



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
Psykoterapeutprogrammet

Att vara tonåring och delta i ett familjebehandlingssamtal. Nio ungdomars berättelser om sina erfarenheter.

Sun Kratz-Frisk och Åsa Samuelsson

Psykoterapeutexamensuppsats VT 2012

Handledare; Ingegerd Wirtberg

Vi som skriver denna uppsats arbetar som familjebehandlare i Väsby behandlingsteam, Upplands Väsby kommun och våra remittenter är socialsekreterare från socialtjänstens utredningsenhet. Vi har under perioden 2009-2012 studerat vid Lunds Universitet. Åsa Samuelsson har läst den legitimationsgrundande Psykoterapeututbildningen med inriktningen KBT- barn och unga och Sun Kratz-Frisk har läst inriktningen familjeterapi. Anledningen till att vi valt att skriva denna uppsats tillsammans, är att vi tänker att våra olika studieinriktningar skulle kunna innebära ett mervärde vid undersökningen av alliansfrågor hos barn och ungdomar. Vi betraktar frågor om allians som en tydlig ”common factor” som är lika väsentlig, oavsett psykoterapiinriktning. Eftersom vi i huvudsak arbetar med familjer, och inte med individualsamtal, är vi också nyfikna på frågor om skapandet av allians med flera personer samtidigt. Vår erfarenhet är att våra terapiinriktningar kompletterar varandra och vi upplever att det är en fördel, både i uppsatsskrivandet och i vårt dagliga arbete att vi tillsammans är ”tvärkompetenta”.

Tack alla ni som har stöttat oss vid skrivandet av denna uppsats; kollegor, våra familjer och självklart vår handledare Ingegerd Wirtberg. Ett alldeles särskilt varmt tack vill vi rikta till de ungdomar som valt att låta oss ta del av sina tankar.

## Abstract

This study examines nine adolescents' idiosyncratic experiences of one family therapy session. The treatments took place in the settings of community family treatment centers in northern Stockholm. Adolescents are referred to treatment in these settings for various reasons, mostly due to criminal behavior, drug use or behavioral problems. Some enter treatment due to family relational problems or parental problems (violence, psychiatric diagnosis, drug abuse etc.). These reasons implicate that adolescents rarely enter treatment of their own will. This study examines the impact this fact has on youth's experiences of alliance with their therapist, and their sense of coherence of the treatment session. The study also examines the adolescent's observations and thoughts on alliance between parents and therapists. The result of the study implicates that alliances between the youth, the parents and the therapist are interdependent. It also implicates that important alliance factors in the treatment of youths, might differ from alliance factors in the treatment of adults. Since the quality of the therapeutic alliance is proven to be the most robust predictor of treatment success in adult treatment, we suggest that specific alliance factors in treatment with adolescents need further exploration. Limitations of the research and implications of further studies are discussed.

Key words; alliance, adolescent, sense of coherence, family therapy

## Innehållsförteckning

Introduktion.....	6
Teoretisk bakgrund.....	6
<i>Kognitiv utveckling</i> .....	6
<i>Identitet</i> .....	7
<i>Anknytning</i> .....	8
<i>Känsla av sammanhang</i> .....	9
<i>Common factors</i> .....	9
<i>Allians</i> .....	10
Syfte.....	16
Frågeställning.....	16
Metod.....	17
<i>Kvalitativ metod</i> .....	17
<i>Validitet</i> .....	17
<i>Intervju</i> .....	17
<i>Instrumentet</i> .....	17
<i>Genomförande av intervju</i> .....	18
<i>Deltagare och urval</i> .....	18
<i>Informanterna</i> .....	18
<i>Urval</i> .....	19
<i>Bortfall</i> .....	19
<i>Behandlarnas bakgrund</i> .....	19
<i>Etiska överväganden</i> .....	20
<i>Analysmetod</i> .....	20
Resultat.....	21
<i>Tankar om samtalet</i> .....	21
<i>Varför samtalet hölls, och varför de deltog</i> .....	21
<i>Mål och motivation</i> .....	22
<i>Ungdomarnas uppfattning om samtalet, och vad de tänkte var hjälpsamt</i> .....	23
<i>Ungdomarnas reflektioner om sina familjemedlemmar</i> .....	24
<i>Föräldrarnas uppträdande i rummet och beteendeförändringar under samtalet</i> .....	24
<i>Uppmärksammade skillnader hemma</i> .....	26
<i>Tankar om behandlarna</i> .....	26

<i>Tid för att skapa tillit</i> .....	26
<i>Kommunikation</i> .....	27
<i>Behandlarens frågande</i> .....	28
<i>Ungdomens upplevda relation med behandlarna</i> .....	29
<i>Ungdomarnas tankar om relationer mellan föräldrarna och behandlarna</i> .....	30
<i>Bekräftelse</i> .....	30
<i>Unika berättelser</i> .....	32
<b>Diskussion</b> .....	33
<i>Metodologisk diskussion</i> .....	33
<i>Resultatdiskussion</i> .....	34
<i>Tonårsutveckling</i> .....	34
<i>Känsla av sammanhang</i> .....	34
<i>Allians och övriga common factors</i> .....	35
<i>Framtida forskning</i> .....	37
<b>Referenser</b> .....	39
<b>Bilaga 1</b>	
<b>Bilaga 2</b>	
<b>Bilaga 3</b>	

## Introduktion

Genom metastudier har man funnit övertygande bevis för att psykoterapeutisk behandling för barn och ungdomar fungerar. Alan Carr (2009), beskriver fyra metastudier som tillsammans innehåller mer än 350 forskningsrapporter som redogör för barns och ungdomars behandlingsresultat. Dessa fyra metastudier visade att barn som fick behandling klarade sig bättre än 76% till 81% av barn och ungdomar som inte fick behandling. När det gjordes en sammanställning av EST:s (Empirically Supported Treatments) år 2001, kom man fram till att det fanns 37 lovande behandlingsformer för barn och ungdomar (Ollendick & King, 2005). Det som däremot till stor del saknas i studier av terapier där barn och ungdomar deltar, är undersökningar av *vilka komponenter* i innehållet av terapierna som ger effekt. Det finns få studier av den terapeutiska processen i barn och ungdomsterapier, där den terapeutiska relationen är en viktig del.

Att bli tonåring, betraktas inom psykologin som en dynamisk period i livet, där utveckling sker inom många olika områden. Vi har valt att inleda denna uppsats med att på ett övergripande sätt beskriva ungdomars normalutveckling ur tre perspektiv; kognitiv utveckling, identitetsutveckling och utveckling ur ett anknytningsperspektiv. Anledningen till detta är att vi, i vår genomgång av tidigare forskning i ämnet, noterat att många påtalat att det inte tagits hänsyn till utvecklingspsykologiska faktorer vid studier av ungdomars upplevelser av psykoterapi. Efter dessa korta beskrivningar följer en teoretisk beskrivning av uppsatsens två huvudteorier; Känsla av sammanhang och common factors, med betoning på allians.

## Teoretisk bakgrund

### *Kognitiv utveckling*

Grunden för den kognitiva utvecklingen är informationsprocessande, vilket sker i interaktion med omvärlden. Informationsprocessandet har en meningsskapande funktion, och är nödvändig för att kunna förstå, förutse eller anpassa sig till ny utifrånkommande eller inifrånkommande information (Viborg, föreläsning, Lund, 21 sep och 21 okt 2009). I interaktionen med omgivningen konstrueras kognitiva strukturer, som också kallas scheman (eller schemata), (Viborg, 2009; Piaget, 1971). Den kognitiva utveckling som sker under adolescensen benämner Piaget ”formella operationer”, som innebär att tonåringen kan tänka om tänkandet, inte bara sitt eget utan även om andras. Det gör det också möjligt ”att föreställa

sig sina egna och andras känslor och tankar” (Elkind, 1978, s. 99). Det är framför allt förmågan till spontan reflektion som skiljer adolescensen från barndomen (Piaget, 1971). I den kognitiva utvecklingen är förmågan till mentalisering en viktig del. Begreppet mentalisering innebär att kunna leva sig in andras känslor och tankar. Det tycks som om det finns likheter med Piagets begrepp decentrering och empati. (Havnesköld & Risholm-Mothander, 2010). Det är Peter Fonagy och hans medarbetare som har operationaliserat begreppet mentalisering, och lagt tonvikten på den mer allmängiltiga kunskapen om att alla har en inre mental värld (Ryden & Wallroth, 2008). Mentaliseringens funktion kan beskrivas som ”Den inre värld som jag har tillgång till är en bild av den verkliga världen, och den kan överensstämma mer eller mindre väl. Andra människor har också sina egna perspektiv som kan skilja sig från mina”. (Ryden & Wallroth, 2008, s. 109).

### *Identitet*

Den litteratur vi funnit om identitetsutveckling bygger på psykodynamisk psykoterapi, vilket präglar hur utvecklingen beskrivs. Det psykodynamiska språket är målande och fyllt av metaforer. Ett exempel på en beskrivning av identitetsutveckling görs av Björn Wrangsjö. ”Tonåringen kommer från Barndomslandet och ska till vuxenvärlden” (Wrangsjö 2010, s. 18). En pionjär inom identitetsforskningen var Erik H. Eriksson. Han såg identitetssökandet som ett grundläggande behov och beskrev identiteten som en subjektiv upplevelse som består av tre delaspekter: biologiska, psykologiska och sociala. Eriksson (1954) gjorde följande beskrivning av hur det är att vara tonåring. ”De är ofta nyfiket, stundom sjukligt, intresserade av frågan hur de skall kunna sammanlänka de roller och färdigheter som de förut odlat med de förebilder som miljön dyrkar för dagen” (Eriksson, 1954, s. 237).

Barndomens identitet formas under tonåren, där ungdomen väljer vilka aspekter av sin identitet den vill ta till sig och vilka den förkastar. För att uppnå en positiv utveckling behövs samspel med andra, både jämnåriga och vuxna (Hwang & Nilsson, 2003). I samspel med omgivningen behöver identiteten bekräftas, att man känner sig uppskattad och respekterad av de människor man ser upp till. Det är också viktigt att ungdomen har en känsla av att veta vad man sysslar med. Det är viktigt med en stabil grund när man utvecklar sin identitet, för att ha andra upplevelser att referera till inför sig själv i nya situationer. Under den här perioden är det också viktigt att pröva olika roller för att kunna veta vem man är och vad man vill göra. För den vuxna omgivningen är det viktigt att markera om ungdomen passerar de acceptabla gränserna och samtidigt inte etikettera handlingarna som om detta är tonåringens slutliga identitet (Wrangsjö, 2010).

## *Anknytning*

Den brittiske läkaren och psykoanalytikern John Bowlby började på 50- talet studera små barns reaktioner på separation från sina mödrar. Utifrån denna forskning utformade han senare en teori om anknytning och anknytningsmönster. Hans mest framträdande medarbetare var den kanadensiska psykologen Mary Ainsworth. De kom tillsammans fram till att anknytningen är basen för barnets känsla av trygghet (Havnesköld & Risholm-Mothander, 2010). De menade att barnet under sina tidiga år skapade erfarenheter av att vara med andra. Detta blir till erfarenheter om hur föräldern brukar bete sig, med vilka nya erfarenheter senare jämförs. Bowlby benämner detta som *inre arbetsmodeller*. ”Den inre arbetsmodellen är ett slags abstraherad version av den konkreta närheten till en tidig anknytningsperson och kan aktivera en människas beteende senare i livet.”, (Rydén & Wallroth, 2008, s. 54). Ainsworth definierade tre olika anknytningsmönster, som hon benämnde trygg, undvikande och ambivalent. Senare forskning har visat att det finns ytterligare ett anknytningsmönster som benämns desorganiserat anknytningsmönster. Anknytningsforskningen har fokuserat konkret på vad som händer i relation till andra, inte vad som sker inom individen (Rydén & Wallroth, 2008).

