

## Hur kan en BUP-anställd använda systemteori för att hjälpa sina patienter/klienter?

Lars Westerström

Denna artikel har skrivits med inspiration från familjeterapikongressen i Tällberg augusti 2009. Bidragande har varit ett uttalat intresse för familjeterapi hos blivande specialister i barn- och ungdomspsykiatri på vår klinik. De efterfrågar exempel på hur man kan komplettera sin verksamhet som läkare med familjeterapeutiska kunskaper. Inom BUP-kliniken där jag arbetar, har familjeterapins språk tynat bort. KBT-, och psykofarmakaspråket har fått ökat utrymme. Det har fått konsekvenser inne i mitt huvud. Jag har själv allt mer bytt ut det cirkulära tänkandet mot linjärt tänkande. En kolonisationsprocess har ägt rum. Många röster i Tällberg vittande om liknande upplevelser. Syftet med denna artikel är dels att ge exempel på hur familje-/systemteori kan användas i vardagen inom BUP av alla yrkeskategorier, dels att återskapa en del av mina egna kunskaper. Flera systemteoretiska verktyg presenteras. Det viktigaste verktyget för en anställd på BUP anser jag vara Maturanas domänteori. Den används för att styra mellan *produktionsdomänen*, det man är skyldig att göra som anställd och *förklaringsdomänen* som är dialogens och psykoterapins domän. Dessa idéer kan givetvis även användas av vem som helst som är intresserad av att komplettera sitt yrkeskunnande med systemteoretisk teori och praktik.

**Lars Westerström, specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri, leg psykoterapeut, BUP-kliniken, Centrallasarettet, 72189 Västerås. E-post: lars.westerstrom@ltv.se**

### Bakgrund

Som barn- och ungdomspsykiater har jag ett långt yrkesliv bakom mig. Jag kom i kontakt med specialiteten 1970. Den BUP-klinik jag hamnade på hade en uttalad familjesyn på barnpsykiatriska problem. Olika terapeutiska skolor introducerades med åren, användes och avtog. För mig uppstod en viktig vändpunkt 1987, då jag mötte Peter Lang och Martin Little från Kensington Consultation Center, senare även Elspeth Mcadam. Under de drygt 15 år jag hade tät kontakt med dem utvecklade de sin narrativt, bekräftande (appreciative), systemteoretiska modell. För att citera Kjell Hansson (2009) har jag i huvudsak arbetat "teoribaserat" som familjeterapeut.

Filosofiskt och teoretiskt grundade terapier var det som gällde i stort sett inom hela psykoterapifältet under 1970- och delvis även 1980- talet. Det stämde väl överens med det då rådande vänsterinriktade samhällsklimatet. Människor skulle befrias. Psykoterapin var politisk. Det fanns en omfattande kritik mot medicinsk psykiatri som ansågs stå för repressiv maktutövning. Jag minns att många av oss sa: "Riv mentalsjukhusen," vilket man faktiskt gjorde i Italien. I realiteten har detta i stor utsträckning skett även inom både barn-

och vuxenpsykiatri i Sverige. Antalet vårdplatser har reducerats. Det har inneburit att vårdtiderna i slutenvård minskat och allt mer komplicerade situationer måste hanteras i öppenvård. De blivande specialisterna i barn- och ungdomspsykiatri har insett att den medicinska modellen inte räcker för att de skall känna sig kompetenta. Flera har fått/får handledning i familjeterapi inom ramen för den obligatoriska steg I-utbildningen i psykoterapi.

### **Tes-antites-syntes osv**

Så småningom har samhällsklimatet förändrats i individualistisk och mer kapitalistisk riktning (från tes till antites). Läkemedelsindustrin har tagit fram allt effektivare psykofarmaka mot ett flertal psykiatriska tillstånd. KBT-folket insåg tidigt vartåt det lutade och har varit bäst bland psykoterapiinriktningarna både på att forska (kvantitativt) och marknadsföra sin metod. Inom psykoterapifältet anser socialstyrelsen i Sverige numera att kognitiv beteendeterapi är den bästa psykoterapimetoden och man stödjer landstingen ekonomiskt att införa KBT. Det finns dock invändningar mot denna slutsats (Jensen 2006). Den bygger på att psykoterapi jämföras med medicin (pillret har effekt). Man tänker sig att interventionen i sig har effekt. Det finns psykoterapiforskning som talar för att det snarare är psykoterapeuten som är effektiv genom att kunna skapa god anknytning, ha goda kunskaper, tro på dem och kunna förmedla sin tro till klienten (Jensen 2009).

Inom den rådande diskursen av diagnostik, KBT och psykofarmaka har familjeterapins språk tynat bort. Varför är det ett problem? För det första kan psykofarmaka aldrig "bota" känslan av tomhet och ge människor mening med sina liv. Det skapas i samspel med andra människor. För det andra är en del fall synnerligen komplexa och kräver en analytisk förmåga utöver det vanliga och att det bästa inom modeller från de tre områdena biologi, individuell psykologi och samhälle/nätverk kombineras (syntes). Det bör en specialistverksamhet som BUP kunna erbjuda! Det vore underligt om familjebehandling vore så enkelt att ingen speciell utbildning behövdes. Tvärt om! Systemteoretiskt inriktad behandling kräver att man tänker cirkulärt, vilket kräver en mycket större tankemässig ansträngning och mer tid per session än psykofarmakabehandling (som är en linjär, orsak - verkan modell). Det behövs ofta observerande team både direkt i arbetet och som handledning till den som vill praktisera familjeterapi för att bibehålla och utveckla det cirkulära förhållningssättets många aspekter.

Inne i mitt huvud har väl inövade familjeterapeutiska kunskaper alltmer tystats. Om jag numera hör en patient berätta t.ex. om svängningar i humöret, tänker jag i första hand en linjär tanke: "Kanske bipolaritet." Inget fel i det i och för sig! Det är min skyldighet som läkare ha goda kunskaper i psykiatrisk diagnostik och psykofarmakologi. Men den självklara utgångspunkten att barn (människor) lever i relationer, som kan vara mer eller mindre stödjande/utvecklande, verkar inte vara självklar längre. När jag tar mig tid att titta på mina samtal med barn och deras nätverk, föräldrar, syskon, vänner, lärare osv, märker jag att jag använder mycket av min "gamla" familjeterapeutiska/systemteoretiska kunskap fast

den är inte längre uttalad och föremål för granskning och utveckling. Denna artikel är ett led i att åter göra familjeterapeutiska kunskaper synliga, använda och uppdaterade. Exempel från min nuvarande verksamhet som barn- och ungdomspsykiater kommer att kopplas till relevant teori. Jag kommer att skriva "hon" men menar både "hon" och "han" om inte det är självklart i sammanhanget att t.ex. att Kalle är pojke.

## **Evidens**

Kjell Hansson visade en bild på familjeterapikongressen i Tällberg i augusti 2009. Han delade in familjeterapi i 4 nivåer (för evidensbaserat arbete):

1. Beforskade manualiserade modeller med positivt resultat.
2. Evidensinformerade modeller, behandlingen styrs av tillgänglig forskning.
3. Teoribaserade modeller, en viss teori följs i behandlingen.
4. Hitta på terapi, man har varken evidens eller teori.

