

Ur Mellanrummet nr 12 (2005)  
Diagnostik och bedömning,  
s. 11-24

**Britta Blomberg**  
Stockholm



## När är psykodynamisk psykoterapi en lämplig behandling för barn?

Vilka barn ska erbjudas psykoterapeutisk behandling? I artikeln beskriver legitimerade psykologen och legitimerade psykoterapeuten Britta Blomberg vilka kriterier som bör be-  
lysas innan en terapi kan inledas. Hon har länge undervisat vid Ericastiftelsen i bland annat  
psykodiagnostik och bedömning liksom under många år genom IHPU, Institutet för Högre  
Psykologutbildning samt i privat regi.

### **Psykologbedömningar och bedömning för psykoterapi**

Innan man anträder en så besvärlig resa som en psykoterapi innebär för ett barn, krävs noggranna överväganden av såväl föräldrar som den terapeut som ska möta barnet. Är barnet yngre, kan det ännu inte greppa tanken om vad en behandling kan innebära, men är det lite äldre måste även barnets egna överväganden beaktas.

Under många år har oftast psykologutredningar

legat till grund för bedömning om en behandling i form av psykoterapi på psykodynamisk grund kan var en lämplig åtgärd. Numera arbetar även andra än psykologer med psykoterapeutiskt arbete med barn. Behovet av kunskaper om bedömningskriterier för psykoterapi är därför stort, eftersom man inte har tillgång till de diagnostiska metoder som psykologer får använda. På Ericastiftelsen har vi därför under senare år arbetat fram kriterier som kan användas som underlag för bedömning om psykoterapi. Dessa kan användas av såväl

psykologer som andra psykoterapeuter. En grupp terapeuter träffades vid några tillfällen och "brainstormade" om de variabler man använder sig av. Jag sammanställde materialet och gjorde en litteraturgenomgång av aktuellt skrivet material i frågan. Utifrån detta sammanställde jag också ett underlag som kan ligga till grund då terapeuter ska bedöma om en terapi är en lämplig åtgärd.

En psykologutredning belyser många olika faktorer. Den innehåller anamnestic data som belyser familjesituationen och barnets utveckling, kunskaper om den aktuella situationen för såväl barnet som övriga familjen, data om kognitiv och emotionell utveckling, barnets sätt att relatera till testsituationen och till utredaren. Framför allt ger en väl genomförd psykologbedömning uppslag till fortsatt behandling utifrån resultaten på de begåvningsbedömningar som gjorts och slutsatser som kan dras från projektiva test och annat utredningsmaterial. Dessvärre har intresset för barns personlighet, deras inre liv, fantasier och föreställningar kommit ur modet. Just nu drivs många psykologer av arbetsgivares krav på snabbt genomförda bedömningar, där yttre beteende eller medvetna svar på självskattningsformulär står i förgrunden. Alla som arbetat med projektiva test vet att utifrån dessa kan en helt annan bild av en människas personlighet visa sig än den som är den uppenbara vid mer "okulär besiktning".

En bedömning för psykoterapi kan alltså emana från ett psykologutlåtande som baserar sig på slutsatser från olika testsituationer. Men den kan också basera sig på en strukturerad bedömning av barnet och dess föräldrars önskan och förmåga att dra nytta av en terapeutisk behandling. Det är denna typ av bedömning som jag här vill beskriva.

### Psykisk smärta och psykisk förändring

Psykoterapier kan ha olika mål, där olika metoder och tekniker kan användas. En gemensam nämnare är dock alltid att arbetet innefattar ett bemötande av psykisk smärta och ett mål om en psykisk förändring. Denna psykiska förändring kan i sin tur resultera i en mängd andra förändringar, till exempel i barnets förmåga att använda sig av sina kognitiva förmågor i en skolsituation, kontakten med kamrater, föräldrars inbördes relation, bara

för att nämna några områden som ofta förändras i samband med en psykoterapi.

Ett av de viktigaste kriterierna som vi behöver för bedömning av psykoterapeutiska insatser är upplevelsen av psykisk smärta.

Wittenberg (1982) beskriver tre faktorer som är avgörande för att en psykoterapi på psykodynamisk grund ska kunna påbörjas. Hon sammanfattar dem i frågorna:

- Who has the pain?
- What is the attitude to emotional pain?
- What is the attitude of getting help?

