



Kristina F Rosenqvist, Rebecka Nietsche
Stockholm

Som att tina ett hallon Att arbeta psykoterapeutiskt med barn placerade i behandlingsfamilj

Att bedriva psykoterapi med barn och tonåringar som är omhändertagna av socialtjänsten och placerade i familjehem innebär speciella omständigheter för alla inblandade. Kristina F Rosenqvist och Rebecka Nietsche är båda psykologer och leg. psykoterapeuter utbildade vid Ericastiftelsen i Stockholm och verksamma med att bedriva barn- och ungdomspsykoterapier med barn som är placerade i så kallade behandlingsfamiljer, Treatment By Foster care (TBF). Författarna lyfter upp metodfrågor och teman som ofta gestaltas och vill med denna essä berätta inifrån barnpsykoterapirummet, eftersom de tänker att det vore intressant för Mellanrummets läsare. Texten innehåller avidentifierade vinjetter för att bevara konfidentialiteten. Författarna har valt att begränsa sig till att beskriva barnpsykoterapi även om de även bedriver psykoterapi med tonåringar.

Familjehemsvård

Familjehemsvård är den vanligaste formen av placering utanför hemmet i Sverige. Enligt den officiella svenska statistiken var cirka 19 400 barn och unga i familjehem någon gång under 2020 (Åkerman, m fl., 2022). Det motsvarar cirka 1 procent av

befolkningen i åldersgruppen 0–20 år. I svåra eller komplexa fall används institutionsvård, men för yngre barn undviks detta i allmänhet och socialtjänsten väljer då förstärkt familjehemsvård för att tillgodose barnens behov. Sådan förstärkt familjehemsvård finns i olika former men kan i allmänhet betraktas som en vårdnivå mellan vanlig familje-

hemsvård och institutionsvård/behandlingshem (HVB). Studier (Åkerman, m fl., 2020) har visat att barn som varit omhändertagna av socialtjänsten löper stor risk att utveckla psykiatrisk problematik, drogmissbruk och kriminalitet som unga vuxna, vilket gör det angeläget med specialiserade insatser för denna grupp av barn i vårt samhälle.

Treatment By Foster care

Treatment By Foster care (TBF) är en utarbetad behandlingsmodell för att hjälpa barn och ungdomar som har upplevt tidiga omsorgsbrister att komma vidare i sin utveckling (Åkerman, m fl., 2020; Åkerman, m fl., 2022). TBF innebär förstärkt familjehemsvård där en av de vuxna i familjehemmet är anställd på heltid som så kallad behandlingsförälder. Syftet med TBF-modellen är att ge stabila placeringar som hjälper barnen och ungdomarna i deras psykologiska och sociala utveckling. Ett grundläggande antagande i behandlingsmodellen är att relationen mellan omsorgsgivaren och barnet har stor betydelse för barnets utveckling. Förstärkta familjehem som TBF förväntas kompensera för några av de negativa effekterna av omsorgssvikt. Samtidigt är det utmanande och komplext eftersom barnen på grund av tidigare erfarenheter ofta misstror nära relationer och har svårt att ta emot hjälp från vuxna i sin närhet (Åkerman, m fl., 2020). Flertalet av de barn som placeras inom TBF har stora känslomässiga behov och grava anknytningstrauman, vilket visar sig i svårigheter i den emotionella utvecklingen.

Den teoretiska utgångspunkten för TBF-modellen är psykodynamisk teori, i synnerhet anknytnings- och mentaliseringsteorier, med ett relationellt fokus på mentaliseringsfrämjande interventioner och samspelesprocesser. Behandlingsarbetet i TBF fokuserar på att stärka familjehemmets sensitivitet och mentaliseringsförmåga. Mentalisering definieras som implicit och explicit förståelse av mänskligt beteende baserat på mentala tillstånd som tankar, känslor och avsikter (Bateman & Fonagy, 2016). Behandlingsfamiljerna får även utbildning i ICDP/Vägledande samspel (Hundeide, 2001), där man betonar vikten av ett utvecklingsfrämjande samspel, samt utbildning i anknytnings- och mentaliseringsteori. Numera

får även hela personalgruppen utbildning i Traumamedveten omsorg för familjehemsföräldrar (TMO-F) i Rädda barnens regi. Ett miljöterapeutiskt förhållningssätt som betonar återkommande rutiner och strukturer som trygghetsskapande och härbärgerande (Larsen, 2018) är en annan teoretisk metodbas för hela organisationen runt det placerade barnet. Familjehemsföräldrarna benämns behandlingsföräldrar eftersom de gör ett viktigt behandlingsarbete med barnet i vardagen.