Enligt Broberg, Granqvist, Ivarsson och Risholm-Mothander (2008), är det väl underbyggt att ungdomar med trygg anknytningsrelation har en lättare psykologisk och praktisk frigörelse från sin ursprungsfamilj än andra. Tonåringen har tillgång till mer avancerade kognitiva funktioner än yngre barn, vilket innebär att de mer medvetet kan välja i vilka situationer de ska vända sig till sina föräldrar och i vilka de väljer att inte göra det. De kan med hjälp av tidigare erfarenheter av anknytningsrelationer generalisera dessa och göra övergripande slutsatser. Tonåringen kan välja och dra slutsatser kring var de kan få det stöd de behöver i en anknytningssituation och då även välja andra än sina föräldrar. Anknytningssystemet kan aktiveras när det är starka känslor i omlopp (rädsla, ilska etc.). Systemet kan då gå ”i baklås”. Några exempel på detta kan vara vid olösta konflikter med föräldrarna, svårigheter att hantera krav och förväntningar, balanserandet mellan olika värdesystem och att stå på egna ben. Ofta innebär frigörelsen under tonåren att anknytningssystemet aktiveras. Det har visat sig att föräldrar med otrygga inre arbetsmodeller från sin barndom har svårare att vara en trygg bas för sina tonåringar. För tonåringar med otrygg anknytning kan de motstridiga känslorna av beroende/frigörelse leda till utagerande eller självska debeteende (Broberg et al, 2008).



### *Känsla av sammanhang*

Aaron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi, bedrev forskning på kvinnor som överlevt koncentrationsläger under andra världskriget. Han var intresserad av vilka faktorer som hade bidragit till deras överlevnad. Utifrån denna forskning formade han senare sin teori kring *känsla av sammanhang*. Antonovsky är grundare till begreppet ”salutogenes” i medicinskt sammanhang, och ordet syftar på motsatsen till ”patogenes”. Behandling med ett salutogent perspektiv fokuserar på resurser, det vill säga faktorer som bidrar till och främjar individers psykiska och fysiska hälsa. När frågor ställs ur detta perspektiv, blir samtalen inriktade på incitament kring de salutogena temana (Hansson & Cederblad, 1995). Antonovskys menade att hälsa och sjukdom befinner sig på ett kontinuum och påverkas av individens upplevda känsla av sammanhang, som han menade är den avgörande faktorn för upplevelsen av den egna hälsan (Antonovsky, 1991). Känsla av sammanhang omfattar tre delkomponenter.

1. Den grundläggande upplevelsen av att stimuli från den inre och yttre världen för individen är strukturerat, förutsägbart och begripligt vilket brukar förkortas till enbart *begriplighet*.
2. Personen har de resurser tillgängligt som krävs för att möta stimuli, vilket benämns *hanterbarhet*.
3. Känslan av att livets utmaningar är värda att investera sitt engagemang i, som benämns *meningsfullhet* (Hansson & Olsson, 2001).

En hög känsla av sammanhang disponerar för god hälsa och medför hög förmåga att möta psykologiska utmaningar. Hansson och Cederblad (2001) konstaterar att: ”KASAM samvarierar på ett meningsfullt sätt med olika hälsovariabler, familjefunktion, temperament och optimism.”, (Hanson & Cederblad, 2001, s.46).

### *Common factors*

Common factors-teorin utgår från ståndpunkten att effekten av psykoterapi beror på gemensamma faktorer för psykoterapeuter snarare än vars och ens specifika metoder (Wampold, 2008). En av föregångarna inom det som man idag beskriver som common factors var Saul Rosenzweig (1936). Han gjorde följande sammanfattning: om terapeuten har relevant personlighet och håller konsekvent på sin metod, vilken han/hon behärskar och på ett lämpligt sätt anpassar till patienten har det liten betydelse vilken metod han/hon använder.

Lars-Gunnar Lundh (2009) redovisar flera synsätt som beskriver common factors men gör sedan följande sammanfattning: common factors består av (1) tyst kunskap, (2) terapeutens och patientens personliga egenskaper, hur väl de passar ihop, och den terapeutiska alliansen samt (3) nya meningsgivande perspektiv. Vi har valt att titta noggrannare på alliansaspekten som redovisas under egen rubrik.

1. Tyst kunskap beskrivs som en uppfattning om hur en god terapeut ska agera. Wachtel (1977), refererat i Lundh (2009), menar att högt utvecklade empatiska och intuitiva färdigheter är sådana egenskaper. De beskrivs som om de i dagsläget är ”icke specifika” utifrån aktuellt kunskapsläge men att de kan bli specifika i framtiden.
2. Terapeutens och patientens personliga egenskaper och hur väl de passar ihop. Beutler (1983, refererat i Lundh, 2009) och hans team kom fram till följande egenskaper hos terapeuten som korrelerade med ett gott utfall av terapi: anpassningsbar, terapeutisk kompetens, matchning mellan terapeutisk stil och klientens behov, trovärdighet och kreativ problemlösande förmåga. En god terapeut är trygg i sig själv (Beutler, 2004 refererat i Carr, 2009). Lundh (2009) refererar till en annan studie av Beutler (1983), som tar upp vikten av att terapeut och patient har relativt lika uppfattningar i attityd och uppfattning men att det är av vikt att de har olika attityder till patientens problemområde. Terapeuter bör arbeta på att vara mera accepterande till andra värderingar och attityder än sina ursprungliga för att kunna möta flera olika patienter. Enligt Jerome Frank (1961;1947) refererat i Lundh (2009), är en av de viktigaste faktorerna att terapeuten kan erbjuda en stödjande och empatisk terapirelation, där patienten känner förtroende för sin terapeut. Under denna punkt finns även allians, som redovisas under ett eget avsnitt.
3. Förmedling av synsätt och positiva förväntningar på behandlingen. I enlighet med common factor-perspektivet är det inte innehållet i det nya synsättet som är det mest betydelsefulla. Det handlar företrädesvis om att det är ett nytt sätt att se på sina problem eller att få nya förklaringsmodeller, eftersom man utifrån detta kan skapa nya sammanhang.

### *Allians*

Att relationen mellan terapeut och patient har en betydelse för att kunna uppnå behandlingseffekter noterades redan i psykoterapins linda, i utformandet av teorin om överföring (transference), (Safran & Muran, 2000). Relationen mellan terapeut och patient har

ända sedan dess varit i starkt fokus för psykoanalytikerns och psykodynamikerns utformande av sina behandlingsmetoder. Kognitiva beteendeterapeuter och familjeterapeuter har traditionellt lagt mindre vikt vid den terapeutiska relationens betydelse. Detta tidigare synsätt har förändrats starkt sedan mitten av 80-talet, då forskare inom båda fälten systematiskt började undersöka alliansfaktorer och betona dess betydelse. Exempel på sådana forskare är, bland många andra, J. Christoffer Muran (KBT) och William M. Pinsof (familjeterapi), (Safran & Muran, 2000; Knobloch-Fedders, Pinsof & Mann, 2004).

Det har pågått forskning inom psykoterapifältet i mer än femtio år, och Norcross, Beutler och Levant (2005), liksom Safran och Muran (2000), beskriver att en av de mest övertygande upptäckterna är att kvalitén på alliansrelationen mellan terapeut och patient är den absolut viktigaste prediktorn för att uppnå goda behandlingsresultat. Det finns också studier som visat att patienter som har haft en negativ interpersonell relation med sin terapeut, parallellt har uppvisat låga behandlingsresultat. Annan forskning de hänvisar till, som också bidrar till att betona alliansens betydelse, har påvisat att en del terapeuter genomgående är mer hjälpsamma än andra, och att denna terapeutiska skicklighet framför allt består i konsten att kunna utveckla en god terapeutisk allians (Norcross, Beutler & Levant, 2005; Safran & Muran, 2000). Det finns andra metastudier av psykoterapiforskning där man har konstaterat att allians och liknade relationistiska faktorer mellan terapeut och klient förutspår både starkare och mer varaktiga behandlingsvinster än någon annan undersökt aspekt av behandlingsinterventioner (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004). Alan Carr (2009) menar att den terapeutiska alliansen är absolut viktigast av olika common factors, och står för cirka 38% av effektiviteten (behandlingsens effekt) inom psykoterapi.

Alliansens effekter för behandlingsresultat gäller oavsett behandlingsmodell eller patientgrupp enligt Martin, Garske och Davis (2000), refererat i Houge, Dauber, Stambaugh, Cecero och Liddle (2006). Andra forskare har dock påtalat att för gruppen ungdomar, så är alliansfaktorer minst undersökt jämfört med vuxna och barn. I en metastudie av ungdomsterapier utförd 2011 av Shirk, Karver och Brown, kunde de enbart finna 16 studier där faktorn allians uttryckligen mätts och jämförts med behandlingsresultat. Därmed tänker vi att det kan finnas skäl för viss försiktighet inför påståendet om effekter oavsett patientgrupp.

Den definition av begreppet allians som de flesta psykoterapeuter och psykoterapiforskare använder idag, formulerades av Edward Bordin 1979. Han utkristalliserade tre komponenter, som tillsammans skapar alliansfaktorn i en terapi:

1. Överenskommelse om mål med terapin, det vill säga att skapandet och upprätthållandet av en överenskommelse om vart terapeut och patient är på väg tillsammans.
2. Överenskommelse om uppgifter, det vill säga de specifika aktiviteter som patienten behöver engagera sig i för att kunna tillgodogöra sig sin terapi. Det kan till exempel handla om att göra hemuppgifter mellan sessioner, eller att under sessioner lyssna till familjemedlemmar utan att avbryta. Med andra ord; hur patienten och terapeuten ska *göra* terapin tillsammans.
3. Utvecklandet av terapeutiskt band. Med terapeutiskt band menar Bordin relationens affektiva kvalitet, till exempel patientens upplevelse av att känna sig förstådd, respekterad och validerad.

Alliansens styrka beskrivs alltså som beroende av i vilken grad terapeuten och patienten är överens om medel (hur terapin ska göras) och mål med terapin, samt beroende av kvalitén på det relationella bandet mellan terapeuten och patienten (Gilbert & Leahy 2007; Safran & Muran, 2000). Enligt Bordin är en god allians en förutsättning för förändring oavsett psykoterapimodell eller inriktning, och hans definition betraktas som pan-teoretisk. Definitionen är alltså inte beroende av en särskild teori, och betraktas därmed som applicerbar på olika terapeutiska inriktningar.

I våra studier av aktuell forskning inför denna uppsats, har vi funnit indikationer på att Bordins definition möjligen inte är ”pan-åldersmässig”, det vill säga direkt överförbar till terapier med ungdomar. I den tidigare nämnda metastudien av Shirk m fl (2011), konstaterades att Bordins tre faktorer som prediktorer för allians, inte klart kunde urskiljas vid behandling av barn och ungdomar. De hänvisar skillnaden till utvecklingspsykologiska faktorer, och menar också att det är ett bekymmer att aktuella mätinstrument av allians med barn och ungdomar samtliga bygger på Bordins modell. En tydlig skillnad mellan ungdoms- och vuxenterapi är alliansfaktorn överenskommelse om mål. I ungdomsterapier är oftast andra familjemedlemmar i någon form delaktiga i terapin. Det kan innebära allt från att vara den som ser till att ungdomen kommer till terapeuten, till att också vara aktiv part i hela eller delar av behandlingen. För terapeuten medför detta att det kan finnas olika mål med terapin, ibland lika många mål som det finns inblandade individer. Shirk m fl (2011) konstaterar att det inte är ovanligt att ungdomar och deras föräldrar har olika uttalade mål med behandlingen. Ett tydligt exempel på denna komplikation av Bordins teori, beskriver de utifrån en studie utförd

av Hawley och Weisz (2003). I studien har man tittat på den specifika alliansfaktorn överenskommelse om mål i barnterapi. Mer än 75% av de studerade behandlingarna hade påbörjats utan att terapeuten, föräldrarna och barnen hade kunnat göra en överenskommelse om ett enda gemensamt mål med terapin. Nära hälften hade misslyckats att definiera ett gemensamt problemområde (att huvudproblemet handlade om depression och inte aggressivitet till exempel). I studien konstaterades också att terapeuten och föräldrarna i högre utsträckning var överens om målsättning med terapin, jämfört med terapeuten och barnet. En slutsats av detta är att överenskommelse om mål kan ha en annan betydelse i barn- och ungdomsterapier än i vuxenterapier.

