

Manus för publicering i Fokus 1/2000.

## KONTEXT OCH DIAGNOS. CMM-TEORIN I PRAKTIKEN

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

Gregory Bateson får väl anses vara den som mest bidragit till att sätta begreppet kontext på vår språkliga karta. Detta begrepp kopplas i denna artikel ihop med ett annat begrepp, social konstruktionism. Författaren har funnit en teori, Coordinated Management of Meaning-teorin, CMM, som handlar om hur samordning av meningsskapande/skapandet av förståelse sker i den mellanmännsliga kommunikationen. Här visas hur denna teori även kan användas för att skapa en terapeutisk dialog. CMM arbetar med att sätta in kommunikativa handlingar (verbala och ickeverbala) i en hierarki av olika sammanhang, episod, relation, personligt livsmanus och kultur. Det senare begreppet har av författaren utvidgats till att omfatta formella och informella aspekter av både mikro och makrokulturen. Vidare beskrivs hur förändringar av den för en handling bestämmande kontexten kan ske.

### INLEDNING

I en barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet med inriktning mot en geografiskt avgränsad befolkning måste vi kunna tillhandahålla ett brett behandlings- och konsultations utbud. Detta omfattar bland annat individuell biologisk och psykoterapeutisk behandling, miljöterapi, <sup>1</sup>familjebehandling, interventioner i stora nätverk från släkter, skolklasser och skolor till hela befolkningen. Valet vad som skall erbjudas de hjälpsökande sker enligt de etiska principerna om autonomi, nytta och rättvisa (Nilstun, 1994)<sup>2</sup>. För att kunna samordna dessa olika sätt att möta de hjälpsökande som en professionell organisation <sup>3</sup>, har vi funnit Jürgen Habermas syn på kunskap vara till hjälp.

”Enligt Habermas är all kunskap socialt konstruerad; kunskap är frukten av en dialog människor emellan och gemensamma överenskommelser (konsensus) om vad som är giltiga (valida) förhållanden. Människan kan bara lära känna omvärlden genom språket (i vid mening)... De språk som talas i moderna (hochkulturelle) samhällen... strävar mot samförstånd. För att samförstånd skall kunna uppnås, måste en mottagare av en språklig utsaga förstå både vad som sägs och vad som avses med det sagda; förståelsen är beroende av den språkliga kompetensen hos de samtalande.” (Stensmo, 1994).

Habermas menar att människan lever i tre olika världar, den objektiva, den sociala och den subjektiva världen, som innehåller olika giltighetsanspråk som människor kan tvingas argumentera för om de blir ifrågasatta. Den objektiva världen motsvarar inom sjukvården närmast vetenskap och beprövad erfarenhet. Den subjektiva världen innehåller den enskildes upplevelser, tankar och känslor. Den sociala världen är den mellanmännsliga världen. Här gäller normer, värden, överenskommelser, lagar, avtal osv. Habermas menar i likhet med många andra att den sociala verkligheten konstrueras inom kommunikationsprocessen, ett

---

1

<sup>2</sup> *Autonomiprincipen* innebär att de som kommer i kontakt med sjukvården skall få ökad, (eller åtminstone bibehållen) känsla av att kunna styra sitt eget liv. *Rättvisepincipen*, innebär att människor inte får behandlas olika utifrån ålder, ras, kön, ekonomisk status etc. Enligt *nyttoprincipen* skall för det första vården inte vara skadlig, för det andra skall skattepengar göra nytta.

<sup>3</sup> Med professionalitet avses förekomsten av "...kontinuerliga diskussioner rörande samhällets avsikter med verksamheten, värdebas och ideologi. ...resultat och det möjliga handlingsutrymmet är... föremål för beskrivning, uppföljning, analys och diskussion.” (Sandberg 1995)

filosofiskt perspektiv som kallas socialkonstruktionism (Pearce, 1994). Alla dessa tre världar är relevanta i behandlingsarbetet. Det måste finnas en norm för vad som är god praxis inom barn- och ungdomspsykiatri, vi måste förstå individen i hennes sociala sammanhang (nätverk) och vi måste försöka förstå hennes sätt att uppleva sin tillvaro.

