

SVENSKA INSTITUTET FÖR
KOGNITIV PSYKOTERAPI



THE SWEDISH INSTITUTE OF
COGNITIVE PSYCHOTHERAPY

Föräldraskap – ett möte med egna överlevnadsstrategier

*Ett kognitivt perspektiv på svårigheter i föräldraskapet för
personer med psykisk ohälsa och på hur det psykopedagogiska
arbetet med denna patientgrupp kan utvecklas.*

Gunnar Österlöf

Uppsats vid legitimationsgrundande
utbildning i kognitiv psykoterapi
Höstterminen 2004

Handledare
Lena Wiklund H.v.D

Examinator
Hjördis Perris

Innehållsförteckning

1. Inledning	3
2. Bakgrund	5
2.1 Tidigare forskning.....	5
2.2 Några Föräldragrupsprogram i Sverige	6
3. Problemområde	7
3.1 Syfte.....	8
3.2 Frågeställningar.....	8
4 Metoder för insamling och bearbetning av data	8
4.1 Etiska överväganden.....	9
4.2 Begränsningar.....	9
5 Teoretisk del	9
5.1 Allmänna principer för kognitiv psykoterapi.....	9
5.2 Mindfulness.....	11
5.3 Vad är föräldraskap.....	12
5.3.1 Hundeide.....	12
5.3.2 Jeffrey Young.....	13
5.3.3 Bowlby.....	16
5.3.4 M Ainsworth.....	16
5.3.5 M Main	17
5.3.6 Crittenden.....	18
5.3.7 Kelly	19
5.3.8 Piaget.....	20
5.3.9 Fonagy.....	21
6 Empirisk del	22
6.1 Urval.....	22
6.1.1 Föräldragruppernas struktur och principiella innehåll	22
6.1.2 Vilka svårigheter uttrycker föräldrarna i grupperna.....	23
6.2 Exempel: tre typer av föräldrar.....	23
6.2.1 Typ 1 ”Strul-Stina”.....	24
6.2.2 Typ 2 ”Sköra Charlotte”.....	25
6.2.3 Typ 3 ”Vänliga Veronica”.....	26
6.3 Reflektioner kring kognitioner, dysfunktionella schematas betydelse	27
6.4 Anknýtningens betydelse för utvecklandet av sårbarhet.....	28
6.4.1 Andra faktorerers påverkan.....	29
6.5 Något om skillnader mellan kognitiv terapi och pedagogiska grupper.....	30
6.6 Något om målsättningen med föräldragrupporna.....	30
7 Diskussion och slutsatser	32
7:1 Vad är föräldraskap?.....	32
7:2 Övriga slutsatser.....	32
7:3 Ytterligare forskning.....	33
7.4 Förslag på disposition och utformning av föräldragrupper.....	34
8 Referenser	36
9 Bilagor	39

1. Inledning

Genom en ännu inte publicerad registerstudie som nu genomförs inom FoU-enheten vid Psykiatri Södra, Stockholms läns landsting (Skerfving), vet vi att nästan en tredjedel av patienterna inom vuxenpsykiatri är föräldrar. Av dessa är mer än en tredjedel ensamstående mödrar. Undersökningen omfattar samtliga 7600 patienter i upptagningsområdet. Av dessa var cirka 2300 föräldrar till närmare 4000 minderåriga barn. De vanligaste diagnoserna var depressioner (29%), följt av ångestsyndrom (20%). Psykosdiagnoserna var ca 10 %. En mycken liten del av de insatser som fanns registrerade, kunde relateras till patienternas familjer och barn. Detta står att läsa på BRIS hemsidas debattsida.

Inom vuxenpsykiatri har man fokus på den vuxne patienten som således ofta också är förälder. Däremot finns sällan ett fokus på hur psykisk ohälsa hos denna vuxna påverkar dennes förmåga att vara förälder och därmed direkt eller indirekt barnet. Man kan tänka sig många orsaker till att den psykiatriska vården inte automatiskt har föräldra-barn relationen i fokus;

- Man är i första hand intresserad av att hjälpa den patient man har framför sig i behandlingsrummet. En jämförelse med den somatiska vården skulle kunna vara den vuxne med akut hjärtflimmer. Denna sjukdom påverkar naturligtvis även den barnen, inte minst om den vuxne skulle avlida. Här gäller det att rädda patienten. Dess avkomma eller anhöriga kommer i andra hand.
- Man tänker inte på hur psykisk sjukdom faktiskt direkt i sina symtom har en negativ eller helt handikappande effekt på patientens funktion som förälder. Anledningen till det kan vara att vi av oss själva vet att människan har en fantastisk förmåga att klara allehanda belastningar under vår uppväxt, vi har ju själva överlevt...
- Utbildningarna inom det psykiatriska området har inte fokus på frågan föräldraskap.
- Vi glömmer att patienterna också kan vara förälder
- Vi känner social/politisk olust eller rädsla att utpeka föräldrar som dåliga
- Vi har för få eller inga bra metoder för arbete med föräldraskap i klinisk öppenvård

Barn till psykiskt sjuka har dock på senare tid fått viss berättigad uppmärksamhet. Man har i olika sammanhang pratat om det preventiva psykiatriska arbete som barngruppsarbete i olika former utgör. Jag arbetade under några år i schizofreniförbundets projekt kallat "Källan". Projektet startade 1996 och innefattade grupper för barn och ungdomar som hade en förälder med psykisk sjukdom. Ganska snart uttalades ett behov från barnens föräldrar (som kom med sina barn till gruppsamlingarna), att man önskade något för sin egen del. Projektet utvidgades därför och min uppgift blev, att tillsammans med en kollega, utforma och bedriva gruppverksamhet för föräldrarna.

Inledningsvis var grupperna öppna för alla föräldrar, dvs. både de sjuka och de som inte hade någon diagnos. Vår erfarenhet blev dock ganska snart att dessa blandade grupper med föräldrar, där en del är patienter och en del inte är det, fungerade dåligt. I huvudsak kom de föräldrar som hade barn med någon psykiskt sjuk partner till grupperna. Denna grupp, som inte hade stöd ifrån varken psykiatri eller BUP och som vi därför kom att kalla "den osynliga föräldern", blev efterhand vår primära föräldramålgrupp på Källan.

Efter projekttidens slut återgick jag till vuxenpsykiatriens öppenvård och startade, tillsammans med en annan kollega, föräldragrupper för den andra gruppen, våra öppenvårdspatienter. Detta som komplement till mottagningens mera traditionella psykoterapeutiska arbete.

I sammanhanget kan nämnas att det finns praktiska svårigheter att arbeta med en sidoverksamhet som föräldragrupper inom den etablerade öppenvårdsverksamheten. Administrativa frågor som journalföring, lämplig lokal, hur deltagarna skall registreras, ansvarsfrågor m.m. gör sig omedelbart påminda.. Detta var vi lyckligt befriade ifrån under Källan perioden.

Frågan ställs ibland om vilket som är värst för barnet, en schizofren, psykotisk eller en deprimerad förälder? Andra frågor gäller hur personlighetsstörningar hos föräldern påverkar barnet. Oftast är det *en* förälder som definieras som sjuk i en familj. Eftersom barnet ju per definition har två föräldrar, och vården endast åtar sig att arbeta med personer som är "sjuka" (är, eller blir patienter), uppstår flera frågeställningar med föräldragrupper som till del är avsedda att vara psykiatriskt förebyggande. Är den förälder som kommer till psykiatrin och vill ha hjälp med sitt föräldraskap "sjukare" (och därmed "sämre" förälder) än den föräldern som inte gör det?

En pedagogisk idé i Källanprojektet var, att vi som gruppledare, i omväxlande grad också var deltagare. Vi var både föräldrar och gruppledare i samma gestalt. Denna roll utmanar i hög grad de traditionella psykoterapeutiska ramarna, men likheter kanske finns här med det "kollaborativa förhållningssättet" som utmärker kognitiv psykoterapi.

Under de år som jag arbetat med grupperna, har jag fortlöpande funderat på det pedagogiska innehållet som vi tillhandahåller och på metoderna vi använder. Är innehållet optimalt och tillräckligt specificerat för att hjälpa föräldraskapet? Är ramarna och metoden den optimala? När en renodlad psykoterapi samma resultat vad gäller föräldraskapet? Skall grupperna vara mindre pedagogiska och mer terapeutiska? Frågeställningarna berör allt ifrån hur vi sätter samman grupperna, hur vi introducerar deltagarna, vilka teman vi tar upp, vilka teman vi inte tar upp, vilket material vi arbetar med etc. Vidare innefattas här vår egen roll som gruppledare/förälder, gruppernas uppläggning i tid och plats samt tidsramar. I dessa frågor tror jag att jag har haft en fördel av min relativt breda bakgrund med en gestaltterapeutisk utbildning, psykodynamisk steg 1 samt den nu pågående kognitiv steg 2. Jag har därmed haft olika källor att leta i efter användbara metoder och redskap. I föräldragrupsarbetet finns möjligheter som jag ser det, till integration av flera teoretiska inriktningar.

Det kollaborativa arbetssättet i kognitiv psykoterapi innebär att vi aktivt deltar med vår personlighet, våra erfarenheter och våra inre arbetsmodeller, funktionella såväl som dysfunktionella. Vi är inte några "vita ark som patienten kan projicera på". Jag var själv småbarnsförälder under mina första år inom psykiatrin och är fortfarande förälder. I arbetet med föräldragrupper kommer jag att tänka på den för ca 10 år sedan aktuella blöjreklamen där en kvinna säger "jag är inte bara tandläkare, jag är mamma också". "Jag är inte bara terapeut- jag är pappa också"

2. Bakgrund

Bakgrunden syftar till att introducera studiens område. Detta görs dels genom en genomgång av en del tidigare forskning, dels genom att ett par relativt etablerade behandlingsmodeller introduceras

2.1 Tidigare forskning

En studie avseende föräldrars anknytning till sina egna föräldrar samt dessa föräldrars upplevda problem eller frågeställningar gentemot sina egna barn, finns gjord av Orrenius & Krantz (2002). I denna har man studerat fyra familjer varav två skilda och två sammanboende. Sammanlagt sju föräldrar deltog. Man ville undersöka om det var möjligt att hitta en metod för att öka föräldrarnas förmåga att reflektera över sig själva, sin bakgrund, relationen till partnern och förstå hur allt detta påverkar barnet. Denna reflektionsförmåga är baserad på föräldrarnas metakognitiva förmåga (Fonagy 1998). Detta innebär förmåga att tänka omkring andras tänkande, kunna reflektera över andras mentala tillstånd. Denna förmåga innebär att kunna skilja på inre och yttre verkligheter, hycklande från äkta sätt att fungera, intrapersonella kognitiva och emotionella processer från interpersonella processer och kommunikation. Den metakognitiva förmågan anses kort sagt vara en förutsättning för att vara en bra förälder. Syftet var också att utveckla arbetet med föräldrar. Studien (Orrenius & Krantz 2002) visade att en strukturerad intervju som avser att mäta föräldrarnas egen anknytning till sina föräldrar kallad AAI (George 1985 & 1996), i sig själv utgjorde ett verktyg för att öka föräldrakompetensen mätt i reflektionsförmåga hos den intervjuade. Troligen visar detta att fokusering på den egna uppväxten i relation till sina egna föräldrar, samt funderingar och reflektioner omkring sina barn, i sig själv är ett sätt att förbättra föräldraskapet och därmed troligen barnets utveckling*. (*anm Detta stöds också av vår egen utvärdering av Källans föräldragrupper (Österlöf/Källström 2002))

I en artikel (Schlette, Brändström, Eisemann, Sigvardsson, Nylander, Adolfsson och Perris 1998) diskuteras hur föräldrars temperament och karaktär har betydelse och vilka uppfostringsmetoder som har störst inflytande på hur barnet utvecklar sin personlighet. Det anses att temperament i princip är medfött och inte ändras beroende på miljö. Detta även om yttre påverkan inte helt kan uteslutas. Det refereras till McCrae och Costa (1994), som säger att "barnuppfostringsmetoder har liten effekt på grundläggande tendenser (läs temperament/ karaktär) i personligheten". Vidare refereras till Kohlberg Ricks o Snarey (1984) som säger "den vanliga uppfattningen att de första åren avgör utvecklingen för resten av livet.. är i huvudsak en myt"

I studien av 132 vuxna individer jämfördes deras temperament/karaktär och vilken typ av uppfostringsmetoder deras föräldrar hade använt. Detta bedömdes genom två instrument, dels EMBU (egna minnen av barnuppfostran utv av C Perris m fl.) samt TCI (Temperament and Character Inventory utv av Cloninger m.fl.)

Artikeln utgår från bla Cloningers definition av *temperament*, bestående av:

"Novely seeking" (spänningssökande/nyfikenhet)

"Harm avoidance"(undvikande av smärta/skada)

"Reward dependece"(belöningsberoende)

"Persistence" (framhårdande/envishet/orubblighet)

Den enligt Cloninger mer miljöbetingade *karaktären* definieras av:

”Self-directedness” (rättframhet)

”co-operativness” (samarbetsförmåga)

”self.transcendence” (självhävdelse/överbägenhet)

EMBU innefattar 14 olika uppfostringsmetoder. (Bör kanske snarare benämnas föräldrabetende);

Förolämpning, försakelse, bestraffning, beskyllande, avvisande, överbeskyddande, överinvolvering, tolerans, tillgivenhet, prestationsorientering, skuldbeläggning, stimulering, favorisering av syskon och favorisering av objektet. Man har senare betonat fyra beteenden som huvudsakliga; Avvisande, emotionell värme, överbeskyddande samt favorisering av ngt barn. Man fann det största sambandet mellan ett avvisande beteende, avsaknad av känslomässig värme från föräldrarna och utvecklandet av hög ”harm avoidance”, dvs rädsla/oro för det obekanta samt blyghet, samt låg ”self-directedness”, dvs skylla på andra, svårighet att sätta upp mål, hjälplöshet och låg självkänsla hos barnet.

Artiklen anger också att pojkar möjligen är mera allmänt känsliga än flickor för dysfunktionalitet inom uppväxtfamiljen. Flickor är mera specifikt påverkade av emotionell värme hos föräldrarna.

2.2 Några föräldragrupsprogram i Sverige

Flera program för ett bättre föräldraskap har sett dagen ljus de senaste åren och glädjande nog har också folkhälsoinstitutet nyligen startat ett nationellt projekt i föräldraskap Enligt Folkhälsoinstitutet finns ett 60-tal program av olika slag med detta fokus. Ett tiotal av dessa är evidensbaserade enligt vetenskaplig praxis. De flesta har dock fokus på att *barnet* har större eller mindre svårigheter och vänder sig därför främst till BUP's eller skolans område. Många av mest kända programmen bygger på att tydliggöra och bryta de negativa spiralerna som kan uppstå i interaktioner mellan föräldrar-barn. Vissa böcker i ämnet är lite av bruksanvisningar eller manualer ”när problemet ser ut såhär- gör såhär”. Problemet är dock att föräldern, även patienten/föräldern, ofta vet vad han/hon borde göra , men hon /han klarar inte av att göra det. Med någorlunda homogena (liknade diagnos) föräldragrupper kan troligen mycket av dessa material användas för vårt syfte.

2.2.1 COPE

I Sverige är ett av de idag mest kända programmen COPE / ”De fantastiska åren” (Stratton 2003) . Dessa bägge bygger på ca 10 sessioner om två timmar. Ramarna för de enskilda träffarna är mycket lika en kognitiv terapisejour. De inleds typiskt med en ”social fas” , där deltagarna hälsas välkomna etc. Därefter går föregående hemuppgift igenom. Därefter tas ett (i förväg bestämt) tema upp, ofta i form av en videoring, beskrivande någon barn-föräldra situation. Utifrån denna ingress, leder gruppledarna en diskussion. Under denna är det viktigt att ledaren förhåller sig ”neutral” , och inte med miner , kroppsspråk eller ord, visar deltagarna vad som är ”rätt” eller ”fel”. Ett ”sokratiskt frågande” innebär att försöka få deltagarna nyfikna och reflekterande- inte att undervisa. Gruppledarna bör vara så att deltagarna får möjlighet till ”decentring”, (Saffran&Segal 1996) dvs. den process som introducerar ett gap mellan händelsen och deltagarnas reaktion på den. Genom att utveckla en kapacitet att observera sig själv (genom exempelvis personen i den visade videovinjetten) , kan deltagarna börja skilja på verkligheten och verkligheten som man själv konstruerar den,

och som upprätthåller den negativa spiralen. Efter den –förhoppningsvis ”decentrerande” diskussionen, delas nya hemuppgifter ut med direkt anknytning till dagens tema.

