

FAMILIEBEHANDLING

Av
Kurator Till Eriksen

FAMILIEBEHANDLING

Generelt og innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

Emnet for den 9. Nordiske Terapikongress er familiebehandling. I den forbindelse er jeg som medlem av fagutvalget bedt om å utarbeide en oversikt over emne da det foreligger mange betegnelser og metoder og det ser ut til å herske en del forvirring om hva de forskjellige begrep og metoder står for.

Hvis jeg ikke ved denne fremstillingen har klart å minske forvirringen håper jeg i alle fall å ha medvirket til å få den opp på et høyere plan –som en engelsk professor sa etter en forelesning om internasjonal politikk.

Fremstillingen er bygget på streiftog i litteraturen, på inntrykk fra studieopphold i andre land og på mine erfaringer som kurator innenfor barnepsykiatri og familievern.

Min kollega i fagutvalget, Else Nørbech, har vært meg til stor hjelp under utarbeidelsen.

Det jeg har forsøkt å vise i fremstillingen er at det oppsatte emne for kongressen er mangslungent og omfattende. Videre at selv om en finner mange betegnelser på familiebehandling og mange metoder og teknikker, etter f.eks hvilken profesjon de forfattere jeg refererer til, tilhører, kan en i alle fall finne noe som er felles for en hver form for familiebehandling, nemlig målsettingen som er: Å bedre en families helsetilstand og helse, her da ment i videste forstand.

Som det fremgår av tittelen på oversikten, kommer jeg også inn på familiebehandling generelt. Dette har sin bakgrunn i min praksis ved familievernkontorer (sentrale helsestasjoner) hvor vi ikke bare møter familier som søker hjelp for problemer med barn, men i forbindelse med alle tenkelige problemer som kan oppstå innen en familie. Ser en det da slik at uansett hvilket problem en familie kommer med, angår det hele familien, må en finne frem til behandlingsformer etter dette syn. Jeg mener derfor at vi uansett om vi arbeider innenfor barne- og ungdomspsykiatrien eller f.eks innenfor et familievernkontor må en ha noe til felles og noe å lære av hverandre.

Familien i søkelyset, familien på anklagebenken, familien i fare er stadige omkved i dagspressen, i radio og TV etc. det vistes til skremmende skilsmissestatistikk, økende barne- og ungdomskriminalitet, osv. og en setter dette i forbindelse med at det må være noe galt med *familien*, samfunnets grunnpilar. Samtidig ser vi en økende idyllisering av familien, bl.a. i den kulørte presse og på film.

Selv den mest pessimistiske blant dem som ser med bekymring og tvil på familien, må allikevel være fornøyd med én ting, nemlig at familien på ett område gjøre det bra: ved at en i stor grad er blitt et emne for debatt og er kommet i sentrum for undersøkelser, behandling og forskning.

Familiebehandling blir sett på som en løsning eller et tiltak for å hjelpe familien. Det kreves flere sosialarbeidere, psykiatere, psykologer og andre fagfolk. Vi kan nesten si at familiebehandling er blitt en motesak. Dette kan være en fare, men også noe vi kan bruke konstruktivt. Skal vi imidlertid nytte den bølgen av interesse for familiebehandling som nå synes å være tilstede, bør vi selv få mer klarhet i hva vi mener med familiebehandling, hvordan den bør drives og ikke minst hvilke krav vi mener bør stilles til utøverne – slik at vi kan formidle dette videre til våre folkevalgte og de bevilgede myndigheter.

HVA ER EN FAMILIE?

Og hvilke funksjoner har så familien for det enkelte individ og for samfunnet?

Jeg synes ikke vi kan gå nærmere inn på familiebehandling før vi har sett litt på familien som institusjon.

Det er ikke lett å finne en tilfredsstillende definisjon av begrepet familie. Etter en del leting var jeg enig med dr. R. D. Laing som i 1965 uttalte: “vi snakker om familiedynamikk og struktur, vi til og med snakker om familier som om vi visste hva en familie er”. Dette fant jeg allikevel noe deprimerende og søkte andre kilder.

Ifølge Gyldendals fremmedordbok betyr familie (latin): Ætt, slekt, hushold, herkomst. En ekspert på familierett, dr. juris. Professor Arnholm uttaler da også at familie opprinnelig pekte på hus fellesskapet og omfattet også “familie”, kjernefamilie og storfamilie, altså flere generasjoner, f.eks. voksne barn, svigerbarn, tanter og onkler, deres barn samt tjenestefolk.

Familieboka – Verket om virkelighetens eventyr sier at “Familien er et ledd i den sosiale struktur som vi kaller samfunn. Vårt samfunn er bygd opp av tusenvis av slike enkeltledd, men disse enkelte ledd er igjen små samfunn av enkeltindivider. Når vi nevner ordet familie, vet vi alle at det med dette menes en gruppe mennesker, normalt far, mor og barn. Disse enkelte mennesker står i et bestemt forhold til hverandre som er forskjellig fra det forhold de står i til andre mennesker.”

Mennesket i samfunnet grupperer seg for uten i familien i mange andre enkeltheter eller grupper. En hver gruppe har en bestemt struktur som kan beskrives med dens spesielle kjennetegn. Gruppene har f.eks. en bestemt form og funksjon, en bestemt oppbygning, et bestemt medlemstall og et bestemt forhold som medlemmene står i til hverandre.

En familie tilhører det vi kaller primærgrupper i vårt samfunn. I bl.a. Familieboka står at familien “er fundamentalt viktig som sosial struktur i to betydninger: For det første fordi en eller annen form for familie finnes over alt og til alle tider i menneskenes historie og for det andre fordi et hvert individ normalt tilhører eller har tilhørt denne typen av sosial struktur. Det er viktig å gjøre seg klart at familien er universell, men at familieformene kan variere i de ulike kulturer og samfunn på jorda.”

I vårt arbeid og for øvrig møter vi mange individer som ikke har tilhørt eller tilhører det en vanligvis tenker på med en familie: kjernefamilien bestående av far, mor og barn. Vi møter f.eks. barn og ungdom som lever uten sine biologiske foreldre og barn som lever bare sammen med den ene av sine foreldre. Det ser ut for meg som om de fleste bestrebelser som er gjort for å studere familiestruktur og familieinteraksjoner vesentlig har konsentrert seg om den “fullstendige” familie. Av mange forskjellige grunner vil da de mennesker som faller utenfor kjernefamilien, kunne føle dette, om ikke annet så i alle fall som et sosialt press.

I mitt forsøk på å skrive litt om hva en familie er, vil jeg allikevel gå ut fra kjernefamilien.

Det fremgår som nevnt at kjernefamilien er den form for familie som er mest vanlig i vårt samfunn. Det hevdes bl.a. at det er karakteristisk for kjernefamilien i urbane samfunn at den er uten særlig omgang med til og med nære slektninger. Andre mener at dette er en myte i likhet med så mange andre myter om familien.

Den konjugale familie er også blitt betraktet som den primære gruppe par excellence. I vår vestlige kultur og andre sivilisasjoner har familien lengre vært betraktet som en garanti for orden og autoritet. Mange forfattere har pekt på hvordan familien gjennom historien er blitt brukt i politisk øved, bl.a. av monarkiet i Frankrike, hvor det ble sagt at staten kontrollerte familien mens familien kontrollerte individene. Den sosiale “orden” gjenspeilte en viss type av eksistens som hovedsakelig var rural og spesielle idéer om politisk liv.

Under forskjellig innflytelse, bl.a. ved økonomiske forandringer og skiltende politiske idéer, har familien skiftet karakter. Forandringene kom særlig i det 18. og 19. århundre i forbindelse med industrialiseringen og urbaniseringen. Nye ideologier om familien og samfunnet oppsto. Det kan muligens være tilstrekkelig i denne forbindelse å henvise til Engels, Hegel og Marx.

Harriet Holter sier i en artikkel av 1962: “Rebellion Against the Family: A Discussion of Some Trends in Scandinavian Left-Wing Ideologies” at familien som institusjon kan forandre seg, vanligvis er dette en langsom og for samfunnet en delvis usynlig prosess. Hun uttaler videre at

uttrykkelige vedtak om å forandre eller avskaffe familien som sosial institusjon har sjelden forekommet. Unntak er, sier hun, sovjetrussisk politikk i noen år etter revolusjonen og etableringen av Kibbutz-systemet i Israel.

Harriet Holter nevner også at siden den eksisterende familieorden ofte er tatt for gitt, tenker vi ikke alltid at de rådende ideologier teller for familien som så dann, hverken i den ene eller annen retning (støttende eller avvisende). I det feudale europeiske samfunn var det f.eks. ingen som tvilte på familien som institusjon og vesentlig betydning og evig varighet, og det samme synes og vær tilfelle med de fleste rurale og primitive samfunn. Når det er en bevisst bekymring eller interesse for familien, slik som vi f.eks. finner i de politiske program i dag i de industrialiserte samfunn, kan dette være et tegn på at familien ikke er helt tatt for gitt.

En bekreftelse på hva Harriet Holter er inne på, samt en understreking av familiens uunværlige plass i vårt samfunn, kan vi si at vi finner den universelle menneskerettighetserklæringen og i artikkel nr. 16 i utkastet til den europeiske Sosiale "Chartert" som ble undertegnet i 1961 av "The Social Committee of The Council of Europe" og som lyder slik:

"In order to create the living conditions indispensable for the full development of the family as the basic unit of society, the contracting Parties undertake to promote the economic and social protection of family life, particularly by means of social and family allowances, taxes, provisions, promoting the building of housing adopted to family needs, assistance to new families and any other appropriate measures."

Har jeg nå fjernet meg fra hva en familie er og hvilke funksjoner den har? På sett og vis både ja og nei. Jeg skal komme inn på funksjonene, men utviklingen av familien har sammenheng med mange faktorer. Jeg mener at vi kan forstå familiene våre bedre hvis vi også får familien som en institusjon belyst fra forskjellige synspunkter – og både innenfra og utenfra. Kildene vi kan nytte er mange. Våre erfaringer, vurderinger og analyser av klinisk materiale, forskning og den "normale" familie, av familiepatologi og sosiologiske studier er vesentlige kilder for oss. Vår skjønnlitteratur kan være en annen kilde.

Harriet Holter som jeg igjen vil referere til, diskuterer i den nevnte artikkel først og fremst "ideological attacks on the family" og beskriver de angrep som ble foretatt mot familien som institusjon i Norge og Sverige i tiden fra ca 1800 frem til annen verdenskrig. Hennes beskrivelse, er som hun sier, hovedsakelig basert på litterære kilder og slik kvinners problem, ekteskap og familie er fremstilt av forfatterne Henrik Ibsen og Helge Krogh i særdeleshet.