CMM - teorin kan vara ett verktyg att förstå hur sammanvävningar av olika sammanhang till sociala verkligheter går till i praktiken och en hjälp att bestämma hur man kan agera inom den sociala domänen<sup>4</sup> enligt Habermas. Även biologisk behandling måste hanteras inom den sociala domänen för att fungera. Om inte den som skall ta ett piller ser positiva sociala effekter av detta, blir handlingen att inta ett piller meningslös eller kan till och med uppfattas som destruktiv. Som en patient sa efter behandling med ett neuroleptikum: - Jag har blivit av med mina hallucinationer, men nu känner jag mig ännu mer ensam”.

### **FALLET KALLE**

Låt oss ta en vardagssituation på en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning. En läkare har just inlett ett samtal med en familj, mamma Lena och sonen Kalle 9 år. Pappa är inte med vid besöket. Läkaren vet via sekreteraren som tagit emot anmälan från Kalles mamma, att Kalles klasslärare ringt och sagt att föräldrarna måste göra något åt Kalles oro och bristande koncentration i skolan. Redan i väntrummet noterar läkaren att Kalle ser butter och tvär ut och att han vägrar hälsa. Vad skall läkaren göra? Hur skall han fortsätta samtalet?

Läkaren har naturligtvis inte gått in i denna situation utan att bära med sig vissa förutsättningar från tidigare och aktuella sammanhang. Även hans syn på mål med sin verksamhet (framtiden) är ett relevant sammanhang. Han har en medicinsk utbildning, kanske en specialistutbildning i barn- och ungdomspsykiatri, han kanske har utbildat sig i familjeterapi och han har en mer eller mindre omfattande praktisk erfarenhet av att ha träffat familjer med liknande svårigheter tidigare. Han kanske vet en del om lokalsamhällets sätt att ta hand om barn, hur just den aktuella rektorn ser på barn med koncentrationssvårigheter osv. Han har själv vuxit upp i en familj i en viss samhällsklass i ett visst land. Han kanske har egna barn på vilka han prövat olika sätt att fostra. Allt detta utgör exempel på de tusentals olika sammanhang, kontexter, läkaren har varit, är och kommer att vara en del av. Hur skall han kunna välja ut de sammanhang som är relevanta för att förstå just Kalles svårigheter med alla de tusentals sammanhang som Kalle redan varit/är en del av?

Läkaren står inför en kommunikativ handling (ett verbalt eller ickeverbalt beteende), Kalles beteende i väntrummet. Detta kräver ett svar för att ett samtalet skall kunna fortsätta mot något som skall vara till nytta för Kalle och de som oroar sig för honom. Svaret kommer inte att vara en exakt upprepning av något han tidigare gjort, snarare en anpassning av det han tidigare prövat (hans repertoar av kommunikativa handlingar, verbala och ickeverbala beteenden) till Kalles unika situation som kommer att kräva ett unikt svar. Som filosofen Bengt Molander säger (1996): ”Den kunniga praktikern skall kunna hantera även situationer hon inte mött förut och situationer som karaktäriseras av osäkerhet, instabilitet och värdekonflikt...”

För att kunna ge ett svar på Kalles beteende i väntrummet måste läkaren

---

<sup>4</sup> Jag har valt att byta ut Habermas uttryck ”världar” mot uttrycket domäner för att påvisa man väljer/förhandlar inom vilken domän man skall befinna sig. Jag vill också påpeka likheten med Maturanas domänteori som t.ex. Hårtveit och Jensen beskrivit den (1999)

1. ge detta beteende en (provisorisk) mening som utgångspunkt för det fortsatta samtalet. I detta sammanhang talar man om systemisk hypotesbildning (Palazzoli et al. 1980) som ett sätt att medvetandegöra valet av förståelse. Detta görs i vardagslivet vanligtvis mer eller mindre omedvetet eller spontant. Man kan också säga att läkaren måste sätta in den kommunikativa handlingen i ett sammanhang för att kunna förstå den. Jfr Watzlawick. "Ett fenomen förblir obegripligt så länge inte observationsområdet... omfattar det sammanhang som fenomenet inträffar i" (Jensen 1997).
2. klargöra vilken episod som pågår och förhandla hur den skall fortsätta.
3. ha klargjort för sig själv vissa värderingar. Han måste ha en etisk kompass som talar om vad som är en acceptabelt och oacceptabelt mål för samtalet.