Slutligen görs en sammanfattning och en kort utvärdering från varje deltagare om vad dagen har inneburit. Vidare praktiseras ofta återsamlingar eller ”boosters” några månader efter gruppslut. Programmen visar innehållet i föräldraskapet i en pyramidformad hierarki (bild 1), med de basala delarna i basen och de mer sällsynta i toppen.

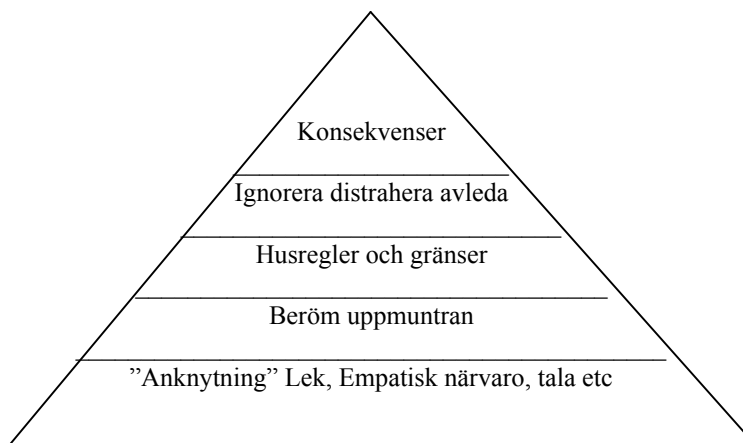


Bild 1) Innehållshierarki för föräldraskapet enligt COPE

2.2.2 ICDP

Ett annat etablerat program är ICDP (International Child Development Program) kallat ”Vägledande samspel” (Hundeide 2001). Det vänder sig i huvudsak till småbarn och barnhälsovården, men innehåller också en vägledning för 6 st föräldragruppsmöten. Programmet tar fasta på de två parterna omsorgsgivaren och barnet och hur dessa två samspelar och utvecklar varandra. I detta samspel är det av avgörande betydelse vilka egenskaper vi som omsorgsgivare lägger på vårt barn. Programmet tar fasta på att främja en positiv inställning till barnet och innefattar dels gruppträffar med enbart föräldrarna och dels gruppträffar där både barn och föräldrar träffas. ICDP-programmet beskrivs ytterligare under teoridelen under ”föräldraskap” nedan.

3. Problemområde

Inom förbund, ideella föreningar, institutioner m.m bedrivs ett omfattande och ofta mycket bra arbete med stöd för olika utsatta grupper. Exempel är Anonyma alkoholister, Rädda barnen, Bris, Röda korset, SFPH, RSMH, Schizofreniförbundet m.fl. Inom landstingsbedriven vård har vi dock att följa socialstyrelsens direktiv om att vården skall utgå från ”vetenskap och beprövad praxis”. Det gör det angeläget att förankra våra metoder i tydliga teorier. I denna uppsats har inte någon heltäckande undersökning av befintliga program gjorts inom området, men det synes ändå påfallande, att få program finns framtaget med specifikt fokus på *föräldrar* med egna uttalade psykiatriska svårigheter. Här verkar finnas utrymme för utveckling och förhoppningsvis kan detta arbete kan vara en inspirationskälla för att utveckla effektiva program för målgruppen.

3.1 Syfte

Uppsatsens syfte är att på basen av såväl teoretiskt som empiriskt material, beskriva hur man ur ett kognitivt perspektiv kan förstå begreppet föräldraskap och hur föräldraskapet kan påverkas av psykisk ohälsa. Jag vill också belysa likheter och olikheter mellan det kognitiva psykoterapeutiska arbetssättet med dess ramar och förhållningssätt, med det sätt föräldragrupper på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning leds. Med utgångspunkt i denna kunskap, blir det möjligt att fördjupa och förbättra metoderna, verktygen och pedagogiken som används i arbetet med föräldragrupperna.

3.2 Frågeställningar

Med utgångspunkt i ovanstående syfte söker studien svar på följande frågeställningar;

- 1) Vad är föräldraskap utifrån teorier som används i kognitiv terapi?
- 2) Hur kan man beskriva olika typer av föräldraskap?
- 3) Vilka svårigheter i föräldraskapet kan identifieras inom respektive typ?
- 4) Hur uppfattar dessa typer av föräldrar, utifrån perception och kognitiva förvrängningar, olika teman som tas upp i föräldragrupperna ex ”gränser”, ”känslor”, ”kommunikation”
- 5) Vilka antaganden stöder att föräldrarnas svårigheter kan begränsas genom pedagogiskt arbete i grupp?*

*Anm

Det skall påpekas att denna uppsats inte innehåller någon form av utvärdering av föräldragrupsarbetet. En utförlig utvärdering av denna typ av föräldragrupper finns redan gjord, kallad ”Den osynliga föräldern” – utvärdering av Källans föräldragrupper” (Österlöf/Källström 2002) Den innehåller bl.a. djupintervjuer med sexton föräldrar som gått Källans föräldragrupper. Den omfattar ca 35 sidor samt ca 30 sidor intervjuer. Utvärderingen handledes av professor Tomas Lindstein som forskat på ämnet barn till missbrukare och bl.a. skrivit ett antal böcker om Ersta vändpunktens barngruppsverksamhet.

4. Metoder för insamling och bearbetning av data

För att belysa problematiken är uppsatsen uppdelad i en teoretisk del och en empirisk.

Den teoretiska delen innehåller en beskrivning av de faktorer som kan uppfattas som betydelsefulla för föräldraskapet. Ämnet föräldraskap granskas utifrån ett antal författare, för att beskriva goda respektive dysfunktionella föräldraegenskaper och beteenden samt vilka mentala förutsättningar som behöver vara uppfyllda för att kunna vara en bra förälder. Det urval jag gjort, baserar sig på författare vilkas idéer gett mig tankar och uppslag på föräldrafrågor i allmänhet. Urvalet är dels baserat på litteratur som kommit i min väg under utbildningen, samt dels på författare som kommit i min väg under gestaltutbildningen samt under Källanprojektiden. En del material har jag fått genom personliga kontakter. Den teoretiska delen utgör sedan referensram mot vilken det empiriska materialet speglas. De tolkningar jag gjort av empiriska data relateras således fortlöpande till dessa teorier för att fördjupa förståelsen för hur föräldraskapet och dess problem kan beskrivas ur ett kognitivt perspektiv.

Den empiriska delen innehåller material och tidigare erfarenheter från min verksamhet, både som gruppleddare på Källan och som gruppleddare inom vuxenpsykiatrin. Som minnestöd använder jag dagboksanteckningar från grupperna, där vi noterat teman, händelser, stickord, speciella observationer hos deltagarna. Inför varje gruppstart ber vi deltagarna skriva ner frågeställningar och problem som de upplever i sitt föräldraskap, samt vilka frågor de vill prata om under gruppen. I detta arbete har framför allt valts frågeställningar och problem från

de två sista grupperna. Dessa två grupper är valda dels för att de ligger närmast i tiden, samt dels för att de är de enda rena patientgrupperna. Urvalet av dessa frågeställningar har dock påverkats av vad jag sedan tidigare sett och hört uttryckas som problemområden vilka ofta återkommit från tidigare Källangrupper. Utifrån de sammanlagda antal föräldrar jag träffat i grupperna under åren (totalt ca 80 st), har jag utkristalliserat tre typer, utifrån anknytningsstil och presenterade problem. Detta kan liknas vid den av Eneroth (1989) beskrivna idealtypsmetoden för att sammanfatta kvalitativa data. Metoden går ut på att hitta ”karikatyrer” som fångar in och beskriver olika varianter av det studerade fenomenet

4.1 Etiska överväganden

Att göra en retroaktiv studie som denna, leder till frågor om anonymitet etc. då det inte alltid är möjligt att tillfråga dem om de vill medverka i forskning. För att hantera detta har den s.k. idealtypsmetoden använts för att sammanfatta de data som baseras på erfarenheter av föräldragrupper. I och med att resultatet sammanfattas i typer som fångar in karaktäristiska drag, snarare än som fallbeskrivningar, kan inga enskilda personer identifieras. Källans föräldragrupper informerades om att forskning kommer att utföras. De sista två grupperna är endast identifierade som föräldragrupper på en öppenvårdsmottagning.

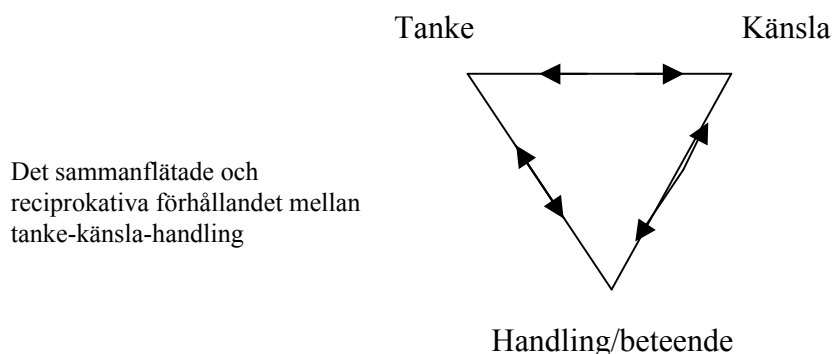
4.2 Begränsningar

Området föräldraskap och samspelet barn och föräldrar, berör i princip hela det psykologiska fältet. I denna uppsats skall fokuseras på frågeställningar, modeller etc som direkt kan kopplas till ett pedagogiskt arbete med föräldrar, med tonvikten lagt på föräldrar som har en psykiatrisk diagnos. I de fall bakomliggande teorier belyses, utgör de en grund för vidare utarbetningar /resonemang i syfte att hitta konkreta verktyg i föräldrabetet.

5. Teoretisk del

5.1 Allmänna principer för kognitiv psykoterapi

En av de mest grundläggande teoretiska modellerna inom klassisk kognitiv psykoterapi är förhållandet mellan tanke, känsla och handling/beteende.



Förhållandet mellan de tre delarna utgör ett grundläggande fokus i det terapeutiska arbetet. Ett flertal varianter på hur man kan arbeta med dessa delarna finns. Ett av de mest basala är användandet av ett situation-tanke-känsla-handlings-formulär. Detta innehåller kolumner för situation, tanke, känsla, handling och patienten uppmanas att fylla i detta under en tid. Det

förutsätts att tankar och känslor är automatiska. De kommer till vår uppmärksamhet genom olika tekniker, t.ex. genom ett sokratiskt frågande. En annan metod för att bli uppmärksam på sambandet mellan tanke och känsla, är genom guidade fantasier eller bildarbete. Terapeuten hjälper patienten att i sitt inre framkalla bilder av emotionellt laddade situationer och genom dessa inre bilder få tag i automatiska tankar. Genom att efterhand pröva alternativa beteenden (handlingar) eller tankar, vid en given situation, kan en utvärdering göras för att hitta ett mera funktionellt och konstruktivt sätt att hantera vardagen.

Vid psykisk ohälsa, oavsett diagnosgrupp, kan man se en obalans och ett dysfunktionellt förhållande mellan de tre. Vid depressiva och tvångsmässiga syndrom finns ofta ett överfokus på tankemässig information. Vid personlighetsstörningar, framför allt borderline, finns ofta en tydligare fokus på känslor och ageranden. Ett funktionellt, väl avpassat, konstruktivt och ändamålsenligt flöde mellan de tre begreppen är en förutsättning för att på ett konstruktivt sätt kunna förhålla sig till omgivningen.

Ett exempel: En förälder ser att dottern hänger med huvudet och går med tunga steg när hon kommer hem från skolan. I förälderns perception och i förälderns kognitiva och affektiva processor, tolkar föräldern det som att hon är ledsen. (Dotterns beteende och förälderns tolkning utifrån förälderns grundläggande schemata och perception). Föräldern känner sig orolig (affekt) och funderar på vad som kan ha hänt henne (tanke). Föräldern frågar henne om det har hänt något eller om han/hon kan göra något för henne (förälderns beteende)

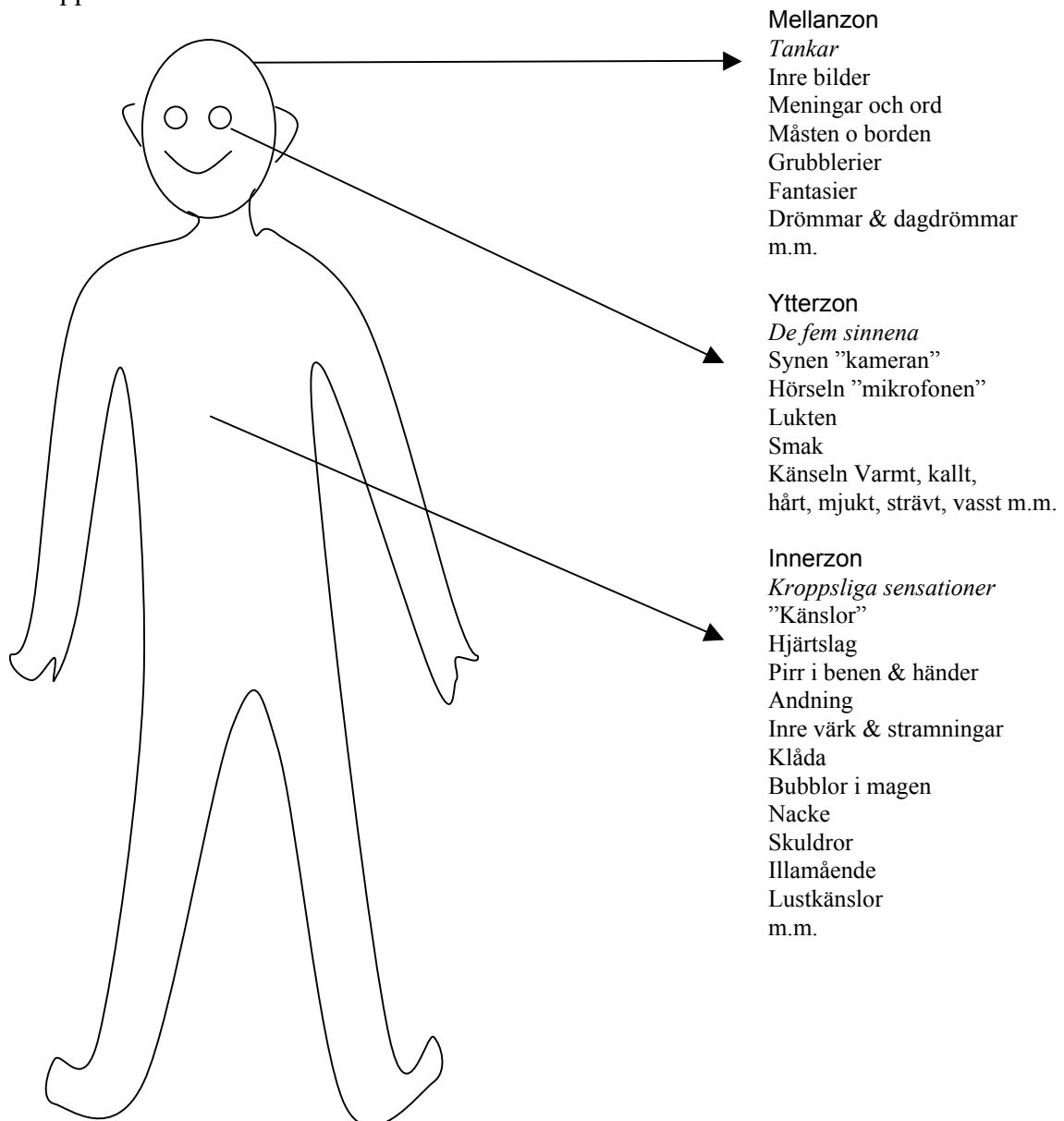
Vid psykiska symtom som exempelvis depression, påverkas både vår perception, sinnena, våra tankar och känslor, vilket leder till olika grad av kognitiv distorsion. Vår hjärna söker efter ”orsaker” till ett dåligmående och våra tankemönster tenderar att formas efter tre förklaringsstilar som Seligman (Seligman 1991) (Bloom 1996) definierar som ; Personalisation ”det är mitt fel”, Permanens ”det kommer alltid att vara såhär” och genomsyrningsförmåga (pervasivitet) ”det kommer att påverka allt”. Vi tenderar vidare att forma våra tankar så att de förvrängs, överdrivs och blir rigida. Beck (1979) (Freeman 1994) observerade flera kognitiva förvrängningar, eller ”tankefel” som till exempel; dikotomt tänkande, övergeneraliseringar, selektiv abstraktion, tankeläsning, katastrofering, känslotänkande, borde-tänkande etc. Automatiska tankar formar grundantaganden om oss som personer och om tillvaron omkring oss. Sådana dysfunktionella grundantaganden kan vara ”jag är hjälplös och svag”, eller ”världen är farlig”. De automatiska tankarna skapar tillsammans med de kognitiva förvrängningarna ett självgenererande förlopp. Tankarna skapar en sinnestämning som stämmer överens med tanken. Sinnestämningen påverkar i sin tur minne och perception på ett sådant sätt att ytterligare dysfunktionella automatiska tankar genereras osv,osv. En negativ spiral utvecklas och patologi kan bli följden.