Hur föräldrar eller andra som barnet lever samman med ser på dessa frågeställningar måste nog utforskas. Ett barns problematik går oftast att arbeta med på något sätt. Ibland kan en "bot" ske, men oftast sker en psykisk förändring som inte innebär att barnet "botats". Men barnet och föräldrarna får nya verktyg för att kunna möta livssituationer och egna svårigheter som de tidigare inte kunnat hantera. Vad som alltså är än angelägnare att bedöma än barnets problematik, är inställningen till den psykiska smärtan som barnets symptom aktiverar. Är det föräldrarna som söker hjälp? Är det andra (ofta förskola och skola) som uppmanat föräldrarna att söka hjälp? Var finns upplevelsen av psykisk smärta? En psykoterapeut har specialiserat sig på att arbeta med detta, men mycket ofta möter vi anhöriga som inte vill/kan arbeta med denna del av symptom bilden. Kanske önskar de istället en snabb symptomförändring. I sådana fall ska man noga överväga om psykodynamisk psykoterapi är bästa hjälpinsatsen.

En annan faktor som Wittenberg belyser är attityden till den emotionella smärtan. Upplevs den som något som hänger samman med barnets inboende svårigheter eller något som (oavsett orsak) hänger samman med annat som man inom familjen kan försöka förstå och förändra? Ofta träffar vi föräldrar som lider – liksom deras barn – av de grava symptom som barnet har, men hur ser man i familjen på fenomenet psykisk smärta?

Den tredje faktorn är attityden till att ta emot hjälp. Många vill ha hjälp och förändring av symptomen, men inte alla vill gå den långa väg som det innebär att både tidsmässigt och känslomässigt förändra en struktur som finns hos barnet och i familjen. Speciellt viktigt blir detta i sammanhang

där barnets symptom fyller en väsentlig funktion för hela familjesystemet. Det är inte ovanligt att makar håller ihop sin relation just för att barnets symptom är så grava. Vilka projektioner är barnet mottagare av och får bära? Vad representerar barnet för respektive förälder? Terapeutiskt arbete kan innefatta att man sätter igång ett arbete där ofärdiga och insnärjda fenomen utvecklas. Den som tänker påbörja ett terapeutiskt arbete med ett barn måste därför noggrant beakta hur en sådan förändringsprocess kan tas emot.

Ytterligare en faktor som blivit allt mer accentuerad under senare år är föräldrars brist på tid. Jarlemark, Lönnquist och Ånstrand (2000) skriver om problemet att ”få in barnet i almanackan”. Trots att föräldrar både är hjälpsökande och beredda att delta i en behandling, så stupar den inte så sällan på att de praktiska arrangemangen blir för ansträngande. En del föräldrar har svårt att lämna arbetet, i andra fall ligger mottagningarna långt från bostaden vilket gör att en regelbunden behandling inkräktar på en stor del både av barnets skoldag liksom på föräldrarnas arbetsliv. Dessa svårigheter verkar att ha eskalerat under senare år, då klimatet på arbetsmarknaden hårdnat, och illusionen om att all hjälp och förändring ska gå snabbt fått råda.

### Föräldrars beredskap att delta i behandlingen

Föräldrars inställning till sitt barns behov av psykisk förändring och hur de kan vara behjälpliga i detta arbete är avgörande för att en terapi ska kunna bli verksam och fullföljas.

Green (2000) belyser hur föräldrablivandet och föräldraskapet (*parenthood*) alltid inbegriper en psykisk förändring för två makar. Hur lusten och förmågan till denna förändring ser ut är något som bedömningssamtalen måste innefatta. Även Jarlemark, Lönnqvist och Ånstrand (2000) pekar på skillnaden mellan parrelationen och den triangel som uppstår när de vuxna blir ett föräldrapar i förhållande till sitt barn. Frågan hur barnets föräldrar har kunnat skapa sig ett inre utrymme för att ta emot, lära känna och förstå den nya familjemedlemmen står då i fokus.

De allra flesta föräldrar söker barnpsykoterapeutisk hjälp, då de uppfattat att de själva på något sätt inte förmått ge sitt barn det som barnet

behöver. Känslor av misslyckande i föräldraskapet, skam, skuld och hat mot den ”lyckade” terapeuten är något som alltid finns med, även om dessa sidor är svåra att beröra. Winnicott formulerade ett påstående även om barnet som vi sällan berör: ”good parents hate their children to be undergoing psychoanalysis, even when they seek it and cooperate fully” (Reeves, 2004). Behovet av behandling är ofta förknippat med stor mental smärta. Det är inte lätt att behöva inse att ens barn behöver psykoterapeutisk hjälp, alldeles oavsett orsaken till barnets problematik.