Den amerikanske filosofen J. Dewey talar om "mål i sikte" (end in view) som en del av handlingen som finns med i handlingens början som en idé om ett framtida tillstånd. Ett citat ur *Human Nature and Conduct* av Dewey (Stensmo 1994):

"Målet är blott en serie handlingar betraktade från en avlägsen utgångspunkt och medlet är blott de (handlings)serier man ser på närmare håll; målet är den sista av de handlingar man tänker på; medlen är de handlingar som måste utföras dessförinnan. För att uppnå ett mål måste vi vända vår uppmärksamhet bort från det och inrikta oss på den handling som närmast måste utföras."

I samtalet, eller kanske hellre kommunikationsprocessen, eftersom den innehåller både verbala och ickeverbala kommunikativa handlingar, skapas (återskapas, omskapas eller nyskapas) kontinuerligt den sociala verklighet vi uppfattar oss vara en del av. CMM-teorin innehåller en struktur för att beskriva och styra den sociala skapelseprocess som vi sett ta sin början i mötet mellan Kalle, hans mamma och läkaren.

## CMM-TEORI, EN BESKRIVNING

CMM - teorin har en bred bas i Batesons tänkande framför allt hans kontextbegrepp (Bateson 1972) samt i den amerikanska speech act forskningen från Austin och Serale (Pearce 1994). Denna redogörelse tar fram sådant från CMM-teorin som vi funnit vara till nytta i vår praxis i vårt arbetet med utgångspunkt i artikeln "Toward an Explanation of How the Milan Method Works: An Invitation to a Systemic Epistemology and the Evolution of Family Systemes" (Cronen och Pearce 1985). I artikeln beskrivs CMM-teorin och illustreras genom att den tillämpas på Milanoteamets arbetssätt. En utgångspunkt är: **Människor i samtal organiserar mening/förståelse både över tid och hierarkiskt i en sammanhangsstruktur, där en nivå är kontext för förståelsen av andra.** I familjesammanhang föreslår CMM-teorin följande kontextnivåer för kommunikativa handlingar:

1. Familjemyt (family myth). Allmänna antaganden om hur samhället, roller och relationer i familjen fungerar. Denna nivå kallas i senare artiklar om CMM kort och gott kultur (culture).<sup>5</sup>
2. Livsmanus (life-scripting). Min uppfattning om mig själv i interaktion med andra.
3. Relation (relationship). Hur och på vilka villkor två eller flera personer interagerar.
4. Episod. Uppfattade mönster av kommunikativa handlingar.

---

<sup>5</sup> Begreppet kultur är svårdefinierat. Man lär sig kultur genom att delta i den inte studera den Kultur är för oss vad vattnet är för fisken. Den innehåller inarbetade sammanhang av deontisk logik (filosofisk pliktlära enl vonWright) inom vilka ramar vi handlar och värderar våra handlingar. Kulturen innehåller handlingsschema som delas av ett (stort) antal människor (Pearce 1994). Vi har funnit det användbart att arbeta med två nivåer mikrokultur med vilket vi avser handlingsschema och värderingar som delas av små grupper människor, familjer, skolklasser arbetsgrupper etc. Makrokultur är samma sak fast den omfattar stora grupper t.ex. infödda svenskar, läkare, kvinnor, män, turkiska invandrare osv.

## 5. Kommunikativ handling (speech act). Relationsbärande innehåll i verbala och ickeverbala budskap

CMM är enligt Cronen och Pearce en regelbaserad teori. De olika sammanhangs/kontextnivåerna kan reglera varandra. Vilken som helst kontextnivå kan för tillfället bli bestämmande för hur en viss kommunikativ handling skall förstås. Dessa samband kallas **Konstitutiva** regler. Jämför Batesons begrepp kontextmarkör (1972) som är en kontext för kontexten. Man kan t.ex. se en läkares vita rock som en kontextmarkör för kontexten "läkarbesök" eller skylten med texten: "Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning" som en markör för kontexten "här avgörs vem som är psykiskt sjuk" (eller om man har tur, psykiskt frisk).

**Regulativa** regler styr handling, dvs hur en viss handling hänger ihop med den/de föregående. För att få en uppfattning 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**. Jag använder denna serie av tre handlingar för att styra mina insatser i de terapeutiska samtalen. Jag har lagt till Deweys "mål i sikte" som en 4:e punkt. Egentligen skall den ha beteckningen "n" eftersom den ligger kanske tusentals eller miljontals handlingar bort.

