

Artikeln publicerad i Fokus på familjen 2001:3

CMM – TEORIN. EN HJÄLP ATT AGERA I KOMPLEXA SITUATIONER ÉTT FALL MED SVÅRA SYMPTOM PÅ ANOREXIA NERVOSA.

Lars Westerström, i barn- och ungdomspsykiatri, leg psykoterapeut, BUP-mottagningen, 73181 specialistläkare Köping

I en tidigare artikel har CMM-teorin (Coordinated Management of Meaning) och dess användning i skapandet av terapeutiska relationer och samtal beskrivits. CMM-teorin har vidareutvecklat Gregory Batesons kontextbegrepp som han tillämpat den på periodiskt alkoholmissbruk genom att beskriva olika typer av ”loopar” (snurror). I denna artikel skall dess tillämpning i komplexa situationer i praxis belysas. Anorexia nervosa har valts som exempel. En jämförelse görs med Watzlawicks begrepp om förändringar av första och andra graden.

INLEDNING

I en tidigare artikel (Westerström 2000) har beskrivits hur klientsamtal kan skapas¹ utifrån Habermas tanke om att människan lever i olika världar, den objektiva, den sociala och den subjektiva, och hur man kan använda CMM (Coordinated Management of Meaning)-teorin då den sociala verkligheten skall förstås/omskapas/återskapas (Cronen och Pearce 1985).

Enligt Habermas är all kunskap socialt konstruerad (Stensmo 1994). Kunskap är frukten av en dialog människor emellan och gemensamma överenskommelser (konsensus) om vad som är giltiga (valida) förhållanden. Detta gäller såväl i den objektiva världen (domänen)² som i den sociala världen (domänen). Det som vi kallar vetenskap och beprövad erfarenhet är i själva verket också frukten av överenskommelser inom en viss grupp människor, nämligen de som anses ha mest kunskap inom ett visst vetenskapligt område. Vad som är sant och rätt ändras allteftersom forskningen går framåt. I den sociala domänen på en formell makrokulturell nivå tenderar likartade processer att ske i form av skapande av lagar, fackliga avtal etc. På en mikrokulturellnivå t.ex. i familjer eller andra mindre grupper där människor till vardags samspelar måste man ta hänsyn till vad som är valida förhållanden på makronivån t.ex. då ett terapeutiskt samtal skall äga rum. I det terapeutiska samtalet måste också vissa etiska värden vägas in t.ex. principerna om autonomi, nytta och rättvisa.

I den tidigare artikeln om CMM beskrevs hur ett (terapeutiskt) samtal kunde konstrueras genom att den/de kommunikativa handlingar som lett till det aktuella samtalet sattes in i en hierarki av olika sammanhang som klienten varit/är en del av, där en nivå är kontext för förståelsen av andra. De kontextnivåer som användes var:

¹ Samskapa – ”cocreate” tillsammans med klienten

² Se not 3 Fokus 1/2000 sid 49

1. Familjemyt . Allmänna antaganden om hur samhället, roller och relationer i familjen fungerar. Denna nivå kan differentieras ytterligare t.ex. som författaren gjort i formell och informell mikro- och makrokultur.³
2. Livsmanus. Min uppfattning om mig själv i interaktion med andra.
3. Relation. Hur och på vilka villkor två eller flera personer interagerar.
4. Episod. Uppfattade mönster av kommunikativa handlingar.
5. Kommunikativ handling (speech act). Relationsbärande innehåll i verbala och ickeverbala budskap

Hur dessa sammanhangsnivåer i ett aktuellt fall förhåller sig till varandra kallas **konstitutiva** regler. En av nivåerna 1-4 kommer att bli bestämmande för hur en kommunikativ handling skall förstås. Denna nivå kommer att utöva en (nedåtriktad) **kontextuell** kraft. Exempel: Om min granne en morgon inte besvarar min hälsning (vilket han brukar göra) bestämmer min tidigare relation till honom (vänskaplig) hur detta beteende skall tolkas Om denna handling bara sker en gång, sker tolkningen inom ramen för den existerande förståelsen av vår relation, t.ex. ”Hans tankar var upptaga med något annat.” Om detta mönster upprepas ett antal gånger kommer det att utöva en **implikativ**, uppluckrande/underminerande kraft på kontexten ”Min granne och jag har en vänskaplig relation.” Då kommer episododen ”Ej hälsa” att bestämma över relationen. Jag tänker ”Något har hänt. Vi har inte en vänskaplig relation längre.” Ett omslag av bestämmande kontext har skett.