Ett barn påminner alltid sina föräldrar om bandet mellan makarna, åtminstone som mamma och pappa. Ett partnerskap kan alltid upplösas och på något sätt glömmas, men föräldraskapet kommer alltid att bestå. I en terapi måste denna fråga bli möjliga att tänka kring för barnet. Nästan alla barn berör frågan om sitt eget, sin mammas och pappas ursprung och deras inbördes relation. Därför är föräldrars, foster- och adoptivföräldrars inställning till dessa frågor av största vikt.

Green (2000) tar upp frågan om en *parental reflective function*. Hon menar att man måste lyssna efter vilket sorts barn föräldrarna beskriver när det pratar om sin avkomma. Hur tänker de att barnet uppfattar sin situation? Hur ser deras tankar om barnets inre liv ut? Det breda målet för föräldraterapi är att engagera föräldrarna i det Green beskriver som en *unfolding process* – ett utvecklande – i vilken deras barn kan förstås alltmer och bli bemött *in his/her own right*.

När vi vill bedöma föräldrars inställning till barnets eventuellt kommande psykoterapi så är följande problemområden aktuella att skaffa sig en bild av:

#### Inställning till barnets problematik

- Vem har den psykiska smärtan?
- På vilket sätt beskriver föräldrarna barnet? Vilken sorts barn beskriver de? Hur beskriver de barnets svårigheter?
- Hur beskriver föräldrarna eventuella syskon och barnens inbördes relationer?
- Vad relaterar föräldrarna barnets svårigheter till? Hur beskrivs detta?
- Vilken plats och vilken tid tar barnet i föräldrarnas liv?

### Inställning till föräldrafunktionen

- Hur skiljer föräldrar på sitt barns liv, upplevelser och känslor och deras egna barnomsersfarenheter?
- Hur beskriver föräldrarna övergången från en parrelation till en föräldrafunktion? Vad har denna övergång inneburit?
- Hur har föräldrarna kunnat skapa sig utrymme för att ta emot, lära känna och förstå sitt barn?

### Inställning till den terapeutiska kontakten

- Hur svarar föräldrarna på interventioner från terapeuten?
- Vad hoppas föräldrarna få ut av behandlingen?
- Vad är inställningen till att ta emot psykoterapeutisk hjälp?
- Hur är inställningen och beredskapen till förändring?
- Hur är tilliten till terapeuten? Till den institution där terapeuten verkar?
- Hur klarar föräldrarna den uppgjorda strukturen under bedömningsfasen?

### Barnets förmåga att tillgodogöra sig en psykoterapi

Vad kan man nu beakta vid bedömningen av barnet? Om det inte finns en psykologbedömning som grund, sker bedömningen ofta av den som kommer att bli barnets terapeut. Eftersom det är en psykoterapi som ska bedrivas, är det rimligt att man som bedömare försöker skapa en situation (*setting*), så att barnet kan kommunicera något till bedömaren om sin inre värld. Det yttre beteendet visar sig oftast direkt under bedömningstillfällena. Man bör också skapa förutsättningar för att kunna bedöma om förändring kan åstadkommas genom olika typer av provinterventioner. I detta läge sker inte tolkningar, men väl utprövande av barnets öppenhet att länka kommentarer och förmåga (om ännu ej så utvecklad) att sätta samman olika aspekter av det han eller hon visar och kommunicera (med eller utan ord) till terapeuten.

Bedömningen börjar redan med den första kontakten med patienten och hans föräldrar. Hur patienten använder sig av den *setting* som erbjuds är

en bra utgångspunkt för att förutspå vad som senare kan arbetas med i den terapeutiska relationen. Hur barnet förhåller sig till väntrummet, terapirummet, till lekmaterial och annat som erbjuds ger en konkret bild av vad som väntar oss på barnets resa. Kanske är det bara början på denna resa vi får se under bedömningsfasen, men det är ändå därifrån vi startar!