Detta kan vara en användbar utgångspunkt för reflexion över den egna praktiken för en barn- och ungdomspsykiater, kanske också för en psykolog, kurator, pedagog osv. Det måste anses vara självklart att biologisk behandling är grundad i forskning om verkningar och biverkningar, liksom att psykoterapi är beprövad på något sätt och utförs av kunniga behandlare. Men när forskningsbaserade kunskaper, framtagna i avgränsade program där en enda metod renodlats och undersökts, skall omsättas i praktiken, blir det krångligare. I en salig röra blandar vi ihop alliansbyggande, utredningssamtal, familje/föräldrasamtal, nätverksarbete, rådgivning, psykofarmakaförskrivning, KBT, stödjande samtal och egna erfarenheter, både professionella och privata. Det senaren har belysts av Jensen (2008). När det gäller insatser till familjer inom BUP är troligen det vanligaste att ge någon form av psykoedukativa interventioner dvs information och utbildning. Enligt Hansson (2009) bygger endast 10% av given behandling till familjer på evidens.

Frågan är: Hur skall detta sammelsurium av interventioner organiseras så att effekten blir bra av helheten?

Svar: Genom att använda systemteori som metateori för att skapa en helhet av sammelsuriet. Man bör se varje handling inom ramen för kontakten med patient/klient/system som en intervention som påverkar individer och nätverk vare sig syftet är utredning eller förändring/ behandling och intressera sig för effekterna. Man bör även tänka på att man själv är en del av det problemdefinierande systemet (t.ex. via diagnostik) och det problem(upp)lösande systemet (Anderson och Goolishian 1992). Man bör fundera på när man skall arbeta och tänka linjärt och när man skall försöka tänka och handla cirkulärt. Både sätten att tänka bör få plats vid varje samtal.

## **Domänteorin**

På 1970-talet när jag utbildade mig till barn- och ungdomspsykiater arbetade jag ett år inom vuxenpsykiatri. Jag kom då på att jag fick starta intervjuerna med mina nyintagna patienter med "apparat" frågor för att ställa diagnoser och för att upptäcka ev. kroppsliga orsaker till de psykiska besvären t.ex. ämnesomsättningsrubbningar och blodbrist. Frågorna var *linjära*. Jag arbetade inom *produktionsdomänen* (se nedan). När detta var gjort frågade jag om livet: Hur har du det? Vad bekymrar dig? Osv. Jag arbetade inom *förklaringsdomänen* eller *reflexionsdomänen*, som jag valt att kalla den.

**Fallvinjett.** En man, som fått diagnosen cykloid psykos (brist på verklighetsförankring, kraftiga stämningssvängningar både uppåt och nedåt), återintogs i slutet våd om och om igen. Varje gång han skrevs ut, slutade han med den förebyggande medicinen, litium, efter en kort tid. Vid ett samtal med hans fru (på reflexionsdomänen) framkom att varje gång han blev frisk började hon tala om skilsmässa och varje gång han blev sjuk slutade hon med det. Medicineringen kunde genomföras sedan detta cirkulära samband hade uppdagats.

**Reflexion:** Nu när jag ser tillbaka inser jag att jag faktiskt "uppfann" systemteorin. Jag sysslade med det som Hansson kallar "hitta på" terapi. Patientens till synes ologiska beteende fick sin förklaring då man undersökte relationen till hustrun.

I en artikel (Lang et al. 1990) beskrevs Maturanas domänteori. Våra beteenden som anställda i en organisation kan sorteras i tre kategorier (kontexter-sammanhang).

1. *Produktionsdomänen* är allt det som vi är skyldiga att göra som anställda, t.ex. göra anmälningar enligt socialtjänstlagen om barn som far illa, följa evidensen och våra vårdprogram i vårt dagliga arbete etc. Man kan t.ex. säga: Det är min skyldighet som läkare att informera dig om risken med att röka och rekommendera dig att sluta. Man tänker, frågar och arbetar *linjärt*.

2. Begreppet "Förklaringsdomän" har jag bytt ut mot "*reflexionsdomän*" för att det bättre täcker vad man gör i denna domän: Man reflekterar/grubblar/funderar tillsammans. Terapeuten är neutral och nyfiken (Cecchin 1987). Man kan säga: Vad skulle du göra om du bestämde dig för att tro på forskningen om rökning? Vilket skulle var ditt första steg? Vad skulle vara hinder? Vem skulle stödja dig? Man tänker och handlar *cirkulärt*.

3. *Etiska/estetiska domänen*. Allt vårt handlande som psykoterapeuter, läkare osv både i produktions- och reflexionsdomänen, styrs ytterst av vår professionella etik, personliga värderingar etc. Med *estetik* avses att man strävar efter att göra sitt arbete elegant, kompetent och skickligt.

**Exempel:** Då vi på BUP i Köping (Westerström et al. 1998) följde vår skyldighet (på produktionsdomänen) att anmäla misstankar om sexuella övergrepp, upptäckte vi att en del av våra ungdomar tog tillbaks sina berättelser. De sa: "Hade jag vetat att jag skulle sitta i polisförhör och hamna i tidningarna hade jag aldrig sagt något." Ett

etiskt dilemma mellan *plikt-* och *konsekvensetik* uppstod. Vi löste dilemman genom att placera oss i den etiska domänen. Vi beslöt oss för att informera om våra skyldigheter innan vi tog emot en sådan berättelse (när vi märkte att den var på gång) och dessutom skapa en struktur för att arbeta med misstankar som ej var bekräftade på reflexionsdomänen med hjälp av bl. a. hypotetiska framtidsfrågor.

Domänteorin är synnerligen användbar i vardagen. På produktionsdomänen kan man t.ex. ge råd om motion för att motverka stress. Sedan kan ett samtal föras på reflexionsdomänen. Man kan fråga: Hur skulle ni organisera er i er familj om ni tänkte att denna kunskap skulle var till nytta? Vid näst besök ställs frågor på reflexionsdomänen om hur det har gått och om familjen funderat på informationen om motion. Om svaret blir att de inte har börjat motionera kan man fråga man hur de kommit fram till det beslutet, om det var i enighet eller om någon hade invändningar och vad som skulle kunna hända som fick dem att tänka om. På detta sätt kan familjen få syn på sitt sätt att samspela och kanske förändra det. Man kan även enligt den komplementära principen, som beskrivs nedan, som läkare ta på sig ansvaret. Man kan säga att man nog inte varit tillräckligt tydlig. Vi vet från arbetet med hälsouppllysning att människor mycket ofta har svårt att följa goda råd. För att arbeta etisk/estetiskt (elegant, med bästa effekt) väljer vi därför att växla mellan produktionsdomänen och reflexionsdomänen.