Behandlingsfamiljens vardag är grunden i behandlingen. Behandlingsfamiljens främsta uppgift är att bli barnets trygga bas och stå för kontinuitet och trygghet, där barnet kan bygga upp stabila och nära relationer genom den omsorg behandlingsfamiljen erbjuder. I de processer som uppstår kommer barnen också frustreras och de konflikter som utspelar sig ses som viktigt terapeutiskt material på vägen mot förändring. Teamet runt barnet är enligt TBF-modellen förutom behandlingsfamiljen även en behandlingssamordnare och en psykolog. Flera av psykologerna är utbildade barn- och ungdomspsykiaterer. Systematiskt arbete med att etablera ett hållande professionellt team runt barnet är viktigt med tanke på de många komplexa relationerna runt det placerade barnet. Barnet har sitt biologiska nätverk, socialsekreterare och skolpersonal för att nämna några av alla som barnet ska förhålla sig till.

Alla i teamet har olika formella roller och primära arbetsuppgifter med det gemensamma målet att hjälpa det placerade barnet att komma vidare i sin utveckling och hitta sina förmågor. Behandlingsföräldern ska tillrättalägga miljön och skapa möjligheter för barnet att utvecklas. Behandlingsföräldern behöver också vara emotionellt tillgänglig för projektioner, positiva och negativa överföringar, ta emot det barnet uttrycker och härbärgera känslor. Det är många gånger svåra samspelesprocesser som sätts i gång i familjehemmet, där tidigare otrygga, ibland desorganiserade, anknytningsmönster och samspelesfarenheter gestaltas i nuet. Då behöver behandlingssamordnaren också vara emotionellt tillgänglig för behandlingsföräldern genom regelbunden handledning men också dygnet runt-beredskap.

Behandlingsföräldern/-föräldrarna har regelbunden obligatorisk handledning såväl individuellt av behandlingssamordnare och psykolog som

i grupp med extern handledare. Genom handledningen får behandlingsföräldern möjlighet att hålla nyfikenheten levande, kommunicera tankar och känslor och därigenom bibehålla sin mentaliseringsförmåga även när svåra processer är i gång i familjesystemet runt det traumatiserade barnet.

Barnen och ungdomarna som placeras inom TBF

När socialtjänsten i en kommun beslutat att det behövs förstärkt familjehemsvård motiveras detta ofta både av barnets individuella svårigheter och av tidigare havererade placeringar. Dessa haverier uppstår oftast av orsaker som pågående konflikter inom det biologiska nätverket, svårigheter med barnet som tidigare familjehem inte kunnat hantera eller brister i socialtjänstens handläggning av deras ärende (Åkerman, m fl., 2022).

Majoriteten av barnen och ungdomarna som placeras kommer från familjer med allvarliga relationsproblem. Många har upplevt försummelse, men även misshandel och våld, i sina ursprungsfamiljer. Vanliga problem i ursprungsfamiljerna kan vara förälder med psykiatrisk störning och/eller missbruk och fattigdom. Flera av barnen har varit placerade tidigare och således varit med om upprepade separationer från anknytningspersoner. Tidiga erfarenheter av misshandel, svek och otrygghet leder till misstro mot att nära relationer ger trygghet. Det kan bli en ond cirkel där barn med allvarligare relationsproblem är med om fler sammanbrott som leder till omplaceringar och antalet tidigare placeringar påverkar negativt barnets möjligheter att bygga nya trygga relationer (Bernlieb, 2020).

Det är mer regel än undantag att barnen vi möter har flera sammanbrott med sig från tidigare familjehem där man av olika skäl inte orkat. Barn som upplevt upprepade separationer och flyttar lever med en ständig beredskap att flytta igen. Det kan vara något i omgivningen som inte alls handlar om dem, till exempel att ett hemmaboende biologiskt barn ska flytta, som väcker föreställningar om att de själva måste flytta därifrån. Det finns en förväntan att bli utbytt eller övergiven som följer med dem in i nya relationer. Det agerandet kan visa sig mer eller mindre konkret, eller omvänt att barnet

gör något för att föregå och ”straffa ut sig”.

När barnet fick veta att det skulle flytta in en tonåring hos behandlingsfamiljen gick barnet upp på sitt rum och packade sina väskor.

Många barn som upplevt omsorgssvikt utvecklar ett självförsörjande sätt att vara utan förväntningar på vuxnas hjälp och har många gånger svårt att beskriva egna behov. Det kan gestalta sig i att barnet tar hand om sig själv när det blivit sjukt och inte signalerar sina hjälpbehov till behandlingsföräldrarna. I stället för att be om hjälp drar barnet sig undan.

Trauman som påverkar mentaliseringsförmågan

Generellt för barnen som placeras inom TBF är att de oftast har med sig traumatiska upplevelser och anknytningstrauma från mycket späd ålder. De flesta barn som placeras uppvisar mönster av otrygg, ibland även desorganiserad anknytning. Ofta har barnen levt i omsorgssvikt och utsatthet, upprepat och under längre tid vilket lett till utvecklingstrauman, komplext posttraumatiskt stressyndrom, som påverkat grunden för barnets relationella och emotionella utveckling (Almqvist, m fl., 2019). Dessa komplexa traumatiska erfarenheter kan beskrivas som osynliga ryggsäckar som barnen har med sig och som formar deras föreställningar om sig själva, vuxna och världen i stort.