Att märka är att de dysfunktionella automatiska tankarna och grundantagandena, bärs med oproblematiskt av individen under livets gång, till dess han/hon hamnar i en livssituation där grundantagandena utmanas. En sådan situation kan till exempel vara att bli av med jobbet, skiljas eller bli fysiskt skadad. För vissa individer kan också föräldraskapet bli en kris. I detta sammanhang blir det tydligt hur psykisk ohälsa försvårar, eller ibland omöjliggör föräldraskapet. Kognitiv distorsion gör det svårt att se vårt barn och uppfatta vårt barns benägenhet. Ännu svårare är det kanske att bete oss relevant utifrån vad barnet i situationen skulle behöva. Det leder till ytterligare tankar om oss själva som värdelösa föräldrar.

5.2 Mindfulness

”Mindfulness” är ett begrepp som myntats av bland andra Jon Kabat Zinn , Segal, Williams och Teasdale (Mark Williams föreläsning Danderyds sjukhus 2003) . Det är en teknik som härstammar från zenbuddistisk tradition och meditation. Tekniken, som används till flera ofta kronifierade tillstånd som smärta, ångest m.m., har använts inom olika terapeutiska skolor under senare hälften av 1900-talet. Inom Gestaltterapi kallas begreppet ”Awareness” (Nevis mfl.1992) och kan beskrivas genom att dela upp människans informationsbearbetning i tre olika zoner enligt följande bild.

De tre uppmärksamhetzonerna



Konsten att vara ”mindfull” eller ”aware” innebär en förmåga att fritt kunna växla mellan de olika zonerna och bli medveten om dem utan att göra några värderingar, dvs. utan att kognitivt filtrera den. För att bli uppmärksam på de skilda stimuli (signalerna) från de olika

zonerna, måste tidsbegreppet införas. Uppmärksamhet (awareness) kan endast uppnås i nuet och i nuet kan inga tolkningar eller värderingar göras, eftersom de per definition går åt tid för att göra dem. Midfullnesstekniken kan sägas vara ett direkt motangrepp på vår hjärnas konstitutionella funktion att dela upp allt vi varseblir i dikotoma polariserade delar. Idén är, att genom att träna på att växla mellan de olika zonerna, kommer ångest, som är baserad på en del *känsla* (innerzon), och en del *katastroftankar* eller bilder (mellanzon), att lösas upp genom denna separation. På samma sätt blir smärta något som känns (innerzon), men som inte ger upphov till negativa tankar. Detta sätt att växla mellan olika uppmärksamhet verkar vara en förutsättning för att utveckla förmågan till att vara metakognitiv (Main 1994) och uppvisar också stora likheter med vad andra forskare t.ex Fonagy (1998 och 2002) anser vara nödvändigt för att kunna vara en bra förälder.

5.3 Vad är föräldraskap?

Vad betyder att vara förälder? En sökning på internet ger många träffar där begreppet i huvudsak verkar vara socialt. Ytterst få handlar om begreppet sett ur ett psykologiskt perspektiv. I det följande försöker jag göra ett urval av vad olika författare bidrar med för att klargöra begreppet "förälder" utifrån ett psykologiskt perspektiv, på ett sätt som är användbart för syftet enligt ovan. Ämnet "föräldraskap" berör i princip hela den utvecklingspsykologiska teorin. Ämnet berör också vad det innebär att vara partner, eftersom föräldraskapet (ännu så länge) i princip förutsätter ett partnerskap. Den danska psykologen Jesper Juuhl (1995) skriver följande i sin bok "Ditt kompetenta barn"-

"Om vi bildar familj första gången innan vi blivit 30 eller 35, känner vi varken oss själva eller den andra. Vi känner bara de två överlevnadsstrategierna...Den vuxna partnern kan vara mer eller mindre tålmodig...men barnen klampar på i sin fullständiga tillit till att vi är perfekta och allsmäktiga. Deras möjligheter att utveckla mindre självdestruktiva personligheter beror till stor del på vår vilja att avveckla delar av vår"

Vidare ur samma bok;

"När två vuxna blir föräldrar har de (i gynnsammaste fall) tillsammans ca en tredjedel av den erfarenhet, insikt och know-how som behövs för att göra det någorlunda bra. Resten måste de lära av varandra och av barnets kompetenta återkopplingar under resans gång"

5.3.1 Hundeides vägledande samspel (ICDP programmet)

Hundeide (2001) beskriver hur vi kan placera människor (barn) innanför *vår intima zon* eller utanför. Det barn som blir placerat utanför, betraktar vi mera som ett "ting" och som något vi inte förstår oss på. De personer (barn) som vi placerar på insidan, känner vi empatisk identifikation med, vilket gör att vi kan uppleva barnets känsla och sinnestämning som vår egen. Barnets handlingar och uttryck kan ses som en fråga som kräver ett svar. För att ett spädbarn skall uppfatta omsorgsgivarens handlingar som ett svar, måste dessa stämma överens med barnets känslotillstånd. Då upplevs svaren som relevanta och sammanhängande med barnets yttrande. Detta kräver att omsorgsgivaren kan tona in barnet (Stern 1991).

Vad gäller området gränssättning betonar Hundeide (2001) att barn lär sig självkontroll genom att barnet i samspelet med andra, lär sig att förutse vad som händer när det gör någonting. På så vis utvecklar barnet en metakognitiv förmåga, vilket behövs för att kunna lära sig problemlösning. Gränssättning i vanlig bemärkelse gäller barnets icke önskvärda beteenden, t.ex aggressiva och egoistiska impulser. Ofta sker det genom omsorgsgivarens

negativa fokus på det som barnet inte får göra. Detta leder ofta till trots. Hundeide (2001) menar att det med små barn är effektivare att ignorera det oönskade beteende, avleda barnet och istället peka på positiva alternativ.

De barn som blir placerade utanför ”den intima zonen” tillskriver vi vissa negativa egenskaper. I vissa kulturer är t.ex. gatubarn tillskrivna onda andar eller trolldomar som någon häxdoktor skall försöka driva ut genom olika (plågsamma) riter. Det blir således avgörande för kommunikationen och samspelet, vilka *egenskaper* omsorgsgivaren tillskriver barnet och vilka *egenskaper* barnet tillskriver omsorgsgivaren. Detta leder till iscensättning av ett självgående rollspel där barnet spelar den roll som förväntas, ex” clownen, den starkaste killen i skolan, den sämste, sötaste tjejen i klassen” etc.

Hundeide påpekar, liksom Schlette, Brändström, Perris m.fl. (1998), också barnets medfödda temperaments betydelse för vilka signaler det skickar ut som omsorgsgivaren skall tolka. Det kan också av andra skäl, t.ex. sjukdom, ge för svaga signaler som inte uppfattas av omsorgsgivaren. Vidare påvisar Hundeide (2001) kulturella skillnader, där undersökningar (Stevenson 1990) visar att ostasiatiska barn ofta är bättre i skolan än Amerikanska och Europeiska. Stevenson (1990) menar att detta bör förklaras av den konfusianska traditionen, som starkt betonar att *insatserna* har betydelse för prestationen. ICDP’s programmet (Hundeide 2001) sammanfattar samspelet mellan omsorgsgivare och barn i åtta samspelsteman, nedan angivna i motsatspar, för att förtydliga innehållet i omsorgsgivarens beteende för ett gott föräldraskap

Utvecklar samspelet	-----	Förstör samspelet
1. Visar kärleksfulla känslor	-----	Försummar och avvisar barnet
2. Följer barnets initiativ	-----	Dominerar och påtvingar egna initiativ
3. Har god dialog med barnet	-----	Ingen kommunikation med barnet
4. Ger beröm och bekräftar barnet- och dess färdigheter	-----	Nedvärderar & förringar barnets värde
5. Hjälper barnet att samla sin uppmärksamhet	-----	Distraherar och förvirrar barnet med motstridiga budskap
6. Ger förklaringar och innehåll åt det som händer med entusiasm	-----	Pratar inte med barnet och är likgiltig för barnets upplevelser
7. Utvidgar och berikar barnets upplevelser genom jämförelser, förklaringar och berättelser	-----	Säger bara det som för ögonblicket är nödvändigt. Ger sig inte tid att ge barnet förklaringar
8. Leder barnets handlingar steg för steg. ----- Sätter gränser för barnets handlingar på ett positivt sätt genom att peka på alternativ	-----	”Låt-gå”-hållning. Överlåter åt barnet själv. Ingen vägledning av det som är tillåtet. Negativ gränssättning. ”Nej” utan förklaring

5.3.2 Young’s teori om maladaptiva scheman

Jeffrey Young (2003) definierar 18 st tidiga malaptiva scheman (early maladaptive schemas). Begreppet ”schema” används ofta inom kognitiva psykologin. Youngs betydelse i begreppet ”schema” innefattar vad Aron Beck (1967) uttryckte. Fritt översatt ungefär ” Ett schema kan ses som en grov och bred organisationsprincip, för att bättre förstå sitt liv”. De kan utgöra kärnan i en personlighetsstörning, mildare karaktärsproblem, eller kroniska axel 1 symtom

(DSM-4) Youngs scheman kan också ses som områden där individen har en särskild sårbarhet.

Ett schema utmärks av :

- ett brett genomträngande tema eller mönster
- innefattande minnen, känslor, kognitioner och kroppsliga sensationer
- beträffande en själv och ens relationer med andra
- framkallade under barndomen eller adolescensen
- vidareutvecklade under ens livstid och
- dysfunktionella i avsevärd grad.

Young (Young&Klosko1993) menar att de malaptiva schemata är något som har utvecklats i barnet utifrån toxiska barndomsupplevelser. Sådana barndomsupplevelser kan vara ;

- Den ena föräldern har varit hotfull och den andra passiv och hjälplös
- Emotionellt distanserade föräldrar med höga förväntningar på barnets prestationer
- Föräldrar som jämt bråkar och där barnet hamnar i mitten
- En förälder är sjuk eller deprimerad och den andre är frånvarande, Barnet bli vårdare
- En allt för tät bindning till en av föräldrarna. Barnet förväntas agera ersättningspartner
- En fobisk och överbeskyddande förälder. Föräldern är rädd att vara ensam och klänger sig fast vid barnet
- Ständigt kritiserande föräldrar där inget barnet gör duger
- Alltför eftergivna föräldrar som inte sätter gränser
- Att bli avvisad av jämnåriga

Ett schema kan sägas vara resultat av icke fyllda psykologiska behov och Young delar upp dem inom fem områden sk. ”domäner”. (*Anm: varje område innehåller identifierade och numrerade ”scheman” se nedan.) Det första och mest primära området nr 1 är *Avvisning*. Detta handlar om brist på trygg anknytning. Område 2 handlar om brist på *autonomi/identitet*. Område 3 handlar om brist på *relevanta och realistiska gränser*. Område 4 handlar om brist på *utåtriktning / uttrycka egna känslor o behov*. Område 5 handlar om brist på *spontanitet/ lekfullhet*. Man kan anta att en person med en känsla att vara defekt (nr 4) samtidigt som man har en stort behov av bekräftelse och godkännande av andra (nr 14), skulle kunna vara mycket känslig för ångestutveckling. Det är också påtagligt hur exempelvis en person som har en känsla av övergivenhet (nr 1) ofta både är självpoffrande (nr 13) och har obevekliga normer nr (17). De senare schemata kan ses som kompensatoriska för det första. Man kan exempelvis var självpoffrande för att få något (få tillhöra) och har obevekliga normer för att man tror att man måste ”göra rätt” för att få något.

*Youngs 18 malaptiva scheman

Otygg anknytning 1 Övergivenhet/otrygghet, 2 Misstro/känsla av vara utnyttjad, 3 Känslomässig svältföddhet /tomhetskänsla 4 Känsla av att vara defekt / skam
Autonomi/identitet 5 Utanförskap/social isolering 6 Beroende /inkompetens, 7 Sårbarhet för hot/skada, 8 Sammanflätat/ insnärjt utvecklade själv, 9 Känna sig misslyckad
Relevanta gränser 10 Berättigande /grandiositet, 11 Bristande självkontroll/ självdisiplin
Utåtriktning / uttrycka egna känslor o behov 12 Tillagsinställd / underkuvad,
13 Självpoffrande, 14 Bekräftelse /uppmärksamhet/godkännande sökande
Spontanitet/ lekfullhet 15 Svartmålning / pessimism, 16 Avstängning av känslor, 17 Obevekliga normer / kritisk
18 Straffande

Young har utvecklat ett antal självskattningsformulär för att relativt snabbt kartlägga aktuella scheman. Ett av dessa (YPI) är särskilt inriktade på att kartlägga respektive föräldrars beteenden som möjliga ursprung till ett malaptivt schema. Young (Young föreläsning 2002 Stockholm) betonar att ett enda definierat beteende hos föräldrarna kan vara upprinnelsen till att patienten utvecklat ett visst schema.

I sin självhjälpsbok "Reinventing your life" (Young & Koskolo 1993), delar författarna dock upp schemata i sex delar. För att begränsa eller förenkla för läsaren har antalet scheman minskats till elva. De sex delarna är: **1 Basal säkerhet** Scheman: Övergivenhet/otrygghet, Missstro/känsla av vara utnyttjad. **2 Kontakt med andra** Scheman: Känslomässig svältföddhet /tomhetskänsla, Utanförskap/social isolering. **3 Autonomi** Scheman: Beroende, Sårbarhet för hot/skada. **4 Självkänsla** Scheman: Känsla av att vara defekt, Känna sig misslyckad. **5 Själv uttryck/självförverkligande** Scheman: Tillagsinställd / underkuvad, Höga krav/ obevekliga normer. **6 Realistiska gränser** Scheman: Berättigande /grandiositet

Det skall beaktas att de olika områdena inte nödvändigtvis är något som direkt kan avläsas i personens agerande etc. Young (2003) betonar att scheman kan bemästras (cope) så att dess innebörd döljs. Han talar om tre olika copingstrategier vilka kan liknas vid psykologiska försvar enligt principen "Freeze, Flight, Fight".

1. schemasurrender (ge efter för schemat)
2. schema avoidance (undvikande låtsas som det inte finns)
3. schema overcompensation (bete sig tvärt emot schemat)

Youngs (2003) terapeutiska metod innefattar till stor del vad han kallar "reparenting". Kortfattat menas med detta, terapeutens sätt att vara "reservförälder" i nuet och vara sådan i kontakten då patienten upplever otrygghet, kränkning, eller avvisning i en i rummet framlyft situation, som han/hon inte själv kan hantera på ett vuxet sätt. Ordet "reparenting" antyder något som goda föräldrar skulle kunna göra om dom fick chansen igen. Det skulle kunna kallas "om-mammning" eller "att om-föräldra".

