls igen.

Vår teknik att söka uppnå en sådan inledande omstämning av föräldrarna har vi halvt på skämt,

halvt på allvar sammanfattat i termen »kaffe-terapi». Till formen kan detta motsvara vad vanligt folk kallar en enkel smörgås på barnstugan på Skå eller på vår mottagning inne i Stockholm, sällskaplig samvaro över en veckohelg för föräldrar och barn och personal på en barnstuga o dyl. Detta kan låta idylliskt, men i realiteten innebär det stora krav på värdfolkets förmåga att manipulera spänningar inom en grupp, något som naturligtvis inte alltid lyckas så helt. På många punkter är säkert överensställningen stor med de sociala klubbar som man även i vårt land praktiserat inom mentalvården för vuxna.

Gruppterapi

För den fortsatta behandlingen av vår speciella föräldrakategori har gruppterapi visat sig lämplig och värdefull, främst för mödrar. Enligt deras egen utsago ligger det värdefulla däri att de får en anledning att åtminstone en kväll i veckan komma hemifrån och träffa andra som har det lika svårt ställt som de själva. Flera kvinnor har också gått i sådan regelbunden gruppterapi i flera år, många även sedan deras barn blivit utskrivna från Skå. Denna fortsatta föräldraterapi har då varit förutsättningen för att pojken eller flickan skulle kunna leva utanför anstalt. I flera fall har för övrigt detta gällt att leva inte i det egna hemmet utan i fosterhem. Ytterligare etapper på vägen bort från anstalten in i familjen markeras av uttrycken familjeterapi och familjestuga på Skå.

Familjeterapi

Familjeterapi är samlingsnamnet för en rad inbördes rätt olika behandlingsformer som nu presenteras från olika håll i utlandet i en flödande litteratur. I princip innebär denna behandling att man håller terapeutiska gruppseanser med hela familjen samlad. Det förekommer raffinerade metoder, t ex med hjälp av en one way screen då man låter någon av familjen osedd betrakta vad de andra har för sig för att så byta plats med en

annan familjemedlem. På Skå har vi, enligt egen mening med fördel, sedan några år praktiserat en enklare och naturligare form som innebär att man tar med sig pojken eller flickan i bilen från Skå och sedan sitter hemma hos familjen för gruppsamtal en kväll i veckan. Det är en i början förbluffande upplevelse att finna hur olika familjemedlemmar då kan öppet ventilera problem som de tidigare hållit hemliga för varann. Även denna behandling tar emellertid sin tid, helst något eller några år för våra svåra fall. Vi har därför inte kunnat tillämpa metoden strikt annat än i liten skala.

Familjestugan på Skå

Familjestugan på Skå betyder som uttrycket anger att hela familjen flyttar ut till Skå för att bo i sitt särskilda hus. Till en början lät vi ett par familjer vistas där samtidigt, numera är praxis att helst bara en familj bor där i taget, av lätt införstådda skäl. Hittills har vi på detta sätt främst tagit hand om särskilt tungt belastade familjer som tidigare visat sig refraktära mot behandling i annan form, t ex genom socialnämnden eller nykterhetsnämnden. I flera fall har det då rört sig om f d mentalvårdspatienter.

Behandlingen är i princip en dygnet-runt-terapi där vårdaren – i regel någon av våra mer erfarna husmödrar eller husfäder – lever med i familjens liv och tar del i hushållsarbetet, i barnuppfostran, i samtalen mellan föräldrarna och allt vad som förekommer i ett hem. Ibland är det också nödvändigt att koppla in någon läkare eller terapeut för regelbundna gruppsamtal och då är ju likheten stor med den familjeterapi jag nyss berörde.

Hemma-hos-behandling

Den sista behandlingsidé vi nu söker realisera har växt fram ur verksamheten vid familjestugan. Kanske kunde man karakterisera den som en hemma-hos-behandling. Det hela går ut på att vårdaren, när det väl uppstått en koppling mellan denna och familjepatienten flyttar med föräldrar och

barn från Skå hem till deras bostad i Stockholm och tillbringa dagen där tillsammans med dem som förut. Vi har också provat samma idé när det gäller familjer som envist vägrat att låta samhället ta hand om familjens problembarn. I dessa fall har hemma-hos-behandlingen varit alternativet till polishämtning av barnet.