Ett litet barn som blir känslomässigt försummat är inte i en position att uttrycka sin ilska, fruktan och förnedring. När barnet är för litet för att klä sina upplevelser i ord och omsorgsgivarna inte är rollmodeller som processar upplevelserna tillsammans med barnet, så förblir de omedvetna i barnet och lagras inte heller som medvetna minnen. Upplevelserna lagras i kroppen och kan ge upphov till kroppsliga besvär och visa sig i drömmar och i barnets beteende (Blake, 2021).

Barn som är placerade i familjehem har ofta utvecklad mentaliseringsförmåga. Erfarenheter av bristande föräldraförmåga och interpersonella trauman som föregått placeringen har på ett negativt sätt påverkat barnets möjligheter att utveckla mentaliseringsförmåga. Eftersom mentaliseringsförmågan utvecklas genom multifaktoriella

processer i det relationella samspelet störs de processerna om barnet samtidigt erfar omsorgssvikt (Midgley, 2017). Barn med egen sårbarhet som leder till problem i olika miljöer, behöver i ännu högre grad vuxna med särskilt god förmåga att tona in och hjälpa dem att få perspektiv på sig själva. På så vis är många barn som placeras i vår verksamhet drabbade i dubbel bemärkelse med egna svårigheter att reglera uppmärksamhet och affekter, samt föräldrar som inte kunnat möta deras behov.

Barnet kunde fråga sin behandlingsförälder: "tyckte jag det var kul igår?" vilket speglar ett prementaliserande läge.

Mentaliseringsbristerna visar sig i att barnen har svårt att veta vad de känner och har svårt att betrakta sig själva utifrån. Det saknas en känsla av sammanhang och förutsägbarhet i barnens liv, som ofta är kantade av otrygghet och separationer, vilket gör det smärtsamt att känna och tänka. Barnen har på bekostnad av sin emotionella utveckling fått inrikta sin uppmärksamhet på överlevnad. Det blir därför viktigt under behandlingsprocessen att hjälpa barnen med ett narrativ, en berättelse kring sig själv och sitt liv.

Barnpsykoterapi inom TBF

Inom TBF ses barnets inre värld som centralt i behandlingen. Alla barn och ungdomar får initialt genomgå en psykologbedömning som sedan följs upp under placeringen. I princip alla erhåller efter den initiala bedömningen psykoterapi, yngre barn barnpsykoterapi och tonåringar ungdomspsykoterapi. En del får tidsbegränsad barnpsykoterapi, en anpassad variant av MBT-C (Midgley, 2017) och en del tonåringar går i parallell mentaliseringsbaserad grupp. Psykoterapi blir en möjlighet för barnen att få uttrycka sig, börja hitta sin agens, bli lyssnade till och speglade. Eftersom placeringarna oftast sträcker sig över en längre tid får barnen och tonåringarna möjlighet till längre psykoteraeutiska behandlingar. Vi psykologer har extern psykoterautihandledning. Att få vara med och bära en del av barnens känslomässiga utmaningar, leka med verkligheten i barnterapirummet och fördjupa kunskapen om barnet, är oerhört stimulerande men samtidigt svårt.

Alliansskapande och anknytning i barnpsykoterapi

Anknytnings- och alliansfasen behöver få ta tid innan barnet kan närma sig den egna inre världen. Affektreglering är något som är grundläggande i de flesta psykoterautier för att barn ska kunna utforska sitt inre på ett mer verbalt och reflekterande sätt. Men relationen mellan barn och psykoteraut, alliansen som behöver byggas upp i en terapi, kan i sig ses som en "traumatrigger" eftersom barnen har med sig erfarenheter av svek och otrygghet där vuxna varit svåra att lita på.

De första terapigångerna präglades av hög uppvärning och både barnet och terapeuten fick kämpa med att behålla uppmärksamheten eftersom allt var kaotiskt. Terapeuten fick absolut inte utforska något. Barnet pendlade mellan distans och närhet och dirigerade terapeuten att sitta långt ifrån tills barnet sa att det var okej att komma och titta vad det gjorde. Terapeuten pratade högt för sig själv när hon satt på avstånd: "jag undrar så vad x gör där borta". Barnet behövde lång tid av uppmärksamhetsreglering av terapeuten för att hålla ihop sig innan det blev ett lugnare tempo i rummet.

Det som utspelar sig kan förstås i termer av projektiv identifikation och *containment* (Bion, 1962). Betydelsen av att terapeuten först härbärgerar allt kaos för att sedan sakteliga tänka högt om och tillsammans med barnet kan i mentaliseringsstermer beskrivas som att hålla barnets sinne i sitt sinne (*keeping mind in mind*).