Det å søke større forståelse og innsikt i familien og dens problemer via skjønnlitteraturen, diktning og drama, finner vi også tegn til i vår faglitteratur. Dr. Deres Røssel Davis sier i en artikkel (1963) om "A Reappraisal of Ibsen's Ghosts" at for "the psychopathologist" er Ibsen's skuespill av stor interesse fordi de viser konflikter mellom medlemmer i familien – mann, hustru og barn – og fordi Ibsen gir tilstrekkelige detaljer om familiens historie til å vise hvordan konfliktene har oppstått.

Robert E. Kantor (PH.D. Research Associate, Mental Research Institute, Palo Alto, California) og Lynn Hoffmann har en artikkel, 1966 – om "Brechtian Theater as a Model for Conjoint Family Therapy" hvor de bl.a. trekker sammenligninger i teknikk. I sin konklusjon sier forfatterne at Brecht og familierapeutene begge arbeider ut fra den overbevisning at en hver tanke eller følelse har to aspekter. Kunsten å forandre som de praktiserer den, avhenger av en taktisk bruk av disse tvetydigheter (f.eks. "reversals" og "distancing").

Når det gjelder familiens funksjoner for det enkelte individ og for samfunnet i dag finner en mange synspunkter. Jeg har måttet foreta et valg og vil først og fremst referere til dr. Theodore Lidz og hans bok: "The Family and Human adaption" (1964) fordi jeg antar at hans syn er representativt for psykodynamiske synspunkter I dag, også hva angår familiens betydning for barnets personlighetsutvikling.

Dr. Lidz sier at “Det å se en persons personlighetsutvikling ut fra hans familiesituasjon fører til interesse for forholdet mellom egostrukturering og struktur av den sosiale enhet som personen vokser opp i”. Videre at: “studier som begynner med individet møtes derfor med sosiologiske studier om familien som en av samfunnets primærgrupper – og dekker kløften mellom biologiske og samfunnsorienterte studier og teorier om menneskelig atferd – en forening som er nødvendig for en omfattende forståelse av menneskelig organisasjon, motivering og atferd”.

Dr. Lidz mener at vi kan forstå familien og hvorfor den eksisterer overalt uten at vi anerkjenner at den tjener tre sett av funksjoner, “dog forskjellige, men også intimt knyttet sammen”.

De tre sett av funksjoner dr. Lidz refererer til og mener familien har er ¹⁾ at den gir beskyttelse og omsorg av barn og ²⁾ samtidig leder deres personlighetsutvikling. Med dette, sier han, fyller familien også et vitalt behov for samfunnet gjennom å oppdra nye medlemmer. Familien tjener også andre samfunnsfunksjoner. Dr. Lidz går ikke her i detaljer, men nevner at familien danner en gruppe av individer som samfunnet behandler som en enhet, den skaper et nett av relasjonssystemer som hjelper å stabilisere også et industrielt samfunn, den gir status, incitament og roller for dens medlemmer innen et større sosialt system, etc.

³⁾ Kjernefamilien dannes ved ekteskap og tjener til å komplettere og stabilisere mannen og hustruens liv. De tre sett av funksjoner, for barna, for ekteparet og for samfunnet, kan også komme i konflikt med hverandre, men en viss grad av konflikt mener dr. Lidz er uunngåelig.

Før dr. Lidz beskriver familiens struktur og funksjoner mer detaljert kommer han med en omtale av grupper generelt som jeg synes er verdt å ta med. Han sier bl.a. at “gruppen” som enhet krever lojalitet på den måte at hvert medlem gir noen presedens til gruppens behov fremfor eget behov, og den krever samling og målsettinger og ledelse mot disse målsettinger. Smågrupper, selv grupper på tre har tendens til å dele seg opp i dyader som ekskluderer andre fra vesentlige forhold og transaksjoner og svekker eller forstyrrer gruppeharmonien. Struktur, regler og ledelse er nødvendig for å forminske disse dele-tendenser. Dr. Lidz fortsetter med å si at “slike krav til grupper i sin alminnelighet er forsterket og tilstrammet i familien på grunn av det intime liv som foregår i den og på grunn av den intense og forlengede gjensidige avhengighet av dens medlemmer”.

I likhet med mange andre forfattere understreker dr. Lidz den betydning et godt forhold mellom foreldrene som ektepar har for familien i sin helhet, og også for samfunnet.

For å kunne fylle de funksjoner familien i følge dr. Lidz har, ikke minst for avkommet, mener han at ekteparet må være i stand til å danne en koalisjon som medlemmer av foreldregenerasjonen samtidig som de må bevare sine respektive kjønnsroller. Dessuten må de være i stand til å finne brukbare former for “adaption” som passer til det samfunnet hvor de lever. Ektepar som er vokst opp i to forskjellige familier, “må forsøke å smelte seg selv og sine bakgrunner sammen” til en ny enhet som kan tilfredsstille begge behov og komplettere deres personligheter i et forhold som er permanent for dem begge. Dette krever forandring og tilpasning av begge partnere.

Jeg vil tilslutt nevne at dr. Lidz i sin bok har et avsnitt om “The Family, Language, and Ego Functions”, der det fremheves at kommunisering i familien er av vesentlig betydning og – at vi ofte møter forstyrrelser i “kommuniseringsfeltet”.

La oss nå se litt på hva samfunnsforskerne sier om familien. Jeg refererer Erik Grønseth’s bok: Familie, seksualitet og samfunn (1966). I følge denne skal en forsker som Parsons fremheve “den emosjonelle behovstilfredsstillelsesfunksjon som familiens vesentlige gjenværende funksjon i det moderne samfunn, ved siden av dens formidling av barnas vekst inn i samfunnet, barnas “sosialisering”. Parson understreker “hvorledes individet i familien kan lufte den irritasjon og misnøye som arbeidsliv og offentlighet gir opphav til, men ikke utløp for. Både ovenfor ektefelle og barn kan man også utfolde en del av den infantilitet man ennå ikke er vokst fra”.

Av Erik Grønseth’s bok fremgår også at det mellom familieforskere har vært en del diskusjoner om hva som skal være “familieforskningens viktigste oppgave”. Det refereres at “Foote og

Cotrell mener at familieforskningens viktigste oppgave må være å finne de generelle betingelser som setter individet i stand til å mestre den dynamiske verden det møter omkring seg. Det å utvikle individets dyktighet til å greie seg selv i en verden i stadig utvikling, og til å sette seg mål og nå dem, ser de som tidens viktigste krav til familien. Denne dyktighet kaller de “mellommenneskelig dyktighet”, for hva det her først og fremst kommer an på, er evne til i selvstendighet og frihet å kunne stå i et skapende, samarbeidende forhold til andre mennesker”.

Dette med den “mellommenneskelige dyktighet” synes jeg kan ha mye for seg, men hva da med alle de av oss som på en eller annen måte ikke klarer å være så dyktig og skapende?

Erik Grønseth selv uttaler om familien bl.a. at “Det er først og fremst i sine kjærlighetsfremmende funksjoner og ved å tilfredsstille de nærmeste individuelle behovene at familien har sine virkelig samholdsfremmende og fornyende virkninger på samfunnet ellers. I disse henseende kan familien sies å være samfunnets mest vitale rekreasjonsorgan. Her ???? dens medlemmer mot og inspirasjon og sjelelig og legemlig næring og styrke til å ta fatt på sitt arbeid og på de samfunnsmessige problemer. Et annet sted i boken sin sier Grønseth at “så vil vi gjerne at familien skal være den trygge havn i samfunnslivets stormfulle sjø – være den gruppe der hvor hver og en kunne være seg selv fullt ut – i nær og intim kontakt med hverandre, der en kunne vise sine sanne følelser og det ansikt en i samfunnet ofte må skjule”.

Ja, det er virkelig store krav og ønskemål vi har til familien både for oss selv og samfunnet. Vi vet at den ofte ikke kan fylle disse, men er det bare familien som ikke strekker til, kan det ikke også være samfunnet?

UTVIKLING AV FAMILIEBEHANDLING GENERELT

Litt historisk, noen motiveringer og prinsipper.

Familieproblemer og mellom-menneskelige problemer er i følge menneskenes historie av like gammel dato som familien. Det fremgår også av historien at mennesker har søkt og fått råd med familieproblemer. Det er imidlertid først i vårt århundre at rådgivningen har fått et profesjonelt preg og er blitt organisert. Av ennå nyere dato er at det en kaller “familiebehandlingsprinsippet” er slått fast i lovs form, slik en f. eks. ser det i den norske loven om sosial omsorg av 1964, og at vi har fått spesielle familierådgivningsinstitusjoner i offentlig regi.

Familiebehandling, eller familierådgivning, som kanskje inntil for nylig, var den betegnelse som oftest ble brukt, sies å ha sitt utspring i Tyskland og Østerrike. En opplysnings- og rådgivningssentral ble opprettet ved Instituttet for Seksualvidenskap i Berlin i 1919. 3 år senere ble det opprettet en kommunal sentral for seksualrådgivning i Wien. Etter hvert utviklet det seg et nett av slike rådgivningskontorer i Tyskland og Østerrike. Under Hitler-tiden ble kontorene stengt, men etter annen verdenskrig er stadig flere familierådgivningskontorer blitt opprettet, bl.a. i kirkelig regi, eller i samarbeid mellom kirkelige organer og kommuner.

I Danmark, Sverige og andre land i Europa ble det startet foreninger for seksual hygiene. Disse igjen opprettet eller tok initiativet til opprettelse av institusjoner for seksualrådgivning, rådgivning i forbindelse med spørsmål om abortus provocatus og hjelp til enslige mødre.

I Finland tok arbeiderbevegelsens kvinneorganisasjon i 1935 initiativet til opprettelse av en kommunal klinikk for seksuell rådgivning på forsøksbasis i Helsingfors. I 1940, i samme by, ble startet et rådgivningskontor for sterile ektepar, tilknyttet Universitetets kvinneklinikk's sentral for forebyggende helsearbeid.

I Norge fikk vi vårt første mødrehygienekontor i 1924 i Oslo. I 1934 var det 8 slike kontorer i landet. Kontorenes oppgave var å spre seksuell opplysning; gi sakkyndig veiledning i bruk av uskadelige antikonsepsjonsmidler, undervise vordende mødre i svangerskapets hygiene, spedbarnstell og ernæring og føre legek kontroll med svangre kvinner, spedbarn og småbarn. I 1930-årene fikk vi vårt første mentalhygieniske rådgivningskontor.