### **Wittgenstein och Aristoteles**

Wittgenstein (Cronen och Lang 1994) talar om två sorters *språkspel* fixed rule language games (språkspel med fasta regler), typ schack eller manualbaserad psykoterapi, samt emergent rule language games (språkspel med uppdykande regler). De senare kan utvecklas litet hur som helst och är vanliga i vardagsspråket där reglerna för samtal är mer flytande och förhandlas fram vartefter i dialogen. I ett barnpsykiatriskt behandlingsarbete måste man behärska båda typerna av språkspel, både att föra samtal på ett systematiskt sätt och att förhandla fram nya regler vartefter som vi får unika svar på våra frågor, så att anknytning byggs upp och bibehålls och utveckling bekräftas. Dessutom är det ju så att speciellt barn- och ungdomskulturen utvecklas mycket snabbt. Evidensen kommer alltid att ligga långt efter. Man måste arbeta med de ungas problem ändå. Reglerna är till för det man redan vet, inte för det okända, ännu oupptäckta, enligt Aristoteles (Nussbaum 2000).

I det *cirkulära frågandet* (Tomm 1989) bygger frågorna på svaret på föregående fråga. Tekniken kan ses som en kombination av de två språkspelen. Man tar hand om det som dyker upp i form av olika, ofta oväntade, svar från klientssystemet på ett speciellt regelbaserat sätt. En speciell form av cirkulärt frågande kallas *bekräftande samtal*, AI, Appreciative Inquiry (Lang och McAdam 2000-2005, Watkins och Mohr 2001).

### **Bekräftande samtal**

**Fallvinjett:** Kalle, 13 år, sitter med sin mamma, Britt, i väntrummet. De har redan fyllt i svar på flera hundra diagnostiska frågor (en intervention på

produktionsdomänen) inom ramen för BUP:s nybesöks- och bedömningsprocedur (NoB) som del av ett forskningsprojekt (Nilsson 2008). Resultatet, som återgivits till Kalle och mamma (inte pappa!), visar på uttalade koncentrationsproblem, kamratsvårigheter och trots, misstanke om ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). På remisskonferensen beslöts att han skulle få en snabbtid till en läkare för diagnos och behandling. Läkaren går ut i väntrummet. Hon presenterar sig och hämtar in Kalle och mamma till samtalsrummet. Kalle ser sur ut och mamma verkar spänd. Läkaren noterar att pappa inte är närvarande. Hon utgår från att pappa godkänt detta möte men vet att detta senare måste kontrolleras. Nu är hon upptagen av vad Kalle kan tänkas uppleva. Eftersom läkaren träffat många barn och ungdomar i Kalles situation har hon en standardhypotes som utgångspunkt för samtalet (hypoteser, se nedan) om att Kalle väntar sig en fortsättning på ett antal negativa interaktioner med vuxna. Vad gäller Kalles relation till mamma är hypotesen att den är spänd och att mamma känner sig maktlös. Därför sätter läkaren en sannolikt oväntad kontext. Exemplet är något förkortat.

Läkaren (L): Välkomna. Jag har hört om ert besök här i förra veckan som ju berodde på en del svårigheter (Läkaren försöker till en början undvika problemspråk) som du har just nu Kalle, vi skall tala om det senare, men först skulle jag vilja göra ett utvecklingssamtal med dig

Kalle (K): Vadå??

L: Jo, du föddes för 13 år sedan och om 5 år är du myndig, jag undrar hur långt du har kommit mot att bli självständig och vuxen?

K: Vet inte...

L: Vi kan ju till exempel tala om när du går ut, vart går du?

K: Ner på stan.

L: Hur kommer du dit? Cyklar eller åker buss?

K: Båda...

L: Så du har lärt dig både att cykla och åka buss?

K: Javisst!

L: Och hur betalar du på bussen?

K: Med SMS så klart (det man kan är ofta självklart)!

L: Så bra! Har du hand om pengar?

K: Jag får mitt barnbidrag...

L: Vad använder du det till?

K: Köper kläder.

B (hoppas in i samtalet): Han har skött det ett halvt år nu. Han har till och med sparat till en vinterjacka.

L: Jättebra!

På detta sätt går läkaren igenom några områden, skolan kan vara ett problem att få Kalle att berätta om, man kan behöva fråga mamma, som ofta redan fattat galoppen och ser litet gladare ut.

L: Britt, vad är Kalles starka sidor i skolan?

B: Han är bra på svenska och bild.

L: Kalle vad gillar du i skolan?

K: Rasterna.

L: Vad gör ni då?

K: Spelar boll.

L: Vad spelar du?

K: Målvakt.

Osv.

Senare kan man ställa ytterligare kontextförändrande frågor t.ex.: Kalle, vet din lärare hur hon skall undervisa dig? Behöver vi hjälpa henne med det?

**Reflexion.** Den positiva respons Kalle visar talar för att hans syn på sig själv går att arbeta med. Med hjälp av det bekräftande samtalet inleds arbetet med att omskapa Kalles identitet i positiv riktning. Mamma verkar ansluta sig med glädje. Om hon skulle envisas med att prata problem, måste man gå över på produktionsdomänen och ge information om hur en positiv identitet med god självkänsla byggs upp genom att man lyckas med saker och ting ofta, dagligen och att detta bekräftas. Så över på reflexionsdomänen. Man frågar mor: Om du accepterade detta sätt att se på Kalles fostran, vad skulle du göra då? Effekten på den unge är ofta påtaglig. Han ser ofta lättad ut, liksom hans mamma. Detta samtal har tre syften.

1. Att bekräfta Kalle som en individ i utveckling som redan kan en massa saker, inte som en problemindivid som inget kan, som det är fel på (ett salutogent perspektiv). Relationen mellan Kalle och mor kan också förändras från ett misslyckat mor-son par till ett framgångsrikt sådant.

2. Få en uppfattning om Kalles grad av autonomi och förmåga till samspel, liksom om hans mamma klarar att se hans goda sidor.

3. Klargöra att Kalle har rätt till en god undervisning som tar hänsyn till hans speciella förutsättningar (inte problem). Vi är beredda att hjälpa till även i skolan.

AI- samtal passar enligt min erfarenhet bäst vid utagerande beteende. Vid ångest och depression kan det förekomma att en bekräftande intervju uppfattas negativt (Den unga: Hur kan du fråga så när jag har det så svårt och eländigt!?). Personer från nätverket som inte är närvarande kan man tänka sig som osynliga åskådare till besöket. Ett *beslutssamtal* i slutet bör ske om vem som skall ha vilken information på vilket sätt (Scheinberg 2001). BUP ansluter sig till ett problemdefinierande nätverk för att tillsammans i stället skapa ett problem(upp)lösande nätverk. Man bör även *tala om samtalet* (talking about talking). Hur upplevde du samtalet? Vad var det viktigaste som sades? Är det något som du ogillade? Som vi bör undvika i fortsättningen? Detta kallar Scheinberg för *klientstyrda* samtal. Sannolikt innebär vårt (BUP) uppdykande i Kalles liv och nätverk att många hoppas att något nytt skall hända: Att den förhoppning om utveckling och framtid som finns, som kan ses som en *frustrerad dröm* (Lang och McAdam 2000-2005), skall fortsätta att förverkligas. Vi har med andra ord som läkare och psykoterapeuter möjligheter att utöva ett ledarskap som involverar alla goda (utvecklande) krafter i Kalles nätverk. I fortsättningen kan man göra en psykoedukativ intervention med hjälp av stress/coping (cope=klara av) modellen. Den används för att förklara hur Kalles svårigheter kan förstås. Anpassning måste ske till hans ålder och uthållighet. Därför används variant 2 av modellen (se nedan).