5.3.2.1 Modes

I sin behandling av mera störda patienter inkl borderline och narcissistiska personlighetsstörningar, beskriver Young (2003) ett kompletterande betraktelsesätt kallat "Modes". Dessa "modes" innehåller grupper av scheman och kan sägas utgöra patientens olika känslö/identitetslägen, vilka inom en och samma timme, snabbt kan skifta. Han identifierar ett antal sk "childmodes" några "copingmodes" och några "parentmodes," I huvudsak består modes i Youngs mening av att vi inom oss har ett antal känslomodaliteter (modes) där vi är det "glada eller lyckliga lilla barnet", "det ensamma eller ledsna barnet", "det rasande arga barnet", "den avstängda robotliknande beskyddaren", "det kritiserande vuxna och "den goda vuxna"*. De olika modaliteterna kan benämnas olika av olika personer, eftersom en del i metodiken går ut på att få patienten att känna igen principerna och då själv sätta namn för de olika modaliteterna. Young menar att exempelvis borderlinepatienten saknar kontakt med känslomodaliteten *den goda vuxna* och styrs mera av *det rasande barnet*, *den avstängda beskyddaren* samt *den kritiserande vuxna*. Hans metoder går ut på att terapeuten hjälper patienten att ta fram en inre, affektivt laddad bild eller minne av en situation som patienten tycker är jobbig. I den inre bilden av en verklig eller tänkt historisk händelse, ber terapeuten patienten om att få vara en "hjälpförälder", eller konsult, som i bilden stöder barnet att hävda sig mot den kritiserande vuxne. För att nå någon

framgång i detta arbete krävs att man når kontakt med *den avstängda beskyddaren*, eftersom denna effektivt annars för in hela terapin på sidospår, eller ”as if” terapi. Tilläggas kan att de andra sinnesmodaliteterna (modes) ställer till stora problem för patienten. Det kan tex vara *det rasande barnet* som gör suicidförsök, eller går ut med oöverbägda destruktiva uttalande till chefen etc, *det ensamma barnet* som är den deprimerade, eller *den avstängda beskyddaren* som missbrukar t.ex. alkohol eller isolerar sig. (*Förf. anm. Vissa modes verkar ha likheter med den Schweiziska psykoanalytikern Jungs (Read , Fordham m.fl 1953-1967) teorier om arketyper.)

5.3.3 Bowlby´s anknytningsteori

John Bowlby (1907-1990) anses vara upphovsman till den teori som beskriver vårt beteende för skydd och fortplantning. Bowlby (1994) studerade relationerna mellan föräldrar och avkomma både hos människor och djur framför allt apor. Han talar om två kompletterande beteendesystem; *anknytningssystemet* hos barnet och *omvårdnadssystemet* hos föräldern. Hans teori kom att kallas anknytningsteorin och bygger på studier av relationen mor - spädbarn, och hur denna relation kan inverka på utvecklingen av barnets självbild och uppfattning om omvärlden. Bowlby fann att anknytningsbeteende hos spädbarn har sin motsvarighet inom djurriket och drog slutsatsen att strävan efter anknytning är ett instinktivt och medfött beteende, som evolutionsmässigt har en avgörande betydelse för vår överlevnad, genom det skydd och omhändertagande det ger avkomman. Hans teori behandlar den process vars resultat är ett biologiskt och psykologiskt band, en *tillgiven bindning*, mellan barnet och dess närmaste vårdgivare. Han understryker att bandet inte grundar sig enbart på biologiska behov så som t.ex. mat, utan i lika hög grad på behovet av trygghet och närhet. Bowlby studerade också hur anknytningssystemen utvecklas under mycket otrygga förhållanden, bland annat hos engelska barn under kriget. Han studerade också 44 st fångar och kunde då konstatera att ingen av de 44 hade haft en trygg bas under sin uppväxt. Vi behöver både knyta an till en partner för att fortplanta oss och också vara sådana i kontakten med vår avkomma, att våra barn knyter an till oss. Barnet måste alltså för sin överlevnad vara sådant i sin kontakt med den vuxne, att denne vill ta sig an barnet. Barnets medfödda strävan är att lära sig att förutse föräldrarnas beteende d.v.s. ”när jag gör såhär, händer detta” , vilket skapar arbetsmodeller och scheman som i huvudsak förblir gällande för livet.

5.3.4 Ainsworth`s experiment för klassificering av anknytningsstil

Bowlbys medarbetare Mary Ainsworth (Goldberg 2000) myntade begreppet ”en trygg bas”, vilket Bowlby använde som titel på sin sista bok (1988) (Perris 1996, Bowlby 1994). Begreppet *trygg bas* är centralt och beskriver hur barnet betraktar föräldern som en person till vilken barnet känner en trygghet i att vid behov söka skydd hos. Anknytningspersonen som trygg bas, är en förutsättning för barnets drivkraft att utforska världen.

Mary Ainsworth utformade en experimentell metod för att mäta små barns (ca 1 år) anknytning till sin vårdnadshavare. Denna kom att kallas ”Strange situation”(Goldberg 2000). Denna metod går i huvudsak ut på att under kontrollerade former och med ett bestämt tidsintervall, låta barnets förälder lämna barnet ensamt med en främmande person. Barnets reaktioner observeras och klassificeras. I detta anknytningstest utkristalliseras tre grupper av reaktionsmönster. TypB benämns *trygg anknytning*. Barnet visar sig relativt tryggt och återupptar leken när mamma kommer tillbaka. Typ A benämns *otrygg undvikande anknytning*. Barnet visar uppenbara tecken på upprördhet när mamma lämnar det.

När mamma kommer tillbaka är barnet avvisande mot mamma. Typ C benämns *otrygg ambivalent anknytning*. Barnet är mycket upprört då mamma lämnar och kan inte tröstas då mamma kommer tillbaka. De är därefter ömsom klängande och ömsom upprörda. Man finner i olika undersökningar med denna metod, att fördelningen i en normalpopulation mellan de olika typerna är relativt lika oberoende av nationalitet. Ca: 66% är typ B, 20% typ A och 12% typ C. (2% saknas se nedan)

5.3.5 Main´s intervjumetod för att testa vuxnas anknytningsstil

I samband med undersökningar av barn med ”strange situation” som varit utsatta för trauma, vidareutvecklade Mary Main och medarbetare klassificeringarna och fann bland annat en liten del som inte föll in i de tre grupperna, vilken kom att kallas typ D desorienterad anknytning. Senare utvecklade Main en motsvarande metodik för att mäta föräldrars anknytning till sina egna föräldrar, den s.k AAI Berkley Adult Attachment Interview (George 1985 & 1996, Perris 1996). Syftet med denna intervju, var att kunna förutse om föräldern skulle kunna utgöra ett hot för barnet ex genom fysisk misshandel. (Det principiella innehållet i intervjun presenteras i bil 1.) Intervjun innehåller 15 frågor, där man försöker att få en bild av den vuxnes anknytningshistoria och framför allt ,på vilket sätt den berättas av den intervjuade.

Betoningen ligger inte på om upplevelserna var bra eller inte, utan om den intervjuade har kontakt med sina känslor som är knuta till upplevelserna. Man bedömer också hur mycket den intervjuade kan se motstridigheter eller bristande sammanhang i sin historia, vilket anses tyda på en positiv metakognitiv förmåga. Likaså bedöms idealisering av föräldrarna, dvs positiva omdömen som inte stöds av några faktiska minnen. Slutligen bedöms också om den intervjuade har några olösta trauma av övergrepp, dödsfall m.m.

Main (Main & Goldwyn 1985 & 1994) menar att man genom videoinspelning av intervjun kan åtskilja fyra typer av mödrar. Undersökningar av denna typ är framför allt gjord på mödrar, men man anser att fäder även svarar liknade.

Den uppdelning som görs efter intervjun är ;

Fria autonoma (trygga typ B*): Dessa föräldrar berättar obehindrat och sammanhållet om en i huvudsak trygg barndom, där smärta kan ha förekommit, men där den inte givit upphov till kvarvarande agg.

Bagatelliserande –avfärdande (otrygga avvisande typ A*) : ger korta ofullständiga berättelser och hävdar att de inte har några särskilda barndomsupplevelser, eller idylliserar barndomen. De tenderar att idealisera det förgångna med uttryck som ”jag har haft en lycklig barndom” eller ”mina föräldrar var hårda med rättvisa”. Dessa visar att de tidigt tvingats att lita till sig själva.

Alltför upptagen -intrasslade (otrygga ambivalenta typ C*): ger föga sammanhängande berättelse om sina föräldrar som klart visar att de fortfarande är invecklade i gamla olösta konflikter. Den intervjuade försöker ofta att få över intervjuaren på sin sida istället för att ge en nyanserad bild.

Olöst -desorganiserade (otrygga typ D* Main): berättar om faktiska övergrepp som de inte alls lyckas bearbeta emotionellt. Kan verka desorienterade eller förvirrade då de kommer in på ex ett dödsfall eller en traumatisk upplevelse.

*Förf. anm.

Benämningen inom parentes avser författarens försökt att koppla respektive kategori och tolka dem så att de motsvarar Crittendens/Mains benämningar.

En rad av varandra oberoende undersökningar (van Ijendoorn 1995) visar att korrelationen mellan vuxna som intervjuas med AAI och deras egna barn som undersökts med "strange situation" är ca 70- 80 %. Sambandet är särskilt tydligt när det gäller trygga (ca 82%). Av de mödrar som bedömdes som otrygga-undvikande typ A , hade 65 % egna barn som bedömdes som otrygga -undvikande typ A.

Således;-

Barn till "Autonoma –trygga" visar en trygg anknytning (typ B)

Barn till "bagatelliserande-avfärdande" uppvisar en otrygg-undvikande" (typ A) anknytning

Barn till "Allt för upptagen - intrasslade" uppvisar en otrygg –ambivalent (typ C) anknytning (Denna grupp uppvisar dock den svagaste korrelationen)

5.3.6 Crittenden´s klassificeringssystem av anknytningsstil

AAI är utvecklad även av Patricia Crittenden Hon har utvecklat ett klassificeringssystem där människors anknytningsstil grupperas endast i tre huvudgrupper. (gruppen D-desorienterade torde innefattas av undergrupper av de andra A och C) Den omfattande intervjun bygger på individens responser vid upplevt eller verkligt hot/otrygget och på hur individens olika minnesfunktioner då träder i funktion.

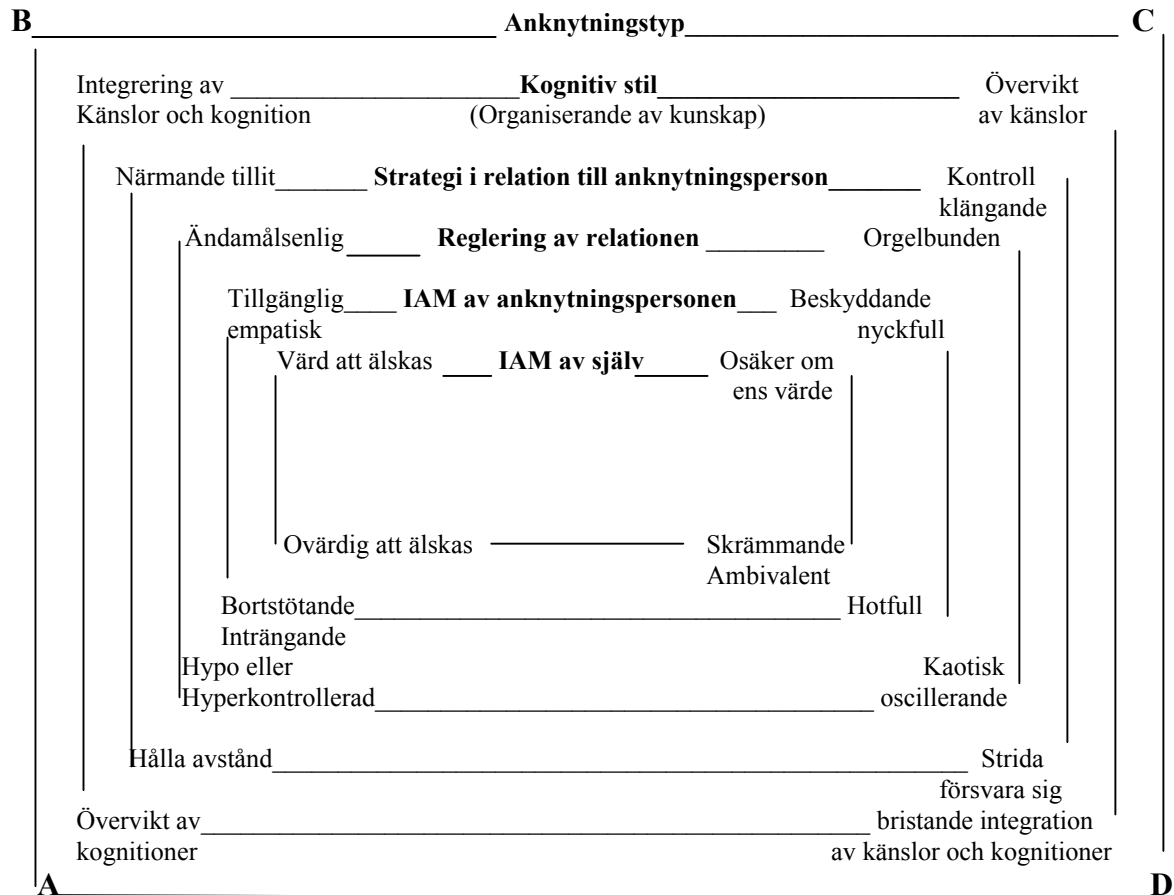
Minnet delas bland annat upp i huvuddelarna långtids-och korttidsminne.

Endel Tulving (Eysenck 2000) menar att långtidsminnet i sig delas upp i två delar: Episodiskt minne (EM) är ett självbiografiskt minne som innehåller personliga erfarenheter, sammanhörande med specifika händelser i tid och rum. Affektivt färgade semesterminnen finns i EM. (Fysiologiskt lagrade i främre delen av hjärnan i pann-och tinnings -loberna) Semantiskt minne (SM) innehåller mera opersonliga fakta och kunskaper och är mera kognitivt färgat. (Dessa är belägna i bakre delen av hjärnan, nack och hjässloberna) Crittendens indelning A-B-C kan kortfattat beskrivas enligt följande:

Typ A Otrygg undvikande	Typ B Trygg	Typ C Otrygg ambivalent
Förtränger känslominnen EM	Integrerar alla minnen	Förtränger kognitiva SM
Bygger strategier på SM		Bygger strategier på EM
När jag uttrycker känslor/behov känns det bara värre.	När jag uttrycker Känslor/behov	När jag uttrycker känslor/behov
När jag uttrycker känslor/behov bli den vuxna arg/det är farligt	blir dom oftast tillgodosedda	gäller det att göra det så starkt som möjligt

Crittenden betonar också hur den vuxne på ett motsvarande sätt lär sig sitt eget anknytningssätt gentemot barnet, ett omvårdnadsbeteende (A Broberg; föreläsning institutet 2002) genom hur barnet agerar/reagerar. Vi kan tänka oss ett typ A barn som skriker för att få något. Föräldern kanske tvekar att göra något och väntar. Barnets smärta blir outhärdlig och det slutar att skrika, eftersom det "inser" att det bara förvärrar smärtan/behovet. Den vuxne lär sig därmed att "jag behövs inte, barnet klarar sig utan mig". Ett typ C barn skriker högt ibland och inte ibland, för att få något. Föräldern lär sig att " det är ingen idé att göra något, för jag förstår ändå inte , barn är obegripliga". På dessa sätt byggs negativa spiraler av dysfunktionella beteende upp.

I boken Personlighetsstörningar (Perris& Perris 1998) finns en överskådlig sammanställning som sammanfattar relationerna mellan olika anknytningsmönster och hur man organiserar kunskap om själv och andra.