I England ble i 1938 “The Marriage Guidance Council” dannet for å møte et stadig voksende behov for opplysning og rådgivning i ekteskaps spørsmål, og det startet i 1943 Englands første ekteskapsrådgivningskontor. Etter annen verdenskrig har samme organisasjon åpnet flere og flere rådgivningskontorer. Kontorene driver også kurser for ungdomsledere, prester og lærere med særlig tanke på at disse skal drive før-ekteskapeleg rådgivning. Prinsippet i rådgivninger var bl.a. krav om trohet i ekteskapet og seksuell avholdenhet før ekteskapet. Spesielt for organisasjonen for øvrig var, og er, at som rådgivere brukes legfolk som arbeider frivillig, men disse blir utvalgt etter spesielle metoder, går på kortere kurs og arbeider under ledelse av utdannende rådgivere, oftest sosialarbeidere.

Ser vi på utviklingen av familierådgivningskontorer i tiden fra 1920 frem til annen verdenskrig, har det slått meg at mange av kontorene startet med rådgivning i seksuelle spørsmål og med hjelp til mødre og barn. Jeg antar at dette må ha hatt forbindelsen med befolknings spørsmål og med den store sosiale nød som hersket i nevnte tidsrom.

I USA startet familierådgivning i 1930-årene. For en tid lot det til at rådgivningen utviklet seg hovedsakelig etter tre linjer: dels som ledd i visse yrkesutøveres daglige arbeid, dels som en detalj i annen sosial virksomhet og dels som en virksomhet direkte innstillet på ekteskapsrådgivning ved opprettelse av ekteskapsrådgivningskontorer. Det var “The Family Service Association of America” som særlig gikk i spissen. Rådgivningens målsetting var å fremme større harmoni i ekteskapet. I tillegg til rådgivningen ble det søkt å oppnå målsettingen ved å holde ekteskapskurs o.likn. ved skoler og universiteter. Flere og flere beslektede organisasjoner, f.eks. “The Child Study Association of America” fulgte opp og tok initiativet til lignende arbeid.

Etter annen verdenskrig er det blitt opprettet flere og flere ekteskaps- og familierådgivningskontorer i bl.a. Tyskland, England og USA som sannsynligvis er det land som har de fleste og kanskje også mest variasjoner i behandlingsformer.

I Skandinavia er det også blitt mange ekteskaps- og familierådgivningskontorer, og mange av disse er blitt etablert i løpet av de siste 10 – 15 år. Mange av kontorene er startet etter initiativ av humanitære og kirkelige organisasjoner hvorav noen senere er blitt overtatt av det offentlige, har fått støtte av det offentlige, eller som i Norge, får en del av sine utgifter dekket via loven om syketrygd – etter først å ha fått offentlig godkjenning.

For å nevne noen tall fra Norge er det i dag ca. 15 familierådgivningskontorer i kirkelig regi, 5 familievernkontorer (sentrale helsestasjoner) på fylkesbasis og Oslo kommune har 5 familiekontorer (sentrale helsestasjoner). Vi har mentalhygieniske rådgivningskontorer for barn, for eldre og ungdom og sosial familierådgivningsvirksomhet som i likhet med familievernkontorvirksomheten på fylkesbasis startet som forsøksvirksomhet. Vi har også organisasjoner som f.eks. Norsk Misjon for hjemløse som driver det en kanskje kan kalle “resosialiseringsforandring”.

Så vidt jeg vet har alle kontorer, både her og i andre land stor søkning, større enn kontorene kan makte. Uten å vise til statistikk, tillater jeg meg å slutte at behovet må være stort, hvis ikke enormt.

Innledningsvis nevnte jeg at f.eks. det økende antall skilsmisser, den økende barne- og ungdomskriminalitet har ført til at mange føler at familien som grunnpillare i vært samfunn står på vaklende føtter, og at samfunnet derfor må sette i gang hjelpetiltak og at familiebehandlingen blir sett på som *ett* hjelpetiltak.

De mange og til dels voldsomme forandringer i samfunnsutviklingen og mangel på balanse i så mange sammenheng, har tross økende velstand, gjort det meget vanskelig for mange mennesker å finne faste holdepunkter i tilværelsen, ikke minst hva normer angår. Det er ikke nødvendig å gå i detaljer. Jeg vil bare nevne at disse forholdene kan være en faktor hva angår behovet for hjelp.

Endelig og ikke minst har utviklingen innen medisinen, psykologien og beslektede fagområder, og det mange kaller “nyoppdagelsen” av familien som grobunn for

personlighetsutviklingen, ført til at familien og behovet for familiebehandling er kommet i brennpunktet.

Familien og familiemedlemmene er, via massemedia og via andre opplysningsformer blitt mer og mer klar over kravene til familien, og også blitt mer oppmerksom på at det går an å søke hjelp med familieproblemer. Dette har vel medvirket til at både familier og enkeltindivider selv raskere tar initiativ til å søke hjelp.

UTVIKLINGEN AV FAMILIEBEHANDLING INNEN BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRIEN

Det er alltid (dvs. de siste 50 – 60 år) innen barne- og ungdomspsykiatrien blitt lagt vekt på kontakt med familien, om ikke annet så i undersøkelsesøyemed. Med hensyn til utviklingen av familiebehandling ser det ut til å ha vært forskjellige faser – som rimelig er i utviklingen av et så vidt nytt arbeidsområde. De forskjellige faser har sannsynligvis sammenheng med hvilken vekt en har lagt på familien som årsaksfaktor, noe jeg mener må ha influert på behandlingen i sin helhet.

Anne C. Schwartz, sosialarbeider og sjef for “A Casework Service Agency” i USA uttaler seg om dette i en artikkel (1959) i Social Casework: “Some Developments in Family Casework on Behalf of Children” og sier bl.a. at

“Terapeutisk arbeid i forbindelse med barn, enten arbeidet er utført av den psykiatriske eller “social-casework”-disiplinen har vært preget av mange forandringer i teorien. Det ble forlangt at den skulle bli akseptert og anvendt av den profesjonelle terapeut, ofte før dens teoretiske grunnlag var forstått og med utelukkelse av relevant teknikk og kunnskaper”. Blant de “teorier” som har influert terapeutisk arbeid med barn, nevner Anne C. Schwartz følgende:

“At det ikke er noen problembarn, men bare problem-mødre; at gjennom behandlingen av moren, vil barnets problemer løses”.

“At barnet alene skulle bli behandlet og at det skulle være liten eller ingen involvering av moren og barnets miljø for øvrig”.

“At familien er fokus for oppmerksomheten i den betydning at alle familiemedlemmer er av like stor betydning både hva angår årsaksforhold og behandling av problemer”.

“At vekten skulle bli lagt på “frigjøring av barnets impulser” hovedsakelig gjennom leketerapi uavhengig av hva slags konflikter som gjenspeiler seg i de problemer som presenteres”.

“At barnet trenger en venn; at forholdet mellom barnet og terapeuten er tilstrekkelig til å frembringe terapeutiske positive resultater”.

“At når et barn’s hjem ikke kan gi det et tilfredsstillende ego ideal, kan terapeuten tjene som en sund kilde for identifisering”.

“At spesielle miljøforandringer – fjerning av et barn fra dets hjem, gi det “a Big Brother”, eller gi det et opphold i en friluftsløp – det vil kurere alle dets vansker”.

Om de “teorier” som er anført foran, uttaler Anne C. Schwartz at alle disse kan ha noen gyldighet i spesielle kasus eller i visse faser i en behandling. Men, sier hun, ingen av dem kan tjene som den generelle eller eneste ledesnor for behandling av hele rekken av barns problemer. Hun mener at adekvate behandlingsmetoder bør være diktert ut fra arten av barnets forstyrrelse og kvaliteten av dets miljø. Videre at “det essensielle må være hva barnet selv og dets familie forteller oss om hva sags hjelp som er nødvendig til en hver tid i barnets utvikling, fra forskolealder til tenåringsalder”.

Det er mulig at min amerikanske kollega setter tingene noe på spisse, men andre har vært inne på i alle fall noe av det samme, bl.a. Helen Witmer i boken “Psychiatric Interviews with Children”. Hun kommer også inn på rådgivning til foreldre. Jeg kan dessverre ikke gjengi henne ordrett da jeg ikke har boken for hånden. Helen Witmer sier noe om at når en innenfor barnepsykiatrien kommer frem til at det var nødvendig å trekke foreldre eller andre pårørende aktivt inn i behandlingen, skjedde

dette først ved at en orienterte dem om resultatet av undersøkelsen, forklarte om hva en mente var årsaker til problemene eller symptomene og deretter ga de pårørende råd eller nærmest forordninger om hvordan de skulle behandle barnet videre.

Etter en del erfaringer viste det seg at dette ikke førte frem. Denne oppdagelsen skjedde samtidig som utviklingen av det barnepsykiatriske team til en mer moderne form og samtidig med øket viten om det bevisste liv's innflytelsen på våre motiveringer og handlinger osv.

Hva angår årsaker til nervøse lidelser og atferdsforstyrrelser hos barn og ungdom, er det vel stort sett enighet om at det som oftest er et kompleks av årsaksfaktorer; at det så å si uavhengig av årsaksfaktorer er en så stor belastning for en familie å ha et barn med slike forstyrrelser at en kan trenge hjelp. Jeg mener ikke hermed å underslå at vi meget ofte møter barn og ungdom med nervøse lidelser eller atferdsforstyrrelser hvor utslagsgivende faktorer vesentlig er å finne i relasjonsforstyrrelser innen familien i sin helhet (eller f.eks. mellom foreldrene som ektepar).

Det er sannsynligvis også mye vi ennå ikke vet både om årsaksfaktorer og familiedynamikk, men vi vet iallefall at vi må fortsette inntil vi vet mer – med å arbeide med de faktorer som vi mener vi har muligheter til å forandre til det bedre for barnet og familien – og dermed også samfunnet.

FAMILIEBEHANDLING

Noen betegnelser, definisjoner og forklaringer.

Som nevnt tidligere finnes det mange definisjoner av familiebehandling, "like mange som det er "practioners in the field and writers on the subject" som Frances H. Scherz sier (se litteraturlisten).

Jeg er enig med dr. N. Ackerman som en eller annen gang har uttalt "at foreløpig må vi ikke være for dogmatiske med hensyn til definisjoner innen familiebehandling".