### **Stress/coping modellen, en psykoedukativ modell**

Enligt stress/coping modellen tänker man sig att varje stimulering av hjärnan en människa råkar ut för är ett krav som skall hanteras med hjälp av den aktuella copingförmågan (klara av/hantera förmåga). *Copingförmågan* är grundad i våra gener, utvecklas via inlärning och experimenterande och kan öka eller minska t.ex. om vi är sjuka, deprimerade eller i kris. Den stöds av våra nära relationer då dessa är övervägande positiva. (Klingberg-Larson 2000). I Sverige talar man om stress/sårbarhetsmodellen. Ordet sårbarhet har för många en negativ innebörd, ordet copingförmåga kan upplevas som neutralt eller positivt.

**Variant 1.** För varje stimulering (yttre, inre krav och förväntningar, buller, prat i klassrummet, feber, smärta osv) gör jaget en mer eller mindre medvetet en kalkyl: Lönar det sig att ta itu med detta? Har jag en hygglig chans att klara av situationen (dvs bli en vinnare)? Om svart är ja, sätter man igång och kämpar och om man "vinner", lyckas uppnå målet, får man positiva hormonella effekter i kroppen, man mår bra. Om man känner att man har svårt att klara av situationen men ändå fortsätter att kämpa t.ex. när skolkraven börjar bli för höga upplever man en stigande ångest eller aggressivitet. Då aktiveras stresshormoner och endorfiner, kroppens egna smärtdämpande substanser, och energireserver mobiliseras.



Detta kallas *kamp/flykt mekanismen* (striving). Om detta tillstånd av kraftig stress fortsätter månader eller år, kan så småningom en utmattningsdepression utvecklas. Då är det mycket svårt att fungera i skolan. Man har svårt både att lära in och plocka fram det man kan. I denna situation är det vår (nätverkets) uppgift att stötta den unga. Vi måste se till att kraven sänks en tid (flera månader) så att de blir tydliga och rimliga. Hon måste få uppleva att hon klarar av kraven, uppleva sig som en "vinnare" så ofta som möjligt, helst varje dag. Vi skapar struktur i en situation som blivit allt mer förvirrande.

**Variant 2.** Denna modell använder jag ofta med unga som fått eller skall utredas för ADHD-diagnos, som Kalle. Jag ritar upp ett huvud framifrån med två hjärnhalvor synliga. Sedan ritar jag ett öra i form av en tratt in i hjärnan. Spetsen på tratten kallar jag hörselnerven.

### Samtalsexempel.

Läkaren (L): Varför sitter du varje dag i ett klassrum?

Kalle: För att lära mig olika saker

L: Hur går det till?

Kalle : Min lärare berättar olika saker.

L (Ritar en lärare som talar och en prickad linje in i hjärnan): Ja, det du tycker är viktigt skriver du liksom upp i minnet i en "anteckningsbok". Antagligen hör du fler röster i klasrummet?

Kalle : Ja...

L: Vilka?

Kalle : Kompisarna pratar...

L. (Läkaren ritar flera linjer in genom örat och tratten in i hjärnan): Och så kanske du hör stolar skrapa, folk går omkring och ventilationssystemet surrar. (Läkaren ritar ett nystan över boken i hjärnan). När alla dessa intryck kommer in i hjärnan samtidigt blir det för mycket, överfullt. Då reagerar du med att adrenalin strömmar ut i kroppen. Då vill du springa därifrån eller du blir förbannad och nästan slår till någon. Och då får du kanske skäll av läraren och så blir det ännu värre. Det känns antagligen orättvist." (Läkaren blandad produktions- och reflexionsdomän).

Kalle: Jaa!

L: (till lyssnande förälder): Vad är din kommentar?

Förälder: Jag fattar inte hur man kan jobba i ett sådant kaos!

**Kommentar.** På produktionsdomänen bör man förklara att ADHD inte är en sjukdom utan att människor har olika svårt att skärma av intryck som en del av den medfödda copingförmågan. Många blir överstimulerade i dagens skola. Förr i världen var det "tyst i klassen" som gällde. Då spelade det inte så stor roll om man var extra känslig. Många får god hjälp av medicin som hjälper till att fokusera på det man vill höra. Den hjälper också till att förbättra uppmärksamhet och uthållighet. Man ger även råd om sömn, motion, datoranvändning, hur mycket man skall vara i skolan, träffa kompisar etc

### **Neutralitet, hypoteser och social konstruktionism**

Enligt Milanomodellen, är *nyfiken neutralitet* viktig (Tomm 1989). Det innebär att alla deltagarna i ett system skall känna sig bekräftade utan att kunna säga att terapeuten tog ställning för A mot B. Nyfikenheten är av "rumpnisse" kvalitet (från Astrid Lindgrens Ronja Rövardotter). Man är naivt nyfiken! Riktningen av frågandet styrs av det som terapeuten vill belysa, hennes *systemiska hypotes* (Tomm 1989), en utgångspunkt som sedan formuleras om vartefter ny information samlas in. Det är alltså inte fråga om en vetenskaplig hypotes om sanningen, hur det egentligen förhåller sig. (Sådana hypoteser används på produktionsdomänen t.ex. i utredningsarbetet för att ställa en diagnos). Inom systemteorin arbetar men inom det filosofiska begreppet *social konstruktionism*. Med detta avses att människors sociala (upplevda) verklighet hela tiden om- åter- och nyskapas i det mellanmännsliga samspelet (Pearce 1994).

**Fallvinjett.** En 14 årig flicka har kontakt med BUP p g av utagerande beteende. Hon har tidigare bott hos sin pappa. Diagnosen ADHD har ställts och behandling har inletts. Ganska snart efter detta flyttade hon till sin mamma (föräldrarna var separerade). Vid ett efterföljande besök berättar hon hur "elak" hennes pappa har varit. Läkaren låter detta passera utan kommentar. Senare berättar mamman att socialtjänsten krävt av flickan att hon skulle träffa sin pappa en gång i veckan, vilket båda var nöjda med.

**Kommentar:** Läkaren avvek från neutralitets- och nyfikenhetsprincipen och kan därigenom ha minskat flickans möjlighet att få en annorlunda relation till sin pappa. Han borde ha ställt frågor som: Hur kom det sig att du bodde hos din pappa från början? Varför tror du din pappa har varit så sträng mot dig? Vad skulle kunna få honom att ändra sig? Vad skulle hända om du av någon anledning t.ex. att mamma blev sjuk, var tvungen att bo hos honom igen? Kan du berätta om något undantag, ett exempel på att ni har haft en bra relation? Vad skulle behöva hända för att det skulle bli mer av det? Detta är exempel på vad Tomm kallar *intervenerande intervju* som byggs upp av s.k. *reflexiva frågor*, vars syfte är att underlätta för människor att tänka nytt och annorlunda (Tomm 1989). Det är intervenerande både att handla och att inte göra något. Vådan av att ha begränsat med tid blir också tydlig. Läkaren hade inte tid att tänka cirkulärt i detta fall, han hade inte föreberett samtalet ordentligt. Det gäller att vara medveten om denna typ av komplikationer. Det är hela tiden en risk att man fastnar i produktionsdomänen när detta är den huvudsakliga arbetsdomänen. När man i

efterhand kommer på att man missat att föra samtal i reflexionsdomänen gäller det att ha verktyg för att komma på rätt bog med familjen i efterhand, t.ex. ta på sig ansvaret.