Att låta den terapeutiska processen få ta tid, att terapeuten väntar in att få barnets uppmärksamhet och samtidigt är lyhörd för de små tecknen på lättad i rummet är något Anne Alvarez (1992) betonat. Det är särskilt viktiga komponenter i det barnpsykoterautiska arbetet med traumatiserade barn. Steele (2018) refererar till forskningen av Trevarthen, Tronick & Weinberg och Beebe & Lachmann som beskrivit betydelsen av samspelet mellan barn och förälder (mor) och knyter deras teorier till terapeuten förhållningssätt gentemot barnet. Deras forskning har visat hur viktigt det är att "dosera" engagemanget i samspelet, låta barnet hålla i taktspinnen, för att hitta en medelväg och inte bli för inkräktande men heller inte för långt ifrån. *En av oss myntade vid ett tillfälle en metafor som*

hjälper oss att behålla tron på att det vi gör måste få ta tid: "barnen behöver tinas som styckfrysta hallon, långsamt och försiktigt, för att hålla sig intakta".

Begreppet "toleransfönster" (Siegel, 2020) åskådliggör hur en optimal känslomässig aktivering möjliggör en kognitiv bearbetning där nya erfarenheter kan lagras i minnet. Är barnet hyperaktiverat med ett utåtagerande beteende, eller hypoaktiverat, undandragen eller dissociativ, blir det svårt att lära nytt. Det affektiva engagemanget behöver hålla sig inom ett tolererbart spann för att barnet ska ha tillgång till sina kognitiva funktioner.

Hela första året är arbetet med att knyta an ett centralt tema. Det barnpsykoterapeutiska arbetet blir på den tidiga nivån av den relationella utvecklingen och mentalisering som handlar om uppmärksamhetsreglering (Midgley, 2017). Den otrygga anknytningen, bristen på tillit, gestaltar sig ibland i klängighet och utmanande sätt att komma nära. Många av barnen vi möter har upplevt föräldrar som varit skrämmande och/eller skräckslagna. När barnet har svårt att känna tillit och vara i kontakt och relation på ett ömsesidigt sätt, tar behovet av kontroll över. Det kan visa sig i ett tvångsmässigt frågande, ställa samma frågor om och om igen utan att egentligen ta emot svaret eftersom det inte ger någon lugnande effekt. Barnen kan ofta inte lita på det vuxna säger eftersom det är en realitet som de erfarit tidigare i sina liv, ofta upprepade gånger.

Redan på 50-talet beskrev Bowlby barn med kroniskt påslagna anknytningssystem och senare myntade Main begreppet desorganiserad anknytning för att beskriva samspelet som i hög grad bygger på rädsla (Broberg, m fl., 2006). Kännetecknande för desorganiserad anknytning är att den även präglas av kontrollerande anknytning, där kontroll ersätter tillit som basen för samspel (Almqvist, m fl., 2019).

Barnet vill leka kurragömma, lite svårt att hitta gömställen framför allt för terapeuten som tar kuddar till hjälp. Det övergår till att barnet vill leka kuddkrig, intensiteten ökar från barnets sida som vill att terapeuten slår hårdare och upprepar det. Terapeuten säger: "Jag vill inte göra dig illa, inte slå dig, vuxna får inte slå barn". Barnet släpper kudden och klättrar upp på byrån och hoppar ner

i famnen på terapeuten som står helt oförberedd men lyckas fånga upp barnet. Barnet vill upprepa det och får göra det en gång till, sen säger terapeuten: "Nej - du är ganska tung så jag är osäker om jag orkar hålla fler gånger". Då vill barnet hoppa i kuddhögen och terapeuten säger: "Nej - för du kan hamna på golvet". Då svarar barnet: "Jag vet att du är rädd om mig".

Genom denna anknytnings- och alliansskapande process får barnet nya relationserfarenheter, ett gryende *epistemic trust*, att det finns en vuxen som tänker och känner kring barnet (Midgley, 2017). TBF-modellens fokus på mentalisering kan ses som ett sätt att via social inlärning få en upplevelse av hur det är att lita på någon fast att tidigare erfarenheter dominerats av *epistemic mistrust* (Åkerman, m fl., 2022).

Leken

Det som kännetecknar lek är att den är spontan och att man inte på förhand vet vad som ska hända härnäst. Riktig lek kräver tillgång till känslor, annars blir leken livlös och repetitiv eftersom den saknar personlig mening och känslomässigt engagemang. Första steget för att kunna leka är att känna att man är ett "jag" och att det skiljer sig från det som "inte är jag". För att komma dit behöver barnet känna att terapeuten är följsam och finns där helt och hållet för barnet, utan att tappa sina egna gränser (Blake, 2021).

Ofta träffar vi barn som inte kan leka, varken på egen hand eller med kompisar. Dessa barn hamnar i svårigheter hemma i familjehemmen och med jämnåriga i skolan eftersom de inte klarar ömsesidig lek eller förstår humor. Barnen har svårt att hitta det mellanrum mellan den inre och yttre verkligheten som leken innebär.