Ettersom jeg først kom inn på utviklingen av familiebehandling generelt skal jeg begynne med en definisjon av *familierådgivning*, nemlig Carin Coliander's:

"Med familierådgivning forstår vi en organisert virksomhet hvor mennesker kan søke sakkyndig hjelp om samlivsproblemer. Det er en institusjon med det formål å forebygge ødeleggende konsekvenser av ekteskaps- og familiekonflikter".

Familiepsykiatri definerer dr. J. G. Howells slik:

"Familiepsykiatri er en klinisk måte å betrakte et barn, en ungdom eller en voksen som blir henvist av familien på grunn av psykiske eller følelsesmessige forstyrrelser, da en ser disse forstyrrelser som en indikator på familiepatologi. Denne måten eller holdning til problemene fører til en undersøkelse av familiens psykodynamikk i familiens sosiale og kulturelle miljø og fører til at en tilbyr behandling på familiebasis". (J.G. Howells, M.D.D.P.M: "Family Psychiatry and The Family Doctor" i " The Practioner" 1962). Dr. Howells er sjef for "The Department of Child and Family Psychiatry, Ipswich and East Suffolk Hospital" i England.

Familie-gruppeterapi har fått flere definisjoner. Dr. Don Jackson i Palo Alto, California, og dr. John E. Bell, også i USA, er som kjent, ved siden av bl.a. dr. N. Ackermann, pionerer innefor denne form for familiebehandling.

Kurator Birgitta Linnér har i Mentalhhygiene nr. 3/1965 (dansk) en artikkel om "Familie-gruppeterapi i USA". Jeg skal sitere en definsjon av dr. John E. Bell som står i denne:

"Lad mig straks pege på den enorme forskel mellem den tradisjonelle gruppeterapi og familiegruppeterapien. Gruppeterapi indebærer samtidig behandling af et antall individer i et

gruppemilieu, og den er orientert imod individene. Gruppen etableres som middel til at opnå visse mål med de individer den består af, men den har i sig selv ingen hensigt. Vi konstruerer en terapi-gruppe og er ikke interesserede i dens skæbne som gruppe; vi forventer, at den vil opløses, når behandlingen av avsluttet. Gruppen opnår sin identitet som gruppe ved en tilfældighed – ikke som et tilsigtede mål for terapeuten. Vad familien angår, konstruerer vi ingen gruppe. Den ble dannet på en naturlig måte flere år tidligere. Gruppen eksisterte før terapien, den lever videre under terapien, og den skal fremfor alt fortsatte som gruppe i fremtiden. Den er kun et instrument for en behandling; den er et mål i sig selv. Vi må fremme dens trivsel. Familieterapi er en særlig behandlingsform der adskiller sig både fra individuell terapi og gruppeterapi, som vi tidligere har kendt dem. Den adskiller sig ved det nære indbyrdes forhold, de mennesker har, som søger behandling. Den adskiller sig ved definitionen af de problemer, disse har. Den adskiller sig i sin behandlingsteknik og endelig i sin målsætning”.

Om “*Family Group Counselling*” uttaler Alan F. Klein, professor i sosialt arbeid ved Pittsburgh Universitet i en artikkel (se litteraturlisten):

“Family group conselling, som den bli praktisert og forsket ved Allegheny General Hospital i Pittsburgh, er sentrert på den ytre og inter-aksjonelle plan. Den er bygget på den antagelse at et familiesystem kan fungere dårlig i relasjon til familiemålsettinger og streben, som betyr at kommuniseringen er forstyrret og skakk-kjørt og at rolleforventningene til de forskjellige medlemmer innbyrdes er inkongruente med deres virkelige rolleutførelser. “Counselling” er rettet mot å forbedre kommunisering, gjøre oppmerksom på inkongruenser gjennom slik forbedret kommunisering og mot reutdanning av sosiale roller. Derfor er fortolkninger, når slike blir gitt, på det sosiale, ego, eller bevisste plan”.

“Multiple Impact Therapy”, definerer Agnes Richie, en psykiatrisk sosialarbeider (Multiple Impact Therapy: “An experiment”, en artikkel i Social Work nr. 3/1960). Slik:

“Multiple impact therapy” (innenfor vår klinikk populært referert til som “MIT”) er en kort, vanligvis to-dagers, intens undersøkelse og behandling av en familie i en krisesituasjon ved et barnpsykiatrisk team”.

Agnes Richie forklarer at teamet bruker inntil 6-7 timer pr. dag på en familie, og familien kommer ofte langveis fra, fra 50 til 450 engelske miles fra klinikken. Opplegg for denne form for terapi, sier hun, er basert på to antagelser. Først, at individer og familier som er oppe i en krise er stimulert til å mobilisere krefter og ressurser til å møte krisen, og at de er mere mottagelige for fortolkninger, og at det er mer sannsynlig at de er mer fleksible i holdninger enn til andre tider. Den andre antagelsen er at i en hver form for psykoterapi er det sannsynlig at det blir raskere og mere dramatiske forandringer i de tidligste faser av behandlingen og at under langtidsbehandling kommer forandring og forbedringer mer gradvis – er en fordypning og forsterkning “of the initial movement”, mot bedre helse eller tilpasning.

“*Familie gruppe konsultasjon*” er en form for kort-tidsbehandling som brukes bl.a. ved en barnpsykiatrisk klinikk i Florida, Dade County Child Guidance Clinic i Miami.

Temaet ved denne klinikken har i American Journal of Orthopsychiatry nr. 2/1966 en kort omtale av arbeidet kaldt “A Follow-up investigation of Family Group Consultation as a primary Child Guidance Clinic Service”, og definisjonen er følgende:

“*Family group consultation* er en modifisering av familiegruppeterapi teknikker i korttidsbehandling av familien som søker barnevernklubben”.

Behandlingen er først og fremst for familier i krisesituasjoner og hele familien møter samtidig, i én terapeut, og det gis tre “sessions”, hver på 1 1/2 time og med 2,4 eller 6 ukers mellomrom. Familiene tas imot innen 1 til 4 uker etter første henvendelse om hjelp.

“*Family group casework*” er en behandlingsmetode som har sin primære målsetting en grunn (basic) – forandring i familiesystemets oppfattelses- og interaksjonelle områder.” Fra Donald R. Bardill og Francis J. Ryan’s: “Family Group Casework. A Casework Approach to Family Therapy”.

I vårt arbeid møter mangen av oss det vi kaller problem-familier, eller t.x. “multiple-problemfamilies” eller “hard to reach-families”. Disse betegnelser er vanlige selv om det kan være farlig å sette slike merkelapper på mennesker, da de lett kan influere på våre holdninger til dem.

I mange år har en nå flere steder i verden arbeidet intenst med “problem-familier”, påvist at det nytter og dermed også forsøkt å avsvkke den innstillingen av disse familiene er umulig å gjøre noe konstruktivt for.

I Skandinavia er det kanskje først og fremst overlege Helge Kjems i Danmark og overlege Gustav Jonsson med flere på Skå i Sverige som har arbeidet med familier som kommer under nevnte betegnelser.

Overlege Helge Kjems sier i en artikkel “Praktisk koordinert familiebehandling” (i Sociale Meddelanden nr. 3/63) at “Ved en problem-familie forstås her: Familier, der har problemer på enten det følelsmessige, helbræds- eller sociale område, eller på flere af disse felter samtidig, men som derudover har en indre struktur og/eller et forhold til omgivelserne, som gør at en ikke kan løse disse problemer selv, men må have hjælp i form af en speciel samfundsmæssig behandling – rettet mot hele familien”.

Overlege Kjems uttaler et annet sted i samme artikkel at “Vi har kaldt virksomheden for koordinert praktisk familjebehandling, fordi vi dels koordinerer de mulige sociale, økonomiske, psykologiske og lægelige indgreb overfor familien eller enkelte familjemedlemmer med hjemkonsulenternes pædagogiske og praktiske virksomhed overfor hele familien”.

Den siste definisjonen jeg har valgt å ta med er den Francis H. Schertz siterer i sin artikkel “Family Treatment Concepts” i Social Casework nr. 4/1966. definisjonen er en “arbeidsdefinisjon” utarbeidet av “the Committee on Family Diagnosis and Treatment of the Midwestern Regional Committee of the Family Service Assosiation of America”:

“*Familiebehandling* er en prosess av planlagte intervensjoner i et område av familiedysfungering. Familiebehandling er sentrert om familiens dynamiske fungering som en enhet, og en eller annen form for gruppe-samtaler er den primære behandlings- teknikk. Forandring til andre behandlingsteknikker (individuelle, felles, og tototal-familieintervjuing) er forbundet med fremkomst av nye diagnostiske data eller utviklinger i behandlingen, og blir foretatt innenfor rammen av målsettingen for behandlingen av den hele familie. Siden målsettingen for behandlingen krever fokus på familien forblir en eller annen form for gruppe-intervjuing hovedbehandlingsteknikken”.

NOEN FORMULERINGER AV MÅLSETTINGER I FAMILIEBEHANDLING

Dr. John E. Bell har i sin definisjon og omtale av familiegruppeterapi inkludert en målsetting (se foran), nemlig “Vi må fremme dens trivsel”, altså familiegruppens trivsel.

Bardill og Ryan har inkludert en målsetting i deres definisjon av “family group casework”, og jeg henviser til denne som er sitert tidligere. Mer spesifikt sier samme forfattere at hensikten med denne form for behandling er:

- A. Å [redacted] blant familiemedlemmene meningen i følelsesmessig utveksling.
- B. Å hjelpe dem til å finne forbindelse mellom årsaker og resultater av slik utveksling.
- C. Å hjelpe dem til å finne adekvate handlinger på grunnlag av slike bestemmelser.

Hva som er målsetting i familiebehandling kan uttrykkes på mange måter. Jeg vil tilslutt sitere dr. John Bowlby som på den internasjonale mentalhygieniske kongress i 1948 uttalte følgende i forbindelse med gruppesamtaler innenfor arbeid med barn og familier:

“at en av de mest slående ting som vi møter innenfor barnepsykiatrien er den voldsomt sterke drivkraft som eksisterer hos de fleste foreldre og barn til å leve sammen i større harmoni. vi finner at selv om de er fanget i gjensidig sjalusi og fiendtlighet, er det ingen av dem som nyter situasjonen, eller gleder seg over den, og alle søker desperat etter med tilfredsstillende relasjoner.