## Externalisering

Ett annat exempel på oväntad kontextförändring är att använda sig av *externalisering* (White 1989). Detta är ett sätt att flytta problemet utanför den egna personen, att hantera det som om det var ett främmande element. Då minskas skuld och skam som kan vara kopplat till problemet och gör det möjligt att bekämpa det ungefär som en sjukdom som drabbat individen.

**Fallvinjett.** En familj kommer på remiss för att skolan misstänker att Elof, 14 år, har någon neuropsykiatrisk störning. Under samtalet framkommer att Elof har åkt fast för snatteri flera gånger. Han förefaller skämmas som en hund då föräldrarna berättar detta. Läkaren, (L) beslutar sig för att arbeta på reflexionsdomänen, hon frågar: Tror ni att Elof vet att det är fel att stjäla? Ett exempel på en sk skvallerfråga (Tomm 1989)

Far (F): Ja, han säger att han aldrig skall göra så mer, men så händer det igen.

Mor(M): vad skall vi ta oss till?

L (väljer väg, ingen idé att diskutera vad de misslyckats med): Det är mycket bra, Elof, att du tar på dig ansvaret för det du gör (Elof måste bekräftas positivt). Men jag tycker att det verkar som om du har ett problem med dina händer. Dom liksom lever sitt eget liv och hittar på saker som är fel, kanske när du inte är så vaksam. Har jag rätt i att dom har försökt ta saker flera gånger men du har kommit på dom och stoppat dom?

E (tveksamt) ja...

L: Låt oss tillsammans undersöka i vilka situationer som du har svårast att få kontroll över dina händer.

Så följer att samtal som utmynnar i att frukostrasten, om Elof är med två speciella kompisar, om det är bra väder (då går dom till affären), om Elof är godissugen, så ökar risken. Läkaren vill även veta när risken minskar.

Elof säger spontant: Jag försöker låta bli att vara med dom två kompisarna fast ibland går det inte. Så följer att samtal hur risksituationerna skall undvikas samt ett återbesök snabbt helst inom en vecka.

**Kommentar:** Denna strategi fungerar oftast om Elof har ett fungerande "överjag". Hans bristande impuls kontroll kan delvis ha med en ADHD-problematik att göra, men majoriteten

av alla pojkar (och många flickor) begår brott under tonåren men slutar spontant. Om normöverträdelserna är allvarliga kan det finnas anledning att arbeta enligt Pinocchiod modellen (se nedan).

### **Dubbelbindning**

Det är många erfarenheter inom BUP att om föräldrarna eller olika delar av nätverket (eller behandlarsystemet) drar åt olika håll samtidigt, kan effekten bli en mycket hög grad av stress för barnen och även alla andra som vill försöka bidra till problemlösningen, som kan blockeras. I systemisk teori kallas detta *dubbelbindning* (double bind, Bateson 1972). Det kan även förekomma att en viktig person t.ex. en förälder kommunicerar dubbelbindande. Med dubbelbindning avses något betydligt mer omfattande än dubbla budskap som förekommer hela tiden i all kommunikation, humor etc. Bateson menade med "double bind" att en individ utsattes för motstridiga budskap på två eller flera kommunikationsnivåer samtidigt och var förhindrad att lämna kontexten (t.ex. ett beroende barn) och var förbjuden att metakommunicera om situationen dvs beskriva dubbelbindningens innehåll.

Denna typ av situation möter en BUP-anställd ofta. Det kan vara att föräldrarna har olika uppfattningar i uppfostringsfrågor och försöker fostra barnet samtidigt på två olika motstridiga sätt. Det kan vara att en förälder har försatt barnet i dubbelbindning vilket är svårare att upptäcka. Enligt Bateson kan de motstridiga budskapen bestå av a/ ett kyligt (hostile) tillbakadragande från en mors sida när barnet närmar sig henne och b/simulerad kärlek när barnet svarar på a/, som ett sätt att förneka att hon drar sig tillbaka.

**Exempel.** En mor säger till sitt barn: "Kom så får du en kram." Samtidigt visar hon icke-verbalt (t.ex. en gest med händerna) att hon inte vill ha en kram. Så säger hon: "Varför kramar du inte mamma? Kom så får jag krama dig! Det vet du väl att mamma älskar dig!" Nästa stund kanske hon straffar barnet för något barnet inte förstår eller uppträder inkonsekvent, eller så kommer hon med obegriplig kritik eller glömmer bort att ge barnet mat. Bateson talar inte om fäder, men dom kan självklart bete sig på samma sätt.

Ett sätt att hantera risken för att dubbelbindningar skadar den unge under samtal på BUP kan vara att säga: "Jag vet att samtal här på BUP ibland kan vara jobbiga. Om du inte står ut kan du lämna rummet en stund." Med detta antyds att den unge själv kan reglera avståndet till föräldrarna och komma tillbaks när stressen har sjunkit. I annat fall kanske hon sitter kvar och upplever stigande vrede eller ångest och ger sig iväg och kommer inte tillbaks. Ett annat sätt att reglera stressnivån hos den unge är att låta henne lyssna bakom envägsspegel tillsammans med en annan terapeut och komma med inlägg t.ex. via ombud eller skrivna lappar.

**Fallvinjett:** I en familj grälar en son ofta med sin far. De har sökt BUP för att dessa problem blivit allt värre. Föräldrarna undrar om han kan vara psykiskt sjuk. Under

ett familjesamtal ser co-terapeuten bakom spegeln att detta mönster iscensätts samtidigt som modern tystnar allt mer och ser nedstämd ut. Dottern tittar ut genom fönstret. Intervjuaren kämpar för att få ordning på kommunikationen mellan far och son. Co-terapeuten går in i rummet och säger till sin kollega: Jag är osäker på om vi har en överenskommelse med båda föräldrarna vad samtalet skall handla om. Hon föreslår att syskonen följer med bakom spegeln medan intervjuaren resonerar med föräldrarna om vad som skall avhandlas under samtalet. Bakom spegeln säger sonen till sin syster att pappa är dum. Terapeuten bakom spegeln säger till syskonen: Jag tycker att han ser ledsen ut. Jag undrar om han känner sig ensam. Dottern håller med. Sonen tystnar. Sedan frågar terapeuten bakom spegeln syskonen vad de skulle kunna göra åt detta. Syskonen enas om att laga frukost till föräldrarna på söndag. Föräldrarna enas om att de vill ha en utredning av sonen p g av svårigheter i skolan som nu tas upp. De blir glada över barnens erbjudande.