I barnterapirummet ser vi ibland barn i skolåldern som i sandlådan strilar sanden om och om igen på ett repetitivt sätt, som inte kan symbolisera, använda leksakerna för att gestalta sitt inre. Barn som visar sina omätliga behov genom att fylla, mer och mer av sand och mer av vatten, där hamnar man som terapeut i att begränsa. Att säga stopp och hålla ramarna för att skapa en grundläggande känsla av tillit medan attackerna duggar

tätt. Om terapeuten tolkar leken istället för att vara i leken och beskriva den, kan barnet bli för överväldigat och fragmenterat. Frustration hjälper tänkandet bara om det är tolererbart och möjligt att tänka.

Det blir ett lekavbrott och barnet frågar om det gör ont på riktigt när terapeuten låtsas behöva ett plåster.

Ett grundläggande arbete i barnpsykoterapi är att barnet ska upptäcka sig själv i relation till terapeuten innan det kan vara i relation och hitta en ömsesidighet i samspelet. Delad uppmärksamhet med barnet, att hitta ett lekrområde där barnet kan känna sig tryggt, ”hemma”, blir en början på att lära sig leka och på sikt mentalisera.

Barnet som är duktigt på bollspel väljer att försiktigt visa upp sina färdigheter med bollar. Terapeutens uppgift blir att se, bekräfta, tona in och sätta ord på det som händer: ”det var en hård boll” eller ”det var ett svårt trix du gjorde”. Det är tålmodsprövande för terapeuten att inte gå för snabbt fram även fast känslan/frågan infinner sig om det är hjälpsamt, sker det någon utveckling? Motöverföringskänslan att vilja tillföra energi och drive kommer över terapeuten ganska ofta, men terapeuten hejdar sig, det är viktigt att barnet hittar sin egen drive. Efter hand kan terapeuten bli mer reglerande och säga ”vilka hårda bollar, man kan nog både känna sig lite arg och irriterad när bollen kastas så hårt”. Från behandlingsfamiljen får terapeuten kännedom om att barnet självmant börjar använda sig av bollarna i sin egen vardag, som på raster för att reglera aggressivitet då det kört ihop sig. Successivt bjuder terapeuten försiktigt in sig i bollspelandet och ett samspel utvecklas. När barnet har fått fatt i sin egen drive börjar en lek där barnet vill ha utmaningar med bollen och terapeuten får vara kreativ och hitta på olika utmaningar. Sedan ger barnet terapeuten uppgifter att utföra och får ofta visa hur man ska göra. Det har skett en relationell utveckling till att vara i samspel tillsammans i bollspel.

Vi möter ofta barn som är väldigt aktiva, rastlösa och utåtagerande, som går från den ena aktiviteten till den andra och skapar kaos. Det finns barn som har svårt att vara kvar i rummet, som springer ut och gömmer sig i lokalen och terapeuten får

hämta tillbaka. Som terapeut är det lätt att tänka ”är det här möjligt, kommer det att ske en utveckling?” när det pågår över längre tid.

En vändpunkt kom när barnet hällde en hink med sand över huvudet på terapeuten som kände en stark hopplöshet och uppgivenhet, det blev tyst i rummet. Då tog barnet sakta och började skjuta undan hårslingor och sand från terapeutens ögon. Barnet tittade intensivt på terapeuten som om det var för första gången och log. Här blev en vändpunkt och därefter blev barnet lugnare och kunde vara mer i relation.

När trauman gestaltas

Rädslan för att bli övergiven, lämnad igen, är centralt hos barnen vi möter och det gestaltas även i relation till barnpsykoterapi. Det kan vara att barnet vill gå ut ur rummet och försäkra sig om att behandlingsföräldern sitter kvar och väntar, skaffar sig en anledning genom att visa upp något eller ställa en fråga. Barnet försöker bemästra genom att vända sig till sin anknytningsperson och som barnpsykoterapeut i denna kontext behöver vi väga in den parallella betydelsen av anknytningsprocessen till behandlingsföräldern. Ibland avtalas att det är en paus mitt i då barnet går ut till behandlingsföräldern.

Ramarna, tid och rum, utmanas av barnet. Kan vi sluta tidigare? För att sedan bytas ut mot att inte vilja lämna rummet. Som barnpsykoterapeut är det utmanande att inte agera i motöverföringen som väcks, känslor av att inte vara så betydelsefull, att det finns något annat någon annanstans som är viktigare än att vara här och nu i rummet.

Barnet som gått från aktivitet till aktivitet och varje gång lämnat ett kaos av saker och material som dragits fram. Där fick lådan en särskild betydelse, för där skulle det vara ordning och varje liten sak lades ner med omsorg. Det som var ”fint” fick vara i lådan och det som var ”fult” fick terapeuten behålla. I början av varje timme inspekterade barnet lådan noggrant och frågade vem det var som hade skapat ordning i lådan (som givetvis var orörd). På lådan projicerades det inre kaos som barnet bar på och det blev ett viktigt mellanområde där de successivt i terapi kunde integrera en del fula sa-

ker bland de fina. Terapeuten satte ord på att både det fina och fula var barnets skapelser och kunde med lite möda få plats i lådan.