Regulativa regler styr hur en viss handling hänger ihop med den/de föregående. För att få en uppfattning om vilka dessa regler är i ett aktuellt fall analyseras tre på varandra följande handlingar med sina sammanhangsnivåer. Dessa handlingar är 1. föregående handling av någon annan, 2. en handling från (min) egen repertoar och 3. ett önskat svar från den andre. I den förra artikeln visades hur denna serie av tre handlingar kunde användas för att styra terapeutens insatser i ett terapeutiskt samtal. Deweys idé om ”mål i sikte” (end in view) lades av förf. till som en 4:e punkt. Egentligen skall den ha beteckningen ”n” eftersom den ligger kanske tusentals eller miljontals handlingar bort. Varje tusenmilaresa börjar med ett steg!

Då och då händer det att terapeutiska samtal låser sig. De önskade svaren på terapeutens olika interventioner uteblir. Ingen utveckling hos klient och nätverk tycks ske, eller också uppstår någon form av ”rundgång.” Vissa destruktiva mönster tycks försvinna för att återkomma om och om igen. Dessa kommunikativa handlingar försätter mig som terapeut i en omöjlig situation. De svar på klientens kommunikativa handlingar som jag som terapeut kan välja ter sig alla lika omöjliga eftersom de enbart tycks leda till att de destruktiva handlingsmönstrena upprepas. För att tala med Wittgenstein (Fredriksson 1993): Jag vet inte hur jag skall fortsätta för att den tredje handlingen i

³ Se not 4 fokus 1/2000 sid 49. De handlingsscheman som ingår i skapandet av en kultur kan vara **formella** t.ex. lagar och avtal eller **informella**, inlärdas via exempel, tillrättavisningar etc.

serien som beskrivits ovan skall bli bra (för klienten). I sådana fall kan man tänka att den förändring som iakttagits vid en viss tidpunkt enligt Watzlawick är av första graden. Förändringen äger rum inom ramen för den förståelse som redan finns hos familjen (Jensen 1994), en förståelse som man kanske till och med strävar efter att bevara trots att den har negativa effekter.

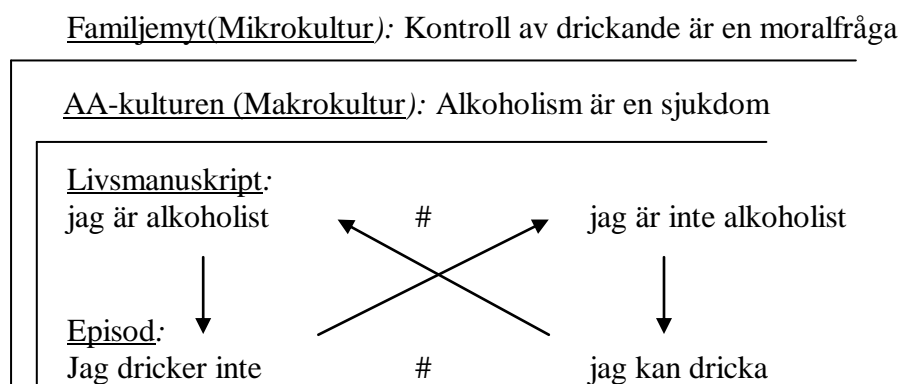
Man kan tänka sig att dessa situationer av rundgång uppstår som en följd av att det mål man *skulle vilja ha i sikte* uppfattas som orealistiskt/omöjligt. Det kan också vara så att det "end in view" som *är i sikte* är oacceptabelt som t.ex. döden kan vara i ett fall av anorexia nervosa. Kanske innehåller den aktuella situationen av rundgång kortsiktiga "vinster" som man upplever som nödvändiga som t.ex. vid intaget av en drog för en missbrukare eller svälten för en anorektiker trots att man är medveten (åtminstone delvis) om ett "end in view" som är oacceptabelt. Det händer också att symptomen ökar trots (eller kanske på grund av) våra ansträngningar.

Alla psykoterapeuter, (alla typer av behandlare) som arbetat någon tid, har upplevt dessa situationer och utvecklat någon typ av strategi för ett komma vidare. Den som huvudsakligen arbetar (valt att arbeta) i en vetenskaplig, objektiv tradition (domän) som en läkare, ordinerar fler prover och undersökningar så att hon kan ompröva sin diagnos, en analytisk psykoterapeut kanske i sin handledning fördjupar analysen av överföring och motöverföring, en systemteoretiskt orienterad familjeterapeut kanske vidgar kontexten (det system hon har i fokus).