**Reflexion.** I detta samtal kämpar några hårt, andra drar sig tillbaka. De verkar ömsesidigt dubbelbindande, diskvalificerande. Behandlingsstrategin som används i denna situation är att arbeta aktivt med Minuchins (1977) idé om *subsystem* inom en familj. Co-terapeuten föreslår en struktur där föräldra-subsystemet sätts i fokus i samtalsrummet och syskon-subsystemet placeras bakom spegeln. Konflikten mellan far och son verkade blockera föräldrarna från att komma fram till en gemensam definition av vad man ville ha hjälp med. Man skulle kunna skapa en hypotes att sonen hjälper föräldrarna att undvika att definiera sin relation. Skälet till det skulle kunna vara att han är rädd att de skall separera. Kanske tror han att modern inte skulle orka med detta. Terapeuten bakom spegeln var tvungen att reagera på och formulera om den negativa beskrivningen mellan sonen och fadern och fick god hjälp av dottern. Hon försökte också stärka syskon-subsystemet när hon fick chansen. Det finns givetvis andra sätt att förstå det som sker och intervensera. t.ex. att tänka sig systemet som kaotiskt (se nedan).

### **Kaos och ordning**

Cronen och Perace (1985) har beskrivit att det råder ett dialektiskt förhållande mellan kaos och ordning i sociala system, som en loop, en snurra (se bild). Om man tänker sig ett socialt system t.ex. en familj eller en BUP-klinik i balans, så råder klara samband mellan struktur och handling. Deltagarna känner till och följer reglerna (som kan både vara uttalade och outtalade) för vad som är OK att göra och inte göra. Om ett sådant system drabbas av en förändring, i en familj t.ex. skilsmässa, sjukdom/död eller att ett barn får skolvårigheter (i en organisation: Införandet av nya metoder, sammanslagningar, chefsbyte etc), så uppstår en situation då reglerna inte är adekvata längre. Regelbrott blir vanliga. Sambandet mellan struktur och handling stämmer inte längre, blir oklart, kaotiskt. I detta läge kan motstridiga sätt att förstå världen och handla finnas sida vid sida. Det märks inte. Efter en tid blir någon eller några trötta på röran och börjar arbeta på att skapa struktur igen och så återskapas nya tydliga samband mellan struktur och handling. Som chef, förälder eller

psykoterapeut kan man i princip agera två sätt. Om man uppfattar att kaos råder försöker man ge struktur, om motsatsen råder (familjen eller organisationen har kanske stelnat, utvecklingen har stannat av) så ställs dekonstruerande frågor (underminerar, luckrar upp en etablerad föreställning och därigenom kan plats ges för ny mening, Thomassen 2007), gärna hypotetiska framtidsfrågor. Då kan en hälsosam förvirring skapas som ger möjlighet till ny utveckling. Jag har observerat, både i familjer och i organisationer, att både kaos eller tvångsmässig, rigid, ordning kan komma att bli förhärskande. Då söker någon i systemet ofta hjälp utifrån.

I kaotiska system förekommer att deltagarna ömsesidigt dubbelbinder varandra. På så sätt undviker de att definiera sina relationer och skapa tydlig struktur. Det kan finnas en rädsla hos deltagarna för beroende och närhet. I denna så kallade andragsgrads förvirring ifrågasätts hela tiden definitionen av olika begrepp (Cronen och Pearce, 1985, Tomm 1989). Terapeuten upplever ofta stigande förvirring och kan reagera psykosomatiskt t.ex. med huvudvärk eller spända muskler. Om man har en co-terapeut, med fördel bakom en spegel, så kan denna observera den förvirring som kollegan fastnat i. Då kan man föreslå en *ritual*. Denna typ av intervention används för att skapa ordning t.ex. skilja olika motstridiga budskap från föräldrarna i tiden. Terapeuten kan be föräldrarna att göra ett experiment för att få mer underlag för att de själva skall kunna ta ställning till en användbar uppfostringsstrategi. Föräldrarna skall ta ansvaret för den ungas fostran växelvis udda och jämna dagar t.ex. 4 eller 6 dagar i veckan. Den som inte har ansvaret skall vara hemma och anteckna vad den andre föräldern gör och effekten av detta, men får inte lägga sig i. De övriga dagarna lever man som vanligt. Då familjen kommer tillbaks efter ett par veckor eller max en månad, frågar man hur det gått. Om de genomfört experimentet frågar man om vilka nya idéer som dykt upp och effekten av interventionen.

Om de inte genomfört experimentet frågar man vänligt hur de tänkte. Man är alltså neutral till sitt förslag, man arbetar i reflexionsdomänen. En speciellt svår form av dubbelbindning kan uppstå när barn utsätts för olika former av övergrepp. De är ofta förbjudna att tala (metakommunicera) om det som sker och kan inte lämna sammanhanget. Systemteoretiska behandlingsprinciper i dessa situationer har tidigare beskrivits (Westerström och Heljestrand, 2006).

**Fallvinjett.** En 16-årig flicka remitteras till BUP p g av anorektiska symptom. Hennes sociala situation är svår, både föräldrarna är missbrukare. Flickan berättar vid ett individuellt samtal att en kompis blivit utsatt för sexuella övergrepp av sin far. Hon vill inte namnge kompisens. Terapeuterna ställer frågor omkring kompisens situation och hur hon skulle kunna få skydd. Vore det kanske lämpligt att hon flyttade till en annan familj? Kort efter meddelas att flickan flyttat till en faster. 2 år senare kommer flickan in på BUP och berättar att kompisens var hon själv. Hon löste sin situation själv genom att metakommunicera omkring sitt liv med hjälp av den fiktiva kompisens. En ny ordning skapades.

## Ångest, risk för självskada eller självmord

En vanlig situation på BUP är när ett barn/ungdom uttrycker en hög grad av ångest eller depression. Föräldrarna kanske vill kontrollera att barnet inte skadar sig. Detta motsätter sig ofta den unga. När föräldern går in i hennes rum kan hon få ett raseriutbrott eller tystnad som respons. Då blir föräldrarna allt mer osäkra. Man skulle kunna beskriva situationen som ömsesidigt dubbelbindande, diskvalificerande. Hur både barn och förälder än gör blir det fel. Förvirring råder. Terapeuten som skall ge hjälp i en sådan situation kan också känna sig villrådig.

Terapeuten kan då framhålla vikten av att den unga behöver ha ett eget revir som skall respekteras så långt som möjligt. Till den unga kan terapeuten säga att hon måste hjälpa sina föräldrar att vara föräldrar och samtidigt få känna att hon har rätt att få vara ifred. I flickans närvaro ger man råd till föräldrarna. De kan knacka på dörren en gång i halvtimmen och sedan skall de öppna oavsett svaret. Om flickan ber dem gå ut skall de göra det och vänta på nytt en halv timme. Varje gång de går in skall föräldrarna be flickan säga en siffra mellan 0 och 10, där 0-2 betyder ingen eller liten ångest (övervakningen kan upphöra) 3-6 betyder fortsatt övervakning (man kan fråga flickan om hon vill berätta vad som är bekymret), 7-10 betyder att ångesten är mycket stark och självskada/självmordsförsök är nära. Då skall de söka till BUP akut. På så sätt hjälps föräldrar och dotter åt att utvärdera situationen så att den inte går över styr. Föräldrarna måste hjälpas åt att stå ut ½ timme, det kan vara mycket jobbigt. De kan turas om, kanske be mormor komma eller ringa BUP:s slutenvård för att få stöd dygnet runt. Detta är en form av ritual i en kaotisk situation.