Att det finns specifika relationella faktorer att ta hänsyn till vid terapier med barn och ungdomar uppmärksammades redan 1926, då Anna Freud höll en föreläsningsserie i Wien. Några av hennes konstateranden var att det förekommer avgörande skillnader både vad gäller problemformulering och mål mellan vuxna och barn i terapi, utifrån det faktum att barn sällan själva valt att påbörja en terapi. ”Så situationen saknar alltså det som verkar vara oundgängligt för den vuxne: sjukdomsinsikt, ett aktivt medvetet val, och en önskan om att bli botad.” (Freud, 1946, s. 5, egen översättning). Hon ansåg att terapeuten behövde ägna tid och energi att hjälpa barnet att få förståelse för sina problem och för att få förtroende för terapeuten, eftersom den emotionella relationen och den kollaborativa relationen bedömdes ha en avgörande betydelse för att uppnå resultat i behandling med barn och ungdomar: ”... den affektiva anknytningen, den positiva överföringen, som det kallas i analytisk terminologi, är förutsättningen för allt senare arbete.” (Freud, 1946, s. 31, egen översättning). Hon menade att det emotionella bandet i sig inte hade en behandlande effekt, utan att det snarare var en förutsättning för att kunna utföra terapeutiskt arbete. Anna Freuds sätt att betrakta syftet med allians återkommer idag i vissa kognitiva och beteendeterapeutiska modeller (Shirk et al. 2011; Gilbert & Leahy, 2007). Alliansen betraktas som en förutsättning för att barnet ska kunna bli engagerad i och aktiv i terapin och alliansens uppgift är att skapa förutsättningar för att ett terapeutiskt arbete (till exempel exponeringsövningar och hemuppgifter) blir möjliga att utföra. Alliansen betraktas alltså inte som en faktor/intervention som i sig självt leder till behandlingsresultat.

Andra psykologiska traditioner, har haft åsikten att det är den terapeutiska relationen, alliansen, som *är* behandlingen, snarare än vägen till behandlingen. En stark företrädare för synsättet är Carl Rogers inom den humanistiska traditionen (Rogers, 1957). Att i relationen till terapeuten få uppleva empati, äkthet, positivt bemötande betraktas som läkande, liksom

erfarenheten att få vara i samklang med en annan individ som stöttar genom svårigheter. Ur detta perspektiv, är alliansen mellan terapeut och barn direkt kopplad till resultatet av behandlingen, snarare än medierad via terapeutiska interventioner. Det är alliansrelationen som är behandlingen. Det förekommer alltså två olika synsätt kring alliansens funktion, även om båda synsätten betonar alliansens avgörande roll för att uppnå behandlingsresultat (Shirk et al, 2011; Safran & Muran, 2000).

Den utveckling som skett av ett mer relationellt, interpersonellt och emotionsfokuserat perspektiv i psykoterapi, har parallellt förändrat och breddat synen på allians (Gilbert & Leahy, 2007). Den tidiga psykoanalysens idé om terapeuten som neutral och relationen som konstruerad har förändrats. Det interpersonella perspektivet betonar relationen mellan terapeut och patient som en verklig, genuin relation, och det som händer mellan dessa individer är verkligt, inte konstruerat av överföring och motöverföring. De tekniker som terapeuten använder blir därmed inte oberoende av relationen. ”... meningen med en terapeutisk teknik kan bara förstås i det relationella kontext i vilken den används” (Safran & Muran, 2010, s. 14, egen översättning). Ett interpersonellt och relationellt synsätt medför att varje intervention kan bidra till negativ eller positiv effekt på terapeutrelationen, beroende av patientens idiosynkratiska upplevelse av interventionen. Samtidigt gäller det omvända, det vill säga, beroende på om alliansen mellan patient och terapeut är stark eller svag, så kan en intervention uppfattas som mer eller mindre hjälpsam (Safran & Muran, 2010).

I den tidigare nämnda metastudien av Shirk m fl (2011) konstaterades att det fanns en något högre koppling mellan allians och resultat för yngre barn än för ungdomar. Forskarna menar att en förklaring till denna skillnad kan vara att i flera av ungdomsterapierna var missbruk den huvudsakliga orsaken till behandling, och att dessa behandlingar nådde jämförelsevis låga resultat. Deras resonemang kring resultatet är att det antingen kan förklaras med att det är svårare att uppnå terapeutisk allians med missbrukande ungdomar, eller med att det eventuellt beror på att allians har en mindre betydelse för resultatet vid behandling av missbruk hos ungdomar. I metastudien konstaterades också att det fanns en starkare koppling mellan allians och behandlingsresultat i beteendeinriktade terapier i jämförelse mellan icke-beteendeinriktade terapier. De ansåg att resultatet var oväntat, utifrån att icke-beteendeinriktade terapier mer betonar alliansens betydelse, och beteendeinriktade terapier snarare betonar terapeutiska tekniker för att uppnå resultat. Hypoteser om resultatet saknas i studien.

Undersökningar av allians ur ett systemiskt perspektiv, det vill säga hur allians fungerar när flera personer samtidigt deltar i terapi, är ett tämligen outforskat område. Knobloch-Fedders m fl (2004), konstaterar att det är helt nyligen som alliansrelationens mediatorer och moderatorer börjat studeras inom parterapi, och att ytterst lite är känt om vad som formar allians i denna form av terapi. Friedlander, Heatherington, Escudero och Diamond (2011) har i en metastudie konstaterat att de endast lyckats finna 24 studier av par och familjeterapi, där alliansmätningar gjorts. Av dessa var 17 studier av familjeterapi. En av dessa var en randomiserad studie av Hogue m fl (2006), vilken undersökte hur terapeutisk allians (utifrån Bordins modell), förhåller sig till behandlingsresultat hos ungdomar missbruk. I studien lottades ungdomarna antingen till individuell Kognitiv beteendeterapi (KBT) eller till Multidimensionell familjeterapi (MDFT). I studien mättes den terapeutiska alliansen dels hos ungdomen (KBT) dels hos både ungdom och föräldrar (MDFT). I studien konstaterades att terapeutisk allians inte hade någon signifikant påverkan på vare sig att fullfölja behandling eller resultat (minskat droganvändande) för de ungdomar som genomgick KBT. Däremot hade terapeutisk allians inverkan på resultatet för de ungdomar som genomgick MDFT. I detta fall spelade både föräldrarnas allians och ungdomarnas allians viss roll för resultatet. Studien visade dock inte lika tydlig evidens för den terapeutiska alliansens betydelse för att fullfölja terapin, eller för att uppnå behandlingsresultat, som studier på vuxna vanligtvis visar. En god terapeutisk allians mellan terapeut och föräldrar påvisade minskat droganvändande och lägre uppvisande av beteendeproblem och låg social kompetens hos ungdomarna enligt föräldrarnas bedömning. Ett mer förvånande resultat var att när ungdomen och terapeuten bedömdes ha en stark terapeutisk allians, skattade föräldrarna högre på samma skala, alltså att ungdomen uppvisade fler negativa beteenden. En ytterligare intressant upptäckt i studien var att ungdomar som initialt hade låg terapeutisk allians och där alliansen senare ökade/förbättrades, hade en korrelerande förbättring vad gäller minskat missbruk. På samma sätt visade studien att ungdomar som initialt hade god/hög allians men som minskade under terapins gång, ökade sina symptom på motsvarande sätt (Hogue et al, 2006).

De forskare som intresserar sig för alliansfrågors betydelse vid behandling av barn och ungdomar, konstaterar samtliga att området är nytt i forskningssammanhang, och att det krävs omfattande vidare studier för att förstå alliansfaktorer för populationen. I jämförelse med studier på vuxna, finns bara en bråkdel. Hogue m fl (2006) skriver att deras randomiserade undersökning av allians med ungdomar kopplat till behandlingsresultat är en av de första som utförts. Shirk m fl (2011) konstaterar samma sak, och de menar att det finns behov av att det

utförs studier där man undersöker fler och mer mångfacetterade mätningar av allians. Detta för att öka förståelsen för ungdomars upplevelse av allians, och dessutom kanske utkristallisera nya alliansdimensioner för populationen. De betonar också att hänsyn måste tas till utvecklingspsykologiska faktorer, något som saknas helt i Bordins modell. I forskning av allians med barn och ungdomar saknas också studier (de har i sin metastudie inte kunnat hitta någon) kring hur tidig förbättring av symptom är kopplat till allians, eller studier kring alliansens indirekta betydelse för resultat. Det finns heller inga specifika studier om alliansens relation till metoder och tekniker som terapeuten använder sig av.

## Syfte

Studien avser att belysa nio ungdomars subjektiva upplevelse av det senaste familjebehandlingssamtal som de deltagit i tillsammans med minst en ytterligare familjemedlem. Vår avsikt är att lyssna till ungdomarnas erfarenheter ur ett fenomenologiskt perspektiv, där vi strävar efter att försöka se förbi den förförståelse som våra tidigare erfarenheter som behandlare färgat oss med.

## Frågeställning

Hur beskriver ungdomar själva sina upplevelser av att delta i familjebehandling tillsammans med familjemedlemmar? Ungdomars upplevelse av allians och känsla av sammanhang är beroende av många faktorer. Exempel på detta är utvecklingspsykologiska och kognitiva faktorer samt den unges tidigare anknytningsrelationer. Barnets upplevelse av att delta i samtalet undersöks i huvudsak utifrån två huvudteman; allians och känsla av sammanhang. Barn och ungdomar får psykoterapeutisk behandling av flera orsaker, ibland på grund av egna bekymmer och ibland på grund av svårigheter i barnets/ungdomens familjesystem. Vi är intresserad av att undersöka hur ungdomarna förstår den terapeutiska situationen utifrån detta fenomen. Till skillnad från vuxna, är det inte ovanligt att barn och ungdomar medverkar i behandling efter uppmuntran, övertalning eller krav från vuxna i omgivningen. Vi är därför också intresserade av om faktorn att inte alltid själv ha valt att komma, påverkar ungdomens upplevelse.



## Metod

### *Kvalitativ metod*

Då detta är en studie om individers subjektiva upplevelser, valde vi en kvalitativ forskningsmetod. Den kvalitativa ansatsen är relevant inom psykologin eftersom den fokuserar på individers särskilda erfarenheter (Kazdin, 2010). Studien är utförd genom semistrukturerade intervjuer. Detta för att möjliggöra för ungdomarna att få prata så fritt som möjligt och för intervjuaren att kunna ställa följdfrågor utifrån vars och ens individuella berättelse. ”En viktig aspekt av denna typ av forskning som skiljer den från naturvetenskaplig forskning är att datainsamlingen inte bygger primärt på observation, utan på kommunikation.”, (Lundh, 2009, s. 22). Intervjuerna har skett i nära anslutning till ungdomarnas senaste samtal. Intervallerna är valt utifrån ökad möjlighet till svar kopplade till detta senaste samtal och för att undvika risk för generalisering till tidigare samtal.

### *Validitet*

Vi har bedömt validiteten utifrån begreppen intern och extern validitet. Intern validitet beskriver om forskaren har använt relevanta undersökningsinstrument utifrån den frågeställning han/hon haft (Malterud, 2003). Vi bedömer att det utformade frågeformuläret, i kombination med följdfrågor, tillförsäkrar undersökningen en god intern validitet. Extern validitet beskriver om den kunskap forskaren fått är överförbar i andra kontext än de som undersökts (Malterud, 2003). Undersökningens resultat är inte överförbart i direkt bemärkelse till populationen ”ungdomar”. Vår bedömning är dock att de intervjuade ungdomarna till stor del är representativa för ungdomar som remitteras till familjebehandling inom kommunal socialtjänst. Den externa validiteten bedömer vi, utifrån underlaget, som begränsad.

### *Intervju*

Ungdomarna (och vårdnadshavare för de som är underåriga) undertecknade, i samband med att de tackade ja till att bli intervjuade, ett medgivande till att ungdomen intervjuas. Det framgick också i medgivandet att intervjun videofilmas (bilaga 1).