Vår oppgave er derfor å fremme forhold hvor de konstruktive krefter som ligger latente i sosiale grupper kan komme frem.”

Dr. Bowlby sammenliknet dette arbeidet med kirurgens: “Kirurgen reparerer ikke ben – han forsøker å skape forhold som tillater ben å reparere seg selv. I gruppe behandling og ved å behandle spenninger i grupper må målsettingen vår være å frembringe de forhold som tillater gruppen å helbrede seg selv”.

DIAGNOSTIKK I FAMILIEBEHANDLING

Både innenfor familierådgivningssituasjoner og innenfor barne- og ungdomspsykiatrien har vel tradisjonelt sett undersøkelser om barnets, pasientens eller klienten’s miljø vært sosialarbeiderens doméne, dvs. at det har vært sosialarbeideren som har foretatt miljøundersøkelser, som foruten samtaler med de pårørende på klinikken kan ha omfattet hjemmebesøk, samtaler med lærere, representanter for barnevernsnemder, barehagelærerinnen og andre. Det ble skrevet en sosialanamnese, inkludert familieanamnese og gitt en vurdering av materialet, en vurdering som etter hvert har utviklet seg til det vi kaller en familiediagnose. Sosialarbeiderens diagnostiske bidrag er blitt en av brikkene og også et grunnlag for undersøkelser og observasjoner av barnet – ved psykiater, psykolog, pedagog og “miljøterapeuter” av forskjellige kategorier hvis barnet har vært innlagt i sykehusavdeling eller t.eks. i behandlingshjem.

Sammen er teamet kommet frem til en diagnose som hittil kanskje mest er blitt stillet på barnet, men det blir vel gjerne formulert en samlet vurdering av barnet i dets miljø, inkludert antatte årsaksfaktorer, en vurdering av f.eks. foreldrenes evne til samarbeid i tilfelle videre behandling og forslag til behandling og prognose.

Denne “tradisjonelle” måte å arbeide på er antagelig fortsatt representativ for mange familiebehandlingsinstitusjoner eller innenfor institusjoner hvor en er familiebehandlingsorientert. Den “tradisjonelle måten” er nå mange steder supplert med gruppe-samtaler og fellessamtaler i en eller annen form, men det er kanskje heller få institusjoner i Skandinavia som hittil har “forlangt” at hele familien skal møte når et barn eller en ungdom legges inn i en avdeling for barn eller ungdom med nervøse lidelser eller andre forstyrrelser, eller mottas ved en poliklinikk. Eller er kanskje dette mer vanlig enn jeg antar, vel, det får vi høre på kongressen!

Det er en spesiell side av det diagnostiske og behandlingsmessige arbeid innenfor barnepsykiatrien jeg gjerne vil komme inn på. Det er hvordan vi meddeler eller formidler resultater av våre undersøkelser til familien, inkludert barnet, den unge gutten eller jenta som primært er henvist som pasient.

I de årene jeg arbeidet som kurator ved Barnepsykiatrisk avdeling på Rikshospitalet i Oslo, opptok dette meg sterkt og gjør det fortsatt, om enn innen en annen problemstilling.

Jeg kan huske at jeg i mine første grønne år ved nevnte avdeling fikk sitte som observatør når vår første overlege i barnepsykiatri i Norge, nå avdøde dr. med. Karen Margrethe Simonsen, formidlet resultater av en undersøkelse til foreldre. Denne opplevelsen gjorde dypt inntrykk, både på foreldrene og meg.

Overlege Hjalmar Wergeland, som kom som overlege etter Karen Margrethe Simonsen, og sjefpsykolog Gerd Jacobsen og andre teamarbeidere ved nevnte avdeling, har i like stor grad som meg vært opptatt at dette. Vi forsøkte bl.a. ved seminarer å øke vår forståelse og forbedre våre "behandlingsteknikker" i denne sammenheng.

Så vidt jeg har kunnet se er det skrevet lite om "formidling til foreldre av undersøkelsesresultater". Kanskje vi har grunn til å bebreide oss selv for at vi ikke har formidlet videre våre tanker og erfaringer i så henseende.

Under arbeidet med denne oversikten har jeg iallfall funnet én omtale av denne delen av vårt arbeid som jeg synes er så vesentlig fordi den har slik betydning for fremtiden; betydning uansett om behandling er indisert eller ikke. Også uavhengig om behandlingen kan tilbys med én gang eller familien må vente. Ja, kanskje har en adekvat formidling og fortolkning av resultater ennå større betydning hvis familien må vente, eller når den mest adekvate behandling vi mener er indisert, overhodet ikke kan tilbys.

Formidling av resultater kan også ha en betydning i videre forstand, altså ikke bare ha betydning for en familie og for den eller de som skal fortsette kontakten og behandlingen av barnet og dets familie. Måten det gjøres på kan ha betydning for barne- og ungdomspsykiatrien i sin helhet. Vi vet at både foreldre og andre vi samarbeider med, bl.a. vil vurdere vårt arbeid (og oss) og vårt fagområde etter hva vi på forskjellig vis formidler.

Jeg får legge til at det nå finnes familiebehandlingsformer eller metoder for familiebehandlere ikke foretar en undersøkelse og diagnostikk i tradisjonell forstand, men jeg antar at dette tema allikevel har en interesse for mange av oss.

I "America Journal of Orthopsychiatry" for mars i år som inneholder sammendrag av foredrag, diskusjoner etc. fra det 44. årsmøtet i organisasjonen "American Orthopsychiatric Association", er det referat fra et panel som ble holdt om: "Parent Approaches in the Child Guidance Clinic". Det innlegg i diskusjonen jeg sikter til har tittelen: "The Interpretation of Initial Diagnostic findings and recommendations to Parent: A multidiscipline Approach" og er ved Lillian C. Lindemann, Medical College of Virginia, og Virginia A. Saunders, Virginia Treatment Centre for Children, Richmond.

Disse omtaler en metode i å tolke "psychiatric findings and recommendations" til familier som har barn med emosjonelle forstyrrelser. Det fremgår av deres metode at den omfatter at barnepsykiatrien og den psykiatriske sosialarbeideren ser familien sammen, når resultatene formidles. De mener at den måte slike funn og behandlingsforslag blir fremført på, kan ha en avgjørende betydning for foreldrene av og involvering i deres barn's terapeutiske regime.

Om grunnene til hvorfor en slik holdning og metode som deres har vist seg effektive i deres institusjon sier de at metoden er bygget på det premiss at legens nærvær, representerende medisinsk

autoritet, kombinert med den psykiatriske sosialarbeider, som tidligere har etablert en kontakt med foreldrene, gir et klima for mer fullstendig forståelse.

Lindemann og Saunders erfaringer er fra en “diagnostisk klinikk” som har tilknytning til et behandlingshjem for barn med emosjonelle forstyrrelser, og de bygger sin uttalelse på personlig erfaring med 25 familier hvor metoden da er brukt. Andre teammedlemmer enn de to nevnte har også deltatt i deres samtaler med familiene i denne forbindelse.

De mener å ha funnet at det var en betydelig større akseptering av behandlingsforslag og raskere involvering i betalingsprosessen der det var blitt brukt fellessamtaler, sammenlignet med den mer vanlige presentasjon, hvor bare en representant for teamet var tilstede. De er også inne på at metoden har andre fordeler. Og nevner at familien lettere kan gi uttrykk for negative følelser når den blir støttet av sosialarbeideren i nærvær av den tradisjonelle autoritetsfigur, legen. Det diagnostiske team på sin side, anfører de, for en sjekk på sine inntrykk av familiemedlemmer når de sammen ser familiens interaksjoner. De mener også at den beskrevne metode gir mindre anledning til både ubevisste og bevisste misoppfatninger. Det at familien observerer to profesjonelles personers interaksjoner i samarbeid om å løse et problem, analysere og forklare dets kompleksitet, mener Lindemann og Saunders også kan være et plus. Endelig, sier de, at det ikke bør bli oversett at denne metoden kan passe bra i undervisning og utdanning av teamarbeidere som f.eks. barnepsykiatere og sosialarbeidere.

Jeg synes mye av det som anføres her er i samsvar med de erfaringer jeg mener vi hadde på Rikshospitalets Barnepsykiatriske avdeling, men jeg har noen kommentarer.

For mange foreldre spiller det nok stor rolle å få de “avsluttende ord”, - formidlet av lege, særlig hvis undersøkelse foregår i en sykehusavdeling – fordi en der forventer å treffe leger. Men jeg mener at vi selv i en slik “setting” fikk erfaring for at kontakten var noe av det vesentligste for et godt resultat av formidlingen. Forøvrig ble fulgt det prinsipp at bestemmelser om f.eks. hvem og hvor mange at teamet skulle være med på det vi kalte “avsluttende samtaler” var avhengig av problemets art, årsaker og vår vurdering av foreldrene og eventuelt andre pårørende.

Etter hvert som vi er blitt mer familieorientert og familiebehandlingsorientert har dette også influert på det diagnostiske arbeid, og det er forsøkt å finne nye metoder, eller forsøkt å forbedre det vi har.

De av oss som ikke kan bruke f.eks. tester, har fortsatt hovedsakelig som metoder og midler våre observasjoner og samtaler – og oss selv som instrumenter å spille på, samt de ressurser samfunnet har å by på.

Familieintervjuing, som det i fagterminologien finnes nesten like mange betegnelser på som familiebehandling, er blitt en ny teknikk eller metode, og med dette menes at en også under en undersøkelse ser hele familien sammen, eller foreldre sammen.

For f.eks. sosialarbeidere er verken observasjoner eller samtaler med familiemedlemmer eller med hele familien sammen, inkludert besteforeldre og andre slektninger, noe nytt i og for seg. Dette har mange av oss gjort både under hjemmebesøk og på klinikken og andre steder hvor det har måttet passe – og både i forbindelse med undersøkelse og behandling. Det nye er, etter mitt skjønn, at vi nå vet mer, både om familiens funksjoner, om familiestruktur og dynamikk, om kommunisering osv. – og at en kan anvende denne viten som best vi kan.

Det som for mange, og ikke bare for sosialarbeidere, kanskje er relativt nytt, er at to eller flere innen et team foretar t.eks. et hjemmebesøk eller har gruppesamtaler med en familie på kontoret.

På mine streiftog i faglitteraturen har jeg sett omtaler og beskrivelser av noen “familie-tester”. Jeg skal kort nevne et par av disse og det skal bli interessant å høre om noen av kongressens deltakere har anvendt disse.