5.3.7 Kelly´s teori om personliga konstrukter

George Kelly (1905-1966) (Hjelle1981) hade först siktet inställt på att bli ingenjör, men bytte inriktning till det sociala fältet. Han kom att arbeta med traumapsykologi efter kriget då det amerikanska samhället var fullt av krigstraumatiserade soldater. Kelly skapade sin teori om personliga konstrukter, vilken anger att den mänskliga naturens alla begreppsbildningar grundar sig på basala förmodanden. Han menar att evolutionen har gett oss egenskaper och en sorts ”mallar” i våra hjärnor som gör oss benägna att förutse händelser. Detta är hjärnans naturliga arbets sätt och en stor del av vår hjärnas aktivitet går ut på att ge oss en *förutspådd* bild av verkligheten.

Våra hjärnor arbetar enligt Kelly (1963) med ett slags filter eller mönster som täcker över det vi varseblir. Han benämner dessa mönster ”konstrukter” (A theory of personality 1963). Dessa konstrukter baseras på tingens *motsatser* och *bipolariteter* exempelvis svart och vitt, ont och gott etc. De innefattar alltid tre ingående element; ett som betraktas, samt två som skiljer sig från det betraktade tredje. ”Jag är annorlunda mot de där två som är lika varandra”. Kelly menar att vi till vår konstitution är föntade som vetenskapsmän som hela tiden försöker

blicka in i framtiden. Detta synsätt innebär också att Kelly menade att någon objektivitet inte existerar eftersom både den som observerar (ex terapeuten) ser den som observeras (ex patienten) , genom sina egna konstrukt-”glasögon” .

Konstrukt eller ”mönster” kan passa in dåligt med en ”objektiv verklighet” , men vi har hellre ett dåligt passande mönster än inget alls. Det har till syfte att ge oss en känsla av kontroll genom att kunna förutse kommande skeenden. När våra konstrukter uppenbarligen inte passar in i verkligheten skapas ångest. Kelly hann, genom sin relativt tidiga död, inte ge förklaringar när det gäller att hitta orsakerna till varför vi utvecklar vissa konstrukt. Det kan dock anses att våra olika historiska erfarenheter har betydelse för vilka konstrukter vi bildar.

5.3.7.1 Fixed role therapy- att utmana gamla mönster

Kelly (Hjelle1981) utformade en terapimetod som direkt utmanade gamla konstrukt med nya, i en experimentform. Patienten ombeds att skriva en sketch om sig själv i tredje person och som om den skrevs av en nära och kär vän som känner patienten mycket väl. Den kan t.ex. börja ”Veronica är en person som gör allt för alla men som aldrig är nöjd med sig själv...” När sketchen studeras kommer den att visa flera av Veronicas konstrukter.

Ett skräddarsytt experiment utarbetas därefter som kallas ”Fixed role play”. Det består av att terapeuten beskriver en fiktiv person . Denna person får ett annat namn , ex ”Klara” och begåvas med ett konstruktssystem som bedöms som utvecklande för Veronica att bekanta sig med. (Personen kan också vara en allmänt känd förebild/ figur, filmstjärna etc) Veronica får ta del av ”Klaras” sätt att vara och det är här viktigt att få Veronicas bekräftelse på att ”Klara” är en person hon skulle vilja vara. Veronica får därefter till uppgift, att under två veckor, låtas att hon är ”Klara” och skall agera som hon skulle gjort i olika vardagliga situationer. Veronica skall flera gånger om dagen läsa sketchen om ”Klara” för att implementera hennes sätt att se på sig själv och omvärlden. Terapeuten skall också under experimentets tid, bemöta Veronica som om hon var Klara. Syftet med detta experiment är inte att göra om Veronica, utan att låta henne få känna på alternativa konstrukt och alternativa sätt att bemöta problem, men som hon inte tidigare upptäckt var möjliga för henne.

5.3.8 Piaget´s studium av barn och ungdomars kognitiva utveckling

Jean Piaget (Elkind 1978) studerar barns agerande och hur agerandet påverkar barnets tankar. Han har studerat barn och ungdomar och hur deras färdigheter utvecklas som gör att de så småningom kan bygga upp en världsåskådning som är förenlig med hur vuxna ser den. Han definierar ett antal olika kognitiva utvecklingsstadier för denna utveckling.

Begreppet ”egocentrism” betecknar barnets växlande differentiering inom något område av interaktionen subjekt-objekt, vilket ser olika ut i olika stadier. Allmänt kan sägas att barnet går från en reflex här och nu , till ett inre symboliskt tänkande dvs från egocentrism till sociocentrism. Samtidigt går utvecklingen från ”yta till djup”

Det sensomotoriska stadiet 0-ca2 år

Det nyfödda spädbarnet utvecklas först genom sina sinnen och sina rörelser (sensomotoriskt). Huvudsakliga uppgiften är att erövra objektet. Barnet kan inte skilja på objektets egen existens och på sina sinnesintryck att det finns för barnet. Egocentrismen är då en brist på differentiering mellan det sinnesintryck objektet framkallar och objektet i sig själv. I slutet av första året börjar barnet kunna skilja på objektet och upplevelsen av objektet, vilket bl.a. visar sig i ”tittutleken” då barnet också kan börja leta efter dolda objekt.

Det pre-operationella stadiet 2-ca 6år

Den huvudsakliga uppgiften under denna fas är att erövra symbolen. Barnet börjar snabbt tillägna sig språket och börjar leka symboliska lekar. Egocentrismen består nu i brist på att skilja mellan symbolen och det som symbolen betecknar.

Konkret operationella stadiet 7-12 år

Barnet kan nu röra sig mellan två olika element, egenskaper eller realiteter samtidigt. T.ex kan det förstå att ett högt (men smalt) glas, kan innehålla lika mycket vätska som ett lågt (men brett) glas. Därför kan det också samtidigt tänka på symbolen och på det den representerar och kan på så vis skilja på symbolen och verkligheten. Egocentrismen består nu av brist på differentiering mellan vad barnet ser, och vad det tänker.

Formellt operationella stadiet från 13 år

Egocentrismen består under tonårstiden av att inte kunna förstå att andra inte är lika intresserad av honom själv som han själv. Alla vill stå på scenen, men tonåringen förstår inte att "publiken" inte finns utan att "den" också står på scenen.

5.3.9 Fonagys teori om förmåga till mentalisering och utvecklingen av självet

Peter Fonagy (2002) talar om begreppet mentalisering. Detta innebär människans förståelse för att det finns en inre psykisk värld, som inte behöver vara synlig utåt. Denna teori handlar således om förmågan att läsa av andra människor och förstå att något pågår i deras inre, vilket utvecklas normalt först efter fyra års ålder.

Förmågan till mentalisering innehåller tre delar ; *identifikation*, *modulering* och *uttryck* av känslor. Att kunna identifiera en känsla innebär bland annat att kunna benämna den och skilja på olika känslor som är sammanlänkade .

Att modulera kan innebära att kunna öka eller minska intensiteten i känslan och därigenom också kunna raffinera eller förfina identifikationen. Att uttrycka känslor handlar om vår förmåga att låta dem komma ut eller att hålla dem inne. Uttrycken kan också riktas utåt eller inåt. Att kunna uttrycka inåtriktade känslor utåt anses ofta vara en terapeutisk framgång, men att kunna hålla dem inne är också en tillgång då det inte är möjligt att uttrycka dem utåt. Det kan anses att en förälders mentaliseringsförmåga är av största vikt för att kunna läsa av sitt barns känslor och kunna tona in dem på det sätt Stern (1991) beskriver.

6. Empirisk del

Denna del av uppsatsen baserar sig på empiriska data från ett antal föräldragrupper, med tyngdpunkt på de två sista som bestått av enbart patienter och bedrivits på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Grupperna har varierat i storlek mellan 4 och 10 deltagare. Patient/föräldragrupperna har till 90% bestått av mammor. (De tidigare grupperna för anhörigföräldrar som ingick i Källanprojektet, var mera blandade och kunde ibland vara 50/50% mammor/pappor.)

6.1 Urval

Vi informerar om grupperna muntligen till våra kollegor samt i en folder som vi sprider dels inom sektorns intranät och dels ligger i väntrummet. Deltagarna i de två sista grupperna, som är fokus för denna uppsats, var patienter som kollegor eller angränsande mottagningar remitterat till oss.

De kriterier som har gällt hittills för gruppdeltagande har varit;

- Vara (eller nyligen varit) patient inom den aktuella psykiatrisektorn
- Vara förälder (och ha umgängesrätt- ej frändömd vårdnad)
- Kunna delta i grupp med avseende på ångestnivå eller andra psykiatriska symtom (inte inne i akuta eller starka symtomskov etc)
- Kunna svenska
- Ha en önskan att förstå sig själv i relation till sitt barn och i relation till sin partner
- Ha oro eller frågeställningar som berör föräldraskapet.

6.1.1 Föräldragruppernas struktur och principiella innehåll

Antalet träffar har varierat något, men de senaste har varit åtta träffar à 2 timmar. Varje träff har hållit sig till ett bestämt ämne ”tema” där vi som ledare har hållit en liten lektion i ämnet. Därefter görs övningar som diskuteras i gruppen. Hemuppgifter förekommer oftast och kan vara praktiska övningar för att tillämpa ämnet som diskuterats. De ämnen eller teman vi har koncentrerat oss på har varit; *kommunikation/hur man pratar med barnen, känslor, psykisk hälsa, gränser, skuld och skam, familjeroller och föräldraskap/uppmärksam närvaro.*

Vi upplyser om att deltagarna bör ha en parallell kontakt inom psykiatrin för att kunna ta hand om eventuella minnen, känslor eller frågor som kan komma upp mellan gångerna.

I vårt arbete med föräldrar, betonar vi att små barn (under 6 år) framför allt lär av vad vi *gör*, inte så mycket vad vi säger. En del av orsaken till detta kan kanske spåras till det faktum att emotioner och agerande är så direkt sammanknutna. (Safran 1996) Barnets affektsystem triggas av vad den vuxne gör. Vi betonar således föräldrarnas *beteendes* betydelse för barnets inläring av vem man är och hur världen ser ut. Vi går också igenom hur mycket viktig information (tanke-känsla) som kan finnas i barnets beteende, genom att barnets beteende ger en emotionell respons (tanke-känsla) hos oss som föräldrar. Det gäller då för oss att rätt tolka denna emotionella respons, för att hitta ett bra svar (handling) på hur vi bäst svara an på barnets signaler.

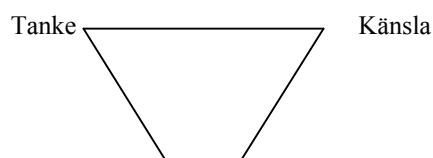
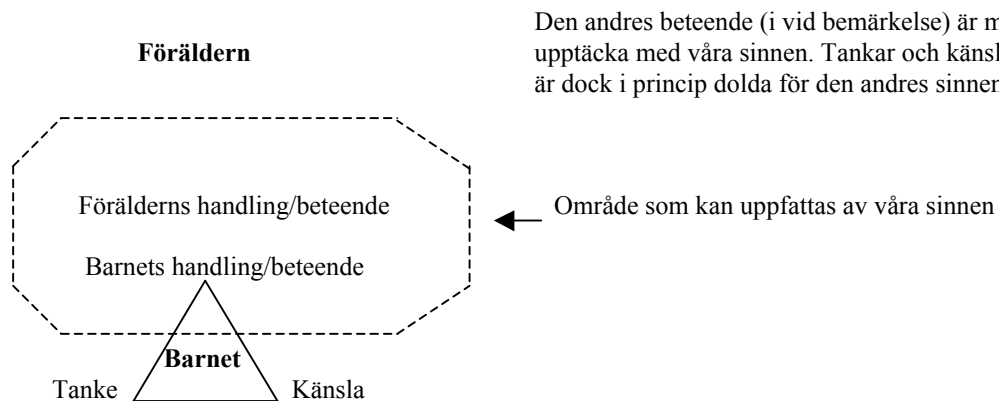


Bild 2



Den andres beteende (i vid bemärkelse) är möjligt att upptäcka med våra sinnen. Tankar och känslor är dock i princip dolda för den andres sinnen.

Vi använder ovanstående bild 2 för att belysa de olika delarna som berörs i föräldraskapet. Vi betonar att barnets och våra egna tankar och känslor inte ”syns”, utan ligger utanför våra sinnens egentliga uppfattningsområde. Vidare att vi behöver utveckla vår förmåga att tona in och tolka dessa, vilket innefattar vår mentaliseringsförmåga, vår perception, våra kognitiva och metagognitiva förmågor. För att kunna tolka barnets signaler och beteende behöver vi öka vår förmåga till ”mindfulness”. Vi tränar därför på de tre uppmärksamhetszonerna enligt den zenbuddistiska meditationen.

6.1.2 Vilka svårigheter uttrycker föräldrar i föräldragrupperna?

Utifrån de utvärderingsunderlag och frågeställningsunderlag vi har använt i föräldragrupperna får vi ett begränsat antal ofta förekommande områden som upplevs problematiska. Det handlar i huvudsak om:

- Hur man hanterar konflikter med barnen
- Känsla av ensamhet
- Förstå sig på sina reaktioner
- Skuld och skam
- Hur sätta gränser

Ser man tillbaka på föräldrarnas uttalade önskemål om områden att få hjälp inom, blir det tydligt att de flesta problem som föräldrarna presenterar, i efterhand går att belysa genom de olika teorierna som behandlats tidigare.

6.2 Exempel: Tre typer av deltagare/föräldrar

Jag har här försökt att utkristallisera tre typer av föräldrar av dem jag har mött i olika föräldragrupper. Kriterierna för gruppering, är i huvudsak gjord utifrån hur föräldrarna presenterar sig och sitt problem vid gruppstart. Ur det kan en liten del av anknytningsbeteende utläsas, genom att observera kroppsgester, tonfall, det vill säga det som syns här och nu direkt i kontakten. Indelningen är således inte gjord enligt DSM-diagnoser eller med andra psykiatriska termer. Det är möjligt att en sådan diagnosmässig uppdelning är något som kanske borde göras i framtida grupper, men är i så fall en fråga för framtida diskussioner eller för fortsatt forskning. I de fall de tre personerna har beskrivits med hjälp av Youngs schemateroi, avser siffrorna inom parentes numret på det schema som refereras (se sid 14)

Så här kan det se ut:

6.2.1 Typ1 "Strul-Stina"

Stina presenterar sig med en lite bakåtlutad "cool" attityd. Är fränskild. Är ganska otydlig med varför hon har kontakt med psykiatrin och talar mer om andras fel och hur illa hon har blivit behandlad av t.ex. myndigheter, vården och inte minst av ex-maken.

Stina vill jobba med sig själv, sin "depression", sitt humör och konflikter i hemmet. Dit hör att sätta gränser för barnen. Hon ger dock påtagligt lite information om sina förhoppningar och önskemål på vad gruppen skall innebära. Hon tycker att problemen är sammankopplade med ex-makens agerande och uttrycker sig delvis som ett offer.

Vi kan ana att Stina har en "yttre locus of control" (Eysenck //Rotter 2000), att hon under sin lite småtuffa fasad härbärgerar ett inre kaos av känslor. Detta gör henne avvaktande och lite distanserad. Stina har också den typiska benägenheten att ofta komma försent och ibland inte komma alls (utan att meddela sig). Hon blir arg om man ändrar i det ursprungliga schemat eller gör något improviserat, men det säger hon inte så ofta direkt, utan det kommer fram vid en utvärdering. Hon vill veta vad hon har att vänta sig, men känner sig nog oftast ganska skeptisk. Stina är ojämn i både humör och beteende, men kan andra gånger verka väldigt charmerande och socialt närvarande och kan ibland dra med sig andra som en ledare. Det verkar troligt att Stina har en anknytning av otrygg ambivalent typ C, framför allt utifrån hennes oregelbundenhet i regleringen av relationer.

Stina borde ha stor nytta av att strukturera sig, försöka kontrollera sina starka känslor, skilja på barnen, samhället och ex-maken, m.m.. För henne är temat *gränser* något som konkret skulle kunna innebära att hon sätter sig på en i förväg bestämd tid och plats med sitt barn för att med denne diskutera om regler och tider för hemkomst, läggtider, helggodis, TV-tittande etc. Detta skulle kunna vara en hemuppgift för Stina att praktisera hemma till nästa träff. Det visar sig att sådana diskussioner för Stina, ofta leder till ganska omedelbara positiva effekter i relationen med (det lite äldre) barnet. Hon kan t.ex. märka att tonårsdottern valde att stanna hemma, eller komma hem tidigare än vanligt när hon för ovanlighetens skull i sansat tonfall på ett strukturerat sätt satt sig ner och gjort upp ett kontrakt med tonårningen eller barnet. Detta kontrakt har nu fått mycket vidare ramar än dom annars vanliga.