CMM-TEORIN OCH LOOPAR

CMM-teorin har utvecklat ett sätt att förstå dessa situationer genom att beskriva loopar med utgångspunkt i Batesons alkoholist loop (1972). Den ser hos Bateson i sammanfattning ut på följande sätt. Om man dricker okontrollerat kommer man så småningom att bli betraktad som alkoholist. Om man ser sig som alkoholist följer av detta att man måste sluta dricka. Om man gör det en tid kanske man tänker: "Jag kan kontrollera mitt drickande, jag är inte alkoholist" och så börjar man dricka och tappar kontrollen osv. För att denna loop skall kunna fortsätta krävs att det inom mikrokulturen (familjen) finns en idé om att "kontroll av drickande är en moral fråga, en fråga om att bestämma sig" och att man låter denna kontext vara bestämmande. Att det inom makrokulturen (t.ex. AA, Anonyma Alkoholister) kan finnas en annan idé om alkoholism (alkoholism är en sjukdom) låtsas familjen/individ inte om (eller känner inte till). Denna loop beskriven enligt CMM får följande utseende.

Figur 1 alkoholistloopen enligt CMM:



betyder utesluter

┌ betyder inom kontexten av

Loopen är placerade inom en viss individs olika kontextnivåer och skall förstås ur individens perspektiv. En loop i form av en liggande åtta (∞) där olika episoder iscensätts beroende på vilken övergripande kontext som dominerar kallas enligt CMM-teorin en **strange loop**. Om individen börjar uppfatta makrokulturen (AA, alkoholism är en sjukdom) som bestämmande blir denna kontext högre än familjemyten (mikrokulturell nivå, kontroll av drickande är en moralfråga). Då stoppas loopen. Man kan aldrig bli annat än alkoholist, nykter eller drickande. Detta kan ses som en förändring av andra graden enl. Watzlawick. Man låter den makrokulturella kontexten bli bestämmande. Om inte en sådan förändring sker kommer loopen att få ett allt häftigare förlopp, den kommer att eskalera och sluta med den drickandes död.

DUBBELLOOPAR VID ANOREXIBEHANDLING.

Enligt den rådande formella makrokulturen inom barn och ungdomspsykiatri (BUP) skall varje nytt fall starta i en utredningsfas. Inom hälso- och sjukvård skall man arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Man skall först göra en undersökning (ta upp en sjukhistoria, ordinera prover etc.), sedan ställa diagnos och därefter behandla. Vi är alltså skyldiga att arbeta med någon form av orsak och verkan hypotes som kort kan sammanfattas som att ett symptom ses som ett främmande språk som skall översättas så att målinriktad behandling kan ske. Numera är det i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet inom barn- och ungdomspsykiatri att ha som huvudhypotes att se bakgrunden till olika symptom som komplex (Socialdepartementet 1998), multifaktoriell. Vi skall se individen ur ett bio-psyko-socialt perspektiv (Jfr Habermas tre världar). Den professionella mikrokulturen i det barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsteam där vi arbetar, och som vi själva varit delaktiga i att skapa, säger att vi skall hålla oss med en cirkulär, språkssystemisk, socialkonstruktionistisk förklaringsmodell. En vetenskapliga syn idag på vad som är verksamt i psykoterapi

(Hubble et al. 2000) ser ut på följande sätt. 85% av förändringarna som kan observeras under psykoterapi, kan förklaras av generella faktorer. Endast 15% av förändringen beror på vilken metod som används. 40% av förändringen beror på händelser utanför terapin, 30% är relaterat till relationen till terapeuten (som uppfattas som vänlig, intresserad, kunnig, empatisk) och 15% är placeboeffekt (Både terapeut och klient tror på behandlingen). En del processer i behandlingen av anorexia nervosa gör det svårt att optimera dessa allmänna faktorer. Det är t.ex. lätt att råka in i eskalerande konflikter med patient och familj som motverkar en god terapeutisk relation och gör att tron på behandlingen sviktar. Dessutom finns för närvarande inte någon etablerad, accepterad behandlingsmetod.