I "America Journal of Orthopsychiatry" for oktober 1964 har Shirley Elber, Ph.d., Bernice Rossmann, Ph.d., Salvador Minuchin, M.D. (alle Familie Research Unit, Wiltwyck School for Boys, New York og Bernhard Guerney, Ph.d. (Rutgers, the State University, New Brunswick, New Jersey) en artikkel: "A Methode for the clinical study of Family Interaction", hvor de omtaler 2 tester, nemlig FIAT (Family Interaction Apperception Test) og "The Family Task" og vurderer disse ut fra den kliniske anvendelse.

De er utarbeidet ved "The Family Research Unit" ved "the Wiltwyck School for Boys", som del av et forskningsprosjekt. Prosjektet "sentrerer omkring diagnostikk og behandling av "lower class families" som har mer enn et barn som er kriminell".

Testene går altså ut på å studere familieinteraksjoner, gi informasjon om familiemedlemmer oppfatninger om hverandre, de sosiale roller som er tillagt og antatt av familiemedlemmer og aspekter av intrapersonlige forhold eller intrapersonlige forstyrrelser.

Forfatterne sier at FIAT er en TAT-liknende test om består av 10 bilder som viser familiemedlemmer i forskjellige aktiviteter laget slik at de berører de variabler som skal studeres. Testingen foregår individuelt for hvert familiemedlem over 8 år, og med liknende instruksjon som det blir gitt ved TAT. Figurene er uten rasemessig karakteristika, slik at det er mulig å identifisere seg med figurer i enhver etnisk gruppe.

Historiene som en får fra hver av familiemedlemmene gir opplysninger om oppfatninger av en selv og andre i familien, følelser, behov og forsvarssystemer og graden av psykologisk tilpasning og forstyrrelser. Når testene fra alle familiemedlemmer samles, kan en undersøke konstellasjonene av å overensstemmelse og dissonans i oppfatningen av hverandre, så vel som gjensidig tilfredsstillelse og frustrasjon på behov og forsvarssystemer som griper inn i hverandre.

"The Family Task" (familieoppgaven) ble laget (designet) for å gi anledning til observasjon av familiemedlemmene i interaksjon. Det vil si, sier forfatterne, vi ønsket å se hvordan de oppførte seg overfor hverandre, like fullt som hva de hadde å si om familien, enten direkte eller gjennom en projektiv test.

Familieoppgave administreres på følgende måte: familien sitter i et intervjurom som er møblert som en stue. Det er utstyrt med enveisspeil og en mikrofon som tar opp all lyd. Undersøkeren beskriver oppgaven for familien som en serie på 6 spørsmål som de alle må diskutere og svare på sammen. De blir fortalt at de vil få høre spørsmålene ved å benytte en båndopptaker i rommet, og at de selv er ansvarlige for å skru maskinen av og på for hvert spørsmål. All deres diskusjon vil bli tatt opp, derfor vil undersøkeren la dem være alene for å utføre oppgaven.

Jeg vil nevne at forfatterne i sin innledning henviser til at projektive tester er blitt brukt tidligere i forbindelse med undersøkelse av familier. Noen har, sier de, studert familiekonsens til projektive stimuli, f.eks. Loveland, Wynne og Singers bruk av "The Family Rorschach".

FORSKJELLIGE FORMER FOR FAMILIEBEHANDLING, LITT OM INDIKASJONER, TEKNIKKER OG HOLDNINGER

I de 3 siste avsnitt har jeg allerede vært en god del inne på behandlingsformer. Dette mener jeg er rimelig da både betegnelse på en behandlingsform, formulerte målsettinger for behandlingen, og diagnostiske metoder kan si mye også om behandlingsformer.

I denne forbindelse kan jeg ikke la være å si at en betegnelse som "familierådgivning" kan vært misvisende og at betegnelser kan bety noe både i positiv og negativ retning.

Cand. Psychol. Preben Nørbech sa i et innlegg i 1960 om "Metalhygienisk familierådgivning" (se litteraturlisten) at "betegnelsen rådgivning er på flere måter en uheldig og lite dekkende betegnelse for det arbeid et mentalhygienisk kontor utfører. For allmennheten står rådgivning som en enkel gi-og-

ta-imot-relasjon mellom rådgiver og mottager/klient. Ikke så få av våre klienter ønsker i første omgang nettopp denne form for relasjon og følelsmessig engasjement i forhold til sitt eget problem. Det nære og personlige engasjement er ofte ubehagelig og pinlig. Rådgiveren vet imidlertid at uten det personlige engasjement fra klientens side, henger all rådgivning i luften”.

Det kan også bety noe om vi bruker betegnelsen pasient eller klient på de familier eller familiemedlemmer som søker hjelp.

Fra erfaringer ved familievernkontorer (sentrale helsestasjoner) vet jeg at f. eks. ektepar som søker hjelp i en krisesituasjon nødig vil bli betegnet og sett på som pasienter.

Som anført i begynnelsen, vet vi at familiebehandling i en eller annen form drives i mange forskjellige institusjoner og med utgangspunkt i forskjellige kategorier av klienter eller pasienters sykdom eller problemer, med barn, ungdom og voksne.

Vi har institusjoner hvor hele familien blir “lagt inn”, eller t. eks. mor og barn, foreldre og barn. Det drives familiebehandling poliklinisk og i hjemmene, behandling i tilknytning til behandlingshjem osv. Det drives mødregrupper, pappa-grupper og foreldregrupper, i Skandinavia som andre steder i verden.

Når det i dag hersker såpass mye usikkerhet og forvirring om hva familiebehandling er, tror jeg dette har en sammenheng med at mange hevder at familiebehandling er bare den form som omfatter hele familien både i undersøkelsesfasen og under behandling. Jeg kan nemlig ikke være enig, da jeg tror det for snevert og nesten dogmatisk.

Sandford N. Sherman som har skrevet flere artikler i “Social Casework” om familiebehandling, skriver i dette tidsskrift for juni 1966 om familiebehandling i forbindelse med problemer hos barn og ungdom hvis foreldre søker hjelp i “family agencies” som hovedsakelig er bemannet med “caseworkers”. Han mener at “family caseworkers” ved anvendelsen av sine metoder og ved å inkludere barnet eller barna i behandlingen kan bidra meget til å bedre forstyrrelser hos barn.

I et avsnitt om “Clinical Considerations in Choice of Treatment” begrunner Sherman sin forannevnte påstand og uttaler bl.a. at “selv om det er blitt gjort utallige forsøk på å klassifisere forstyrrelser hos barn, er ingen av disse hittil blitt alminnelig akseptert som tilfredsstillende. Det er, sier han, imidlertid alminnelig enighet om at hverken barnet eller forstyrrelsen kan bli sett på som isolert – men unntak selvfølgelig av visse organiske tilstander og kanskje visse psykotiske, men, fortsetter han, selv om disse tilstandene er tilstede, ses mer flytende og ustabile forstyrrelser vanligvis avleiret oppå dem”. Han mener at et vidt område av vansker hos barn gunstig kan bli behandlet gjennom å modifisere familie-relasjonsmønstre og at slike forsøk kan være effektive i å fjerne “the familial overlay to a core pathology” – som i seg selv ikke er noe dårlig terapeutisk bidrag – eller til og med ved intervensjoner i selve den forstyrrede atferd”. Etter hans og hans kollegers erfaringer mener han at familiebehandling (family casework) er en metode å foretrekke i forbindelse med mange barn’s problemer som en første fase av behandlingen og “in the workingthrough phase”. Sherman uttaler i slutten av sin artikkel at “om en påfølgende individualterapi vil være til hjelp, hvis tilgjengelig, eller om “the family approach” er den form som først og fremst er indisert vil være avhengig av mange faktorer: Av diagnosen, av den erfaring vi har med familiens response på våre første besøk, og fremfor alt, avhengig av vår voksne erfaring og trygghet i arbeid med familier”.

Om familieterapi i forbindelse med hospitalisering i forbindelse med et familiemedlem sa S. Fleck, Yale University School of Medicine, New Haven, i et innlegg ved den 6. internasjonale psykoterapikongress i London 1964 at det er 3 generelle indikasjoner som passer godt med 3 temporale faser i vanlig sykehusopplegg: innleggingsfase, periode av tilpasning og re-integrering med samfunnet.

3 indikasjoner han antyder til er I) At hospitalisering av et familiemedlem forstyrrer den homeostatiske balansen i familien og gjør at familien ofte forsøker å gjenopprette den ved å få pasienten tidlig utskrevet. Hvis ikke familien blir involvert i familiebehandlingsopplegget, kan en observere at det er tendens i mange familier til å danne et nytt homeostatisk system som ekskluderer pasienten for godt, selv om den nye balansen ikke nødvendigvis er en forbedring ut fra fundamentale familiefunksjoner. Den terapeutiske oppgave blir derfor å hjelpe familien til en bedre måte å fungere på om pasienten nå kommer tilbake eller ikke, eller om pasienten som enkeltperson blir bedre eller ikke under oppholdet. II) Etter at familien er blitt hjulpet til å tolerere pasientens opphold i sykehuset og optimistisk vil tro at han vil ha nytte av dette, er deres fortsatte involvering i dette terapeutiske program ikke bare ønskelig, men hvis det går som det bør, så må det bli supervisert og ledet for å unngå antiterapeutiske manipuleringer og for å korrigere ødeleggende familieinteraksjoner. Utover dette vil familiens atferd, om den nå er positivt hjelpende for behandlingen eller ikke, gi viktige "clues" om familiepatologi, og dermed gi forståelse av pasientens individuelle problem og behandling av disse. III) Ved å forberede pasientens tilbakevenden til samfunnet er familien mellomledet når sykehuset slutter å være involvert. Derfor må familien som pasienten vender tilbake til, være kjent, forstått og om nødvendig bli gitt råd eller behandling. Hvis pasienten ikke skal tilbake til familien, kan familien også trenge hjelp, og like meget.

Når det gjelder teknikker og metoder i familiebehandling for øvrig, ser det ut til å fremgå både av faglitteraturen og ellers at det er en generell tendens til bruk av mer direkte og ledende holdninger og teknikker.

Om dette har Ackermann kommentert at familieterapeuten skal være "An activator, a challenger and a re-integrator of family processes, as well as a setter of rules, a referee, a controller, and a balance wheel". Jackson: "Familieterapeutens roller inkluderer det å sette ramme for terapien, gi råd og å tjene som en trafikk-konstabel". Både Bell og Satir er også dristige og klart målorientert.