De regulativa reglerna påminner om Humberto Maturana begrepp strukturdeterminism (Maturana 1991), som innebär att ett system bara kan reagera enligt sin struktur (sina premisser). Detta gäller enligt Maturana inte bara biologiska system utan även sociala system. Det gäller alltså att förstå vilka de premisser är som ligger bakom en viss kommunikativ handling eller vilka kontexter som konstituerar just denna handling. Vad som händer vid en störning (perturbation) bestäms av systemet självt. Instruktiv interaktion är omöjlig! Dessa regler bör uppfattas på det sätt som Wittgenstein skriver om språkspel. Han beskriver att språkspel kan ske på två sätt, enligt fasta eller uppdykande regler (fixed och emergent rule languagegames). (Westerström 1996). Ett exempel på språkspel med fasta regler är schack. Enligt min uppfattning präglas formella kulturer (t.ex. byråkrati) av språkspel med fasta regler. Löneförhandlingar, läkarkonsultationer osv skall ske enligt vissa relativt fasta ritualer. I vardagliga sammanhang, menar Wittgenstein, är reglerna uppdykande, skapas i stunden, inom en viss kontext. Jag tror att förmågan att kunna improvisera som kännetecknar en skicklig yrkesman enligt Molander handlar om "emergent rule" språkspel. Improvisationen kommer som från ingenstans. Läkaren använder sig av en blandning mellan fasta regler och uppdykande, improviserande regler för de språkspel han utvecklar tillsammans med Kalle och hans mor. Att tänka i CMM teorins banor ser jag som ett sätt att öva upp sin förmåga att improvisera.

"...Wittgenstein's ideas focused social theorists's attention on the continuous, reflexive process by which speech acts make the contexts that give them meaning *and* contexts make the speech acts that occur in them." (Pearce 1994)

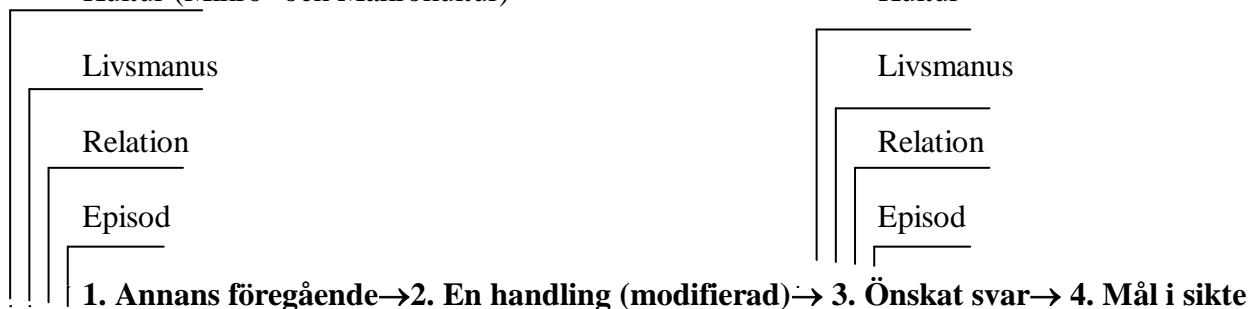
För att vidga användningen av CMM-teorin från kommunikationsanalys till ett verktyg för att skapa samtal har jag funnit det praktiskt att ersätta familjemyt/kultur med en mikro- och en makrokulturell nivå som kan delas in i formella sammanhang (lagar, explicita regler och ritualer) samt informella sammanhang ("så här brukar vi göra i vår familj/arbetsgrupp etc"). Som jag förstår CMM kan varje kommunikativ handling samtidig ses inom alla dessa sammanhangsnivåer. Man yttrar sig i en viss episod (t.ex. undervisning), i en lärare-

elevrelation, som 56-årig man med hustru och vuxna, utflugna barn, uppvuxen i en viss familj, barn- och ungdomspsykiater som måste arbeta enligt den för ögonblicket gällande synen på vetenskap och beprövad erfarenhet, enligt Hawaideklarationen osv. Nästan alltid är någon av dessa nivåer mer framträdande, utövar en **kontextuell** kraft dvs det är den kontext som för tillfället är bestämmande hur de olika kommunikativa handlingarna skall förstås. Dessa olika utgångspunkter har jag nedan ställt samman i fig. 1. I denna figur belyses hur CMM kan användas för att strukturera ett samtal utifrån en läkares perspektiv.