Aggressivitet, skuld och skam är laddade affekter som kommer gestaltas på ett eller annat sätt under barnterapierna. Barn som utsätts för omsorgssvikt är offer för vuxnas otillräcklighet, men deras beteende uppfattas ofta som störande, svårhanterligt och de agerar ut sina trauman. Våldet ligger ofta nära och kan visa sig genom att barnet identifierar sig med aggressorn. Det kan visa sig i förakt för svaghet eller i sadistiska impulser, barnet som kastar sand på terapeuten eller river sönder sina egna teckningar. Leken ter sig ofta repetitiv och splittrad. I posttraumatisk lek har barnet ofta hög spänningsnivå och leken är inte lustfylld (Almqvist, m fl., 2019).

I handen har barnet en vass penna, riktar den mot terapeutens mun, skrattar och säger att det är en tandläkare. Terapeuten känner ett obehag, det känns osäkert, och för en sekund tappar hon sin tankeförmåga. När hon får fatt i sitt reflektionsutrymme igen går hon in i leken (som för en stund sedan inte hade kvalitén av ömsesidig lek) och sätter, liksom övertydligt, handen för bröstet och spårar upp ögonen och säger ”oj, vad rädd jag blev för den där tandläkaren” och då är det som att den hotfulla stämningen lägger sig, barnet slappnar av och backar.

En del svårt traumatiserade barn som inte själva är i kontakt med sina känslor har svårt att läsa av sublima, otydliga känslouttryck, och driver mot tydliga gensvar från omgivningen. Exempelvis om barnet erfarit att stoppet kommer i form av våld kan leken drivas tills våldet kommer. Att benämna rädslan i form av en tolkning skulle kunna bli för ångestväckande för barnet. Om psykoterapeuten istället stannar i metaforen och låter känslorna stanna i leken, kan det hjälpa barnet att ta saker i sin egen utvecklingstakt (Blake, 2021).

Barn som har tillgång till sin lekförmåga och kan använda sig av Ericamaterialet (Danielsson, 1986) har en annan möjlighet att gestalta sitt inre tillsammans med terapeuten.

Under upprepade sessioner i en barnterapi förekom mycket uttryck av oral aggressivitet; djur som dödats genom att bli uppätta eller ätit upp andra.

Alla sessioner slutade i kaos, allt var dött, inget fick sluta bra. Det var smärtsamt att uthärda allt dödande men det var viktigt att inte blunda, att se det, för att på så sätt dela smärtan med barnet. När det sker en vändning i terapin bygger barnet upp ett sovrum med endast en baby som ligger i en säng och det är första gången en människofigur används. Babyn är ensam i rummet. Terapeuten frågar: Är babyn ensam? Barnet svarar: Ja det finns ingen, den är själv. T: Kan den klara sig själv? B: Nej det kan den inte. T: Hur ska det gå för det lilla barnet? B: Jag vet att du inte tycker om när de dör men det gör de. T: Nej jag hoppades att det fanns någon vuxen hos barnet, barn behöver någon som tar hand om dem. Sessionen väcker en stark känsla av sorg och övergivenhet och en stark motöverföring att vilja skydda och ta hand om. Långt senare blev övergivenhetskänslorna talbara och barnet började kunna sätta ord på det.

Barn gestaltar sina trauman på olika sätt. Många barn som erfarit försummelse och inte fått sina tidiga känslomässiga behov tillgodosedda blir avstängda och bedövade i kontakten (Music, 2018). Det blir en utmaning att behålla nyfikenheten i det terapeutiska rummet eftersom barnen inte agerar ut vad de varit med om, utan vad de inte varit med om. Terapeuten behöver hjälpa barnet att hitta sin agens.

Avslut

Som barnpsykoterapeuter inom vår verksamhet kan vi ibland ha möjlighet att planera för ett avslut i terapin medan barnet fortfarande bor kvar i sitt familjehem. Andra gånger styr vi inte över tidsramarna, exempelvis om placeringen avbryts. När vi, både barnet och terapeuten, ställs inför realiteten av en planerad flytt eller ett plötsligt sammanbrott, så påverkar det även barnpsykoterapins ramar. Ibland går vi mot ett abrupt avslut. Det är bland det svåraste vi som behandlare kan ställas inför eftersom vi vet hur känsligt detta är för ett barn med tidigare svåra separationer bakom sig.

När terapeuten benämnde att det blivit bråk i behandlingsfamiljen tittade barnet upp mot fönstret och frågade om man kan hoppa ut där. Känslan var att barnet tog på sig skulden för att det blev

ohållbart i familjehemmet. I motöverföringen väcktes ett behov hos terapeuten att skydda barnet från att lägga skulden på sig själv. Terapeuten svarade att de satt spjerrar på fönsterna så att inget barn skadas. Det gick inte att utforska känslorna verbalt där och då. I stället gestaltades den psykiska smärtan genom ett agerande i rummet där terapeuten fick härbärgera både sorg, ilska och tomhet.