6.2.1.1 Ytterligare funderingar omkring Stinas problematik

Man kan anta att Typ C's klängiga eller kontrollerande stil gentemot anknytningspersonen, som i många fall av typen "Strul-Stina" olyckligt och paradoxalt nog verkar vara just barnet, är en av orsakerna till att barnet ofta så direkt reagerar positivt, då föräldern slutar försöka kontrollera eller klänga sig fast vid sitt barn. Föräldern sätter då en gräns runt sig själv och upplevs som mindre skrämmande. Barnet kommer att känna sig tryggare och kan lättare själv reflektera över det lämpliga eller olämpliga i att komma hem för sent eller utsätta sig för stora risker. Gränssättning verkar också vara något som Stina gör utifrån "den bestraffande vuxna" modes (se Young sid 15). Just det oregelbundna och nyckfulla i hennes reglering av relationen med andra och hennes behov av kontroll (om t.ex. vi ändrar agenda eller teman) gör att anknytningstyp C verkar troligast.

Stina pratar ofta om hur hon är ensam med sina problem, att ta hand om allt och alla. Hon beskriver sig som annorlunda och inte förstörd av andra.. Hon gör en konstrukt där ex-maken och samhället är annorlunda än hon är. Hon bryr sig, dom andra bryr sig inte (se Kelly sid

19). Hon har en ganska dålig mentaliseringsförmåga (se Fonagy sid 21) , uttrycker känslor onyanserat och har dålig förmåga att hålla dem inom sig , t.ex. i barnens närvaro.

6.2.2 Typ2: "Sköra Charlotte"

Charlotte verkar lite nervös och uppvarvad och är ganska högljudd. Hon tittar sig intensivt omkring på de andra deltagarna och ledarna när hon presenterar sig. Hon säger ganska raktfram att hon "har en sjukdom", lite som en identitet i sig själv. Hon är dock klart närvarande och visar inga psykostecken i gruppen. Hon pendlar både i tonfall och intensitet när hon frikostigt berättar om sig själv och sina problem. Hon beskriver sig i onyanserade termer som exempel "jag är morsal!". Säger att hon är för snäll och att hennes barn kör med henne. Hon säger vidare att hon har dåligt självförtroende och att hon tycker det är svårt att prata med barnen. Hon vill "bättra på kommunikationen" både med dom och med maken. Hon vill också lära sig att sätta gränser gentemot barnen. En del andra problem som hon uppger i sitt föräldraskap, kan handla om praktiska saker som trångboddhet, svårt med ekonomin, kanske en del omkring konflikter med släktingar och närstående som kritiserar henne för att vara en dålig mamma.

Vi anar en splittrad och ibland kaotisk inre självbild, där locus of control nog snabbt kan skifta från yttre till inre och tvärt om. Vi anar också att Charlotte har liten förmåga att se sin betydelse som anknytningsperson för sina barn. Denna dåliga förmåga hänger bland annat ihop med hennes kognitiva utveckling, där hon troligen fungerar i stora delar på ett sensoriskt stadium eller på ett pre-operationellt stadium. (Piaget .se sid 20). Hon skulle antagligen uppvisa de flesta malaptiva scheman enl Young. (sid 14)

I en psykopedagogisk grupp som denna , kan man anta att hon framför allt behöver höra att hon gör så gott hon kan och att hon har rätt att få hjälp, när hon märker att saker och ting inte fungerar som det borde hemma. En stödperson, eller bara vetskapen för henne att hon kan behöva det och hur hon kan göra för att få tag på en, kan vara ett bra resultat av en sådan här grupp. Att bli medveten om sina handikapps effekter på föräldraskapet är ändå en förutsättning för att kunna förbättra något.

Det är svårt att bedöma Charlottes anknytning i en grupp som denna. Möjligen har hon en i grunden desorganiserad anknytningstyp D (Main 1985/C Perris1998), men detta kommer inte i förgrunden eftersom vi som ledare är måna om att skapa en trygg och trevlig atmosfär i gruppen. Hon kan också ha en neuropsykiatrisk grundproblematik. Dock märker vi att vi konfronterar Charlotte betydligt mindre med sådant som verkar uppenbart motsägelsefullt i det hon berättar under kursen, än vad vi gör med de övriga. Det motsägelsefulla kan handla om hennes glada och uppsluppna ansiktsuttryck när hon berättar om traumatiska händelser ur sitt liv. Charlotte berättar också ofta sådant som får oss att ana att hon känner sig rädd för både sina barn och ibland sina egna föräldrar.

Vad gäller temat *gränser* är det troligen ganska slumpartat hur hon tolkar det och hur hon kommer att använda det som förälder. Detta beror dels på hennes egocentrism, som i det pre-operationella stadiet innebär svårighet att skilja på symbolen, här ordet "gränser" och på vad symbolen betecknar. Charlotte är dock intresserad av temat "kommunikation" och har i kommunikationen med sina barn, praktisk nytta av att lära sig uttrycka sina känslor i så kallade jag-budskap. "Jag blir ledsen när du gör såhär " Hennes problem beror också på hennes bristande integration mellan känslor och kognitioner, vilket gör det svårt för henne att organisera sin kunskap och lära sig saker. Det kan innebära att hon associerar ords betydelse

t.ex. ”gränser”, efter någon situation i sin egen barndom, eller vad hon hört exempelvis hennes egen mamma säga i någon situation, som i sak kan skilja sig avsevärt från den för henne aktuella. Charlotte kan gången efter gränsertemat, ganska stolt berätta att hon ”nu minsann satt gränser hemma”. De kan då komma fram en ganska tragikomisk berättelse om hur hon på ett rigitt och brutalt sätt, hanterat sitt barn, helt utan att ha tagit in vad barnet har velat försöka att signalera.

6.2.2.1 Ytterligare funderingar omkring Charlottes problematik

Charlotte verkar ha utestängt sina barn från den intima zonen (se Hundeide sid 12). Hon verkar närmast rädd för dem, liksom hon verkar vara för sina egna föräldrar. Detta kan vara en anledning till hennes önskan om ”att förbättra kommunikationen”. Hennes upplevda roll som ”morsa” beskriver hon som begränsande. Hon behöver troligen någon som kan vara modell för henne. Hon skulle också antagligen ha stor nytta av att få pröva andra roller i ex en ”fixed role play” (se Kelly sid 19)

6.2.3 Typ3: ”Vänliga Veronica”

Veronica är den tysta typen som kommer in i rummet med blicken i golvet. Hon visar inte så mycket av spontana reaktioner och talar mest när hon blir uppmanad eller frågad. Hon är sammanboende och maken har ett bra arbete. Hon berättar som sagt inte så mycket om sig själv och skriver mycket sparsamt om vad hon förväntar sig av gruppen, eller hur hennes problem med föräldraskapet gestaltar sig. Som ledare kan man få veta mera av den kollega som tipsat henne om föräldragruppen. Familjen verkar ha bra ekonomi, maken är starkt engagerad i arbete och troligen borta mycket. Veronica har mycket stora krav på sig att vara en bra förälder/maka. Hon har sökt till psykiatri för ångestproblematik, depression eller stress. Det framkommer dock att hon tycker att hon är värdelös som förälder och skulle önska att träffa andra i liknande situation. (Att träffa andra i liknande situation är för övrigt något som vi betonar som en av huvudskälen att söka till gruppen. Flera utvärderingar av liknande grupper har visat att detta i sig ger en positiv och avstressande effekt.)

Hon säger att hon nog vet vad hon skall göra då hon blir oroad eller stressad över att barnet beter sig ostrukturerat eller ”svårbemästrat”, med det fungerar inte ändå.

Vi anar en stark inre ”locus of control” (Eysenck//Rotter 2000). Hon verkar full av uppfattningar att allt egentligen är hennes eget fel. Vi anar vidare aktiva scheman (Young sid 14) inom området ”2 autonomi-identitet” som kan handla om ängslighet för hot/skada (7) och att känna sig misslyckad (9) Det kan också skönjas stor påverkan av schemaområde 5, där samtliga fyra scheman; pessimistisk (15), avstängdhet från känslor (16), höga krav (17) samt inte minst självbesträffande (18) Av de mer djupt liggande scheman som härrör från brist på trygg anknytning, har hon kanske känslomässigt svältföddhet/tomhets känsla (3) Dessa dysfunktionella scheman, hennes självbild och konstrukter, är antagligen en av de större stressfaktorerna och orsakerna till hennes problem som förälder. Vi kan förmoda att hon har en otrygg undvikande anknytning av typ A (Crittenden)

För Veronica är det nog viktigt att gruppen eller ledarna inte ställer för stora krav på att delta i alla övningar m.m. Hon behöver först och främst få känna sig välkommen. För henne kan ett pedagogiskt tema *gränser* bli mycket teoretiskt och kanske leda till ytterligare frustration, eftersom hon grubblar så mycket på det. Teoretiska resonemang överhuvudtaget, är något som Veronica ”kan” själv och som hon under hela sin uppväxt försökt praktisera utan att det har hjälpt henne. Ytterligare påspädning riskerar att förstärka hennes schemata om att vara en

dålig förälder, eftersom hon - trots att hon går en föräldragrupp och ”har lärt sig hur man skall göra” - inte tycker sig blir en bättre mamma. Som anknytningstyp A har Veronica ju lärt sig att känslor är meningslösa och om dom ändå kommer så skall dom bort.

Temat *gränser* skulle istället kunna innebära att hon blir mera uppmärksam på hur hennes kropp reagerar vid stress och vad i barnens beteenden som hon tycker är allra jobbigast. Hon skulle kanske behöva träna på att be maken (eller någon annan närstående) om hjälp med delar av barnarbetet, matlagning, städning etc. Hon skulle kanske också behöva träna på att uttrycka sina känslor gentemot barnet. Exempelvis säga till barnet att ”när du gör sådär så blir jag arg”. Att få pröva olika fysiska avstånd till olika personer och samtidigt vara uppmärksam på att det känns olika mot olika personer.

Gränser är något som för Veronica behöver bli sammankopplat med *känslor* – ett av de andra teman för gruppen. Paradoxalt och tragiskt nog, kan man anta att Veronicas barn blir stökigare när de inte får någon reaktion från henne som de förstår. Veronica lider hemma i det tysta, är kanske likadan som i gruppen, dvs. tyst eller verkar ganska oberörd. Hon kanske går och lägger sig det första hon gör när hon kommer hem och på detta sätt får hon full fart på sina tankar om sig själv som värdelös förälder, istället för att tala om att hon är arg (eller ledsen) för att maken aldrig är hemma och att hennes känslor inte är riktade mot barnen, eller att det inte är deras fel att mamma är ledsen.

En svårighet för ”Vänliga Veronica” med detta alternativa beteende, är hennes snabbt väckta skuldkänslor. Hon tror att allt vad hon säger till barnen om hennes egna känslor, kommer att ge dem dåligt samvete. Återigen – känslor får inte finnas och Veronica har svårt att skilja på destruktiva skuldkänslor som hon själv bär på och sunda känslor av dåligt samvete eller ånger hos omvärlden, eller barnen/maken.

6.2.3.1 Ytterligare funderingar kring Veronicas problematik

Hennes anknytningsmönster visar sig tydligast genom hennes avståndstagande. Hon betraktar gruppen lite på avstånd, är liksom inte riktigt med. Hon har tydligt lagt egenskaper (se Hundedeide sid 12) på sina barn som ”bråkiga” och på sig själv som ”dålig mamma”. Hon har också dåligt utvecklad mentaliseringsförmåga (se Fonagy sid 21) dvs. identifiera och uttrycka känslor.

6.3 Reflektioner kring hur anknytningen, kognitioner, dysfunktionella scheman och inre arbetsmodeller kan ha betydelse för föräldraskapet?

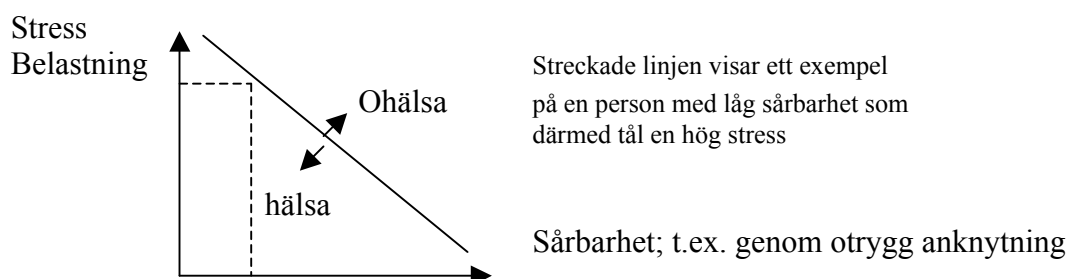
Evolutionen har löst problemet när föräldrar genom t.ex. sjukdom, brister i omhändertagandet av avkomman (L Havneskjöld ; föreläsning institutet 2002). Om barnets moder på grund av sjukdom är mentalt frånvarande, kommer barnet att med alla till buds stående medel, vara sådant i kontakten, att det får det minimum av skydd, näring och omtanke som behövs för dess överlevnad. Detta sker dock till ett högt pris. Barnet kommer nämligen att skapa sådana inre arbetsmodeller så att föräldrarnas beteende blir begripligt. En sådan inre arbetsmodell kan t.ex. vara ”jag är inte värd att älskas”. Till följd av de inre arbetsmodellerna, utvecklar barnet interaktionsmönster (läs anknytningsbeteenden) som passar bra gentemot en mentalt frånvarande förälder, men mindre bra gentemot en annan mera normalt närvarande eller friskare person.

Sådana dysfunktionella interaktionsmönster ingår bland annat i vad som inom psykiatrin kallas personlighetsstörningar. När sådana beteenden ses mot bakgrunden av anknytningsbeteenden anpassat till en icke funktionell, eller som Young (2003) uttrycker det ”toxisk” verklighet, blir det uppenbart att personlighetsstörningar inte bör betraktas som sjukdomar i vanlig bemärkelse. C & H Perris (1998) föredrar istället att kalla dessa störningar personlighetsrelaterade, vilket ger en mer humanistisk klang än den objektifierande psykiatriska benämningen enligt DSM.

Det är viktigt att komma ihåg att anknytningsbeteende kan ses som strategier för överlevnad. Patricia Crittenden påpekade vid en föreläsning i Stockholm 2003, att ”barnet inte alls behöver en säker bas för sin överlevnad, men att det är bäst att ha en”. Hon menar att anknytningstrategier bara behövs vid en otrygghet, eller en upplevd otrygghet. Ett tryggt barn behöver inga strategier. Hon säger också att barnet reagerar på anknytningspersonens olösta trauman, utan att veta vilket det olösta traumat är och ser till, genom sitt sätt att vara, att föräldern mår bra. Det synes finnas en direkt koppling mellan detta barnets anknytningsbeteende och Youngs malaptiva scheman. Barnet beter sig så som om det inte behöver någonting och blir därmed emotionellt depriverat för att föräldern ska må bra. Det verkar således som om våra scheman (copingstrategier) är av samma slag som vårt anknytningsbeteende, vilket vi i sin tur i extrema fall kallar personlighetsstörning.

6.4 Anknytningens betydelse för utveckling av sårbarhet

Otaliga undersökningar har gjorts vad gäller anknytning och risk för psykopatologi och det anses klarlagt, bl.a. genom Mains och Crittendens arbeten, att en otrygg anknytning leder till ökad risk för insjuknande i vuxen ålder. Förhållandet bör kunna belysas med följande bild.



Sjukdom, stress, trauman m.m. aktiverar anknytningsbeteendet. Har man en otrygg anknytning, skapar stressen en otrygghet med ångest, som om den går över en viss gräns, övergår i vad som kliniskt benämns sjukdom. Ju tryggare anknytning, desto större stressnivå tål individen innan gränsen överskrids.