Fig. 1

*Läkarens hypotes om  
Kalles sammanhang  
Kultur (Mikro- och Makrokultur)*

*Kalles förändrade  
sammanhang  
Kultur*



**handling (Kalle)**

**från egen repertoar**

**från den andre**

Episod

Relation

Livsmanus (inklusive repertoar av handlingar)

Kultur (Mikro- och makrokultur)

*Läkarens uppfattning om  
sina sammanhang*

Låt oss återvända till exemplet Kalle för att se hur detta kan förstås. Läkaren bestämmer sig för att ge Kalles beteende att inte hälsa (Kommunikativ handling, KH, 1) en provisorisk mening utifrån sina premisser på följande sätt. Läkaren är i viss opposition mot den

diagnostiska kulturen inom barn- och ungdomspsykiatri (Formell makrokultur: Det är en professionell plikt att diagnosticera). Det finns risk att de som söker hans hjälp skall få nedsatt autonomi, dvs uppleva nedsatt inflytande över sitt liv genom att olika experter vet bäst (Ett etiskt dilemma mellan plikten att diagnosticera och konsekvenserna att göra detta). Läkaren väljer att sätta den etiska principen att inte skada (livsmanus) som högre kontext än den professionella formella makrokulturen. Han tänker att Kalle hör till de ca 10% av pojkar som är födda med öppnare sinnen än genomsnittligt. Det betyder att han tar in mer information per tidsenhet än andra och han måste hantera dessa intryck genom att tänka tala och röra sig oftare än andra. (Detta är läkarens sätt att lösa sitt etiska dilemma, han skapar en biologisk förklaring som innebär att det är normalt att biologin varierar.) Det som hänt har i upprepade episoder i skolan blivit kallat koncentrationssvårigheter. Kalles lärare har många gånger sagt till Kalle med skarp röst att sitta still och skärpa sig. Hon har även ringt hem många gånger och luftat sin oro med Kalles föräldrar som också sagt till Kalle att skärpa sig. Kalle har försökt skärpa sig men då blir det bara värre, han blir explosivt arg. Nu skall han dessutom till en läkare för att definitivt få bekräftat att det är något fel på honom! Läkaren bestämmer sig utifrån sina hypoteser att klargöra vad som skall hända på följande sätt:

### **Kommunikativ handling (KH 2).**

*"Kalle, jag vill berätta för dig vad BUP är för ett ställe. De flesta som kommer hit är inte sjuka. Hit kan man söka när man inte är säker på det rätta sättet att ta hand om barn hemma eller i skolan. Jag tror att du kanske känner dig orättvist behandlad när du blivit skickad hit trots att du inte känner dig sjuk. Hur är det, tycker du att din lärare verkar förstå hur hon skall undervisa dig?"*

Kalle har höjt blicken (KH 3), Läkaren tolkar detta som uttryck för intresse, ett svar han önskat.

Kalle: *"Nej"* (KH 4).

I svaret tror läkaren att det ligger en bekräftelse från Kalle att han har behov av en annan typ av undervisning.

Läkaren: *"Aha, det är kanske hon som behöver hjälp i första hand"* (KH 5)

Läkaren förstärker idén om att det gäller att hitta en annan undervisningsmodell för Kalle.

Kalle: *"Jaa, hon fattar ingenting."* (KH 6)

Under utväxlingen av KH 2-6 kan följande sägas ha hänt. Läkaren finner sin hypotes om Kalles och lärarens relation stödd. läkaren och Kalle har omförhandlat sin relation från patient och läkare till rådgivare och konsult till läraren. Relationen bildar ny kontext för episoden som nu kan kallas "samtal om att hjälpa läraren att undervisa." Frågan är nu om mamma som bevittnat denna nya berättelses födelse kan acceptera den. Läkaren väljer en neutral fråga eftersom han tänker att mamma kanske känner sig provocerad av den nya berättelsen om att det är läraren och inte Kalle som behöver hjälp.

Läkaren till mamma: *"Lena, hur ser du på situationen?"* (KH 7) Implicit i denna fråga ligger att hon kan komma att förändra sin förståelse av situationen.

Lena: *"Jag tror att Kalle behöver en assistent i skolan."* (KH 8)

Läkaren tänker att mamma kanske har lierat sig med läraren mot rektorn om att få mer resurser och vill antagligen ha läkarens hjälp med detta.

Kalle: *"Aldrig i livet! jag vill inte ha någon ryggsäck."* (KH 9)

Läkaren tror att Kalle varken vill vara ett objekt för fostran eller behandling som han kanske tror att assistentens roll skall vara.