Om en klient/patient/nätverk söker på BUP för ett allvarligt symptom som anorexia nervosa, startar vissa procedurer med automatik, ett utrednings- och behandlingsprogram. Detta ser idag ut på följande sätt. Man startar i en biologiskt baserad modell (Källestedt och Söderqvist 1999) med samma grundprinciper som den s.k. Huddingemodellen (Bergh 1994 och 1995, Bergh och Södersten, 1996). Den innebär att man ser de flesta symptom vid anorexia nervosa som beroende av biologiska effekter av svälten på hjärnan. Patienten remitteras till en specialistläkare i barnmedicin som fastställer näringsstatus, tar prover, ser till att kontrollera att inte ämnesomsättningen är i olag etc. Inom BUP skall vi diagnosticera ev. psykiatriska ”sjukdomar”, t.ex. tvångstillstånd eller depression och ge medicin/psykoterapi mot dessa tillstånd. Enligt Huddingemodellen skall svälten hävas så fort som möjligt via ätträningsprogram och omvårdnad.

Det psykoterapeutiska behandlingsteamet⁴ börjar parallellt med dessa åtgärder att ställa frågor för att lära känna familjen ur ett relationsperspektiv med hjälp av de olika frågetyper som kan ingå i en systemisk intervju t.ex. enligt Tomm (1989). Numera ingår tidigt att försöka få ett begrepp om familjemedlemmarnas ”ends in view” mål i sikte. Man kan t.ex. fråga: Vad tror du att din partner har för mål med sin fostran, hur tror du hon tycker att har det gått? Hur skulle livet vara om symtomet plösligt försvann? Vilket slags liv tror du din dotter vill leva? Hur skiljer det sig från det liv hon lever idag? Vi sätter också igång samtal individuellt för att få en uppfattning om patientens förståelse av sin situation och så snart som möjligt ge henne en känsla av att inte stå ensam i kampen mot Anorexian som hotar att förgöra henne.

I vårt BUP-team arbetar vi med 5 - 20 nya fall av anorexia nervosa per år. I en del fall ger vi enbart konsultation till skolsköterskor, kuratorer, familjemedlemmar, kompisar etc. För majoriteten sker en förbättring efter 5-10 samtal inom behandlingsdomänen. Men hela tiden arbetar vi med 3-5 fall som trots alla våra ansträngningar att tolka/förstå innebörden av symptomen inte blir bättre utan ofta sämre. Man kan i en sådan situation känna sig tvingad att öka ansträngningarna att förstå. För en psykoterapeut kan det vara

⁴ Det har visat sig nödvändigt i alla mer komplicerade familjeterapeutiska sammanhang att ha tillgång till ett team. Teamets roll är att se till att reflexion sker över behandlingsprocessen så att denna kan belysas och styras.

frestande att skapa hypoteser om ”bakomliggande orsaker.” Kanske finns det en allvarlig hemlighet i familjen som måste se dagen ljus för att tillfrisknandekan ske? Vilka traumatiska upplevelser finns? En läkare kan börja skapa biokemiska hypoteser. Familjen å sin sida börjar ofta jaga bättre behandlare och behandlingsprogram.

En eskalerande, ond cirkel tenderar att utveckla sig. Ju mer alla anstränger sig att förstå och ju mer symptomen ökar desto maktlösare känner alla sig. Systemet tenderar att råka i sken enligt Bateson (1979). Ansvarskännande kärleksfulla föräldrar som är livrädda att dottern skall dö, kan i detta läge börja bekänna olika ”synder,” verkliga eller inbillade. Det handlar ofta om depressioner man haft, att barnen blivit slagna, att man haft konflikter, att närstående har dött, att arbetet har tagit för mycket tid etc. Som behandlare blir man i detta läge ofta nöjd och tänker för varje ny hemlighet att äntligen, här har vi orsaken, nu kommer flickan att bli frisk. Men icke. Nu börjar hon tala om hur missförstådd hon är av sina föräldrarna, hur hon blivit mobbad tidigare etc. Denna eskalerande loop, eller **charmed**⁵ loop enligt CMM, kan i värsta fall leda till döden men bryts vanligen så småningom genom en sjukhusinläggning då vikten vanligen stabiliseras. Så småningom återgår man till att försöka hitta ”felet” men då man inte verkar lyckas försöker man i stället med en kraftfullare ”medicin” vanligen någon form av specialistinstitution. Vår erfarenhet av dessa är blandad. Några fall vänder, andra fortsätter att ligga lågt i vikt, andra försämras.