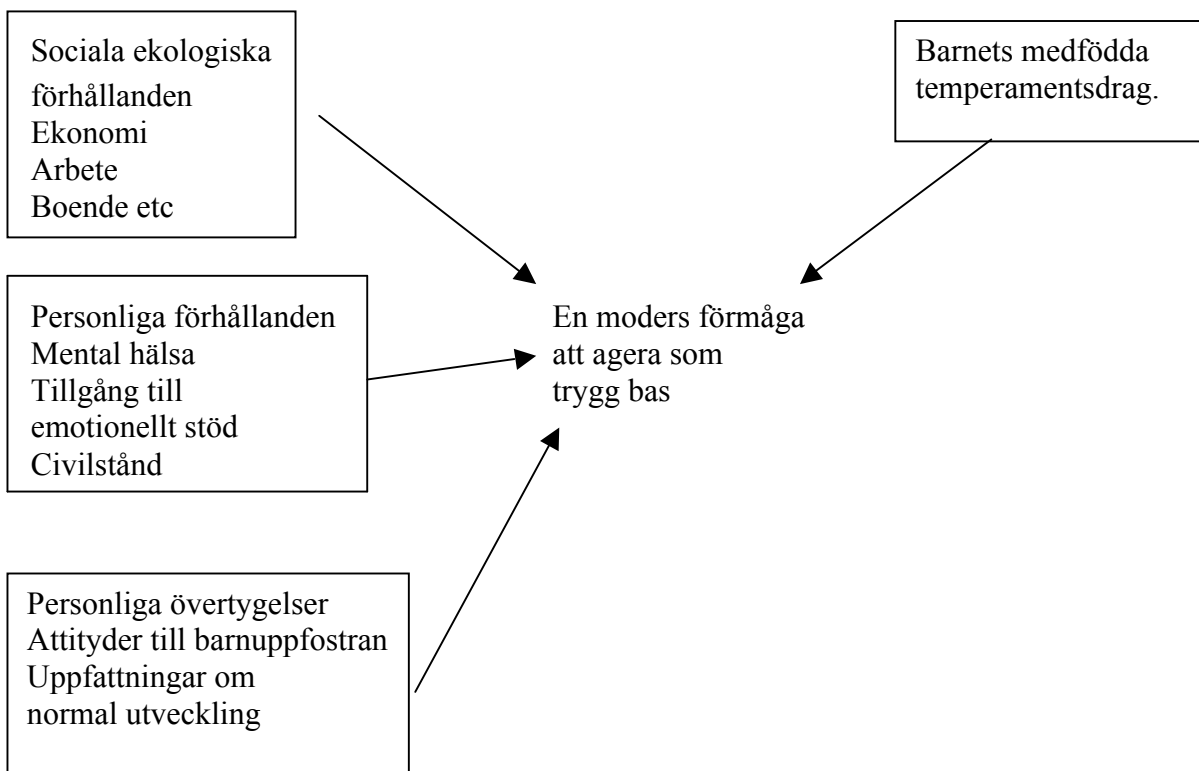
Det torde vara fastslaget (bla genom Mains, Crittendens mfl undersökningar) att våra schemata, våra kognitioner, konstrukt, automatiska tankar etc, alla påverkar oss i hur vi är som föräldrar. Den som t.ex. har lidit brist på trygg anknytning, upplevt övergivenhet, känslomässig deprivation m.m., har antagligen automatiska tankar av typen ”jag har ingen betydelse, det spelar ingen roll vad jag gör, jag kan ingenting” etc. Det verkar finnas stor risk för att en förälder med dylika scheman kommer att missa i mental/känslomässig närvaro, vilket leder till sårbarhet i barnet för att utveckla ett nytt likadant schema. Som tidigare nämnts visas detta i AAI undersökningar även om det bör noteras att korrelationen är

signifikant vad gäller *trygg anknytning typ B* samt i vis mån vad gäller *otrygg-undvikande typ A*. Osäkrare vad gäller *otrygg ambivalent typ C* (van Ijzendoorn 1995).

Barn till deprimerade föräldrar torde därför löpa större risk att själva bli deprimerade. Denna risk för att ”förstöra sitt barn” uttrycks också av många föräldrar och uppskattningsvis 1/3 av föräldrarna i föräldragrupperna visar upp ganska tydligt grundläggande dysfunktionella scheman beroende på brist på trygg anknytning. Det är här viktigt att komma ihåg att föräldrarna i en föräldragrupp inte går i terapi och att de inte haft någon egentlig anknytningstid till varken gruppmedlemmar eller ledare att tala om i jämförelse med i en psykoterapi. Föräldrar med mer narcissistiska problem eller borderlinepersonlighetsstörning torde påverka sina barn via delvis andra och flera kanaler, vilket t.ex. leder till utvecklande av de olika känslomodaliteterna (modes) av vilka en del, kan liknas vid integrerade introjekt av föräldragestalten. Detta gäller förstås tydligast ”den bestraffande föräldern” men frågan är också om inte också ”det ensamma barnet, det arga barnet och det avstängda barnet” kan spåras hos föräldern. Hur denna ”smitta” till barnet skulle gå till, ligger utanför denna uppsats, men borde kunna vara ett intressant kommande forskningsprojekt.

6.4.1 Andra faktorerers påverkan

I detta sammanhang kan ändå ifrågasättas vår mentala hälsas betydelse för vårt föräldraskap och framför allt betydelsen överförd till barnets utveckling. Eftersom vi alla har större eller mindre dysfunktionella beteenden och trots detta får barn som klarar sig bra, bör vi också titta på andra faktorer. Perris har bland annat en modell som visar vilka andra faktorer som påverkar en förälders förmåga att utgöra en trygg bas. (Perris Ett band för livet sid 87)



Utöver i figuren angivna faktorer, bör tilläggas kamrater och jämnårigas påverkan. Dessa är starkt undervärderade enligt författaren till ”Myten om föräldrars makt” (Harris 2001).

Harris (2001) är en ”anti-psykolog” och en ”anti-akademiker”. Hon menar att anknytningen i huvudsak bara är giltig i relationen med den aktuella anknytningspersonen, alltså att vårt anknytningsmönster inte nämnvärt skapar generella inre arbetsmodeller som skulle gälla för barnet framgent.* Hon ger ett par exempel på att föräldrarnas samspel med barnen i tidiga år, inte alls spelar denna avgörande roll.

1) Barn till invandrare betar, talar och klär sig som infödda, medan deras föräldrar kan verka klart avvikande. 2) Engelska överklassbarn kan vara uppfostrade helt av en ”Nanny” och ha mycket lite kontakt med sina föräldrar, framför allt med deras fäder. Ändå är de som kopior på sina fäder, då de kommer ut från sina internatskolor **.

(* Detta påstående verkar i viss mån stödjas av bl.a. Safran & Segal (1996) som anger att parallellitet inte kan förutsättas mellan patientens beteenden och känslor och terapeutens d.o. i terapirummet)

(**Förf. anm. Det förefaller som om Harris med detta resonemang snarare talar om yttre roller än inre arbetsmodeller. Hennes resonemang har ändå ett värde, särskilt när det gäller att försöka balansera föräldrars skuld-känslor över att vara dåliga föräldrar)

Anknytningsbeteendet syftar, som tidigare sagts, till fortplantning samt till skydd av avkomman och anknytningsteorin har sitt ursprung i studier av bland annat apor och deras avkomma. Eftersom våra hjärnors utveckling är så lika primaternas, men vårt sociala liv så olik dem och dessutom är stadd i ständig och snabb förändring, kan man ana att föräldraskapet för människan blir en mera komplicerad uppgift än för aporna. Ingen annan art ”dubbelarbetar”, bor i så skiftande samhällsstrukturer, har så många aktiviteter på sin fritid, skaffar sig föda etc. på det sätt som vi människor gör. Om vi evolutionsmässigt bara har lite större förmåga i termer av omvårdnadsbeteende än aporna kan man förvånas över att våra barn, över huvud taget, växer upp till fungerande individer.

6.5 Något om skillnader mellan kognitiv psykoterapi och psykopedagogiska grupper

Arbetsformen med pedagogiska grupper gör det nödvändigt att använda andra metoder än de psykoterapeutiska. Det finns alltså här en viktig skillnad mellan att arbeta med respektive typ av problematik i en psykoterapi och att göra det i en psykopedagogisk grupp. I gruppen blir det nödvändigt med tydlig struktur och en av oss uppgjord agenda.

Patientens/gruppmedlemmens påverkan på agendan böra bara vara marginell till skillnad från i en terapi. Detta för att inte uppmuntra till för mycket intrapsykiska processer. Innehållet som vi tillhandahåller i form av teman med diskussioner, riktar sig till alla i gruppen, och den psykopedagogiska gruppformen ger inte så mycket utrymme åt vars och ens kognitiva utvecklingsnivå, scheman eller konstrukter, vilka vi som ledare dessutom vet ganska lite om när vi startar gruppen. Interventionerna kommer därför att tas emot olika av skilda deltagare och vi försöker också att klargöra att alla i gruppen, inte kan förvänta sig att ha nytta av allt.

6.6 Något om målsättningen med föräldragrupperna

Det är vår målsättning med föräldragrupperna att förstärka föräldrarnas förmågor att agera som en trygg bas. Vi tror att destruktiva skuld-känslor ibland kan vara en viktig orsak till föräldrarnas svårigheter med sitt barn. I ett föräldraprogram för personer som har egna psykiatriska problem, blir det enligt min mening, mycket viktigt att inte ”lägga sten på bördan”. De allra flesta patienter som är föräldrar, är mycket måna om sina barn och dras ofta med stora skuld-känslor över det de upplever som sitt misslyckande med att vara förälder. Av detta skäl är det mångfacetterade och komplexa i barn-föräldrarelationen som delvis belysts i denna uppsats, i rimliga portioner, viktigt att framhålla för föräldrarna. Vi bör vara på

det klara med begränsningar i vad vi som terapeuter och gruppledare verkligen kan förändra eller påverka. Vi bör förmedla detta till våra föräldrar i grupperna så att de också får en känsla av vad de verkligen kan och ibland bör påverka eller förändra hos sitt barns beteenden etc och vad de inte kan förändra eller påverka. Allt kan inte påverkas av oss, utan många faktorer inklusive den andre förälderns genetiska bidrag, temperament och jämnåriga kamrater m.m. är faktorer som ligger utanför vår räckvidd som föräldrar. Det finns ingen rak linje mellan orsak (föräldrabetende) och verkan (hur barnet utvecklas). Detta bör särskilt förmedlas till föräldrar som har ett starkt inre "locus of control" (Eysenck//Rotter 2000). Det tycks som om föräldrar med anknytningstyp A (typ "Vänliga Veronica") oftare och mera påtagligt lider av skuldkänslor över att ha förorsakat sina barn svårigheter. Sådana skuldkänslor har troligen ingen annan funktion än att upprätthålla den egna negativa självbilden. För föräldrar med anknytningstyp C (typ "Strul Stina") verkar det mera som om de behöver få hjälp med att se att deras agerande faktiskt har betydelse och att det gör en skillnad på att faktiskt göra på det ena eller andra sättet. Vad alla typer av föräldrar kan och bör göra, och vad vi som gruppledare bör hjälpa till med, är att bryta de spiraler av dubbel negativ utveckling som kan uppstå när dysfunktionella scheman hos föräldern förstärks av barnets anknytningsbeteende, vilket i sin tur kan leda till utvecklandet av dysfunktionella scheman hos barnet (se bild 3).

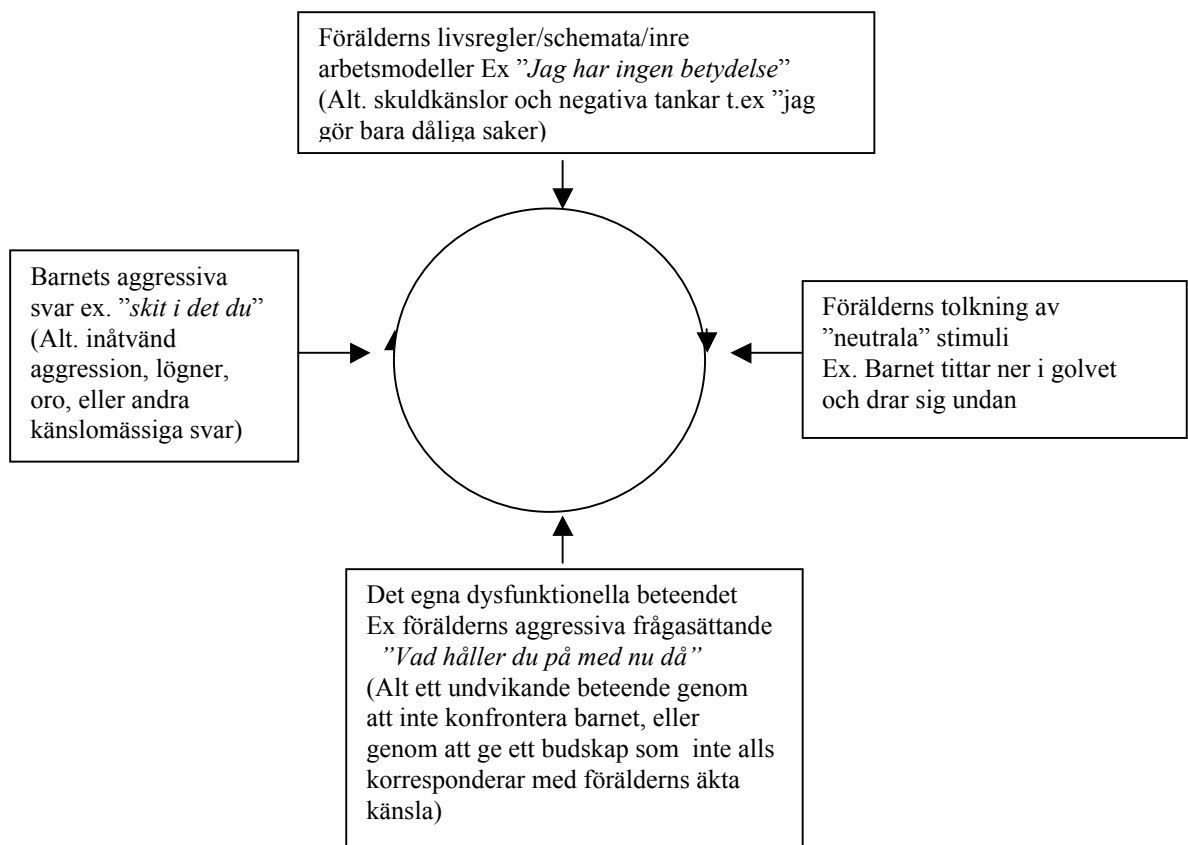
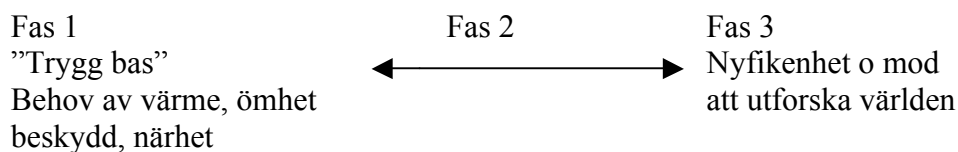


Bild 3 En negativ spiral i interaktionen mellan förälder och barn upprätthåller och förstärker både förälderns dysfunktionella schema och det skapar dysfunktionella scheman hos barnet och hos föräldern. Text inom (parentes) i figuren, anger alternativa reaktionsmönster/ skeenden. Jämför också med Crittendens (sid 18) beskrivning av hur omvårdnadsbeteenden utvecklas.

7. Diskussion och slutsatser

7:1 Vad är föräldraskap

Föräldraskap verkar efter studiet av olika teorier, *innefatta minst tre delar eller faser*, vardera med viss relevans för olika utvecklingsstadier /åldrar hos barnet. Den första delen innefattar att 1: vara så mentalt och fysiskt närvarande, så att barnet uppfattar en som en trygg bas. Med tanke på alla i begynnelsen okända faktorer (som partnerns genetiska förutsättningar, temperament, den yttre miljön, de sociala förutsättningarna, biologiska faktorer), innefattar också föräldraskapet 2: en process av lärande om de egna inre arbetsmodellerna, det egna temperamentet m.m. Denna process är beroende av samspelet mellan barnet, partnern och jag själv. Föräldraskapet innebär också att 3: entusiasmera, locka och utmana barnet att upptäcka världen på egen hand.