I en psykodynamiskt inriktad terapi är relationen mellan barnet och terapeuten det verktyg som man utgår ifrån i det arbete som barnet senare kommer att fylla timmarna med. Oavsett hur barnet använder sig av den terapeutiska situationen under bedömningen, så är det viktigt att skaffa sig en uppfattning om barnets förmåga att på något sätt använda sig av en annan människa i en terapeutisk relation. Hur patienten använder sig av relationen till terapeuten får därför en avgörande betydelse för bedömningen om en psykoterapi kan vara en lämplig åtgärd att erbjuda barnet. Vad barnet gör, och hur terapeuten svarar med en intervention, och hur barnet sedan tar emot denna blir därför intressant att iakttä och fundera över. Utifrån en sådan liten samspelesekvens, kan man få en viss bild av hur barnet möter andra människor och förväntar sig att bli bemött. Leder en intervention till en öppning i kontakten och till barnets inre värld, eller till att barnet stelnar och kanske uppfattar terapeutens kontakt som en attack? Sessionerna ger mycket material om barnets omedvetna känslor vilket bland annat visar sig i den överföring som finns i kontakten med terapeuten.

Wittenberg (1987) betonar vikten av att utforska vilken världsbild barnet har – det vill säga hur den inre världen ser ut – den är ju i sin tur ett resultat av barnets tidigare upplevelser. Under bedömningssessionerna kan ett barn få upplevelsen av att han är förstörd och därigenom finna ett hopp att en annan människa kan ta emot och begripa – om än på ett outtalat och ännu obegripligt sätt – hans ångest och känsla av dålighet eller vad som nu kan finnas i psykets skrymslen. Om terapeuten kan verbalisera den upplevelse hon har av barnets reaktioner, kan detta få en dynamisk effekt på interaktionen och utforskandet kan röra sig framåt. En sådan upplevelse av viss förmåga till rörlighet är något som påverkar bedömningen av ett barns möjligheter att använda sig av en psykoterapi. Denna rörlighet kan ibland upptäckas endast ”genom lupp” eftersom den är så minimal, men som terapeut är

man skolad att uppfatta även de minsta detaljerna.

Genom terapeutens sätt att möta barnet med provinterventioner får barnet en försmak av hur ett terapeutiskt arbete kan komma att bedrivas. Terapeuten, som noterar barnets reaktion på interventionerna, kan få viss uppfattning om hur barnet kan tillgodogöra sig denna slags hjälp. En *ömsesidig* bedömning sker alltså av samspelet mellan terapeut och patient. Terapeuten erbjuder barnet en terapeutisk erfarenhet av ett hårbärgerande – *containment* – av psykisk smärta, upprätthållande av hopp och något som inte på nytt iscensätter traumatiska upplevelser. I kontakten med barnet bedöms alltså *överföringen* och hur den kan utforma sig (vad som upprepas i relationen till bedömarens utifrån barnets tidigare erfarenheter framför allt av föräldrar och andra närstående) och *motöverföringen* (de intryck patienten ger på terapeuten och terapeutens reaktioner på dessa, som kommuniceras på en verbal/ickeverbal nivå).

Rustin (2000) menar att bedömningssessionerna ger en möjlighet att skapa en baslinje av kliniska beskrivningar som senare kan användas som jämförelse för att bedöma förändringsprocessen under behandlingen. Om forskning ska ske, måste bedömningen kopplas till ett ”utgångsläge” för att senare kunna jämföras med ett ”slutresultat”. Adekvat dokumentation av detta är något som är alldeles för lite utnyttjat i barnpsykoterapeutisk verksamhet i vårt land.

Røed Hansen (2002) utgår i sin beskrivning av mötet med barnet från begreppet intersubjektivitet. Detta fenomen är en förutsättning för utvecklandet av kommunikation och språk i en terapeutisk behandling. Hon menar att målsättningen med bedömningen (den kliniska intervjun) är att skapa ett möte med barnet som gör att det kan förmedla sin historia och få uttrycka sig på sitt sätt. Kanske bör här tilläggas att många av de barn som kommer till psykoterapeutisk behandling uttrycker ”sin historia” på helt annat sätt än en gängse verbalt berättande kommunikation.

Røed Hansen menar att den konkreta utformningen av varje intervju ser olika ut, och präglas av det individuella barnet. Den bör innefatta tre faser:

**En inledningsfas.** I kontakten med barnet kan rummet innehålla material som till exempel Ericaskåpet, material för teckning och målning. Huvudsaken är att det inte är för mycket i rum-

met – det är barnet som ska vara i centrum, inte sakerna. Hon betonar vikten av att man har gemensamt fokus tillsammans med barnet. Barnet måste erbjudas tid att utforska, experimentera och pröva sig fram via materialet, vilket leder fram till en kommunikationsform som också visar sig i relationen. Kommunikationen måste få utvecklas mellan både barnet och intervjuaren. Engagemang och emotionellt gensvar blir därför nödvändigt för att ge samspelet mening och möjlighet till tillväxt, samtidigt som barnet måste få arbeta i sitt eget ”rum”, det vill säga i fred med sitt sätt att uttrycka sig. Hon poängterar att man framför allt utforskar reparationssekvenserna, det vill säga hur barnet kan finna vägar att hantera problem som uppstått i kommunikationen.