Under en följd av år har denna dynamik blivit alltmer uppenbar för oss. Vi har förstått att vi kan förvärpa situationen med vår terapeutiska nyfikenhet. Med hjälp av CMM-teorin har vi lärt oss att byta innehåll på vår professionella mikrokulturnivå från *”Vi strävar efter att förstå”* till *”Vi förstår att tiden inte är mogen att låta oss förstå vad som satt igång och driver denna process.”* Vi har kunnat inta en ”icke vetande position” (Anderson och Goolishian, 1992). I denna situation har vi sagt att tills vidare måste vi och nätverket ge oss till tåls och se till att flickan får ett så bra liv som möjligt och tas om hand kroppsligt så att hon inte dör. Vi har givit förslag om att föräldrarna och andra för flickan viktiga personer skall turas om att hjälpa flickan att stå ut medan sjukhuset åtar sig att hålla liv i henne, en form av ritualiserad intervention (Palazzoli-Selvini et al 1978). En annan charmed loop startar då. Den kan kallas omvårdnadsloop (eller att vi beger oss till omvårdnadsdomänen) och innebär att den ”behandling” som flickan kanske upplevt som respektlös, eller som ett försök att avslöja en hemlighet, upphör. Hon kan då åter trappa ned sina symptom. I stället för att försöka förstå vad som ligger bakom symptomet kan vi i stället resonera om sjukhusinläggningen som ett samtal om vilket avstånd som är lagom mellan flickan och andra viktiga personer, föräldrarna, syskon, kamrater etc och hur de kan hjälpa henne att klara av sjukhusvistelsen. Vi ser dem som de viktigaste personerna i kampen mot Anorexian. Vi ger oss själva i uppdrag att då och då göra en provbehandling för att se om tiden är mogen att förstå. Vi gör alltså ett besök i behandlingsloopen /domänen. Om flickan ånyo trappar upp sina symptom går vi tillbaks

⁵ Charmed loop avser en cirkulär process som får samma förlopp oberoende av vilken kontext som för ögonblicket är högst t.ex. makrokultur: Det är manligt att vara berusad och mikrokultur: Kontroll av drickande är en fråga om viljestyrka

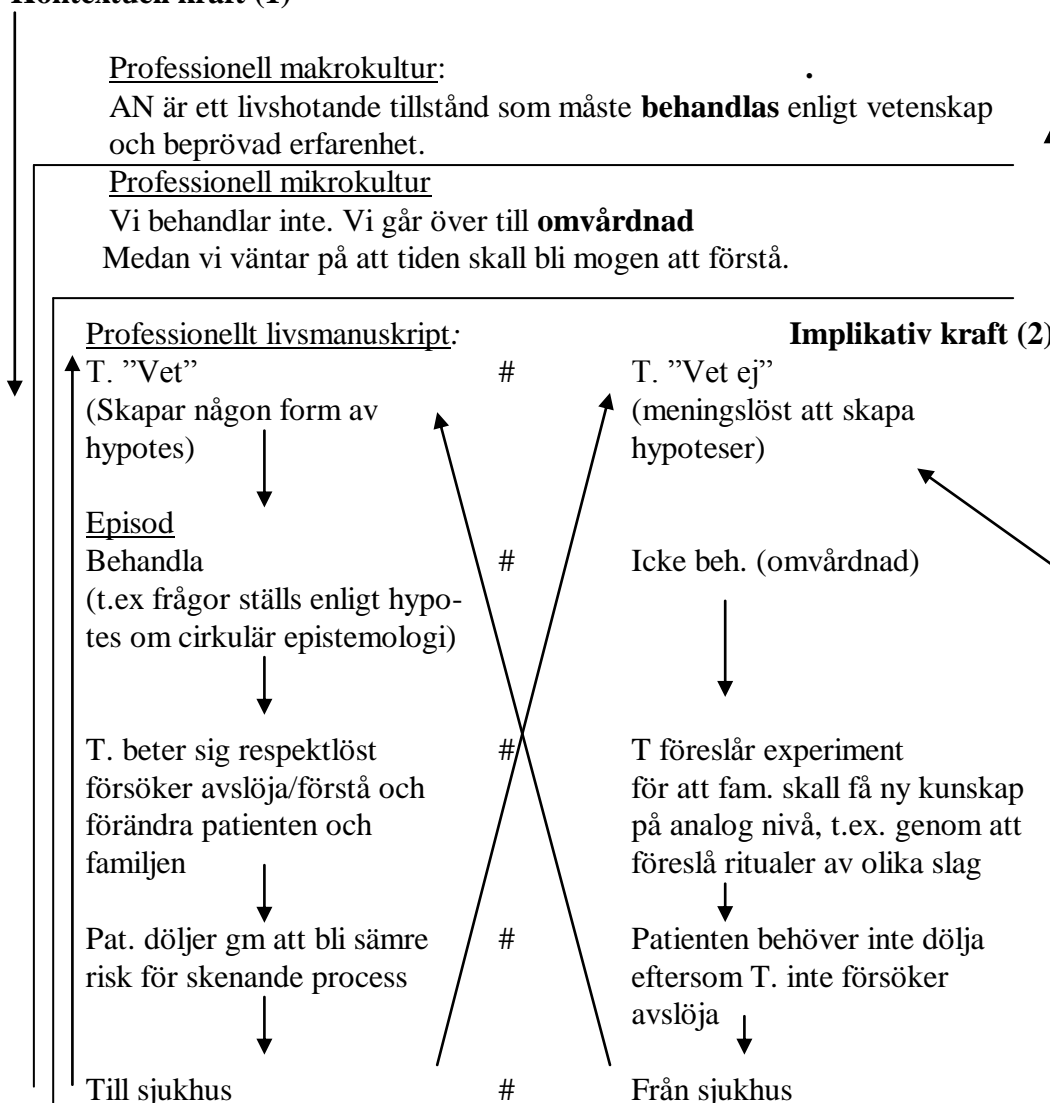
till omvårdnadsdomänen. Medan arbetet en tid måste ske i omvårdnadsdomänen måste vi hjälpa nätverket att stå ut, att finnas kvar. Andra har pekat på att flickan ofta väljer att ha modern som den närmaste personen under behandlingen (Andersson 2000). Det är även vår erfarenhet. Vi kan även föra samtal om de olika processer av upptrappning och nedtrappning som skett och den förklaring som nätverket skapat runt dessa.