Barnet ”beställde” ballonger, konfetti, musik i högtalare och gott fika sista gången. När terapeuten svarade att det inte är en fest vi ska ha utan vi ska skiljas åt, började barnet riva sönder sin teckning. ”Det är jobbigt att behöva skiljas från varandra, då kan det kännas lättare att planera roliga saker”, reflekterade terapeuten högt. Barnet önskade bjuda in sin behandlingsförälder till fiket och terapeuten tänkte att det var en god idé att följa barnets önskan om att vara tillsammans med den betydelsefulla vuxna som barnet också skulle skiljas ifrån, inte bara terapeuten.

Tolkningar handlar om tajming. Kanske var barnet för skört för att klara av att höra att smärtan i att skiljas blev benämnd. Barnet behövde kanske mer en bekräftelse av att det kan bemästra det svåra läget genom att göra avslutet till en fest? Vi behöver använda oss av vår intuition och många gånger vara modiga för att vara med barnet i deras smärta. Det är lättare i teorin än i praktiken då det är svårt att veta om det vi säger och gör verkligen blir hjälpsamt för barnet.

En del barn som varit med om grava separationstrauman behöver själv aktivt lämna terapeuten, stänga dörren till det gemensamma rummet, inte att terapeuten vinkar av (Blomberg, 2010). Ett terapiavslut är en del av terapiprocessen som både innebär separation och samtidigt handlar om övergångar i livet. Att arbeta med avslutet hjälper barnet att komma i kontakt med känslor kopplade till förändringar och separationer. Inte minst för barnen i vår verksamhet är det viktigt att också förmedla hopp om framtiden, när avslutet är ett faktum.

Annorlunda parallellt föräldrarbete

Som familjehem delar man föräldraansvaret med socialtjänsten och de biologiska föräldrarna, som finns med och tänker kring barnet i olika stor ut-

sträckning. Hur vi arbetar med det biologiska nätverket ser olika ut beroende på föräldraförmåga och var i behandlingsprocessen vi befinner oss. TBF-modellen bygger på teamarbete mellan behandlingsföräldrar, behandlingssamordnare och psykolog och det parallella föräldrarbetet, som ingår i en barnpsykoterapi, formas därefter. Det sker via handledning/vägledning med behandlingsföräldrarna och mer sällan med de biologiska föräldrarna, även om det förekommer.

Ingången skiljer sig därför från den föräldrate-rapi som bedrivs med föräldrar som söker barnpsykoterapi i en annan kontext. Att ta sitt barn till barnpsykoterapi och vara delaktig i föräldrarbetet är en delvis annan process för behandlingsföräldrar jämfört med biologiska föräldrar, adoptivföräldrar eller för den delen vanliga familjehem. Behandlingsföräldrarna är anställda och inte föräldrar som själva sökt hjälp på grund av ett lidande hos barnet eller föräldrarna och det spelar roll för hur de påverkas. Behandlingsföräldrarna är ofta angelägna om att barnet ska få den hjälp det kan få, och psykologen kan hjälpa behandlingsföräldern att öka sin nyfikenhet och förståelse för det barn de har boende hos sig. De starka känslomässiga processer som sätts i gång i familjehemmen är inte på något sätt lättare för att de är behandlingsföräldrar; tvärtom är det omöjligt för dem att härbärgera tidigare otrygga anknytningsmönster utan att de själva blir påverkade. Många väljer att vara familjehem för att de vill ge av sin kärlek och omsorg och det kan bli omtumlande att få hem barn som inte så lätt kan ta emot det goda och kärleksfulla på ett enkelt sätt.

Som Midgley (2017) beskriver har dessa barn sällan blivit speglade och många gånger har deras anknytningsbehov blivit mötta på oförutsägbara sätt. Barnen gör allt för att undvika känslor av beroende och skapar situationer där de blir avvisade i stället. Behandlingsföräldrarnas egen mentaliseringsförmåga, förmåga att reflektera kring vad barnet egentligen iscensätter, blir därför avgörande för den fortsatta behandlingsprocessen. Förmågan att sätta sig in i barnets perspektiv och se barnets behov, *mind in mind*, är inte en inneboende förmåga hos föräldrar utan något som skapas i relationen mellan barn och förälder, så även mellan barn och behandlingsförälder (Backman & Englund, 2021). Handledning från behandlingsteamet blir

mycket viktig de gånger mentaliseringen sviktar när starka känslomässiga processer är i gungning. Även utbildning kring anknytning, mentalisering och trauma kan hjälpa behandlingsföräldrarna att hänga upp sin förståelse på teorier och därigenom kunna ta barnets perspektiv lite mer.

Reflektioner

Det är fortfarande mycket vi behöver ta reda på och förstå vad som är verksamt i den sociala barn- och ungdomsvården. Forskningen kring denna specialiserade familjehemsvård har visat att det finns bestående svårigheter för gruppen unga vad gäller adaptiva färdigheter. I forskningen har man även sett att barnen och ungdomarna själva skattar sin psykiska hälsa som förbättrad, medan behandlingsförälder och skolpersonal inte ser samma utveckling (Åkerman m fl., 2020; Åkerman m fl., 2022). En teori är att genom det relationella behandlingsarbetet så vågar barnet efterhand visa mer av sin emotionella problematik. Behandlingsföräldrarna härbärgerar problematiken under lång tid och ser därmed inte samma lättnad av symtom som barnen själva.