**Utveckling av dialogen.** I nästa fas utvecklas dialogen mellan barn och terapeut och blir den ram inom vilken den personliga historien berättas. Hur den formas och vidareutvecklas under bedömningssessionerna blir här föremål för terapeutens bedömning.

**Avslutning av mötet.** Røed Hansen betonar att avslutningsfasen måste knytas ihop på ett sätt som inte blir för svårt för barnet. Det ska få något tillbaka under avslutningen och formuleringar bör ske på ett sådant sätt att barnet ges möjligheter att fråga och förmedla sina tankar på det som ges tillbaks.

Bedömning för psykoterapi som syftar till att en förändringsprocess ska kunna ske på ett intrapsykiskt plan, förutsätter att även själva bedömningsfasen ger utrymme för en process. Den bör därför innehålla en inledande kontakt, en mellangång samt en avslutande session. Det är av största vikt att se till så att tiden för återlämnandet av bedömningen, och framför allt processen att smälta det som berörts och föreslagits, är tillräcklig för patient och föräldrar.

Man kan sammanfatta det som jag beskrivit om kontakten med barnet, som att en bedömning kräver att terapeuten har en aktivt observerande attityd med fokus inställt på mycket små detaljer hos barnet och i samspelet dem emellan. Patientens mentala tillstånd kommer att avspeglats i allt han gör – i varje liten aspekt av hans beteende – och blir därför föremål för observation i här-och-nu situationen och i terapeutens motöverföring. Terapeuten måste därför vara maximalt *open-minded* vid bedömningssessionerna (Rustin, 2000).

Här följer en sammanställning av några av de faktorer som den tilltänkte terapeuten behöver ta hänsyn till:

#### **Barnets inställning till problemet**

- Hur beskriver barnet anledningen till kontakten?

#### **Inställning till sig själv och sina närmaste**

- Hur "bebor" barnet sin kropp? Hur samspekar kropp och psyke?
- Hur långt har barnet kommit i sin självutveckling? Vilken slags inre värld beskriver/gestaltar barnet? Hur ser de inre objekten ut?
- Hur är dessa relaterade till barnets reella bakgrundshistoria och nuvarande sociala situation?

#### **Inställning till den terapeutiska kontakten**

- Hur möter barnet väntrum, terapirum, material, terapeuten, föräldrarna?
- Var placerar sig barnet i rummet?
- Hur ser överföringen ut? Hur använder sig barnet av terapeuten?
- Vad kommuniceras på verbal/icke verbal nivå? Hur kommuniceras detta?
- Verkar barnet förvänta sig en mottagare för kommunikation? Hur ser den i så fall ut?
- Hur tar barnet emot interventioner från terapeuten? Vad hoppas barnet få ut av behandlingen?

#### **Yttre omständigheter som påverkar terapin**

Även om både föräldrar och barn kan vara både behövande och positiva till att ett terapeutiskt arbete inleds, så måste även andra faktorer vägas in. Det har säkert hänt varje terapeut att man blivit tvungen att avbryta en kontakt då yttre faktorer trängt sig in i ramarna för det terapeutiska arbetet. Vikten av dessa ramar kan inte nog betonas, speciellt i tider där fullföljandet av påbörjade terapier på psykodynamisk grund kan komma att ifrågasättas vid organisationer och andra förändringar.

Andra faktorer som påverkar fullföljandet av behandlingen kan emanera från barnet eller familjen, till exempel då barnet av olika skäl inte längre kan vistas hos föräldrarna, eller då barnets proble-

matik är så allomfattande att andra åtgärder krävs. I dessa fall kan det bli omöjligt att genomföra behandlingen.

Vanligare är dock överväganden av yttre faktorer som har med barnets och familjens vardag att göra. Om avståndet till den mottagning där terapeuten bedriver sitt arbete är för långt, kan aldrig så goda intentioner sluta med att det rent praktiskt blir för ansträngande eller ogenomförbart.