Läkaren: *"Så här tänker jag. Du Kalle är kund i skolan, det betyder att skolan är till för dig för att du skall lära dig det du behöver kunna i framtiden. Du har säker redan tänkt på vad du vill bli när du blir stor?"* (KH 10)

Läkaren bekräftar Kalles önskan om att bli behandlad som ett deltagande subjekt. Han undersöker Kalles mål i sikte och antyder ett annat mål för episoden "samtal på BUP" än det han tror att Kalle hade. Detta yttrande är också riktat till mamma för att definiera om Kalles och hennes relation från "jag är mor till en sjuk son" till "jag är mor till en frisk son som man måste undervisa enligt hans förutsättningar precis som alla andra."

Mamma Lena: "*Han vill bli datatekniker som sin far. Han är redan jätteduktig på datorer.*"  
**(KH 11)**

Läkaren tänker att mor lättad hakar på att ha en framgångsrik och inte en misslyckad son. I och med KH 11 har även Kalles och mammas relation omskapats. Den nya kontexten som började skapas efter KH 6 har nu utvidgats till att även omfatta mamma.

Man kan tänka sig att samtalet fortsätter med ett resonemang om vilken typ av undervisning Kalle behöver i grupp och individuellt, utifrån att Kalle redan är duktig och kan och vill lära sig mer. Ett annat dilemma blir så småningom hur läkaren skall diagnosticera det han varit med om i sin journal. Det finns möjligheter inom diagnossystemet att hantera detta, men vi lämnar den frågan med att konstatera att en diagnos även kan innebära fördelar t.ex. att Kalle får tillgång till mera resurser.

Vi kan nu sätta in denna serie kommunikativa handlingar i CMM-schemat.

### **LÄKARENS HYPOTES OM KALLES UPPLEVELSE AV SINA SAMMANHANG VID KH 1**

**Makrokultur:** Barn med Kalles beteende har ofta en neuropsykiatrisk störning eller agerar ut familjeproblem. Skolan har för litet resurser för problembarn.

**Mikrokultur, skola:** Kalles beteende uttryck för felfostran i hemmet/Kalle har ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Syndrom). Han behöver extra resurser.

**Mikrokultur, familj:** Vi har fostrat Kalle fel/Det är fel på Kalle. Barn som inte kan koncentrera sig skall ha hjälp av en elevassistent.

**Livsmanus:** Alla tycker det är fel på mig. Jag vägrar acceptera det.

**Relation:** Kalle kommer i konflikt med läraren och mamma. Båda bekräftar Kalle negativt.

**Episod:** Den aktuella episoden, "BUP-samtal" präglas av Kalles konflikt med hem och skola.

### **LÄKARENS UPPFATTNING OM SINA SAMMANHANG VID KH 1 UR VILKA HAN SKALLVÄLJA EN KOMMUNIKATIV HANDLING:**

**Episod:** "BUP-samtal" skall präglas av respekt och förståelse

**Relation:** Skall omformuleras från sjukdomsstämpel av en expert (=kränkning) till att Kalle känner sig förstådd.

**Livsmanus:** L:s uppgift är att hjälpa Kalle att bli förstådd både som biologisk och social varelse. Han använder bekräftande utforskning (Appreciative Inquiry) som teknik. "Vad vill du bli när du blir stor?" (Lang och McAdam 1997). L. befinner sig i viss opposition mot den diagnostiska kulturen. Diagnosställande måste ske så att Kalle visas respekt.

**Professionell formell makrokultur:** Skyldighet finns att ställa diagnos.

### **ÖNSKADE SVAR FRÅN KALLE (OCH SÅ SMÅNINGOM DE ANDRA)**

Han/de skall kunna visa upp en känsla av höjd autonomi, att råda över sina liv. Kalle skall lockas att göra skolan till sitt projekt och föräldrar och lärare att stödja och bekräfta/uppmuntra.

Det verkar som om Kalle i KH 3, 4, 6, 8, 9 och 11, börjar knyta an till läkaren och se möjligheter att få hjälp att förändra sin situation som är läkarens mål med de första kommunikativa handlingarna. Kalle säger om sin lärare att hon fattar ingenting. Han protesterar mot mammas idé om assistent. Kalle kanske börjar uppleva höjd autonomi (inflytande över sitt liv). Uttryckt annorlunda: En allians håller på att utveckla sig mellan L och Kalle. Fler måste dras in i denna allians, först modern som är på väg, sedan fadern, läraren, rektorn kanske de andra eleverna osv.