Terapins innehåll

Det viktiga är ju inte platsen för behandlingen, på familjestugan ute på Skå eller hemma i stan, utan innehållet i terapin. Det är på den punkten som jag till slut skulle vilja föra ett kort principresonemang.

De probleffamiljer det här gäller utgör i vårt välfärdssamhälle en restgrupp. Man har satsat tillgängliga resurser på dem, främst socialvård och läkarvård. Resultatet har blivit negativt, så tillvida att man inte kunnat avlägsna deras kardinalsymtom som familj, nämligen den höga missnöjes- och aggressionsnivån. Vi vet tills vidare föga om den familjediagnostik som är nödvändig för att man skall kunna dra upp linjerna för en god familjebehandling. Det är dock tydligt att man inte kommer åt kärnsymtomen genom att behandla barnen för sig och föräldrarna för sig, vilket nu är en ingrodd tradition.

Det lilla vi hittills tyckt oss kunna iaktta som viktiga terapeutiska regler är emellertid att man först måste räkna med en lång och svår initialfas, då det gäller att bryta ett behandlingsmotstånd som enligt min mening är grundat i besvikelser och svårigheter som går flera generationer tillbaka i tiden. Behandlingsmotståndet är inte åtkomligt för verbal terapi i vanlig ordning. I stället måste komma praktiska handtag som uppenbarligen är till nytta för familjen. Ord spelar en underordnad roll, handling är det väsentliga.

För att föräldrarna och därmed också barnen skall komma över sin ingrodda, antisociala attityd krävs inte i första hand att de skall acceptera andra åsikter och värderingar. De måste först acceptera en person som har dessa andra åsikter och

värderingar. »Skall min pojke till fosterhem – i helvete heller – ja så, tycker du det, Doris – ja då får dom väl göra det då fast visst fan är det fel». (Doris är hemterapevten.)

Vardagslivet i en familj är sammansatt av tusen småsituationer. Varje sådan småsituation innebär en möjlighet till terapeutisk påverkan.

Det ringer på dörren. Det är portvaksfrun som kommer för att påminna om trappstädning. Normalt skulle detta i multiprobleffamiljen ha inneburit ett gräl. Nu är det hemterapevten som öppnar och säger att det är svårt för oss just nu men gärna nästa vecka osv. Detta innebär social inläring, socioterapi.

Den 10-åriga sonen i huset får ett av sina vanliga raseriutbrott. Blomkrukor åker i golv, gardiner rivs ned. Mamman sitter passiv, paralyserad: »Se sån han är, precis som far sin när han var full.» Men hemterapevten hugger förstas tag i pojken, får ner honom i sitt knä, pratar lugnande med honom tills han slappnar av och gråter ut resten av sin ilska. Nästa dag är det 8-åringen som sätter i gång på samma sätt som store bror. Men nu är det mamman som hugger tag i pojken och drar honom ner till sig i stolen, betecknande nog i samma stol som hemterapevten dagen innan.

Om man multiplicerar sådana småsituationer med låt oss säga 30–40 per dag, får man en uppfattning om vad hemterapi kan innebära i dessa verbalt otränade, paranoidea familjer. Inga undervisande ord, inga åthävor, ingen pekpinne. I stället praktisk åskådningsundervisning i naturligt givna situationer.

Det är ett hårt och slitsamt arbete. Hur få folk till det? Det vet vi tills vidare föga om. Men vad vi redan säkert vet är att ingen hemterapeut klarar sin uppgift utan ett fortlöpande stöd i form av gruppsamtal och ett forum för utlevelse av egen aggression på grund av upprepade besvikelser. En terapi för terapevten är av nöden. Det är här som doktorn kommer in i bilden, i en roll som man knappast lär sig något om under utbildningstiden men som jag tror blir nödvändig för framtidens psykiatrer, såväl för barn som för vuxna. ■