När det gäller behandling av barn är det inte heller ovanlig att man som terapeut behöver finnas i situationer som inbegriper kontakter med barnets förskola/skola. En inre förändring kan knappast bli möjlig om yttervärlden inte kan tillgodose barnets behov av till exempel en adekvat skolgång.

Det har blivit mer regel än undantag att det är de så kallade "mest behövande barnen" som eventuellt kan erbjudas terapeutisk kontakt. Detta innebär inte att det alltid är dessa barn som bäst skulle kunna dra nytta av en sådan behandling som en individualpsykoterapi innebär. Om ramarna runt barnet inte fungerar måste man som behandlare alltid börja med det arbetet. Det är både oetiskt och orimligt att anträda en resa som innefattar en inre förändring hos ett barn, om man inte först arbetar för (eller parallellt med) att barnet får en adekvat yttre omsorg som befrämjar fysisk och psykisk tillväxt (*facilitating environment*, Winnicott, 1971). Den miljö som barnet lever i innefattar både adekvata yttre omständigheter och tillgång till ett tillräckligt gott föräldraskap. En del barn har dessvärre inte detta.

Yttre omständigheter som påverkar den terapeutiska kontakten med barn och föräldrar kan illustreras av följande faktorer som man bör skaffa sig en uppfattning om:

- Vilken yttre värld lever barnet i? Vilket inflytande har den på familjen (till exempel vilken sorts subkultur familjen lever i)?
- Om barnet lever under psykosocialt otillfredsställande förhållanden, finns det då någon/några som på ett förutsägbart sätt kan stödja barnets behandling?
- Hur ser kontakten ut med andra personer som arbetar med barnet? Det behövs ofta ett samarbete och definition av "vem-gör-vad" för att det ska bli ett fungerande nätverk runt barnet.
- På vilket sätt påverkar patientens problem

hans utveckling

och förmågor i en eller flera sektorer av hans liv?

- Hur ser det yttre stödet för terapin ut? Hos föräldrarna? I skola/daghem? Annat?
- Hur är möjligheterna att komma till terapin? Vem ska följa barnet till terapin? Resor? Tiden? Krockar terapitiderna med något? I så fall, vad?
- Om terapin ska kopplas till utvärdering och forskning, hur hanteras då detta? Av patienten? Av föräldrarna? Av terapeuten? Av den verksamhet där terapeuten arbetar?

### Terapeutens förmågor och möjligheter att bedriva behandlingen

Utöver bedömningarna av föräldrars sätt att se på sitt föräldraskap, av barnet och alla de yttre omständigheter som påverkar ett barn, återstår en aspekt som man ofta bortser ifrån: terapeutens egna förmågor och möjligheter att arbeta i det aktuella fallet. De yttre faktorer som påverkar oss terapeuter (byte av arbetsplats, egen ledighet osv.) har vi kanske viss kontroll över. Andra faktorer kan vara mer kontroversiella. Speciellt blir detta fallet om vi arbetar på en arbetsplats där endast ”de mest behövande” barnen kan erbjudas terapi. Kan vi då neka till att en sådan behandling kommer till stånd?

Eftersom en psykoterapeutisk behandling på psykodynamisk grund också innefattar ett arbete via terapeutens egna motöverföringar, så måste man som tilltänkt terapeut också ta sig en funderare över dessa fenomen. Motöverföringar kan självfallet stå mer eller mindre i fokus i varje terapeutens egen teknik. En mer kleinianskt skolad terapeut arbetar oftast uteslutande utifrån överföringsperspektivet. Har man annan skolbildning i botten kan överförings- och motöverföringsreaktionerna beaktas, men inte vara lika centrala i behandlingstekniken. Det är dock viktigt att man försöker bilda sig en uppfattning om vilken emotionell påverkan barnet ger på terapeuten, och de implikationer som denna motöverföring kan komma att innebära för en behandling. En terapeutiskt kontakt med till exempel ett barn med många sadistiska impulser kan bli svår att genomföra för en terapeut som inte är benägen att möta denna del av barnets personlighet.

En annan viktig aspekt rör inställningen till föräldrarbetet. Vi är alla uppvuxna i våra egna kulturer – såväl inom som utanför landets gränser – men hur påverkar detta bakgrundsrastrer vårt sätt att se på föräldrar med annat sätt att bemöta sina barn? Vilken sorts föräldrabild har terapeuten i sitt sinne? Hur matchar denna bild de föräldrar som barnet har? Vår uppgift är inte att ”göra om” värderingar utan att hjälpa föräldrar att se sitt eget barn som den person han eller hon är och undanröja hinder för att en normal utveckling ska kunna komma tillstånd.