## **LÄKARENS HYPOTES OM KALLES UPPLEVELSE AV SINA SAMMANHANG VID KH 11**

**Makrokultur** Ingen skillnad ännu.

**Mikrokultur, skola:** Ingen skillnad ännu.

**Mikrokultur, familj:** Skolan har inte förstått hur Kalle skall undervisas. Kalle skulle kunna bli intresserad med rätt stöd hemma och i skolan.

**Livsmanus:** Skolan kanske kan bli bra för mig.

**Relation:** Kalle känner sig positivt bekräftad av läkaren och mamma

**Episod:** Den aktuella episoden, BUP-samtal, har fått ett annat innehåll. Den kan nu kallas samråd om hur läraren skall få hjälp att undervisa Kalle. Från att varit en symmetrisk relation med både läkaren och mamma med risk för ytterligare eskalering har den nu blivit komplementär med Kalle som kund och läkaren som tjänare och mamma som hejarklack.

Läkarens samtliga kommunikativa handlingar (KH 2, 5, 7 och 10) tar sikte på att arbeta med att luckra upp eller underminera de föreställningar om olika sammanhang som Kalle och mamma har med sig. Han arbetar med hjälp av implikativa kraften i Sina KH. Ny förståelse (Nya dominerande kontexter) växer fram som en följd av detta. "Bråkig elev" blir "kund". "Tjattig mamma" blir "bekräftande mamma."

Nu frågar sig antagligen många läsare kan verkligen förändring gå så här snabbt?

Mitt svar blir: Det är nödvändigt. Man har inte lång tid på sig. Om man inte omedelbart börjar på något nytt är risken stor att den gamla historien kommer att upprepa sig och i så fall blir Kalles föreställning om BUP som en förlängning av det som pågår i skolan och hemma bekräftad och han kommer inte att återkomma förrän skolan vill kasta ut honom pga av att läraren tänker sjukskriva sig och ett antal föräldrar har gått till rektorn och krävt att han flyttas "någon annanstans".

Dessa nya berättelser om Kalle kan även utgå från makrokulturell nivå. Ett exempel på detta har vi funnit i Oslo i Sollerudastranda skole för 13-16 åringar där vi gjort ett studiebesök. De har totalt lämnat idén om att olika typer av diagnoser skulle vara till nytta. De är helt kundorienterade och arbetar via sina elvers motivation.

## **MÅL I SIKTE, N: E KOMMUNIKATIVA HANDLINGEN.**

Kalle vill bli datatekniker. Han verkar vilja klara sig bra i skolan. Mamma bekräftar att han redan vet mycket om datorer. Läkarens end in view är höjd autonomi för samtliga inblandade, att Kalle skall kunna leda sig själv i sina studier allt mer, att mamma skall kunna hjälpa honom med avgränsningar och uppmuntran, att läraren skall kunna ge honom lämplig undervisning, individuellt då det behövs osv.

## **KOMMENTARER**

I Kalles fall utöver både den mikro- och makrokulturella nivån en kontextuell kraft. Kalles utagerande beteende ses antingen som en fråga om biologi/sjukdom eller moral/felfostran. I



Kalles beteende ligger dock en implikativ (underminerande, uppluckrande) kraft. Trots att man tjatat på honom både hemma och i skolan har inget hänt. ”Mer moral” har hittills snarare förvärrat situationen. Han har stått emot. Det utövar en implikativ, underminerande, kraft på de förklaringar som hittills rått. En annan förklaring behövs alltså för att situationen skall förändras till det bättre. Om föräldrarna söker en läkare för sin son kanske de hoppas att läkaren ställer en diagnos, dvs kontextuella kraften av en biologisk förklaring kan förstärkas så att föräldrar och skola får en skuldavlastning. Den aktuella läkarens syn på denna typ av svårigheter, inte som sjukdom eller handikapp, utan missförstådd biologi och framför allt att se Kalle som kund (subjekt) i stället för ett objekt för diagnostik och fostran utövar en implikativ kraft mot både moral och sjukdomsförklaringen som dominerande kontexter. Man kan räkna med att läraren inte godvilligt ger upp sin syn på Kalles beteende som ett uttryck för sjukdom eller handikapp och/eller felfostran som kräver extra resurser från skolans ledning. Nästa steg i den kommunikativa processen skulle kunna vara att inhämta pappas, lärarens och skolledningens synpunkter på Kalles ”kundkontext”. Kalle vill vara i skolan. Frågan är nu: Hur skall han undervisas för att komma till sin rätt? Hur skall föräldrarna hjälpa honom att lära sig leva med en speciell biologi?