*Instrumentet.* Intervjuformuläret utformades utifrån vår idé om att allians och KASAM påverkar och påverkas av upplevelsen av att delta i samtal. Intervjufrågorna har inte utgått från befintliga, vedertagna formulär för kvantitativ mätning av allians eller KASAM. Detta var ett medvetet val, utifrån uppsatsens avsikt att göra en kvalitativ studie av ungdomarnas

subjektiva berättelser. Formuläret består av 17 frågor och därutöver ställde intervjuaren följdfrågor (bilaga 2).

*Genomförandet av intervju* Vid intervjuens inledning, fick informanterna återigen muntlig information om studiens syfte samt ramar för tystnadsplikt. Under intervjuerna fördes anteckningar. Intervjuerna filmades för att kunna tillförsäkra korrekt förståelse och återgivande av citat där sådana senare skulle väljas ut för. Samtliga intervjuer skedde på de mottagningar där ungdomarna vanligtvis träffar sin behandlare. Två av ungdomarna valde att ha med en förälder till mottagningen. Ungdomarna erbjöds att ha med föräldern i intervjurummet, men båda valde att låta föräldern vänta utanför rummet. Intervjuerna pågick mellan 25 - 65 minuter. Vi informerade ungdomarna att båda uppsatsförfattarna skulle ta del av berättelserna. Någon av oss har i sex fall varit behandlare till den intervjuade ungdomen, även om behandlaren i dessa fall inte genomförde intervjun. Att sex av informanterna hade kunskap om att deras egen behandlare skulle ta del av svaren, skulle kunna medföra en risk att dessa ungdomar skulle välja att lämna mer socialt acceptabla svar än de intervjuade som ingen av oss tidigare haft kontakt med. Tidigare alliansstudier har visat att skattningar av allians sannolikt inte påverkas av denna faktor. Vi har funnit ett exempel på en alliansstudie i parterapi, som ställts inför denna frågeställning. Forskarna i studien antog att de skulle få relativt höga skattningar vid mätning av allians, eftersom patienterna i studien visste att deras terapeut fortlöpande skulle få tillgång till skattningarna som patienten gjorde. Detta visade sig vara ett felaktigt antagande. I jämförelse med tidigare studier där patienter varit anonyma, överensstämde skattningarna väl (Knobloch-Fedders, Pinosof & Mann, 2004).

### *Deltagare och urval*

*Informanterna.* Vi har intervjuat nio ungdomar, varav fem är flickor och fyra är pojkar. De är vid intervjutillfället mellan 14 och 18 år gamla. Ungdomarna har inledningsvis fått svara på frågor om några bakgrundsfaktorer och de berättar följande: Samtliga är bosatta i norrförorter till Stockholm. Två bor med båda sina föräldrar, två bor med en ensamstående förälder, två bor växelvis hos mamma och pappa, tre bor i styvfamilj. Av de 18 föräldrarna är en avliden, en bor i annat land och en har varit frånvarande under ungdomens uppväxt. Enligt ungdomarnas beskrivning arbetar eller studerar alla föräldrar utom tre. Sex föräldrar har eftergymnasial utbildning. Alla utom en bor i lägenhet. Alla informanter har syskon. Sex av ungdomarna har två syskon. Övriga har ett, fem och sju syskon. Av syskonen benämns några som halvsyskon, bonussyskon och styvsyskon. Sju av nio beskriver en problematisk skolgång

med antingen vantrivsel eller andra skolsvårigheter. Fyra går i grundskolan, fem går i gymnasiet och två av dessa går individuellt inriktade program. Sju har tidigare erfarenhet från behandlingar, innan den nu pågående. Fyra har haft samtalskontakt på BUP, en har haft kontakt med en kommunal familjebehandlingsenhet, två har haft samtal med skolkurator. Två har neuropsykiatriska diagnoser. En av dessa har också andra psykiatriska diagnoser. Ytterligare en uppger sig vara övertygad om att hon har AD/HD men är inte utredd för detta. En informant har en utvecklingsförsening, två har fysiska sjukdomar som de behandlas för. Två ungdomar har/har haft cannabismissbruk. En av dessa har också psykiatrisk diagnos. Tre föräldrar har psykiatriska diagnoser.

*Urval.* Kollegor på vår arbetsplats och kollegor i näraliggande kommuner har tillfrågats om de kan tänka sig att fråga ungdomar som de har i behandling om de vill bli intervjuade. Kollegorna har haft tillgång till ett brev från oss (bilaga 3), som de också uppmanats att lämna till intresserade ungdomar och deras föräldrar. Ungdomar som varit i behandling med endera av uppsatsskrivarna har också tillfrågats om de vill bli intervjuade.

Vi har haft tre kriterier för deltagandet i intervjuer. Ungdomen och deras familjer ska ha varit aktuella för familjebehandling inom ramen för kommunal socialtjänst inom undersökningsperioden januari - april 2012. De ska dessutom ha deltagit vid minst tre samtal tillsammans med minst en annan familjemedlem, varav det senaste ska ha inträffat en kort tid innan intervjutillfället. Slutligen ska ungdomen vara mellan 13 -18 år.

*Bortfall.* Vi har inte gjort någon bortfallsundersökning i den bemärkelsen att vi undersökt med kollegor hur många ungdomar de tillfrågat och därmed har vi inte heller kunskap om någon som de eventuellt tillfrågat tackat nej. Två individer som vi själva har tillfrågat, tackade nej till att delta i studien. Behandlarnas möjliga förklaringar till dessa två nej är för den ena individen att hon hade en stark oro inför nya situationer som hon inte kunde överblicka och att hon därför inte vågade bli intervjuad. Vad gäller den andra individen, uppfattade behandlaren att individen hade ett starkt motstånd till att delta i terapi över huvud taget (kommer för mammas skull) och att ett ytterligare samtal, även i intervjuform, upplevdes som en belastning.

*Behandlarnas bakgrund.* De behandlare som ungdomarna och deras familjer har träffat, har varit socionomer med minst grundläggande psykoterapiutbildning. Samtliga arbetar inom behandlingsenheter inom socialtjänster i norrförorter till Stockholm.

### *Etiska överväganden*

Vi lade vikt vid att ställa frågan om intresse för att bli intervjuad, på sådant sätt så att vi uppfattade att vi gjorde det möjligt för de tillfrågade att avstå, utan att känna sig obekväma. Vi var tydliga med att det var frivilligt att delta och vi uttryckte, ordagrant, att det var helt okej att säga nej. Vi lämnade muntlig information till ungdomarna och deras vårdnadshavare om metod och syfte med studien, och inhämtade skriftligt samtycke till deltagande från samtliga. Vi har, genom våra formuleringar i resultatet, tillförsäkrat informanterna anonymitet. Deltagarna fick information om att det enbart var uppsatsskrivarna som skulle se de inspelade filmerna. De informerades också om uppsatsskrivarnas tystnadsplikt, och att både intervjuformulär och filmer kommer att förstöras efter att uppsatsen godkänts.

### *Analysmetod*

Det fästs stor hänsyn till analysmetoderna i en kvalitativ undersökning. Starrin (1994) tar upp tre olika metoder, hermeneutisk metod, fenomenologisk metod och fenomenografisk metod. Vi valde den fenomenologiska metoden som också kallas "Epoché". Metoden innebär att så långt det är möjligt beskriva fenomen noggrant, korrekt och objektivt. Det viktigaste är hur personen upplever saker och hur individen själv beskriver det (Starrin, 1994). Vi har använt oss av Giorgis modell systematisk textkondensering och Hayes modell tematiska analyser (Langemar, 2008; Malterud, 2003), utifrån att vi tänkte att undersökningen skulle komma att påvisa olika deskriptiva berättelser kring att uppleva familjebehandlingssamtal. Vi använde båda ovanstående beskrivna modeller, utifrån att vi uppfattade att Giorgis första steg i sin analysmodell (att försöka bortse från sin förförståelse) kunde komplettera Hayes analysmodell, som vi sedan följde steg för steg; Transkribering av intervju, genomläsning och markering av relevant text, sortering av citat efter preliminära teman, genomläsning av materialet utifrån valda teman och urval av eventuella nya teman och därefter ny genomläsning, val av slutliga teman/definitioner, sammanfattning av materialet och urval av relevanta citat. Hayes sjunde steg, möjlighet att utveckla en teori, har vi avstått ifrån.

Vi har var för sig läst igenom de transkriberade intervjuerna, och då försökt avstå från att låta vår förförståelse färga hur vi uppfattat informanterna. Därefter har vi var för sig gått igenom intervjuerna och markerat vad vi uppfattat som intressanta uttalanden. Detta har vi gjort i två former; först efter genomläsning av varje intervju i sin helhet, sedan efter en uppdelning där varje fråga gicks igenom var för sig (exempelvis alla svar på fråga 1). Vi har

sedan gemensamt grupperat materialet under fyra olika kategorier. Dessa kategorier är Tankar om samtalet, Ungdomens reflektioner om sina familjemedlemmar, Tankar om behandlaren/behandlarna och slutligen Unika berättelser. Materialet studerades återigen utifrån varje kategori för sig, i syfte att strukturera respektive kategori i underliggande teman. Vi utkristalliserade elva olika teman, som redovisas under respektive kategori. Kategorin unika berättelser uppdelades inte i underliggande teman.

## Resultat

Resultatet är uppdelat i fyra kategorier. Dessa är: Tankar om samtalet, Ungdomens reflektioner om sina familjemedlemmar, Tankar om behandlaren/behandlarna och slutligen Unika berättelser. De tre inledande kategorierna har tillsammans elva olika teman. Dessa redovisas under respektive kategori. Kategorin unika berättelser uppdelades inte i underliggande teman.

För att underlätta läsning av citat, har vi gjort följande notationsmall:

<i>Kursiv text</i>	Särskild betoning av visst/vissa ord
” ”	Informanten citerar sig själv eller någon annan.
[ ]	Ord inom hakparentesen bidrar med förtydligande information.
[...]	Text i citatet har plockats bort.
B	Förkortning för behandlaren/behandlarna
...	Informanten gör en paus i berättelsen.

### *Tankar om samtalet*

Under kategorin ungdomens tankar om samtalet, utkristalliserades tre teman. Det första temat handlade om ungdomarnas uppfattningar om anledningen till varför samtalet hölls och varför de deltog. Det andra temat handlade om ungdomarnas motivation till att delta och vilka mål de uppfattade att de eller andra i familjerna hade med samtalet. Det tredje och sista temat berörde ungdomarnas uppfattning om samtalet generellt, och vad de ansåg var hjälpsamt med samtalet.

*Varför samtalet hölls, och varför de deltog.* Samtliga ungdomar hade en klar idé om syftet med sitt senaste samtal. Sex ungdomar nämnde att de upplevde att familjen hade ett gemensamt bekymmer som de behövde hjälp med (vi har problem som vi försöker lösa), två av dessa tog också upp att syftet var att hjälpa andra familjemedlemmar (de har problem, och jag kan bidra med att hjälpa dem). Sex ungdomar tog också upp individuella bekymmer som

ett viktigt skäl till samtalet (jag har problem, och de andra i familjen är oroliga för mig).

Exempel på uttalanden var;

- Vi har en familjesituation hemma som gör att det inte är riktigt som det ska. Vi kommer inte överens allihopa; jag och min låtsatspappa, och min mamma och min låtsatspappa. Det blir triangeldrama, kan man säga. [...] Syftet är att jag också ska ha en talan i det hela. Jag är ändå så pass stor, så jag är fullt medveten om vad som händer.
- För att vi inte har det bra hemma, det är stökigt, vi hittar ingen struktur. Det har varit väldigt mycket bråk mellan mina föräldrar och min pappa och min syster.
- Vi [informanten och hans syskon] bryter reglerna och så, lyder inte mamma.

Två ungdomar berättade att de uppfattade att de var i behandling av två anledningar, dels för relationsbekymmer, dels för missbruksproblem. Båda berättade att det senaste samtalet med familjen till stor del berörde missbruket, även om en av dem tänkte att syftet med samtalet egentligen varit något annat från början. Båda berättade att det under deras samtal gjordes konkreta planer med syfte att de skulle kunna avhålla sig från cannabis/alkohol.