Några faktorer som den tilltänkte terapeuten bör ha i bakhuvudet kan sammanfattas i följande:

- Vilken sorts föräldrar finns i terapeuten utifrån de berättelser föräldrarna ger?
- Hur ser terapeutens motöverföring ut gentemot föräldrarna?
- Hur ser terapeutens motöverföring ut gentemot barnet?
- Finns ”transport av psykisk smärta” mellan föräldrar och terapeut? Mellan barn och terapeut?
- Hur fri att tänka och handla känner sig terapeuten i relation till föräldrarna? I relation till barnet? I relation till den verksamhet där behandlingen ska ske?

### Sammanfattande kommentar

Vid bedömningar för psykoterapi på psykoanalytisk eller psykodynamisk grund står teman kring barnets inre representationer, överföring och motöverföring i fokus (Blomberg & Cleve, 1996). I sådana sammanhang vet redan den presumtiva terapeuten att han eller hon kan erbjuda en terapi. Frågan är snarare om en sådan behandling är lämplig, eller om det aktuella barnet skulle ha bättre nytta av andra åtgärder. Vid psykodiagnostiska utredningar, utförda av psykolog, är frågeställningen oftast betydligt vidare: hur kan man förstå barnets problematik och symptom, och vad kan vara lämpliga åtgärder?

Att påbörja en terapi innebär att terapeuten är beredd att ta ombord många olika aspekter av ett barn (Barrows, 2002). Det är sällan bara de positiva delarna som kommer att ta plats och bemötas. Snarare är det de negativa, destruktiva, aggressiva

och stundtals förgörande inre representationerna och det motsvarande yttre beteendet som kommer att breda ut sig i terapirummet. Det är därför viktigt att den blivande terapeuten gör en noggrann bedömning av hur barnets problematik ser ut, och hur de egna möjligheterna är att möta denna.

Min förhoppning är att några av de faktorer jag berört i denna artikel kan vara till nytta för överväganden vid bedömningar för psykoterapi. Det är ofta möjligt att arbeta med barn med praktiskt taget vilka svårigheter som helst. Det stora dilemma är hur detta arbete ska ske – vilka mål och terapimetoder man ska använda – och framför allt hur människor i barnets omvärld är beredda att stötta och aktivt bidra till förändringsprocessen.

## Referenser

- Barrows, P. (2002). The aims of child psychotherapy: a kleinian perspective. *Tidskriften Mellanrummet*, nr 6, 9-32.
- Blomberg, B. & Cleve, E. (1996). *The use of the therapeutic space and containment in the diagnostic context with children*. Presentation vid EFPP-konferens inom barn- och ungdomssektionen, Stockholm.
- Green, V. (2000). Therapeutic space for re-creating the child in the mind of the parents. In J. Tsiantis, et al.: *Work with parents. Psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents*. London: Karnac Books.
- Horne, A. (2000). Keeping the child in mind: thoughts on work with parents of children in therapy. In J. Tsiantis, et al.: *Work with parents. Psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents*. London: Karnac Books.
- Jarlemark, H., Lönnqvist, M. & Ånstrand, K. (2000). Hur ska vi få in vårt barn i almanackan? *Tidskriften Mellanrummet*, nr 3, 42-47.
- Reeves, C. (2004). Creative space: a Winnicottian perspective on child psychotherapy in Britain. *Tidskriften Mellanrummet*, nr 11, 92-112.
- Rustin, (1982). Finding a way to the child. *Journal of Child Psychotherapy*, 8(2), 145-150.
- Rustin, M. & Quagliata, E. (Eds.). (2000). *Assessment in child psychotherapy*. London: Tavistock Clinic Series.
- Røed Hansen, B. (2002). Möte med barnet – klinisk intervjuing av barn i et intersubjektivt perspektiv. I M.H. Rønnestad & A. von der Lippe, (Red.). *Det kliniske intervjuet*. (kap. 8). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Winnicott, D.W. (1971, 1985). *The child, the family and the outside world*. London: Penguin Books.
- Wittenberg, I. (1982). On assessment. *Journal of Child Psychotherapy*, 8(2) 131-144.