Vi överväger ofta i dessa fall en hypotes att det kan finnas en familjehemlighet vars innehåll är skräcken för Anorexian.⁶ Den outtalade skräcken blir ett hinder för ett nära relaterande både i fråga om kärleksfull närhet och gränssättning. Då har vi haft en ”tala-öppet-om-döden-session” där man hjälpt nätverket till att uttrycka sin skräck och hjälplöshet och frågar hur man skulle bete sig om man tänkte att flickan skulle dö inom en månad, två månader, om hon skulle leva minst ett år osv. Vi påpekar att vi själva måste ha en obotlig optimism att alla skall kunna bli friska. Detta har inneburit att den distans som skapats genom att inte tala om det som alla tänker på, i stället bytts till gemenskap inför ett hot som man måste hjälpas åt att hantera.

En annan hemlighet som vi överväger är att den anorektiska patienten ibland sedan många år, kanske så länge hon minns, har upplevt en känsla av att inte duga, inte vara värd kärlek, värme etc. Detta kallar Peggy Claude-Pierre LNS, långvarigt negativitetssyndrom (1997). Hon anser det vara orsaken till anorexi. Vi ser detta som en hypotes bland andra. Utifrån denna hypotes kan man förstå ett motstånd mot att föräldrarna involveras för nära i både omvårdnad och behandling. Flickan känner sig ovärdig deras kärlek. De olika looparna vi använder oss av i anorexia ”behandling” visas i figur 2.

Figur 2. Olika kontextnivåerna och loopar ur en anorexibehandlares perspektiv.

⁶ ”Anorexian” med stor bokstav är en externalisering (Epston 2000) som är en del av den psykoterapeutiska repertoaren som vi använder.

Kontextuell kraft (1)

T=terapeut

Så länge vi låter makrokulturen (anorexia nervosa skall **behandlas** enligt vetenskap och beprövad erfarenhet) vara den högsta kontextnivån, utöver den en **kontextuell kraft** (enligt pilen 1, till vänster) som gör att vi håller oss inom den vänstra looppen. Risk finns då att eskalering av symptomet kan ske. Denna eskalering kommer att utöva en **implikativ**, underminerande, kraft (pil 2, till höger) mot att ha makrokulturen som högsta kontext. Ju värre det blir desto mer tvivlar behandlarna på att de gör rätt (den implikativa kraften ökar alltmer). De kan vid en viss tidpunkt uppleva det nödvändigt att låta den professionella mikrokulturen bli högsta kontext (byter plats med makrokulturen). Det är då möjligt att förflytta sig till den högra, **omvårdnadsloopen**. Då det gått en viss tid (implikativ kraft) känner behandlarna att tiden är mogen att låta

behandling bli övergripande kontext på nytt och återgår då till den vänstra behandlingsloopen osv.