- Det var att jag först skulle gå och lämna urinprov. Vi hade bestämt tillsammans att om jag rökte igen eller inte tog min medicin, eller misskötte skolan, så skulle jag bli ivägskickad till Maria Ungdom [avgiftningsenhet]. Sedan visade det sig att jag hade rökst. Men det var ju inte därför vi hade mötet. Vi skulle ha uppföljning, se hur det gick.

*Mål och motivation.* Ungdomarnas berättelser om målsättningen med det senaste samtalet var mångfacetterade. Flera berättade om en slutlig målsättning de hade med hela behandlingen, och några beskrev också parallellt målsättningen med sitt senaste samtal. Fyra ungdomar uppgav att de hade klara egna mål för delta i det senaste samtalet och dessa ungdomar kunde också uttrycka en tydlig motivation till att delta. Tre andra ungdomar som också uttryckte stark motivation till behandlingen, resonerade kring att de i första hand deltog för andra familjemedlemmars skull. För dem bestod den egna motivationen i att de önskade att det skulle lugna ner sig med konflikter och bråk hemma mellan andra familjemedlemmar. För samtliga tre ungdomar gällde detta även konflikter mellan familjemedlemmar som själva inte deltog i samtalen. Dessa ungdomar hade ett tydligt långtidsperspektiv i sina beskrivningar. Flera av ungdomarna lade också stor vikt vid vad mamma och pappa ville med samtalen, och ungdomarna nämnde att en del av deras motivation var att de ville göra

föräldrarna mindre ledsna, mindre arga eller mindre oroliga. Några pratade i generella termer om att vi behöver hjälp, medan andra var mer specifika.

- Vi har det ganska jobbigt i familjen och så där. Vi behöver hjälp och sådant där.
- [samtalet var för] Att vi skulle få bättre kontakt, eftersom jag inte bor där.
- Att vi tjafsar jättemycket hemma [...] och att om man var sur skulle man få vara ifred och sådant där då, som var viktigt för mig.
- Jag måste följa reglerna, annars kommer vi ingenstans.
- Och min lillebror är ju rädd för mig. Så att vi försöker fixa sådant, så att han inte ska vara lika rädd för mig.

De två ungdomar som hade missbruksproblem, resonerade båda om att de själva, föräldrarna och behandlarna hade olika målsättningar med samtalet. De beskrev på ett tydligt sätt den ambivalens en förändring skulle medföra för dem.

- ... men mamma, hon vill att jag ska gå. Det är väl 50/50. Vill väl få tillbaka tilliten från mamma och pappa. Men samtidigt så är det väl skönt om jag var ren. [...] Fast, han [behandlaren] försöker ju ändå få mig att jag ska gå dit [till NA], så jag vet inte. Ja, men jag vet ju att han vill mitt bästa, men jobbigt ändå.
- Alltså, jag vet inte typ, för B tyckte ju också att jag skulle in på Maria Ungdom, för jag hade en överenskommelse. [...] Men just då, då var jag ju... höll jag ju ändå..., okej, jag höll ju inte på med droger just då, men jag ville ju just då. Och då var det liksom att jag ville bara slippa Maria Ungdom.

*Ungdomarnas uppfattning om samtalet, och vad de tänkte var hjälpsamt.* Sju ungdomar beskrev sitt samtal som viktigt och meningsfullt och beskrev sitt samtal i positiva termer.

- Det är befriande, det är det. Det är skönt tycker jag.
- Roligt, eller alltså, det känns bra efter och medans också i och för sig. Man har löst någonting när man går härifrån liksom.
- Man får prata ut och det är bra. Det är bättre än att man sitter med allting bara för sig själv [...] Det är bättre att prata med någon med kanske mer erfarenhet.

En ungdom, som uttryckte viss tveksamhet till samtalet, uttryckte

- Men ändå så känns det som att det är bra, det vi gör.

Samma ungdom sade också i slutet av intervjun att han önskade att nästa samtal skulle likna det samtal som han nyss hade haft.

Alla ungdomarna tyckte att samtalet var hjälpsamt för dem eller någon annan familjemedlem.

- Jag tror att mamma ser henne [B] som en jättestor hjälp känslomässigt.
- [...] de hjälper mig.

Några ungdomar nämnde vikten i att vara ärlig och att prata så uppriktigt och öppet som möjligt om svåra ämnen för att få rätt hjälp. En flicka exemplifierar detta;

- Alltså, man vinner ju respekt [med ärlighet], och du får ju... de hjälper dig med det som du är ärlig med. Och ljuger du, hjälper de ju dig med det som inte är sant och det kan ju bli problem.

En informant hade upplevt bekymmer med att kunna vara uppriktig, och problematiserade kring dilemmat som uppstod när hon kände att hon inte kunde säga allt hon ville i rummet.

- Nej, men jag kan inte säga så mycket, eller jag *kan* ju göra det, men det blir ganska jobbigt när mamma och pappa sitter där.

Sju ungdomar tog upp vinsten med att de själva och/eller någon familjemedlem fick möjlighet att prata med varandra. En av dessa informanter beskrev det som att formen för samtal, på ett positivt sätt, ”tvingade” dem att prata med varandra. De övriga menade att samtalen skapade en möjlighet att prata om svåra ämnen, som hemma kanske undvikits.

- [...] så vi hade verkligen en tid som vi skulle prata, så att inte någon av oss skulle bara ”nej, nej, jag kan inte”, ”nej, nej, jag ska göra det”. [...] Hon [mamma] brukar inte vilja prata om sina problem, tror jag.
- Man säger väl grejer som man inte säger annars, skulle jag tro. För det är inte jätteofta som vi hemma liksom ”jaha, nu ska vi ha ett samtal”. Det *händer* ju inte. Alltså, vi pratar ju mycket med varandra, men det är annorlunda.

### *Ungdomarnas reflektioner om sina familjemedlemmar*

Under kategorin Ungdomarnas reflektioner om sina familjemedlemmar utkristalliserades två teman. Ungdomarna resonerade dels kring hur de uppfattade att deras föräldrar betedde sig under samtalet. De pratade också om hur de uppfattade att föräldern uppträdde annorlunda jämfört med hemma. Dels hade de tankar om hur samtalen påverkade föräldrarna och andra familjemedlemmar efteråt, det vill säga de effekter som de hade uppmärksammat att samtalen hade.

*Föräldrarnas uppträdande i rummet och beteendeförändringar under samtalet.* Sex ungdomar konstaterade att föräldrarna uppträdde eller pratade annorlunda i samtalsrummet än vad de vanligtvis gjorde. Ett par ungdomar hade tankar om att alla ”skärper till sig”. Två



ungdomar gav istället beskrivningar som tyder på att de önskade att föräldrarna ”skärpte till sig”.

- Jag blev typ irriterad när jag hörde vad mamma hade att säga om hur hon mådde, upplevde det och allting. [...] Hon kan låta så ego ibland.
- Han [pappa] är mest den som öppnar sig i familjen. Alltså han har blivit så på sista tiden. Att han säger vad han tycker och känner och så där. [...] nu pratar han lite för mycket, tycker jag ibland.

Två av ungdomarna uttryckte tydligt att de trodde att föräldrarnas sätt att prata annorlunda mot hemma, berodde på att föräldern kände sig trygg i situationen. En flicka exemplifierar detta;

- Det är på grund av hans [pappas] sätt att vara, hur han låter liksom. Han öppnar upp sig där, och det känns ändå som att han har tillit till dem [behandlarna].

En flicka beskrev upplevelsen av föräldrarnas förändrade beteende med viss förtjusning

- ... mycket snällare och pratar mer och de var mer glada [...] man sitter och äter mellanmål [hemma] och så, och då kan de vara helt sura, och man har inte gjort någonting. Och så helt så där *poff*, när man kommer hit, så är de så här helt *glada*.

Hon fick flera följdfrågor av intervjuaren om hon hade någon hypotes om varför hon trodde att denna förändring inträffade, men hon kunde inte hitta någon förklaring till föräldrarnas förändring.

Ungdomarna var mycket uppmärksamma på föräldrarnas beteenden, och de hade tydliga beskrivningar av sina observationer;

- När han blir orolig låter han sur. Han lät inte sur där, han lät bara allvarlig liksom.
- Jag vet inte faktiskt. Det bara... han skrattar mer. När jag inte städar rummet och så där. Fast hemma gapar han och skriker att jag städar inte rummet.
- Hon [mamma] mår ganska dåligt av att vi bråkar hela tiden, så jag tror nog att det ändå var ganska bra för henne. [...] Hon började gråta och så såg hon så där ... jag vet inte hur jag ska förklara. Hon blev så där ”berörd”.
- Hon [mamma] pratar mer hemma, men här är hon lite tyst. Hon säger inte exakt, tror jag, vad hon tycker och tänker här.

*Uppmärksammade skillnader hemma.* Sex av ungdomarna berättade att samtalen på olika sätt påverkade interaktionerna hemma. De flesta tog upp detta ur en positiv synvinkel, men två informanter nämnde också att samtalet också hade en del jobbiga konsekvenser efteråt.

- De sade inte så mycket då [i samtalet], men när vi kom hem, så ”vad var det där för någonting?” [föräldrarna frågade ut informanten]
- Mamma är lite orolig. Det har hon alltid varit över allting. Jag vet inte, han [behandlaren] håller på att prata om alkohol och att man byter ut drogen. Jag vet inte, men mamma blir mer orolig då.

De som beskrev positiva konsekvenser av samtalet, hade många exempel, både ur ett relationistiskt och ur ett individuellt perspektiv.

- Det blir lugnare. Och de flesta frågorna jag har i huvudet är besvarade så att man kan umgås mer utan att det blir problem. [...] Efter att jag har varit här liksom så märker mina familjemedlemmar att jag kan vara mycket lugnare och att de ser att jag har fått den hjälp jag behöver. Att jag mår bättre och så där. Sedan klarar jag typ en vecka till. [...] För han [pappa] tar åt sig vad de säger och inför det ungefär så fort vi kommer hem och försöker göra det bästa av det.
- Jag har blivit gladare och så. Det har blivit bättre i familjen. [...] vi har ju fått mer struktur [...] tänker olika, det gör man ju efter samtalen. För många av de här sakerna de hänger ju ihop. För har man ingen struktur hemma, så blir det ingen struktur i skolan och då blir skolgången dålig och så.
- Mamma brukar alltid gå efter mig och stressa mig och hålla på. Men de [B] sade ”bara låt henne vara så hon får lugna ner sig”. Jag har ganska högt temperament. [...] Och de har accepterat det. Det har de inte gjort förut.

### *Tankar om behandlarna*

Under kategorin Tankar om behandlarna, utkristalliserades sex olika teman; Tid för att skapa tillit, Kommunikation, Behandlarens frågande, Ungdomens upplevda relation till behandlaren, Ungdomarnas tankar om relationer mellan föräldrarna och behandlarna och slutligen temat Bekräftelse.

*Tid för att skapa tillit.* Sex av ungdomarna resonerade kring tidsaspekten för att kunna uppleva tilltro till att kunna få hjälp. Bland annat pratade de om att det känns genant att be om

hjälp, att det är jobbigt att möta nya personer och att man vill känna av att behandlarna är ”rätt” personer innan man vågar öppna sig. Två ungdomar uttryckte detta så här;

- Det kanske inte är lättare [att delta i samtal] första gången, eller andra gången, eller tredje gången, men till slut blir det lättare.
- Att det är jobbigt i början, men sedan så lättar det. För det gör det. Det är skitjobbigt i början, det tyckte i alla fall jag. Men sedan så, efter ett samtal, så blev det ändå ganska skönt. Eller... det blir skönt till slut, när man sitter där och pratar.

*Kommunikation.* Ungdomarna förde resonemang om att samtalen mellan familjemedlemmarna blev annorlunda när behandlaren var med, att det blev en skillnad i kommunikationen jämfört med samtal hemma. Två ungdomar sade att det är viktigt att sköta sig i rummet eftersom de tyckte att det är pinsamt eller jobbigt att uppföra sig som hemma inför behandlarna. En pojke exemplifierar detta;

- Då säger jag till min bror ”håll käften” på spanska, han ska inte tjafsa med min mamma, plus att vi är på en plats där man inte ska tjafsa, tror jag, tycker jag.