När familjen förstår att det finns ett sätt att hantera den svåra akuta stressen kan man försöka förstå vad som är svårt. Man kan berätta om stress/coping teorin variant 1 (se ovan). Sedan fortsätter man med en stresshanteringsplan: Det är nödvändigt att säga nej, "fly" från omöjliga krav. Sjukskrivning från skolan kan behövas en kort tid i början, men inom ett par veckor måste rehabiliteringen börja, annars kan man fastna. Regelbunden motion är synnerligen viktig, i början mycket lätt. Ibland måste man lämna pluggandet och kanske praktisera en tid på någon arbetsplats, gärna med fysiska ansträngningar. Effekten av interventionen är ofta en omedelbar lättnad. Detta förhållningssätt är en sorts standardintervention som bygger på en standardhypotes att det svenska samhället idag för de allra flesta är potentiellt överstimulerande. Föräldrarnas uppgift är att träna sina barn att säga nej till överstimulering (att leva med sin biologi, olika barn tål olika mycket). De kan t.ex. säga att du får inte både rida och spela fiol, du får välja en sak. Många föräldrar tycker att denna gränssättning är svår.

## Upp/nedtrappning

Enligt t.ex. Bateson (1979) och Tomm (1989) är alla relationer cirkulära processer. De kan organiseras på två sätt, som *komplementära* (självreglerande) eller *eskalerade* (upptrappande). Bateson tar som exempel på en komplementär process en ångmaskin som

har en snurrande regulator. Då den snurrar fortare trycks tyngder utåt av farten och stänger av ångan och varvtalet avtar. Då öppnas ventilen och varvtalet ökar igen. En väl trimmad regulator gör att varvtalet nästan är konstant. I en relation innebär detta att om någon attackerar så backar den andre undan. Då en förälder säger: Jag tror inte på medicin, säger läkaren: Det är klokt att vara skeptisk. Min grundinställning är att skriva ut så litet medicin som möjligt. Vi måste göra en balansräkning med för- och nackdelar med medicin så att ni kan fatta ett informerat beslut för ert barns räkning.

Om en förälder attackerar/kritiserar ett barn kan man säga att man förstår att föräldern är orolig och vill försöka ändra sitt barns beteende. Men vetenskapen säger att det föräldern gör kan få rakt motsatt verkan eftersom det beteende som uppmärksammas tenderar att förstärkas. Man kan berätta att det finns kurser för att hjälpa föräldrar med denna typ av svårigheter. Här gör läkaren en intervention på produktionsdomän ("vetenskapen framhåller") men placerar samtidigt sig själv på reflexionsdomänen. Hon kan sedan fråga hur familjen skulle agera om dom tog till sig det vetenskapen säger. Innehållet i interventionen är eskalerande men relationen är komplementär.

**Fallvinjett:** En familj med en utagerande tonårsflicka söker hjälp.

Läkaren/familjeterapeuten märker att föräldrarna är starkt negativa och kritiska mot henne. Nästa gång har flickan varit försvunnen ett par dagar. Hon säger: Dom bara klagar på mig. Föräldrarna har nu dragit in veckopengen som straff. Läkaren tar på sig en del av ansvaret och ber familjen om ursäkt. Han hade insett risken att föräldrarnas bestraffningsmodell skulle förvärra situationen, men inte ingripit. Han säger att han skall be några kollegor som arbetar med träningsprogram för familjer hjälpa dom. Han ber föräldrarna börja om från ruta med ett stryka ett streck över det som hänt. Då kan flickan få tillbaks sin veckopeng. Föräldrarna är något generade och lättade. De accepterar förslaget och säger att läkaren inte har någon skuld i det inträffade. Flickan har senare behandlats för sin ADHD med god effekt och föräldrarna har gått sin träningsskola.

## **Nätverksarbete**

Som framgår av mina exempel är den ungas nätverk hela tiden involverat. Nästan alltid arbetar man aktivt med delar av det eftersom den unga inte är myndig och inte kan fatta beslut själv om sin behandling t.ex. psykofarmaka. Det anses att unga skall ha allt mer inflytande på sin behandling ju äldre och mognare de är. Det finns forskning som visar att behandlingsarbete med unga människor blir effektivare och att resultatet blir mer hållbart om den ungas nätverk involveras (Ringborg 2009). Denna nätverksideologi kan systematiseras. Ett projekt som visat goda resultat är det s.k. Pinocchiprojektet (SKL 2008). Det är ett projekt drivet av SKL (Sveriges kommuner och landsting). Det har involverat 30 kommuner. Det handlar om att skapa en arbetsstruktur vid normbrytande beteende hos unga. En projektorganisation för varje ungdom bildas över organisations- och verksamhetsgränserna så att alla drar åt samma håll (klienter kan dubbelbindas av



organisationer i kamp om henne eller ännu värre i kamp om att slippa klienten, som blir Svarte Petter). Närverksmöten hålls regelbundet för planering och feedback. Vid dessa möten talar man om vad man kan bidra med inte vad man inte kan göra. Ingen sitter med Svarte Petter utan alla hjälps åt. Inom Pinocchiod modellen beskrivs mål, insatser och resultat mycket konkret. Man talar om risk och skyddsfaktorer och har ett evidensbaserat instrument, Ester (Andershed och Andershed 2009) för att återkommande skattningar så att man ser att utvecklingen är på rätt väg. I Pinocchiprojektet använder man sig av evidensbaserade risk- och skyddsfaktorer. Behandlingen blir oftast ett "hopkok" av teorier och evidensinformerade behandlingar.

## **Avslutning**

Jag har deltagit i och observerat hur samhället har hanterat barn och unga med psykosociala problem i 40 år. Vissa drag har varit återkommande. Vi har alltid inom BUP försökt kombinera olika metoder och teorier. Vissa modeller har varit populära vissa tider sedan har populariteten minskat. Exempel: Medicin - icke medicin, Institution – öppenvård, psykodynamisk terapi – KBT, individuell psykoterapi – familjeterapi osv. BUP har i stort sett lagt ner sin institutionsbehandling och socialtjänsten byggt upp den i stället. Familjeterapin har alltmer flyttat från BUP till kommunerna. Ett sorgligt krig som drabbat våra patienter/klienter har pågått allt intensivare där utagerande blivit sociala problem och inåtagerande (depression och ångest) blivit psykiatri trots att alla dessa reaktioner kan ses som stressrelaterade enligt stress/coping modellen. Precis som det var på 1950-talet föreligger stora könsskillnader. Pojkar visar "asocialitet" och flickor "psykisk sjukdom." Landstingets återkommande mätningar av ungas psykiska hälsa visar dock tydligt att flickor är mer belastade av stress. Vi måste därför samtala mer med skolan om stresshantering. För att komma förbi den ofruktbara uppdelningen mellan psykiatri och sociala problem bör vi inom BUP återerövra familje- och nätverksterapin. Vi bör försöka anlägga ett "Pinocchiosynsätt", att hjälpas åt. Jag vill påstå att det vanligaste inom BUP är att arbeta multimodalt med en blandning av olika angreppssätt såväl med evidensbas som teoribas och med inslag av lokalt utvecklad praxis. En uppföljningsstudie inom BUP-Västmanland med hjälp av BCFPI (Brief Child Family Phone Interview) har visat att en sådan multimodal modell kan fungera mycket bra (Sigroth 2006).