Fallbeskrivning.

En 14-årig flicka, Anna, har haft kontakt med BUP sedan ett år för anorexia nervosa. Hon har just för andra gången lagts in på sjukhus efter att hennes hela tiden låga vikt ytterligare minskat. Nu ber behandlingsteamet sin läkare att delta i arbetet. En serie hemligheter har ”avslöjats.” Mamma har ett beroende av lugnande tabletter och pappa har slagit barnen. Sedan detta formulerats öppet har pappa uteblivit från samtal. Vi bedömer att alla behöver tala öppet om det som hänt för att förstå vad som ligger bakom dessa handlingar och hur de skall undvikas i framtiden. För att detta skall vara möjligt måste pappa få hjälp att formulera en strategi hur han dels skall garantera familjen att han inte kommer att slåss mera, dels hur han skall kunna hjälpa till med bearbetningen av det som har hänt (visa sina nära respekt). Mamma måste inleda en kontakt med vuxenpsykiatrien för att få sin konsumtion av lugnande mediciner under kontroll. Vi gör bedömningen att chansen att komma till tals med pappa är störst om läkaren, som är man, samtalar med honom ensam. Han säger att han känt sig tvungen att sätta stopp för barnens ”utagerande beteende” med våld. Han inser att detta är felaktigt och känner skuld. Han tror att han kan ha bidragit till dotterns symptom. Han letar efter andra metoder att sätta gränser men vågar inte göra detta av rädsla för att Anorexian skall ta makten över hans dotter ännu mera. Detta har dock gjort honom handlingsförlamad. Läkaren ber nu mor, patienten (som har permission från sjukhuset) och hennes bror komma in och delta i samtalet. Läkaren ställer frågor till pappa vad som bekymrar honom mest. Pappa berättar om sina svårigheter att sätta gränser för Anna, då kan hennes tillstånd förvärras. Brodern ger exempel på hur det kan gå till när Anna och pappa samtalar om gränser. Pappa lägger till att det alltid har varit svårt. Läkaren ber pappa fundera på hurdan pappa han tror Anna behöver just nu. Han svarar att självklart måste en pappa stå för både stöd och gränser. Om han fick bestämma skulle Anna flytta hem omedelbart i stället för att vistas på sjukhus. Läkaren beskriver pappas position som co-anorektisk. Pappas rädsla att handla underlättar för Anorexian att ta makten över dottern. Han får i uppgift att tänka ut en gräns och sätta den oavsett vad han tror att mamma eller flickan skall säga. Då läkaren nästa dag avlägger rapport för resten av behandlingsteamet, visar det sig att det ena syftet, att pappa skall klart ta ansvar för att inte slå mer, ”glömdes” bort. Vid nästföljande samtal då hela temat är närvarande (två kvinnor och läkaren) tar läkaren upp att detta hänt och beskriver även sig själv som co-anorektisk och tillsammans med familjen inklusive patienten drar man slutsatsen att ensam är man maktlös mot Anorexian. Pappa ber om förlåtelse. Han vill nu ta hem dottern trots att mor är orolig för detta. Så sker. Efter detta har hon under ½ år sakta gått upp vikt. Hon förefaller må bra och ägnar sig åt sina hobbies och studier.

I det relaterade fallet har man två gånger övergivit den psykoterapeutiska behandlingen för att enbart ägna sig åt omvårdnad. Under dessa perioder har föräldrarnas oro för sin dotter stegrats och de har själva berättat om sådant som de trots har bidragit till flickans symptom. Då föräldrarna signalerat att de varit redo för en ny behandlingsomgång har psykoterapin startat igen med samtal både individuellt och med

familjen. Fadern upplevde av skuld visade sig vara den sista (?) hemligheten som utgjorde ett hinder för honom att vara den far han kände att han borde vara. Denna känsla av skuld var så stark, som den manlige läkaren omedvetet uppfattade den, att han tillsammans med fadern delvis täckte över den. Detta upptäcktes av de kvinnliga behandlarna och det inträffade användes för att hjälpa fadern igenom sina skuld känslor.