Ett par ungdomar resonerade kring behandlaren som moderatör, d v s en person som fördelade ordet mellan de som samtalar, i syfte att familjemedlemmarna skulle lyssna till varandra.

- Och den [behandlaren] typ nästan är med i samtalet, fast den inte är med.

Några av ungdomarna reflekterade också över att behandlaren hade en roll som översättare/tolk mellan föräldrarna och ungdomarna. Detta gällde både språkligt och ibland beteendemässigt. Två nämnde specifikt att de tyckte att detta var en viktig del i samtalen, att det var bra att få förklarad vad föräldern menat eller att få hjälp att förklara sig själv inför föräldrarna.

- Jag tror att det var svårt för henne [mamma] att försöka smälta det, men då hjälper ju B till ”Att det gör ju alla ungdomar. De klipper navelsträngen en viss tid och backar lite från att ha varit runt familjen hela tiden, som man är när man är liten” [...] försöka förklara vad mamma vill, och försöka förklara vad hon [mamma] menar för mig. För ibland är det ändå lättare att lyssna på en utomstående än att lyssna på sin mamma.
- Men så förklarade de där [behandlarna] att det ibland inte är så lätt att prata om saker och då är det bara att låta det vara, så kan hon själv komma och berätta om hon

verkligen vill. Så det har också varit till stor hjälp, för nu har de [föräldrarna] slutat med det, och låter mig komma själv när jag känner för det.

- Men alltså, han bara sitter och påpekar det jag *inte* gör. Och då sa jag det på mötet, och då sa ju B att han skulle säga, att pappa skulle säga det till mig, när det var *bra* saker jag gjorde också.

Hur behandlaren uttryckte sig, var också viktigt. Språket togs upp ur två aspekter, dels att det behövde vara rakt och okomplicerat, dels att det behövde anpassas efter ungdomarnas egna språk. Samtliga ungdomar tyckte att det var lätt att förstå sina behandlare, och majoriteten uppgav att det skulle kännas lätt att fråga om det skulle behövas. Fyra ungdomar uppgav att de någon gång hade bett om ett förtydligande.

- Att hon inte pratar på ett psykologiskt sätt. Hon pratar lite mera vardagligt, så att jag förstår, att det blir mer som en konversation, ett bra samtal än att fråga/svar, fråga/svar. [...] Och jag behöver inte känna att jag inte får svära.
- Jag kan ha väldigt svårt för att förstå vissa människor, men jag förstår mig på dem [behandlarna].

Några ungdomar exemplifierade språk och uttryckssätt de inte uppskattat, genom att berätta om tidigare terapier de gått i.

- Han bara satt ”hm, jaa”. Han visste väl inte riktigt vad han skulle fråga om, för jag pratade inte. Han var jättetråkig.
- När jag gick på BUP till exempel. Då gick jag där för skolan och allt möjligt. Hon var jättegammal, och så satt hon och sa ”Nästa gång ska jag hjälpa dig och lära dig hur man ska ta hem läxorna” [informanten skrattar]. ”Va, vad *säger* hon” [informanten citerar sig själv].

*Behandlarens frågande.* Några av ungdomarna hade gjort observationer kring behandlarnas frågande i rummet, och vi noterade att två flickor beskrev tydliga terapeutiska interventioner; ett sokratiskt respektive ett cirkulärt frågande.

- Hon ställer frågor, så berättar jag och då ställer hon motfrågor för att få mig att tänka varför jag tycker som jag tycker. Hon vill väl att jag också ska haja till lite på saker jag säger och fråga mig själv varför.
- Och ibland så kan de ställa frågor till pappa om det jag också har sagt.

En annan flicka tog upp ett bekymmer som frågandet skapat för henne under och efter samtalet.

- Jag kan inte säga så mycket [när hon får frågor], eller jag *kan* göra det, men det blir ganska jobbigt när mamma och pappa sitter där. Så jag har varit och pratat själv med dem en gång.

*Ungdomens upplevda relation med behandlarna.* Alla ungdomar tyckte sig stå nära sin behandlare. De som skattade sig på en skala om upplevd närhet (0-10) nämner siffror mellan 7 och 10. Fyra av ungdomarna tyckte att de stod närmare behandlarna om de jämförde med de andra familjemedlemmarna som deltog i behandlingen. Samtliga ungdomar gav sina behandlare positiva omdömen. De hade tydliga beskrivningar av hur de ville att en behandlare skulle vara, och de tyckte att deras egna behandlare levde upp till önskningarna. De gav exempel på att deras behandlare var goda lyssnare, de var snälla, hade förmåga att ställa svåra frågor och hade en vilja att hjälpa. Ungdomarna pratade också om att de upplevde att behandlarna kände tillit till ungdomen, att de var förstående, hjälpsamma och trygga. Ofta återkommande beskrivningar var att behandlaren hade humor och kunde skämta, att de var ärliga.

En informant säger i sin beskrivning av relationen till sin behandlare,

- [...] jag ser typ på B som en vän tror jag, mer än någonting annat.[...] Det känns som hon förstår mig, som jag sa. Och jag vet inte om vi är lite lika ändå, på vissa sätt.

En informant berättade om hur hon skulle försöka vara i sitt bemötande av ungdomar om hon själv var behandlare.

- Ja, men visst, man kanske inte kan bedöma på utseendet heller, men om det hade kommit någon [ungdom] så här i mjukisbyxor, helt så här fattiga på något vis. Då, om vi säger att jag [som behandlare] är ganska gammal, då är det ju... då kommer den [ungdomen] att sitta och garva om jag sitter och svär till exempel. För då får man bättre kontakt ändå, förstår du? Även om man kanske inte *ska* sitta och svära.

Ungdomarna hade klara idéer om hur en behandlare *inte* ska vara. Detta gällde särskilt de ungdomar som hade tidigare erfarenhet av behandling.

- Att den här personen inte sitter med en pinne i rumpan och är jättestel och ska vara perfekt. Det vill vi *inte*.

- Och ändå att hon eller han är glad, men inte så seriös. Det är klart man ska vara seriös, men man ska vara lättsam [...] och veta att den personen inte heller är perfekt. Att man ska framstå som att ”jag är bäst”. Att man inte är en modell för hur man *ska* vara. För jag tror att det hade nog skulle vara ganska svårt att försöka prata om sina problem när det sitter en perfekt framför en.

*Ungdomarnas tankar om relationer mellan föräldrarna och behandlarna.* Fem ungdomar uppgav att de upplevde att en av deras föräldrar stod närmast behandlaren. Ett par ungdomar nämnde att de upplevde att behandlaren tog föräldrarnas parti när det uppstod olika åsikter i rummet.

- Min mamma, jag vet inte, hon ska göra något. Vi sköter oss inte bra, och så, hon blir orolig.
- [behandlarna höll med] min mamma mest.

Tre ansåg att en av deras föräldrar stod närmast behandlaren, trots att båda föräldrarna deltog i samtalet. En informant (som upplevde sig själv stå närmast behandlaren), beskrev hur hon tänkte om sin pappas relation till behandlarna, som hon bedömde var närmare än mammas relation.

- Det är på grund av hans sätt att vara, hur han låter liksom. Han öppnar upp sig där, det känns som att han har tillit till dem.

*Bekräftelse.* Ungdomarna beskrev att de kände sig respekterade och uppskattade av sina behandlare både utifrån saker behandlarna sade, men också hur de uppfattade att behandlarna betedde sig. Flera tog upp att de kände sig lyssnade på, och att detta märktes genom att de fick följdfrågor när de sade någonting. Samtliga uppskattade också att behandlarna mindes saker de tidigare berättat. En informant beskriver en situation som hon uppfattade som positiv, men där konsekvenserna av behandlarens goda minne också upplevdes som lite besvärligt;

- Ja, o ja, de [föräldrarna och behandlarna] lyssnade! Men ingen höll med mig [informanten gapskrattar]. Man märker det [att de lyssnar] när de svarar på det jag säger. Som när jag sade, ”jag ska aldrig mer ta droger, ge mig en sista chans”. ”Men det har du sagt flera gånger” [informanten citerar behandlaren], och de vet de själva om att jag har, då fattar man ju att de lyssnar.

Ungdomarna hade också noterat att behandlarna nickade bekräftande och att de hade ögonkontakt med dem. Majoriteten tog upp att de tyckte om att få konkreta råd. Därutöver

använde ungdomarna mer ospecifika beskrivningar av bekräftande beteende hos behandlarna. Behandlarna beskrevs som snälla, engagerade, välkomnade, att de gjorde så att ungdomen kände sig ”comfortable”, att det märktes att de verkligen försökte hjälpa, att de var förstående och hade förmåga att begripa vad ungdomen kände.

- hon förstår mig, så hon fattar ju vad jag vill komma fram till och vad jag menar och hur det känns. Hon kanske inte förstår exakt hur jag känner, men hon förstår något liknande. Men hon vet ju ändå vad som är bäst.

Två tog upp att de upplevde sig respekterade genom att behandlaren någon gång avbrutit föräldern, om den i sin tur avbrutit sitt barn. Andra nämnde att behandlarna ställde jämlika krav på föräldern och ungdomen.

- Alltså, de säger inte bara åt mig att det kanske är dags att börja ändra på dig, utan till pappa också. Så därför känner jag att det är likadant, respektfullt mot båda.
- När mamma sa att vi tre [han själv och två syskon] hade hållit på med mobilen till jättesent på natten/kvällen så sade min mamma till B. ”Ja, mamma jag respekterar det du säger, att jag har varit uppe till jättesent på natten, och du har rätt till att ta min mobil.” Och sedan sa B ”Bra att du förstår varför hon tagit din mobil”. Och sedan frågade B ”När är det dags att sova?” till min mamma. [Intervjuaren frågar om det hjälpte mamma att förstå hans perspektiv] Ja.

Direkt beröm och tilltro till förändring togs också upp som viktiga faktorer;

- ”ja, jag vet att du kommer klara av det, jag tror på dig” [ungdomen citerar behandlaren]. Det känns skönt att höra.
- Att höra att man är en klok tjej, att man är ansvarsfull och att man är på väg, att man nästan är vuxen. Att få höra när man är 16-17 att man i princip är vuxen, det är skönt att höra. För det är så många som tar en som liten.
- De accepterar en... Engagerar sig verkligen i det man gör... Lyssnar.

En ungdom gav exempel på att hon upplevde sig bekräftade i sitt sätt att tänka.

- [behandlaren säger] att jag är en väldigt klok tjej och det stärker ju mig. Det får mig att känna att hon bryr sig.

En annan ungdom beskriver hur hon fått bekräftelse i sitt sätt att vara.

- Och då sa ju B att han [pappa] skulle säga det till mig, när det var bra saker jag gjorde också.

Tre informanter tog upp en fördel med att parallellt med familjesamtalen, få tillgång till enskilda samtal med behandlarna. Dessa ungdomar, samt ytterligare tre andra ungdomar, konstaterar att det också varit bra att föräldrarna haft egna samtal där ungdomen inte deltagit.

- Vissa tillfällen vill man bara prata med dem ensam och vissa går det bra att pappa är med.

En flicka noterade att behandlaren gav individuell bekräftelse till henne och hennes mamma, men också att de fick bekräftelse ur ett interpersonellt perspektiv, en bekräftelse om hur de är tillsammans, vilket denna flicka beskrev sig vara glad över.

- Hon berömmar ju väldigt mycket, både mig och mamma, och hon berömmar vår relation tillsammans.