Vi som barn- och ungdomspsykiaterer vill ändå tro att utforskandet av barnets inre värld inte bara hjälper barnet upp på utvecklingsspåret igen, utan även skapar djupare förståelse i övriga behandlingsteamet. Förhoppningsvis får även socialtjänst, skola och biologiska föräldrar förståelse för barnets upplevelser och känslomässiga reaktioner. Målet med barnpsykiatrin är att ge nya relationella erfarenheter för barn som behöver det som mest.

Summary

Conducting psychotherapy with children and teenagers who are cared for by social services and placed in foster care involves special circumstances for all involved. Kristina F Rosenqvist and Rebecka Nietzsche are both psychologists and psychotherapists trained at Ericastiftelsen in Stockholm and active in conducting child and adolescent psychotherapies with children who are placed in so-called treatment families, Treatment By Foster care (TBF). The authors highlight methodological

issues and themes that often take form and, with this essay, want to tell from inside the child psychotherapy room, because they think it would be interesting for the readers of Mellanrummet. The text contains de-identified vignettes to preserve confidentiality. The authors have chosen to limit themselves to describing child psychotherapy, although they also conduct psychotherapy with teenagers.

Key words: Foster care, Treatment families, Psychodynamic Child psychotherapy, mentalizing

Nyckelord: Familjehem, behandlingsfamilj, psyko-dynamisk barnpsykiateri, mentalisering

Kristina F Rosenqvist, leg psykolog och leg barn- och ungdomspsykiater. Hon har varit verksam som psykolog i snart 40 år. I huvudsak har hon arbetat med barn, ungdomar och deras föräldrar inom skola, BVC och Barnahus. 15 år inom BUP, och de senaste 9 åren på Tjust behandlingsfamiljer, Jönköping.

kristina@tjustbehandlingsfamiljer.se

Rebecka Nietzsche, leg psykolog, specialist i klinisk barn- och ungdomspsykiologi och leg psykiater. Hon har varit verksam som psykolog i 20 år inom BUP, SiS, Barn- och ungdomsmedicin och numera Tjust behandlingsfamiljer, Jönköping. Medlem i redaktionen för Mellanrummet.

rebecka@tjustbehandlingsfamiljer.se

Referenslista

- Almqvist, K., Norlén, A. och Tingberg, B. (2019). *Barn, unga och trauma Att uppmärksamma, förstå och hjälpa*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Alvarez, A. (1992). *Live company*. London: Routledge.
- Backman, L. & Englund, E. (2021). *Att hantera friktion i samspel – en kvalitativ analys av samspelets situationer i en familjehemsrelation*. Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande. Examensuppsats Psykologprogrammet.

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bion, W. (1962) *Learning from Experience*. London: Heinemann.
- Bernlieb, J. (2020). *Emotionell tillgänglighet i förälder-barn relationen och psykologiska problem – En explorativ pilotstudie av familjehemsplacerade barn och deras behandlingsföräldrar*. Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande. Examensuppsats Psykoterapeutprogrammet.
- Blake, P. (2021). *Child and Adolescent Psychotherapy. Making the Conscious Unconscious*. Oxon: Routledge.
- Blomberg, B. (2010). Avslutning i psykoterapier med barn. *Mellanrummet*, 23, 33-50.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T. & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori. Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur& Kultur.
- Danielsson, A. (1986). *Att bygga sin värld. Handbok i Ericametoden*. Stockholm: Psykologiförlaget.
- Hundeide, K. (2001). *Vägledande samspel*. Stockholm: ICDP Sweden.
- Larsen, E. (2018). *Miljöterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut. 3. Utgave*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Midgley, N., et al. (2017). *Mentalization-based Treatment for Children. A Time-limited Approach*. Washington DC: American Psychological Association.
- Music, G. (2018). Neglect and its neglect. Developmental science, psychoanalytic thinking. And countertransference vitality. In: C. Bonovitz & A. Harlem (Eds.), *Developmental Perspectives in Child Psychoanalysis and Psychotherapy*. (pp. 73-95). New York: Routledge.
- Siegel, DJ. (2020). *The Developing Mind. Third edition*. New York: Guilford Press.
- Steele, M. (2018). Trauma and attachment. Clinical techniques to enhance reflective functioning. In: C. Bonovitz & A. Harlem (Eds.), *Developmental Perspectives in Child Psychoanalysis and Psychotherapy*. (pp. 51-72). New York: Routledge.
- Åkerman, A-K., et al. (2020). Effects of Mentalization-based Interventions on Mental Health of Youths in Foster Care. *Child Care in Practice*, 28 (4).
- Åkerman, A-K., et al. (2022). What changes during specialized foster care? A study on adaptive functioning and emotional and social problems. *Child & Family Social Work*, 1-12.