SLUTORD

I denna uppsats har beskrivits hur ”rundgång” kan uppstå och bli till ett hinder för utvecklingen. Loopar kan också användas för att förstå hur vården i komplexa situationer skall konstrueras för att vara till nytta för klienten. Vi har insett att en första förutsättning för att de olika symptomen vid anorexia nervosa skall kunna brytas är att svälten hävs. Den psykoterapeutiska behandlingen måste emellertid ta sikte på de förhållanden i livet som har inneburit övermäktig stress, det kan röra sig om olika typer av kränkingsupplevelser, av kamrater, i familjen, i skolsystemet eller av en anhopning av traumatiska upplevelser. Vi har sett hur en ny kontext som blir överordnad, kan bryta symptomet snabbt t.ex. att bli med barn, att tvingas ta ett totalt ansvar för en annan individ, men också att symptomet lika plötsligt kan komma tillbaka. Vi har lärt oss att växla från behandling till omvårdnad då behandlingsprocessen tenderar att bli för snabb eller närgången och åter då tiden varit mogen. Detta har ofta visats oss av föräldrarna som fördjupat sina berättelser om sina svårigheter eller av flickan själv som börjat bli otålig över att takten i arbetet varit för långsam.

CMM-teorin kan, som beskrivits i en tidigare artikel, användas för att förstå hur konstruktionen av sociala verkligheter sker. CMM kan dels användas som en metamodell för att studera och beskriva de olika kontexter som måste samordnas i olika kommunikativa processer i behandlingssammanhang. Den kan också användas som ett redskap i psykoterapi för att beskriva dilemmor och paradoxer som loopar eller snurror. I framställningens olika figurer kan man få ett intryck av att rundgång sker, att man återväder till utgångspunkten. Det är väl numera självklart att looparna egentligen är spiraler. Varje gång en loop upprepas sker en större eller mindre förändring som så småningom blir synlig – en skillnad som gör en skillnad. Detta perspektiv finns med redan hos Bateson både i *Steps to an Ecology of the Mind* och *Ande och Natur* (1972 och 1979).

LITTERATUR

- Anderson, H. och Goolishian, H. 1992, ”Från påverkan till medverkan,” *Mareld*, sid 132
- Andersson, M. 2000, muntlig kommunikation i samband med handledning.
- Bateson, G. 1979, ”Ande och Natur,” övers 1988. Symposium sid 151.
- Bateson, G. 1972, ”Steps to an Ecology of Mind.” Ballantine Books. 19th printing 1990. 309-337.
- Berg, C.1994, stencil ”Utveckling av behandlingsmodeller för anorexi och bulimi.”
- Berg, C.1995 stencil ”Diagnos och behandling av idrottsanorexi/bulimi.”
- Berg, C och Södersten, P. 1996, ”Anorexia nervosa, selfstarvation and the reward of stress” *Nature Medicine*, vol2:1 sid 21-22

- Claude-Pierre, P. 1977, "Ätstörningarnas hemliga språk," svensk övers. Forum, 1999, sid 47-48.
- Cronen, V. och Pearce, W. B. 1985, "Towards an Explanation of How the Milan Method Works. Applications of systemic family therapy", Grune & Stratton, sid 69-84.
- Fredriksson, G, 1993, "Wittgenstein," Bonniers, sid 217
- Hubble, M.A. Duncan, B. L. och Miller, S.D. 2000, "The Heart and Soul of Change, What Works in Therapy" Am Psychol. Ass. Sid 8-10
- Epston, D. 2000, Familjeterapikongressen i Oslo 2000.
- Jensen, P. 1994, "Ansikt til Ansikt," Ad Notam Gyldendal, sid 56
- Källestedt, A. och Söderqvist, I. 1999, Rapport om projekt ätstörning, BUP mottagningen, Köping, opubl.
- Maturana, H, 1991 "Maturana's Basic Notions," Human Systems, Vol. 2, Issue 2 sid71-78
- Selvini Palazzoli, M, Boscolo, L, Cecchin, G, och Prata, G, 1978. "A Ritualized Prescription in Familytherapy: Odd and Even Days," Journal of Marriage and Family Counselling. Vol. 4 Nr 3,
- Socialdepartementet, 1998, Statens offentliga utredningar 1998:31, "Det gäller livet" Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem, sid 67
- Stensmo, C. 1994, "Pedagogisk filosofi." Studentlitteratur. Sid 177.
- Tomm, K. 1989, "Systemisk intervjuetodik," Mareld.
- Westerström, L. 2000, "Kontext och diagnos. CMM-teorin i praktiken." Fokus på familjen 1 sid 38-49.