#### *Unika berättelser*

De två ungdomarna som var i behandling både för missbruk och för relationssvårigheter, hade berättelser som skilde sig något i jämförelse med de andra sju ungdomarnas. Detta gällde både berättelser om relationer och dilemmat kring motivation och mål. En informant berättade;

- Under tiden man tar droger [...], då tänker man ju inte på vad man gör. Jag tänkte ju inte på att jag aldrig snackade med mina föräldrar, att jag aldrig var hemma eller någonting. Att jag aldrig hörde av mig. Jag brydde mig inte ens hur de mädde. Jag tänkte inte ens på det. Det enda jag satt på var, okej, jag drar till skolan, sköter skolan, sedan drar jag och röker. Så var det. Sedan, så kommer man till sådant här, så tänker man bara ”ja, hon [behandlaren] vill bara förstöra mitt liv”.

Hon fortsätter sin berättelse med att beskriva sin ambivalens kring mål;

- Jag fattar ju själv. Även fast jag ville hålla på med droger just när jag var här och skulle snacka, ville jag ändå sluta. Så det fanns ändå någonting i mig som ville sluta. För jag vet ändå vad som är rätt och fel. [...] Så jag var här och snackade. Sedan blev det typ bra några veckor. Sedan träffade jag fel personer, sedan spårade det ur igen, sedan blev det bra ett tag. Det var typ så, fram och tillbaka.

En ytterligare unik berättelse kom från en flicka som berättade att hon själv tagit initiativ till ett samtal med sin mamma. Hon var den enda informanten som beskrev att hon var ansvarig



för att samtalet bokades in. Flickan hade tidigare haft samtal tillsammans med sin pappa, som hon bor hos. Vid ett samtal med pappan hade hon framfört att hon ville träffa behandlarna tillsammans med sin mamma. Hon beskrev anledningen till att hon initierade samtalet;

- Pappa och mamma har haft så där tjafs om att pappa försöker få mig att inte ha kontakt med mamma och så där. Och sedan har det blivit så att mamma och jag har tappat kontakten lite, bara för att de där två har bråkat. Och då känner jag, att men då kan *jag* ta tag i det istället, eller något sådant. Så att hon inte kan säga någonting om pappa sedan.

## Diskussion

### *Metodologisk diskussion*

En metodologisk begränsning för studien är att det har varit upp till enskilda behandlare att tillfråga ungdomar som de har i behandling om de vill bli intervjuade eller inte. Vi har inte efterfrågat hur de gjort sitt urval och inte heller om någon som tillfrågats av dem har tackat nej. Det är därmed möjligt att de enbart tillfrågat ungdomar som de upplever att de har en god relation till, och att de valt bort att fråga ungdomar, om de upplevt relationen som skör eller till och med dålig. Eftersom ungdomar under 18 år också behövde medgivande från sina föräldrar, är det också möjligt att de valt bort att tillfråga ungdomar, där behandlarna tycker att de har en osäker allians med ungdomens föräldrar.

Att informanterna haft kunskap om att båda uppsatsförfattarna skulle ha tillgång till allt material, skulle också kunna innebära att de ungdomar vi själva är behandlare för, kan ha valt att förstärka eller förminska upplevelser, för att inte riskera alliansen med sin behandlare. Den forskning vi tidigare hänvisat till, som visat att alliansmätningar inte påverkas av att patienten vet att terapeuten får ta del av resultaten (Knobloch-Fedders et al, 2004) utgår från en vuxenpopulation. Det föreligger inga studier, vad vi känner till, om deras resultat är jämförbara vid behandling av ungdomar. Det finns alltså en möjlighet att ”våra” ungdomar valt att lämna mer socialt acceptabla svar än de intervjuade som ingen av oss tidigare haft kontakt med. Vårt urval är begränsat, vilket medför att det är svårt att utläsa någon klar skillnad mellan svaren från de sex ungdomar som någon av oss behandlar, och de tre som vi träffat första gången vid intervjutillfället.

## *Resultatdiskussion*

*Tonårsutveckling.* Wrangsjö (2010) nämner att tonåringens identitet behöver bekräftas i samspel med omgivningen. Det är viktigt att ungdomen känner sig uppskattad och respekterad av de människor han/hon ser upp till (Wrangsjö, 2010). Resultatet visar att majoriteten av ungdomarna i studien uttrycker att de både respekterar och tycker om sin behandlare. Ungdomarna uttrycker också att de blivit bekräftade av sin behandlare ("jag är en klok tjej") och att de känt sig uppskattade av sin behandlare. Behandlingen i sig kan därmed tänkas bidra till normal tonårsutveckling, förutom behandling av olika tillstånd/symptom.

Resultatet under de två kategorierna "Ungdomarnas reflektioner om sina familjemedlemmar" och "Tankar om behandlarna", uppvisar många exempel på ungdomarnas förmåga till tankar om tänkandet hos andra i rummet, både föräldrarnas tänkande och behandlarnas tänkande. Utifrån Piagets begrepp formella operationer och Fonagys mentaliseringsbegrepp tillhör detta normalutveckling hos ungdomar. En informant avvek från det generella mönstret. Hon kunde inte reflektera över sina föräldrars avvikande beteende i samtalet jämfört med hemma. Informanten är yngst av de intervjuade ungdomarna, och detta kan vara en möjlig förklaring till svårigheten. Resultatet visar att de övriga ungdomarna hade hög förmåga till formellt operationellt tänkande.

*Känsla av sammanhang.* Ett tydligt resultat av undersökningen är att samtliga ungdomar upplevde sitt samtal som meningsfullt och viktigt ("man får tala ut och det är bra"). Ungdomarna beskriver samtalet både som begripligt och meningsfullt. Samtalet bedöms av dem som en utmaning som är värd att investera sitt engagemang i. Resultatet indikerar att meningsfullheten kan ha förstärkts utifrån att ungdomarna uppmärksammat skillnader i hemmiljön ("det blir lugnare"). Vi tycker oss urskilja att några skapat sig en egen begriplighet och meningsfullhet, som skiljer sig från föräldrarnas och behandlarnas. En informant med missbruksbekymmer uppger att han har samtal för att föräldrarna skall var mindre oroliga. Han berättar också att föräldrarna och behandlaren anser att meningen med samtalen är att han skall vara drogfri.

Hanterbarhet medför att individen inte upplever sig som ett offer för omständigheterna (Hansson & Olsson, 2001). Ungdomarnas upplevelse av hanterbarheten är svårare att utläsa ur resultatet. Det skulle kunna vara tänkbart att det är föräldrarnas närvaro eller behandlarnas sätt att vara som upplevs som stöd i hanterandet av situationen, eftersom hanterbarhet, enligt teorin, kan lämnas över till någon man har tilltro till.

*Allians och övriga common factors.* I resultatet finns tydliga exempel som visar att ungdomen upplever att behandlarens och patientens egenskaper passar väl ihop. Common factor matchning mellan terapeutisk stil och klientens behov, överensstämmer med resultatet. I intervjuerna framkommer många tankar om hur en bra terapeut behöver vara, och ungdomarna beskriver att de också mött en sådan behandlare vid sitt senaste samtal. Några ungdomar tar specifikt upp att de har en trygg terapeut, vilket också är en uttalad common factor (Beutler, 2004, refererat i Carr, 2009). Resultatet påvisar exempel på att relationen med terapeuten medför nya sätt att se på sina problem, att ungdomarna fått nya förklaringsmodeller. Detta är förknippat med common factor att patient och terapeut behöver ha lika uppfattningar i attityd (exempelvis använda samma språk), men olika attityd till problematiken, där behandlaren förstår ungdomens beteende ("hon förstår mig"), men har ett annat förhållningssätt till problemet ("ställer hon motfrågor för att få mig att tänka").

Majoriteten av ungdomarna i vår undersökning, hade funderat över att det är svårt att möta nya människor. De beskriver att det är obehagligt att öppna sig och prata om svåra ämnen innan de kände sig trygga med den de skulle möta. Detta är ofta ett dilemma även för vuxna individer som ska inleda en behandling. En skillnad, som vi tänker försvårar ungdomens omständigheter, är att de själva ofta inte valt att inleda en behandlingskontakt. Detta till skillnad från vuxna som har gjort ett aktivt val att utsätta sig för detta svåra, att sätta sin tillit till en ny person. För ungdomar gäller också att de själva sällan har möjlighet att välja/välja bort den person de ska få hjälp av. Därmed är det sannolikt att den behandlare som ska möta ungdomar i än högre utsträckning än de som möter vuxna, behöver ägna omtanke åt att skapa den trygga miljö och det förtroende som ungdomen behöver. Samtidigt beskriver informanterna i denna undersökning att den osäkerhet de upplever i inledningen av behandlingen, snabbt övergår till upplevelser av tillit till behandlaren. Detta överensstämmer också med vår egen mångåriga erfarenhet som behandlare. Ungdomar kan initialt vara osäkra vid mötet med en ny person, men är samtidigt sällan "misstänksamma" eller restriktiva någon längre stund. De är ofta snabba att göra en bedömning av den de möter. Utifrån normal identitetsutveckling, kan detta förstås utifrån teorin om att identiteten formas under tonåren. Eftersom identiteten inte är så befäst som hos vuxna, är det tänkbart att ungdomens naturliga nyfikenhet och öppenhet för nya situationer, gör det möjligt för dem att snabbt acceptera en ny situation och en ny individ i sitt liv.

En annan aspekt för ungdomar som deltar i familjebehandling kan vara att de ibland är utpekade som orsaken till familjens bekymmer (jag är problemet). Detta skulle kunna leda till att det krävs än mer arbete av behandlaren i att stötta ungdomen i att vilja vara i behandling.

I våra studier av aktuell forskning inför denna uppsats, fann vi indikationer på att Bordins tre alliansfaktorer (överenskommelse om mål, överenskommelse om medel [hur] och terapeutiskt band) möjligen inte är ”pan-åldersmässiga”. Med detta menar vi direkt överförbar till behandlingssituationer med ungdomar. Shirk m fl (2011), hänvisar skillnaden till utvecklingspsykologiska faktorer. De konstaterar att en skillnad mellan ungdoms- och vuxenterapier är alliansfaktorn överenskommelse om mål, vilket denna studie också funnit indikationer på. Vi har inte efterfrågat information om föräldrarnas eller behandlarnas mål med behandlingen, vi har enbart efterfrågat ungdomarnas mål. Det framgår dock av resultatet att ungdomarna utformat egna, subjektiva mål för att delta i behandlingen. Hawley & Weisz (2003) konstaterar i en studie att 75% av barn och ungdomsterapier inleddes utan att en överenskommelse om mål gjorts mellan föräldrar, barn och terapeut. De menar att detta är ett bekymmer. Vårt resultat påvisar snarare att Bordins alliansfaktor överenskommelse om mål, kan vara av underordnad betydelse för den terapeutiska relationen mellan behandlare och ungdomar, därmed blir inte överenskommelse om mål viktigt på samma sätt som vid terapier med vuxna. Det vi uppfattar som allra viktigast för ungdomarna, är att de upplever sig ha ett eget, tydligt mål med sin behandling, oavsett vilka mål föräldrarna eller behandlarna har. Resultatet påvisar att formulerandet av ett eget mål, skapar en känsla av att samtalet är meningsfullt. En konklusion av resultatet indikerar att mer formella mål (exempelvis drogfrihet), inte är ungdomarnas egentliga mål. Snarare är upprätthållandet eller reparerandet av relationen till föräldrarna ett primärt mål (bråka mindre, göra mamma mindre orolig o s v). Ungdomarna i studien har samtliga uttryckt omsorgen om föräldrarnas och syskonens välmående som en viktig anledning till att de medverkar i behandling. En slutsats är således att överenskommelse om mål kan ha en annan betydelse i barn- och ungdomsterapier än i vuxenterapier.

Resultatet tyder på att alliansfaktorn överenskommelsen om medel (hur vi gör terapin tillsammans), har en viss betydelse för ungdomarna. Några har givit konkreta exempel på terapeutiska interventioner som de har noterat, och som de tyckt varit hjälpsamma. Samtliga ungdomar diskuterar vikten av att få sitta tillsammans med sin familj och prata om betydelsefulla ämnen. Några har också nämnt att de uppskattat att få prata enskilt med sin behandlare.