Assosiert med aktive dirigeringer i familiebehandling er en vekt på kontroll. Bell hevder at familiegruppeterapi er en metode "som avhenger av terapeutens nærvær og kontroll. "Familieterapeuten orienterer familien om de grenser han vil bruke og holder fast på disse". Haley, hever også på en sterk måte at "Familieterapeuten tar ledelse ved å fastsette generelle regler for "the game for the family". "

For å kunne være istand til å lede og kontrollere behandlingen, må familieterapeuten gi fast støtte og sette et klart eksempel. Ackermann nevner at terapeuten "delvis tillater seg selv å bli trukket inn til sentrum av forstyrrelsen... Familien bruker terapeuten i forsøk på å gjøre noe med dens konflikter og angst". På samme måte sier han at medlemmene observerer og bruker for egen del de måter terapeuter hansker provokasjoner. "Ved å gjøre dette, gir terapeuten familien en modell... som de kan bruke når de står overfor disiplinære problemer".

Det foranstående er hentet fra en artikkel av dr. Daniel J. Safer (1966) om "Family Therapy for children with Behaviour Disorders". (se for øvrig litteraturlisten).

LITT OM ETIKK I FAMILIEBEHANDLING

Det fremgår av det foregående avsnitt og av litteraturen at det har vært en del motstand mot "the family approach" og familiebehandling. Dette kan bero bl.a. på misforståelser både hos klienter og fagfolk. Motstanden har, såvidt jeg har forstått, stor sammenheng med mange er redd for at verken familiens etikk eller vår yrkesetikk er forsvarlig tatt hensyn til eller anvendt. Det er særlig to artikler jeg har festet meg ved i denne forbindelse, nemlig "Ethical issues in family group therapy", publisert i 1964 (se litteraturlisten), skrevet av George H. Grosser, Ph.D. og Norman L. Paul, M.D. og "Current Issues in Family Treatment", publisert i 1966 (se litteraturlisten) og skrevet av Frances L. Beatmann, Sandford N. Sherman og Arthur L. Leader, alle såvidt jeg vet, sosialarbeidere i ledende stillinger.

I den første artikkelen sier forfatterne at de har prøvet å gjennomgå og klargjøre noen av de mest vanlige etiske bekymringer som har gjort seg gjeldende i forbindelse med forenet pasient-familieterapi og som hittil ikke har vært tilstrekkelig diskutert. Disse gjelder først og fremst den antatte uforenlighet mellom denne form for behandling og familiesolidaritet og profesjonell etikk.

Grosser og Paul sier at de vanligste etiske innvendinger i forbindelse med familiebehandling hvor hele familien blir helt eller delvis behandlet i grupper, er følgende:

- 1) Avsløringer av fiendtlighet, hat og andre negative følelser ved enten foreldre eller barn eller barn mot hverandre. Dette blir mer et problem når en fremmed er til stede, dvs. terapeuten.
- 2) Avsløringer av foreldres nederlag kan føre til "nedstyrting fra tronen" og minske i barnas øyne respekten for foreldrene.
- 3) Avsløringer av personlige detaljer på det seksuelle området.

Beatmann, Sherman og Leader er inne på at det er de samme innvendinger som gjør seg gjeldende og i likhet med Grosser og Paul forsøker de å imøtegå og klargjøre spørsmål omkring etikken. De nevner mer detaljert at innvendinger mot barns tilstedeværelse i familiebehandlingsgrupper, og at frykten for at barna skal ta skade av dette, gjelder særlig diskusjoner om oppdragelse, autoritet og disiplin.

Grosser og Paul har i sin artikkel prøvet og vise at mange etiske innvendinger mot familieterapi er i uoverensstemmelse med grunnleggende etiske prinsipper og kulturen og profesjonen. De mener at bak disse etiske bekymringer kan det ligge to ting: for det første, den uro som gjelder terapeutiske fremgangsmåter og som muligens henger sammen med en anerkjennelse av en slumrende ambivalens når det gjelder nåværende terapiformer; og for den andre, noen motoverføringsproblemer (issues) som terapeuten har overfor pasienten og overfor terapeuten egen familie-bakgrunn.

Når det gjelder engstelser for nye måter å arbeide på, sier de at dette er et vanlig fenomen. De håper at en utprøving av resultatene i familieterapi vil være bestemmende for om denne behandlingsformen har noen verdi. Angående spørsmålet om terapeuten sine følelser i familieterapiens ramme sier de at han er i en stilling analog med de tilstedeværende familiemedlemmer. Akkurat som de må vise offentlig sine tidligere skjulte handlinger, og følelser og mangler, må han demonstrere sin terapeutiske dyktighet med familien som publikum. De sier at dette utvilsomt er en situasjon som det hittil er gitt lite anledning til å ha opplæring i.

En slik ramme, sier forfatterne, er tydeligvis ladet med mangfoldige motoverføringsproblemer som stiller krav til terapeuten, hovedsakelig fordi de minner om han egen familiebakgrunn med foreldrefigurer og søsken tilstede. Den stadige anerkjennelse av og reaksjon på disse motoverføringstendenser øker den følelsesmessige byrde for terapeuten utover det som vanligvis erfares i psykoterapi. Og de slutter sin konklusjon med at under disse forhold er det forståelig at om ikke ønske å ha familiemedlemmer tilstede kan bli maskert (forkledd) med etiske innvendinger om deres tilstedeværelse for at ikke slike familiemedlemmer skal lide for resultatene av familieterapi.

KVALIFIKASJONER FOR Å DRIVE FAMILIEBEHANDLING

I USA hvor antagelig familiebehandling er kommet lengst, både m.h.t. antall instiuisjoner, utøvere og krav til kvalifikasjoner, har f.eks. America Association of Marriage Councillors, Inc. følgende opptaksvilkår som foreller oss en del om kvalifikasjonskrav.

Opptagelsesvilkårene (i 1960) sier i punkt 1:

- a. Every marriage counsellor should have a graduate or professional degree from an approved institution as a minimum qualification. This degree should be in one of the following fields:

Education	Psychology
Law	Social Work
Medicine	Sociology
Home Economics	Religion
Nursing	Social Anthropology

Det er altså krav til grunnutdanning. Det heter videre i betingelsene for medlemskap at "Whatever the field of major emphasis, there should be included accredited training in:

- Psychology of personality development and interpersonal relations.
- Elements of psychiatry.
- Human biology, including the fundamentals of sex anatomy, physiology and genetics.
- Sociology of marriage and the family.
- Counselling techniques.

Og i tillegg 1) Innføring i caseworkmetoden og 2) innføring i familierett, sosiallovgivning, trykdeordninger og kjennskap til medisinske og sosiale institusjoner.

En like vesentlig side, eller krav, er praksis, og om dette heter det i opptaksvilkårene:

- The [redacted] should have had at least three years of recognized professional experience subsequent to obtain his degree. In addition, he should have had actual experience as a clinical assistant in marriage counselling under approved supervision.
- A candidate's qualification should include:
 - Diagnostic skill in differentiating between the superficial and the deeper levels of maladjustment, and the ability to recognize when the latter requires reference to other specialists.
 - A scientific attitude toward individual variation and deviation especially in the field of the human sex behavior, and the ability to discuss sexual problems objectively".

I "Casework Treatment of the Family Unit" som står på litteraturlisten, er det et avsnitt om "Requirements for Family-Group Treatment". Når det gjelder disse først og fremst sosialarbeidere, men har vel noen aktualitet også for andre inne faget.

Det står her i at familiegruppebehandling trenger "the worker" som grunnlag, kunnskaper om individual-psykologi, så vel som gruppepsykologi, kunnskaper om familiestruktur og organisasjon og kunnskaper om familiens relasjoner til samfunn og kultur. Han trenger også grunnlag for å kunne differensiere familier og en evne til å oppfatte hver families egenart.

For å kunne beskrive og forstå familiens og dens spesielle plass, formål og målsettinger og disse relasjoner til samfunnet, må "the worker" bygge på sin generelle kunnskapsmengde.

For å kunne kjenne en familie godt, må han 1) ha evne til en viss avstand, til å observere og lære, 2) evne til å "stand in the clients's shoes and feel with their hearts", og 3) sensitivitet til å reagere

på familiens underliggende kvaliteter i sin helhet og til hvert familiemedlem samtidig som han forbinder disse med de temaer og problemer slik familien ser dem.

Kvalifisering for å drive familiebehandling kan sikkert fåes på forskjellig vis, f.eks. ved “in service training” med supervisjon.

I nevnte artikkel om krav til familiebehandlerne står det at en institusjon som aksepterer familiegruppebehandling som en behandlingsform er ansvarlig for å gi utdanningsmuligheter for personer som vil kvalifisere seg for familiebehandling. I Norge er det altfor små muligheter til å utvikle anvendelse av og bedring av adekvate teknikker. Det står videre at utdanningen kan bli dyr og tidsrøvende, men det fremgår at den er nødvendig.

I Norge har vi takket være avdøde overlege Nic. Waal og hennes medarbeidere nå i flere år hatt en institusjon som gir en 3-årig videreutdanning for psykologer og sosialarbeidere – 2 år for leger og pedagoger. Utdanningen er familieorientert. Rikshospitalets barnepsykiatriske avdeling, som tidligere bare hadde utdanningsstillinger for leger og psykologer, har for noen år siden fått utdanningsstillinger også for sosialarbeidere.

VURDERING AV RESULTATER I FAMILIEBEHANDLING

I den artikkelen av overlege Kjems om “Praktisk koordinert Familiebehandling” jeg har nevnt tidligere, beskriver han bl.a. to etterundersøkelser. Ved Stockholms Stad’s familierådgivningsbyrå er det også, for noen år siden, blitt foretatt en undersøkelse etter at institusjonen hadde vært i virksomhet i 3 år.

Jeg skal ikke gå nærmere inn på disse, bare nevne dem som eksempler på at resultater i familiebehandling er blitt forsøkt vurdert også her i Skandinavia. I USA og England har det vært foretatt flere slike undersøkelser. Det finnes kanskje også flere i Norden, men jeg har ikke hatt anledning til å undersøke dette nærmere.

Jeg kan dessverre ikke vise til noen undersøkelser fra Norge. Det eneste jeg kan nevne et at da de to første familievernkontorer (sentrale helsestasjoner) som ble etablert på forsøksbasis med statsbevilgninger, avsluttet sin prøvedrift som varte i 3 år, ble det sendt ut en stortingsmelding (St. meld. Nr. 27/1964 – 65) “Om sentrale helsestasjoner (familievernkontorer)”, hvor det står at “Prøvedriften – som det nærmere skal gjøres rede for nedenfor – ga så oppmuntrende resultater at departementet fant det av stor betydning å søke å bidra til at det ble opprettet flere slike medisinske institusjoner i vårt land”.