Jag har försökt visa på en del teorier och verktyg som kan användas av läkare och andra inom BUP. Det är en fördel om man kan redovisa sina källor och vad det är för typ av information eller metoder som används. Vi måste fortsätta på denna hittills framgångsrika väg att blanda mixar av olika teorier och metoder. Vi måste vara kreativa och hitta på nya metoder och uppfinna nya teorier som ett svar på att kulturen utvecklas. Dessa "hitta på teorier/terapi" måste vi beskriva så att de kan prövas och användas av andra och inte glömmas bort. Utmaningen idag är att fortsätta att arbeta på tvären över organisationsgränserna. Vi måste fortsätta att utvidga Pinocchiod modellen så att vi ser våra

insatser inom skola, socialtjänst och BUP som kompletterande och att vi skapar gemensamma projekt i vissa speciellt komplicerade situationer.

### **Summary.**

This paper was inspired by my participation in the Congress of the Swedish Family Therapy Association 2009. Other sources of inspiration has been the interest in family therapy from the young doctors in our clinic training to become childpsychiatrists. I have experienced how different models of treatment over the last 40 years have come and more or less gone within BUP (child and youth psychiatry). There are also consequences in my own thinking. I have found it increasingly difficult to think "family and circularity". My brain has become colonized with stories of individualistic treatment and psychopharmacology. The goal of this paper is to give some examples of the use of systemic ideas in the everyday work in BUP and also to recreate systemic thinking in my own mind. Some systemic tools are presented. The most important tool, according to my opinion, is Maturana's *Theory of Domains of action*. It is used to decide how to change between the *Domain of Production*, the things you have to do as an employee, and the *Domain of Explanation*, the domain of psychotherapy and dialogue. Of course anyone who is interested in the issue of adding systemic thinking to their work is welcome to use these ideas.

### **Litteratur**

Andershed, A-K. Andershed, H. (2009): [www.ester-bedomning.se](http://www.ester-bedomning.se)

Anderson, H. Goolishian, H. (1992): *Från påverkan till medverkan*, Mareld

Bateson, G. (1972): *Steps to an Ecology of the Mind*. Ballantine Books. 19<sup>th</sup> printing 1990, pp 201-227.

Bateson, G. (1979): *Ande och Natur*, Symposium, pp 148-157.

Cecchin, G. (1987): Hypothesizing, Circularity and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity. *Family process*, vol 26, no 4, pp 405-412

Cronen, V. Lang, P. (1994): Language and action: Wittgenstein and Dewey in the Practice of Therapy and Consultation. *Human Systems*, vol. 5. Issues 1-2, pp 23-26.

Cronen, V. Pearce, B. (1985): Towards an explanation how the Milan method works. *Application of Systemic Family Therapy*. Grune & Stratton, pp 69-84.

Hansson, K. (2009): Föredrag på familjeterapikongressen, Tällberg.

Jensen, P. (2006): Hvordan kan "den store psykoterapidebatt" påvirke forståelsen av familjeterapiforskningen? *Fokus på Familien* nr 2, pp 91-106

Jensen, P. (2009): Virkningsdiksursen. Hvordan spørsmålet "hva virker i terapi?" har kommet till å dominere psykoterapiforskningen og vår egen forståelse av terapi. *Fokus på Familien* nr 3. Pp 194-201

Jensen, P. (2008): *The Narratives Which Connect*. Doctorate of Systemic Psychotherapy awarded by the University of East London in conjunction with the Tavistock Clinic.

Klingberg-Larsson, S. (2000): *Stressutlösta utmattningsreaktioner och utbrändhet*. Liber.

Lang, P. McAdam, E. (2000-2005): Personlig kommunikation

Lang, P. Little, M. Cronen, V. (1990): The systemic professional: Domains of Action and the Question of Neutrality. *Human Systems*, 1:39-57.

Minuchin, S. (1977): *Familjer i terapi*. Wahlström & Widstrand, pp 160-164.

Nilsson, K. (2008): Opublicerad forskningsbeskrivning. Centrum för klinisk forskning, Västerås.

Nussbaum, M. (2000): *Känslans skärpa och tankens inlevelse*. Symposion. P 67

Pearce, B. (1994): *Interpersonal Communication, Making social worlds*. Harper Collins College Publishers, p190.

Ringborg, M. (2009): Föredrag vid familjeterapikongressen i Tällberg.

Sheinberg, M. Fraenkel, P. (2001): *The Relational Trauma of Incest*. The Guilford Press.

Sigroth, G (2006): Muntlig kommunikation

SKL, Sveriges kommuner och landsting (2008): Pinocchioprojektet, Ett nyhetsbrev från SKL nr 4 maj 2008.

Thomassen, M (2007): *Vetenskap, kunskap och praxis: Introduktion i vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerups Utbildning AB

Tomm, K. (1989): *Systemisk intervjumetodik*. Mareld, Stockholm, pp 49-61, 77-99, 111-148.

Watkins, J. M. Mohr, B. J. (2001): *Appreciative Inquiry*, Jossey-Bass/Pfeiffer

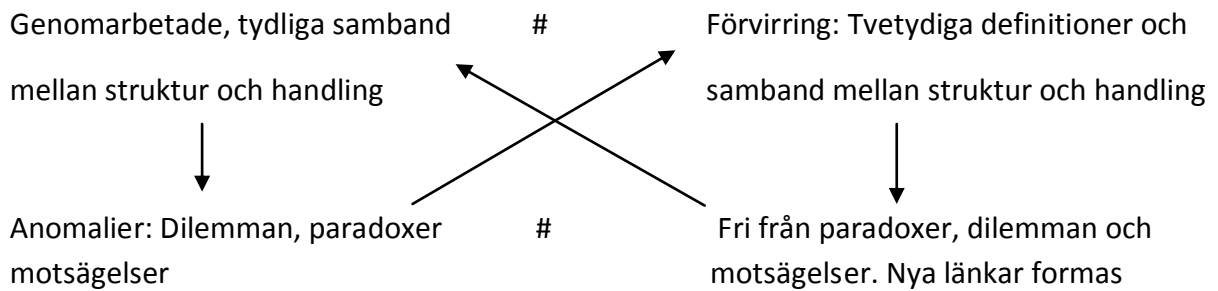
Westerström, L. Heljestrand, P., Bengtsson, L., Carlsson, L. (1998): *Hans och Greta, ett projekt för utveckling av behandling vid sexuella övergrepp*. Opublicerad rapport.

Westerström, L. Heljestrand, P. (2006): Behandling vid sexuella övergrepp. Hans och Greta, en multimodal arbetsmodell. *Fokus på Familien* nr 4, Universitetsforlaget, pp 293-309

White, M. (1989): *Selected Papers*. The externalizing of the problem and the re-authoring of lives and relationships. Dulwich Centre Publications, pp5-28.

Bild

**Evolutionen av sociala system** (ordning - kaos snurra) enl Cronen och Pearce 1985



# Kan ej existera samtidigt.