Det som ungdomarna beskriver tydligast i vår studie är vikten av det terapeutiska bandet (bond). Att uppleva sig förstådd, respekterad och validerad är avgörande för ungdomens upplevelse av relationen behandlaren. Bandet till terapeuten bidrar till att göra sammanhanget hanterbart för ungdomarna (jag deltar, fast det inte är jag som initierat kontakten). En slutsats vi drar, är att ungdomar, på ett kanske än mer tydligt sätt än vuxna, är känsliga för upplevelsen av att relationen med terapeuten är ”på riktigt”, att relationen inte bara upplevs som äkta, utan också är äkta. Bordins alliansfaktor terapeutiskt band, har för studiens ungdomar visat sig vara den starkaste prediktorn för att uppnå allians mellan behandlare och ungdom.

### *Framtida forskning*

Att det saknas alliansforskning ur ett utvecklingspsykologiskt perspektiv har många forskare konstaterat. Därutöver saknas, enligt vår mening, studier kring hur alliansfaktorer för ungdomar kan förstås ur ett modernt emotionsteoretiskt och ur ett kommunikationsteoretiskt perspektiv. Ungdomarna tar upp emotionella termer som ”snäll”, ”trevlig” och ”välkommande” som mycket viktiga faktorer hos en behandlare för att skapa trygghet och tillit. Vad dessa termer egentligen motsvarar i faktiskt beteende hos behandlaren är värt att undersöka. Hur är man när man är snäll? Hur syns det? Går det att träna snällhet genom handledning och utbildning?

I vår studie deltar två ungdomar som har missbruksproblematik. Shirk m fl (2011), konstaterar att det finns ett jämförelsevis lägre samband mellan allians och behandlingsresultat för missbrukande ungdomar. De ger två möjliga förklaringar, men utelämnar resonemang som vi tycker borde beaktas. Resultatet skulle, förutom de förklaringar de ger, kunna spegla de komplicerade processer och svårigheter som det innebär att bryta ett missbruk, vilket självklart påverkar behandlingsresultaten. Det görs ingen jämförelse med en vuxenpopulation, vilket skulle vara intressant i sammanhanget. En annan eventuellt relevant faktor som inte diskuteras, är frågan om hur hjärnan påverkas av olika former av substansmissbruk, och om detta har någon betydelse för förmåga att utveckla ett terapeutiskt band mellan patient och terapeut.

Vi tror också att det är viktigt att undersöka alliansfrågor ur ett tydligare anknytningsteoretiskt och interpersonellt perspektiv, särskilt för att öka förståelsen för fenomen och faktorer kring att skapa allians med flera personer samtidigt. Vår uppfattning är

att det återstår mycket forskning att utföra, innan alliansfaktorer med ungdomar klart kan beskrivas och förstås.

Referenser:

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., & Risholm Mothander, P. (2008). *Anknytningsteori Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Carr, A. (2009). *What Works with Children, Adolescents and Adults: A Review of Research on the Effectiveness of Psychotherapy*. London: Routledge.
- Elkind, D. (1982). *Barnets utveckling och uppfostran ur Piagets perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Eriksson, E., H. (1954). *Barnet och samhället*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Freud, A. (1946). *The psycho-analytical treatment of children; Technical Lectures and Essays*. London: Imago Publishing.
- Friedlander, M. L., Heatherington, L., Escudero, V., Diamond, G., M. (2011). Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy*, 48, 25-33. Doi: 10.1037/a0022060
- Gilbert, P. & Leahy, R. (2009). *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies*. London: Routledge.
- Hansson, K. & Olsson, M. (2001). Känsla av sammanhang; Ett mänskligt strävande. *Nordisk Psykologi*, 53, 238-255.
- Hansson, K. & Cederblad, M. (1995). Känsla av sammanhang; studier utifrån ett salutogent perspektiv. *Forskning om barn och familj*. Nr. 6.
- Havnesköld, L. & Risholm-Mothander, P. (2010). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Liber.
- Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L., Cecero, J., Liddle, H. (2006). Early Therapeutic Alliance and Treatment Outcome in Individual and Family Therapy for Adolescent Behavior Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 121-129. Doi:10.1037/0022-006X.74.1.121
- Kazdin, A. (2010). *Research Design in Clinical Psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Knobloch, L. M., Pinsof, W. M., Mann, B. J. (2004). The Formation of the Therapeutic Alliance in Couple Therapy. *Family Process*, 43, 425-442.

- Lundh, L-G. (2009). *Vetenskapsteori för psykoterapeuter; del II; Begreppen relation och teknik*. Institutionen för psykologi, Lunds universitet.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i Psykologi*. Stockholm: Liber.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (2005). *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington: American Psychological Association.
- Ollendick, T. H., King, N. J. (2005). Empirically Supported Treatments Typically Produce Outcomes Superior to Non-Empirically Supported Treatment Therapies. I Norcross, J. C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (Eds), *Evidence-Based Practices in Mental Health*, 308-328. Washington: American Psychological Association.
- Piaget, J. (1971). *Barnets själsliga utveckling*. Stockholm: Nordstedts.
- Rogers, C. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rosenzweig, S. (1936). Some Implicit Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatric Association*, 6, 412-415.
- Rydén, G. & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering. Att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance; A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Shirk, S., Karver, M., Brown, R. (2011). The Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48,17-24. Doi: 10.1037/a0022181
- Starrin, B., Svensson, P-G. (red.). (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Wampold, B. (2008). Common Factors Model. I Leong, L., Frederick, T. *Encyclopedia of counselling*. SAGE Reference Online 2008 Encyclopedia Collection.
- Whang, P. & Nilsson, B. (2003). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Natur och Kultur.



Wrangsjö, B. (2010). *Tampas med tonåringar*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wrangsjö, B. & Salomonsson, M-L. (2010). *Tonårstid*. Stockholm: Natur och Kultur.

Medgivande till forskningsintervju

Undertecknade barn/ungdom samt vårdnadshavare godkänner att mitt barn/ungdom intervjuas i forskningssyfte. Intervjun videofilmas. Ingen annan användning av intervjun och inspelningen kommer att ske annat än i forskningssyfte. Barnets/ungdomens uppgifter behandlas anonymt i samtligt publicerat material. Aktuell studie beräknas vara avslutad i juni 2012.

Detta dokument är upprättat i två exemplar, varav familj och intervjuare erhåller varsitt exemplar.

Ort och datum

---

Underskrift och namnförtydligande barn/ungdom och vårdnadshavare

.....  
namnteckning

.....  
namnförtydligande

.....  
namnteckning

.....  
namnförtydligande

.....  
namnteckning

## Frågor till barn/ungdomar

1. Vad tänker du var anledningen till att du och din familj var här på senaste samtalet? (B)
2. Vem bad dig/talade om för dig att du skulle delta i samtalet? (B)
3. Vad kallar du den/dem ni träffar i samtalen. (B)
4. Tycker du att det var rätt personer som deltog i ert samtal? Vem/vilka fler skulle delta/inte delta om du fick bestämma? Får du vara med och bestämma? (H, M, A)
5. Pratade ni om saker som du tycker är meningsfulla för dig? Berätta. Var samtalet meningsfullt/bra för någon annan? Exempel. (B, M)
6. När du och din familj pratade med varandra under det här samtalet – var det annorlunda mot hur ni brukar prata med varandra hemma? På vilket sätt? Exempel. Om ja, varför tror du att det blev annorlunda mot hemma? (B, H, M, A)
7. Tycker du att X använder ord som du förstår och använder språket på ett sätt så att du förstår vad hon/han/de säger? (H, B)
8. Tycker du att X lyssnade på dig? Hur märktes det? Exempel. Kroppsspråk, ord, handling. (H, A)
9. Fick du möjlighet att prata så mycket, eller så lite, som du ville? (H) Tycker du att du fick frågor från behandlaren eller fick du prata fritt? Fick du de frågor du ville ha/behövde? (H, A). Kände du att X förstod hur du menade? (M, A)
10. Upplevde du att de andra i familjen fick stöd och hjälp från X att lyssna på dig? Exempel? (H, A)
11. Upplevde du att X respekterade dina åsikter lika mycket som de andras i familjen? Exempel. (A)
12. Vem i familjen tycker du står närmast X? Om du tänker dig dina familjemedlemmar på en skala – var befinner ni er? Vem är närmast och vem längst ifrån. (A)
13. Skiljer sig det senaste samtalet ni hade från andra samtal ni har haft? Vad var typiskt för samtalet/skillnad från andra samtal? Vill du att ditt/ert nästa samtal liknar det som du hade senast? På vilket sätt vill du att det ska vara lika/annorlunda? (M)
14. Vad tycker du är de viktigaste egenskaperna hos behandlare? Stämmer det med hur du tycker att X är? Hur skulle du beskriva X? Personlighet, egenskaper. (H, A)

15. Om du hade en vän som skulle gå hit för samtal, hur skulle du beskriva för honom eller henne hur det är att vara här? Skulle du ge honom/henne något råd? (B, M)
16. Vilket råd skulle du kunna ge till en behandlare för att göra detta ställe till ett bra ställe för ungdomar att gå till för samtal? (B, H, M, A, Ö)
17. Är det någon fråga som jag inte har ställt som du tycker är viktig för att förstå hur du tycker att det har varit för dig att ha varit med på ett behandlingssamtal tillsammans med din familj? (Ö)

Frågor om Begriplighet: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 15, 16

Frågor om Hanterbarhet: 4, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16

Frågor om Meningsfullhet: 4, 5, 6, 9, 13, 15, 16

Frågor om Allians: 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16

## Önskemål om hjälp!

Vi, Sun Kratz-Frisk och Åsa Samuelsson, arbetar som familjehandlare i Väsby behandlingsteam i Upplands Väsby kommun. Vi studerar parallellt med arbetet, och går nu sista terminen på psykoterapeutprogrammet i Lund, vilket innebär att vi skriver vår uppsats. Uppsatsen har frågeställningen ”Barn och ungdomars upplevelse av att delta i psykoterapi tillsammans med familjemedlemmar” och berör ungdomars upplevelse av att delta i behandlande samtal tillsammans med sin familj (familjeterapi eller familjebehandling). Intervjun har fokus på barnets upplevelse av känsla av sammanhang (KASAM) och allians utifrån sitt senaste familjesamtal.

För att delta i studien ska ungdomarna vara mellan 13-18 år gamla och ha deltagit i minst tre samtal tillsammans med minst en av sina föräldrar. Vår ambition är att intervjun ska ske så snart som möjligt efter senaste samtalet, helst inom 48 timmar – men detta är inget absolut krav. Intervjun spelas in på film med en liten videokamera och materialet behandlas självklart anonymt. Både barnet och vårdnadshavaren behöver skriva under ett medgivande att intervjun genomförs i forskningssyfte. Intervjun tar som längst en timme (de vi gjort hittills har tagit mellan 20-45 minuter, beroende på hur pratsam ungdomen velat vara).

Vi har påbörjat intervjuer på vår egen arbetsplats, men för att få ihop tillräckligt många intervjuer, är vi i stort behov av hjälp av våra kollegor i kranskommunerna med att tillfråga fler ungdomar som kan tänka sig att bli intervjuade av oss. Vi genomför gärna intervjuerna på er arbetsplats (om det är möjligt för er) för att underlätta för ungdomar som kan tänka sig att ställa upp. Självklart går det att genomföra intervjun hos oss, om någon skulle föredra detta. Om någon ungdom skulle föredra att intervjun genomförs på kvällstid eller under en helg, så hämtar och lämnar vi gärna personen i fråga.

Materialet ska vara någorlunda färdigbearbetat i mitten av april 2012, och intervjuer kan genomföras fram tills en vecka innan.

Om du har några frågor, eller om någon familj (förälder eller ungdom) vill fråga något om studien så går det bra att kontakta oss via telefon eller e-post. Vi är djupt tacksamma för alla försök att hjälpa oss med detta!!!

Detta papper får gärna delas ut som information till tänkbara ungdomar och föräldrar.

Sun Kratz-Frisk

073-910 41 87

[sun.kratzfrisk@upplandsvasby.se](mailto:sun.kratzfrisk@upplandsvasby.se)

Åsa Samuelsson

073-910 41 90

[asa.samuelsson@upplandsvasby.se](mailto:asa.samuelsson@upplandsvasby.se)