Det fremgår riktig nok ikke noe om resultatene er vurdert på grunnlag av en undersøkelse eller f.eks. etter hvilke kriterier.

Av forskjellige grunner er det nødvendig at resultater av familiebehandling blir vurdert, jfr. bl.a. tidligere siterte uttalelser av Grosser og Paul i forbindelse med etikk. Det er nødvendig at det blir gitt tid og penger og at en finner adekvate kriterier og måter på hvordan en slik vurdering, eventuelt ved forskning, kan foretas.

Jeg vil slutte avsnittet med å referere hva en amerikansk kollega, Robert Gomberg (1951), har sett på som tre vesentlige områder i en første omgang burde ta sikte på å få vurdert. Hans uttalelse gjaldt resultater av “social casework” – behandling, men jeg synes de må kunne gjelde familiebehandling generelt – med noen forandringer.

1. Klientens personlighet.

Forandringer hos klienten som øker selvrespekt, spontanitet, innsikt, forståelse, selvkontroll osv. Akseptering av og evne til å hanskkes med egne følelser.

2. *Relasjonen innen familien.*

Forandring og modifisering innen familien. Er noen av de problemer som klienten opprinnelig søkte hjelp for, løst eller modifisert?

3. *Relasjoner utenom familien.*

Forandring og modifisering av relasjoner utenom familien, f.eks. arbeid, omgang etc. Er noen av de problem klienten opprinnelig søkte hjelp for modifisert eller løst?

FOREBYGGENDE ARBEID MED TANKE PÅ FAMILIEN

Det er mange som både i faglitteraturen og ellers har pekt på nødvendigheten av forebyggende arbeid og også pekt på vårt ansvar i denne forbindelse, bl.a. dr. G. Caplan, som så mange av oss kjenner.

Vi kjenner også til at forebyggende arbeid er i gang mange steder i verden. I Norge har det hittil bare vært noen spredte forsøk og tiltak, men bl.a. i Sverige og Danmark er det nå i mange år blitt drevet forebyggende arbeid ved helsestasjonene i Stockholm av bl.a. psykologer i samarbeid med vanlige helsestasjonspersonell.

Under et europeisk FN-seminar jeg var på i Holland i 1960 om "Social Policy in Relations to Changing Family Needs", foreslå en bare psykiater, dr. M. L. Kellmer Pringle, Department of Child Study, University of Birmingham, at "en for å tiles at barn i vårt komplekse og stadig skiftende verden, skal få vokse opp i det beste følelsesmessige og sosiale miljø ville det kunne hjelpe om det var tilgjengelig en omfattende service eller institusjon foreslo dr. Pringle en kunne kalle "Family Advisory Service", og hun foreslo at den skulle ha 6 funksjoner:

1. *Utdanning:* Koordinering av eksisterende viten om barns følelsesmessige, sosiale og læremessige behov, og gjøre denne viten tilgjengelig for "normale" familier ved arrangering av kurs o.likn.
2. *Forebyggende arbeid:* Å gjøre det mulig for den vanligvis selvhjulpne familie å få hjelp i perioder av temporære påkjenninger og kriser.
3. *"Cure"* – Gi hjelp og så tidlig som mulig til alle familier som i en eller annen grad lider av "defekter" i familierelasjoner.
4. Støtte over kortere og lengre tid til (inadequate families) familier som har store vansker for å forhindre at hjemmet fullstendig oppløses.
5. *"Clearing house"*: som kan gi familier opplysninger hvor de kan henvende seg for å få hjelp.
6. *Forskning:* For eksempel et "follow-up"-prosjekt av "kroniske problemfamilier" og hva slags deres barn eventuelt vil bli.

Oslo, april 1967.

LITTERATUR OG KILDER

- Ackermann, Nathan:* The Psychodynamics of Family Life, N.Y. 1958
- Albertsen, Carl Severin:* Familierådgiing av puerperalpsykosar i en klinikk. Felles hospitalisering av pasienter, spedbarn og ektemenn. Sykepleien nr. 17/1966.
- Assev, Albert:* Familierådgiingskontorer tilknyttet Norsk Meningshetsinstitutt, Sosialt Arbeid 1960, hefte 9.
- Aubert, Vilhelm:* Sosiologi. Universitetsforlaget.
- Bardill, Donald R. og Francis Ryan:* Family Group Casework, A Casework Approach to Family Therapy. The Catholic University of America Press, 1964.
- Beatmann, Frances L., Sandford N. Sherman og Arthur L. Leader:* Current Issues in Family Treatment. Social Casework nr.2/1966.
- Bratt, Nancy:* Samtaleteknikk og Klient-behandling, 1956, København.
- Braxton, Dale:* Family Casework and Juvenile First Offenders, Social Casework nr.2/1966.
- Colliander, Carin:* Familjerådgiing – en social og psykologisk m nnishev rd. Sociale Meddelanden nr.3/1963.
- Desmothes, G.:* Implications for Social Policy of Changing Family Needs. The Beginnings of a Family Policy in Europe. European U.N. seminar (1961, stensilert foredrag).
- Eriksen, Till:* Familiebehandling – familierådgiing. Helses steren nr.1/1964.
- Eriksen, Till:* From 2 years experience as a social worker in a Family Welfare Agency (expanding Health Centre) – North the Polar circle, foredrag ved The Tavistock Clinic and the Tavistock Institute for Human Relations, London 1965.
- Engstedt, Anne Marie:* Caseworkforskning – en n dvendig del av familjerådgiing. Sociale Meddelanden nr.3/1963.
- Evang, Karl:* Noen erfaringer med familjerådgiing i Norge. Sosialt Arbeid 1960, hefte 9.
- Family Service Association of America:* Family Casework in the Interest of Children. 1968.
- Family Service Association of America:* Casework Treatment of the Family Unit; Ten articles reprinted from Social Casework 1961-1965.
- Feldtman, Wulff:* Familierådgiing og klientbehandling.
- Field, Minna:* Family Session: A New Co-operative Step in a Medical Setting, in Expanding Horizons in Medical Social Work, by Dora Goldstine, Chicago 1954.
- Fl gel, J.C.:* The Psycho-analytical study of the Family, London 1950.
- Freudenthal, Kurt:* Problems of the One-Parent Family. Social Work, nr. 1/1959.
- Friiz, Henry,* red. av: Familien og Samfunnet. København 1958.
- Geismar, L. L. og Beverley Ayres:* A Methode for Evaluating the Social Functioning of Families Under Treatment. Social Work. Vol. 4, nr. 1/1959
- Grosser, George H. og Normann S. Paul:* Ethical Issues in family group therapy. Am. Journal of Orthopsychiatry. Vol. XXXIV (nr. 5/1964)
- Gr nnings ter, Gerd:* Svanveien arbeidskolloni, milj  og familiebehandlingssenter siden 1908. København nr. 2/1967.
- Gr nseth, Erik:* Familie, seksualitet og samfunn, Pax Forlag, Oslo 1966.
- Hallowitz, David:* Individual Treatment of the Child in the Context of Family Therapy. Social Casework nr. 2/1966.
- Hill, William G.:* The Family As a Treatment Unit: Differential Techniques and Procedures, Social Work, Vol. 11, nr. 2/1966
- Hoffmann, Fredrich J.:* Freudianism and the Literary Mind. Grove. Press, Inc. N.Y. 1945-1957.
- Howells, John G. og John Lieborich:* The Family Relations Indicator. Reprint from The Brit. J. Educ. Psychol. Now. 1963.

- Holter, Harriet*: Rebellion Against of the Family: A Discussion of some Trends in Scandinavian Left–Wing Ideologies. Reprint from Acta Sociologica Vol. 6 fase. 3. Copenhagen 1962.
- Ibsen, Henrik*: Gjengangere.
- Iversen, Olav Hilmar og Finn Jor*, red.: Familierådgivning. En innføring i familierådgivningens teoretiske og praktiske problem. Oslo 1961.
- Kempler, Walter*: Experimental Family Therapy. The Kempler Institute, Los Angeles, Stensilert, udatert.
- Kjems, Helge*: Praktisk koordinert familiebehandling. Sociale Meddelanden nr. 3/1963.
- Klein, Alan F.*: Exploring Family Group Counseling. Social Work, Vol. 8 nr. 1/1963.
- Krishnamurti, J.*: Den eneste frihed. Borgen Forlag, København 1962.
- Krogh, Helge*: Underveis.
- Lang, R.D.*: Family and Individual Structure, stensilert foredrag 1965.
- Lidz, Theodore, M.D.*: The Family and Human Adaption, 1964.
- Linton, Ralph*: The Cultural Background of Personality, London 1952.
- Lunden, Mimmi Sverdrup*: Den lange arbeidsdagen. 1948.
- Mitchel, Celia B.*: Integrative Therapy of tha Family Unit. Social Casework Vol. XLVI, nr. 2/1965.
- National Clearinghouse for Mental Health Information: Family Therapy, A Selected Annotated Bibliography. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Dec. 1965. USA
- Pringle, Kellmar: M.L.*: The Psychological aspects of the changing structure and needs of the Family. U.N. Seminar I Hollywood 1961, stensilert foredrag.
- Nørbech, Preben*: Mentalhygienisk familierådgivning, sosialt arbeid 1960, hefte 9.
- Nævestad, Marie*: Familieterapi i en psykiatrisk avdeling, Kuratoren, nr. 3/1967.
- Shermann, Sandford N.*: Family Treatment: Approach to children's Problems, Social Casework. Nr. 6/1966
- Solheim, Ingrid*: Familierådgivning (foredrag holdt på grunnkurs for sosiale tjenestemenn) stensilert, 1966?
- Schwartz, Anne C.*: Some developments in Family Casework in Behalf of Children. Social Casework nr. 9/1959.
- Turnudd, Margi*: “- Specielt familjevægledning”. Diskusjonsinnlegg ved den nordiske barnevernkongress i Oslo 1966.
- Waal, Nic.*: Barnevernsarbeidet i Norge. Impuls nr. 4/1952.
- Waal, Nic.*: Er det foreldrenes skyld? Oslo 1962.
- Winer, Rae B.*: Adole Scent Problems: Symptoms of Family Dysfunction. Social Casework nr. 6/1966. St. meld. 27 (1964-1965) Om sentrale helsestasjoner (Familievernkontorer).