Förhållandet kan jämföras med Maslows (1971) val mellan trygghet och växt.

I föräldraskapet liksom i allt terapeutiskt arbete, är således det mest grundläggande att se till att anknytningen mellan föräldern, barnet (och terapeuten klienten) blir tillräckligt stark. Detta är en nödvändighet för att barnet skall våga ta klivet ut och upptäcka och utvecklas. Den primära uppgiften vi har som föräldrar (och terapeuter eller föräldragrupsledare) är därför att vara sådana i kontakten med våra barn (klienter, gruppdeltagare), att en tillräckligt trygg bas utvecklas. Ser man till det faktiska innehållet i interaktionerna som skapar en sådan trygg bas, är lek, med en känslomässigt närvarande förälder (terapeut eller gruppleddare) en förutsättning. Därför bör också lek vara en stor del av innehållet i föräldragruppna.

7:1:2 Krav på en bra förälder

Kraven för att vara en bra förälder, verkar se likadana ut som kraven på att vara en bra terapeut. Särskilt tydlig blir denna likhet i studiet av Youngs schemafokuserade terapi med borderlinepatienter, där ”re-parenting” är själva essensen i behandlingen. (Ordleken re-parenting / re-pairing i betydelsen ”reparera” är belysande)

Med Youngs malaptiva scheman som utgångspunkt, borde man kunna definiera en ”tillräckligt bra förälder”, som en som ser till att barnets behov uppfylls , så att dessa scheman inte utvecklas dysfunktionellt hos barnet. Några av medlen för att göra detta kan ses i Hundeides lista på omsorgsgivarens 8 st beteenden för ett gott samspel (Se sid 13).

Young framhåller att scheman , per definition inte är att betrakta som beteenden, utan beteenden är att anse som svar på ett eller flera scheman. Således borde föräldrarnas scheman vara direkt avläsbara i hans/hennes beteenden gentemot sina barn.

7:2 Övriga slutsatser

I denna uppsats har psykoterapeutiska teorier använts i syfte att se om de är användbara inom ett område de inte är designade för, nämligen arbete med psykopedagogiska grupper. Det framkommer av detta arbete att den kognitiva terapin innehåller flera pedagogiska inslag till exempel de förklaringsmodeller som sambandet mellan tanke-känsla-handling , de

inlärningspsykologiska teorierna om hur scheman och inre arbetsmodeller uppstår m.m. Detta gör kognitiv psykoterapi till en användbar källa att hämta pedagogiska modeller ur.

Att i efterhand granska vad föräldrarna uttrycker för problemområden, ger en viss förståelse för deltagarens mera av grundläggande strukturell och kognitiva problematik. Denna förståelse ger också en möjlighet att förfinna våra pedagogiska metoder och optimera/ revidera innehållet i de temata som vi tar upp. Det sistnämnda är också ett av syftena med denna uppsats.

Metoden att använda gammalt empiriskt material har flera nackdelar. Det är lätt att tillrättalägga det skedda för att passa in i en mall eller en teori. På detta sätt finns stor risk att fel slutsatser dras och därmed blir inlärningen fel. Min egen förförståelse bidrar till att jag letar efter sådant som jag redan "vet". Det riskerar att göra undersökningen både smal och föga utvecklande. Under detta arbetes gång har jag många gånger önskat att jag hade standardiserade intervjumaterial från föräldrarna tillgängligt. Jag har saknat både anknytningstester (ex ASQ) , EMBU, schemainventorium (ex YSQ/YPI), och inte minst AAI-intervjuer. En undersökning liknande den Orrenius & Krantz (2002) gjorde för psykoanalytiskt arbete med föräldrar i kombination med AAI skulle ha varit av intresse. Fördelen har varit relativ stor frihet att botanisera i litteratur , samt att jag inte varit hänvisad i tid till underökningspersoner. Den omfattande tiden som intervjuer med tillhörande tolkningar tar , har jag istället kunna använda till att ganska fritt leta information från flera författare. Det har också lett till att jag både läst nya böcker, läst om en del gamla samt tagit tag i böcker som länge legat i hyllan. Detta har varit inspirerande och lett till fördjupade och breddade kunskaper i ämnet.

7:3 Ytterligare forskning

Under arbetet med denna uppsats har mitt intresse väckts för ett stort antal frågor som förtjänar att belysas betydligt mer. Dit hör till exempel en samtolkande jämförelser mellan flera olika författares till synes likartade teorier, mellan Youngs modes, och Jungs arketyper, mellan Kellys konstrukter och Bowlbys inre arbetsmodeller, mellan Mains, Ainsworths och Crittendens arbeten etc. Frågan om och hur familjeroller utvecklas beroende på temperament kontra scheman. Vår tids syn på barn-föräldrarelationen i historisk belysning , vår syn på oss själva som partner, man, kvinna. Ytterligare frågor berör olikheter i föräldraskap beroende på barnets ålder/utveckling , vad föräldern defacto kan göra under barnets första år och småbarnstiden , vad föräldern defacto kan göra för att underlätta eller reparera relationen under tonårstiden. Frågor som berör föräldrarnas skiftande roller från omsorgsgivare (trygg bas) till handledare och till inspiratör (väglett upptäckande) under barnets olika åldrar. Frågor om olikheter mellan faders roll och mödrars roll , vilket i denna uppsats inte alls har berörts.

Vad gäller förhållandet mellan anknytningstyp , scheman eller konstrukt hos föräldern och dennes sätt att uppfatta olika pedagogiska teman till exempel temat *gränser*, har denna uppsats gett få eller hypotetiska svar.

En deprimerad förälder kan inte göras till en närvarande förälder, genom att tala om för honom/henne hur han/hon borde vara. Mindfullnessträning och fixed role play verkar vara användbara verktyg för föräldern att "återvända" till en större mental närvaro. En undersökning av dessa metoders effekt är ett område för ytterligare forskning.

7.4 Förslag på disposition och utformning av föräldragrupper

Disposition och utformning av föräldragrupperna bör kunna baseras på Maslows (1948) behovshierarki där Maslows termer översätts i Youngs, Hundeides, Bowlbys, Sterns, Kelly och Piagets m.fl. termer och där dessa konkretiseras i teman och övningar.

6 Realistiska gränser

Berättigande /grandiositet

5 Själv uttryck/självförverkligande

Tillagsinställd / underkuvad

Höga krav obevekliga normer

4 Självkänsla *Självkänsla*

Känsla av att vara defekt

Känna sig misslyckad

3 Autonomi *Tillhörighet*

Beroende, Sårbarhet för hot/skada

2 Kontakt med andra *Säkerhet/trygghet*

Känslomässig svältföddhet /tomhetskänsla, Utanförskap/social isolering

1 Basal säkerhet *Fysiologiska behov*

Övergivenhet/otrygghet, Misstro/känsla av vara utnyttjad

Den **feta** rubriken avser Youngs (1993) schemaområden. Den *kursiverade rubriken* avser Maslows behovshierarki

Träff nr 1 (Basal Säkerhet *Fysiologiska behov*)

Bör innehålla teman som skapar basal trygghet:

En trygg bas behöver grundläggas hos deltagarna. En presentation av materialet i sin helhet. Programmet behöver göras begripligt och meningsfullt. Deltagarna bör informeras om vad som förväntas av dem, delaktighet. Regler och ramar bör förmedlas och ett ”kontrakt” bör upprättas. En grundläggande beskrivning av de principer och teorier som kommer ligga till grund för gruppens fortsatta arbete, dvs. en socialisering av modellen. Det kan innefatta principen om vår uppfattning av egenskaper som vi lägger på våra barn och hur det styr vårt handlande och samspel med barnet. Vidare en kort redogörelse för vad man funnit i forskning omkring anknytning, t.ex. Bowlby. En presentation av deltagarna och ledarna och en inledande kort presentation av vilka problem som finns i föräldraskapet.

En hemövning kan innehålla fokus på en kontakt med barnet som väcker reflektioner omkring vilka känslor barnets agerande väcker hos föräldern. Det kan utgöra en fråga om vilka egenskaper föräldern tycker mest/minst om hos barnet.

Träff nr 2 (kontakt med andra *Säkerhet/trygghet*)

Bör innehålla teman som stärker samhörigheten hos deltagarna. Grupp lekar . Någon form av mindfulnessövning som stärker uppmärksamheten på hur vi tolkar och tar in information från oss själva och den yttre världen/ barnet. Någon teori om vad det betyder ”att vara sedd” och något om konsekvenserna av att inte bli det, med ex. utagerande som kan ta sig olika uttryck i olika åldrar.

Hemövningar kan innehålla sådan som väcker reflektion över hur följsam föräldern är på barnets initiativ och hur ett känslomässigt utbyte med barnet kommer till stånd. Hemövning kan vara ett PNT inför en situation med barnet.

Träff nr 3 (*Autonomi Tillhörighet*)

Bör innehålla teman som belyser att vi alla har fel och brister, att vi inte är ensamma om det. Det kan handla om våra känslor av skuld och skam. Anknýtningens betydelse för utvecklandet av skörhet i relation till psykisk ohälsa. Bör innehålla utrymme för deltagarna såväl som för ledarna att prata om egna svagheter och brister. ”Självavslöjanden” i lagom dos.

Träff nr 4 (*Självkänsla självkänsla*)

Kan utgöra en fördjupning av föregående träff. Bör innehålla teman som får deltagarna att reflektera över sin egen unika bakgrund, sin relation till de egna föräldrarna och hur denna kan ha betydelse för hur vi ser på vårt föräldraskap. Vilka roller som har skapats. Frågor liknade dem i AAI kan användas för att väcka reflektioner.

Träff nr 5 (*Självuttryck Självförverkligande*)

Bör innehålla teman som utmanar gamla mönster och roller och som ger utrymme för att pröva andra mer relevanta roller som ger oss möjlighet att växa. ”Fixed role play” kan med fördel användas i grupp.

Träff nr 6 (*gränser*)

Bör innehålla teman som behandlar gränssättning. Diskussioner om vilka regler som är orubbliga och vilka som är rubbliga. Gruppövningar i kommunikation som belyser hur vi uppfattar jag-budskap och hur vi uppfattar passiva eller dubbla budskap. Hemövning kan innehålla övningar i att berömma positiva beteenden hos barnet, ignorera och avleda negativa, samt visa på andra alternativ. Vidare att öva på att uttrycka egna önskemål och ta ansvar för sina egna gränser.

8. Referenser

- Beck. A. (1967) *Depression: Causes and treatment* University of Philadelphia press
- Beck. A. (1979) *Cognitive therapy of depression* Guilford press
- Bloom (1996) *Primary prevention practices, issues in children's and families lifes* vol 5 Sage
- Bowlby, J. (1994): *En trygg bas. Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Crittenden, P. (1990): "Internal representational models of attachment relationships. " *Journal of Infant Mental health*, 11: 259-277.
- Elkind D (1978) *Barns utveckling och uppfostran ur Piagets perspektiv* Natur och Kultur
- Eneroth B (1989) *Hur mäter man vackert? Grundbok i kvalitativ metod*. Natur & Kultur
- Eysenck, M (red.) (2000): *Psykologi. Ett integrerat perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Fonagy Peter . Target m.fl.(1998) *functioning Manual version 5. For application to Attachment interviews*. London UCL.
- Fonagy Peter (2002) *Affect regulation, mentalization and the development of self* Other press. New York
- Freeman.A. m. fl. (1994) *Kognitiv psykoterapi i klinisk tillämpning* Pilgrim press
- George. C Caplan. N Main.M (1996) *Adult attachment interview*. Unpublished manuscript UCLA, Berkely
- Goldberg Susan (2000) *Attachment and development* Arnold London
- Harris/Rich Judith (2001) *Myten om föräldrars makt-varför barn blir som dom blir* SFPHs förlag Stockholm
- Hjelle L, Ziegler D (1981) *George Kelly : A cognitive theory of personality Kap 9 s 321-357* International Book Company
- Hundeide K. (2001) *Vägledande samspel* Rädda barnens förlag ICDP Sweden
- Juuhl J. (1995) *Ditt kompetenta barn* Wahlström & Widstarnd
- Kelly (1963) *A theory of personal constructs* Northon &Company New York

- Kohlberg mfl. (1984) *Childhood development as a predictor of adaption i adulthood*. Genetic Psychology monographs 110, 91-172
- Lewinsohn Peter (red)(1992) *Control your depression* Fireside
- Main Mary (1994) *Recording and transcribing the adult attachment interview*. Unpublished manuscript
- Main M & Goldwyn R (1985) *Adult attachment classification system*. Unpublished manus. University of California, Dep. of Psychology. Version 6.1 1994
- Maslow Abraham (1948) *Higher and lower needs* Journal of Pshycology 433-436
- Maslow Abraham (1971) *The farther reaches of human nature* Viking press New York
- Mc Crae & Costa (1994) *The paradox of parental influence: understanding retrospective studies of parent-child relations*. Parenting and psychopathology pp.107-125. Chichester, Wiley
- Nevis Edwin (editor) (1992) "*Gestalt therapy, perspectives and applications*" Gestalt institute of Cleveland press
- Orrenius/Krantz (2002) *Om föräldrars anknytning* Mareld/Ericastiftelsen
- Perris, C. (1996 A): *Ett band för livet*. Bowlbys anknytningsteori och psykoterapi. Stockholm: Natur och Kultur.
- Perris, C. och Perris, H. (1998): *Personlighetsstörningar*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Read .H./Fordham m.fl (1953-1967) *Collected works of C.G. Jung* Routledge
- Saffran & Segal (1996) *Interpersonal process in cvognitive therapy* Aronson
- Schlette, Brändström, Eisemann, Sigvardsson, Nylander, Adolfsson och C Perris. *Percieved parental rearing behaviour and temperament and character in healthy adults* Elsevier Science Ltd 1998
- Seligman (1991) *Learned optimism* New York. Knopf
- Skervfving Annemi. *Ännu ej publicerad doktorsavhandling* Socialhögskolan Stockholm
- Stern, D.(1991): *Spädbarnets interpersonella värld*. Ur psykoanalytiskt och utvecklingspsykologiskt perspektiv. Stockholm: Natur och Kultur.
- Stevenson m fl (1990) *Child development and education in Japan* New York, Freeman
- Stratton (2003) *De fantastiska åren* Palmkrons förlag Lund

Van Ijzendoorn M (1995) *Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: meta-analysis on the predictive validity of the Adult attachment Interview*. Psychological Bulletin 117, 387-403

Young Jeffrey /Janet Koskolo(1993) *Reinventing your life* Plume book

Young Jeffrey (2003) *Schema therapy* Guilford press

Österlöf/Källström (2002) ”*Den osynliga föräldern*” *Utvärdering av Källans föräldragrupper* Schizofreniförbundets kansli Stockholm

9. Bilaga

”AAI-light”

Principiellt innehåll i AAI. Hur föräldern knyter an till sin egen barndom och hur denne tänker omkring sitt eget barn. Förklaringar ”F” avser föräldrar (plural) *eller* förälder (sing.)

Fem adjektiv (egenskaper) som bäst beskriver din mamma

Fem adjektiv (egenskaper) som bäst beskriver din pappa

Ge exempel på tillfällen eller episoder som belyser just dessa egenskaper

Viken av föräldrarna vände du dig till när du kände dig rädd, hade skadat dig eller kände dig känslomässigt otrygg?

Varför vände du dig till just den föräldern och inte till den andra?

Var F någonsin hotfulla / på skämt eller i uppfostrande syfte?

Kände du dig omtyckt och tröstad eller bortstött/hotad om du vände dig till dem?

Varför tror du att F betedde sig på detta sätt?

Hur har förhållandet till F ändrats över tiden

Förlorade du viktiga personer när du var barn?

Hur tror du att dina tidigare erfarenheter har påverkat din nuvarande situation som vuxen/förälder

Hur reagerar du känslomässigt när du är borta från ditt ett-åriga (hypotetiska) barn

Nämn tre önskningar för ditt barn när det är 20 år

Vad hoppas du vara det väsentligaste ditt barn fått med sig av dig som förälder