Vad hade hänt om läkaren hade valt andra hypoteser som utgångspunkt för samtalet? Fundera på avd som hade hänt om läkaren hade startat med följande fråga: ”Välkomna hit, Lena du har berättat litet om Kalles skolsvårigheter, Kalle vad vill du berätta för mig om skolan?

Eller Vad är viktigt för er att tala om just nu?

Eller Vilka problem har ni just nu i er familj?

Eller Vi skall försöka utreda vilka skolproblem Kalle har genom vissa test.

Eller Kalle vi skall lära känns varandra Du och jag genom att bygga tillsammans i en sandlåda.

Eller att fokusera Pappas roll eller de spänningar som kan finnas i familjen med en utländsk pappa och en svensk mamma.

Vilka hypoteser hade legat bakom dessa olika frågor?

## **SLUTORD**

Såvitt jag kan förstå sker all social utveckling i spänningen mellan etablerade kontexter som utövar kontextuell, bevarande, kraft och nya sammanhang som utöver en implikativ kraft mot (underminerar) gamla ”sanningar” eller ”trossystem” (eng, beliefsystems). All psykoterapi har någon form av teknik för att underminera, luckra upp, människors mindre användbara trossystem t.ex. analysens tolkning och klarifiering, beteendeterapins beteendeanalys, cirkulärt och reflexivt frågande vid systemteoretisk psykoterapi osv. Vi upplever att användningen av CMM som metateori i valet både av teorier och hur vi tillämpar dem, ger oss en ökad medvetenhet om kontextbegreppet och ökad förmåga att analysera och sätta tydliga kontexter för våra handlingar. Framför allt fokuserar vi den aktuella kulturella kontexten mer än tidigare. Vi har också insett att vi hela tiden borde leva och handla med blicken på framtida effekter av våra handlingar. Det förflutnas påverkan ligger i att vi tror att det som har hänt skall fortsätta att hända, man går så att säga baklänges in i framtiden. Det gäller att lyfta fram händelser ur det förflutna som pekar mot möjligheten att påverka sin framtid i önskad riktning. Som Ben Furman (1999) säger: ”Det är aldrig för sent att få en lycklig barndom.”

## LITTERATURFÖRTECKNING

- Bateson, G.** 1972, Steps to an Ecology of Mind. Ballantine books. 19th printing 1990, sid 289-291.
- Cronen, V. och Pearce, B.** 1985, Towards an Explanation of How the Milan Method Works. Application of systemic family therapy, Grune & Stratton 1985. Sid 69-84
- Furman, B.** 1999, Det är aldrig för sent att få en lycklig barndom. Natur och Kultur.
- Hårtveit, H. och Jensen, P.** 1999, Familien-pluss en. Ait otta as, sid 104. **Jensen, P.** 1977, Ansikt til Ansikt. Ad notam gyldendal. Sid 50, 51-52.
- Lang, P och McAdam, E.** 1997, personlig kommunikation
- Maturana, H.** 1991, Maturanas basic notions. Human systems, vol.2. Issue 2, sid 73-74
- Molander, B.** 1996, Kunskap i handling. Bokförlaget daidalos ab, sid 135.
- Nilstun, T.** 1994, Forskningsetik i vård och medicin, studentlitteratur
- Selvini Palazzoli, M, Boscolo, L, Cecchin, G, och Prata, G.**1980, Hypothesizing - Circularity - Neutrality: three guidelines for the conductor of the session, family process, 19:3.
- Pearce, W. B.** 1994, Interpersonal Commication. Harper Collins College Publishers. Sid 19-23, 106-107, 114, 300-301
- Sandberg, H.** 1995, Att få mötas och kunna andas. Förutsättningar för målorientering inom öppen barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. Acta Universitatis Upsaliensis. Almqvist och Wiksell International. Sid 182-183.
- Stensmo, C.** 1994, Pedagogisk filosofi. Studentlitteratur. Sid 177.
- Westerström, L.** 1996, Systemic principles applied to a swedish child- and youth psychiatric service. Human Systems, vol. 7. Issue 1. Sid 13.