

Föredrag FT Ystad

Familjesamtal vid inledning av en BUP-kontakt

Bakgrund: NEP/diagnos kulturen "has soaked" samhället

Inklusive min BUP-hjärna.

Mitt yrke har förändrats från FT med medicin som påhäng till pillerautomat. Jag har inget problem med piller. Skall man vara läkare måste man kunna det ordentligt, men Terapeuten i mig har delvis tystats.

Jag tänker inte längre i första hand: "vilka relationer lever barnet i" utan: "vilken diagnos" (Från relation-hypoteser/systemiska hypoteser till biologiska hypoteser)

Nu skall jag berätta jag försöker tacklat detta problem.

Först Domäntänkandet (Maturana)

MATURANAS DOMÄNTÄNKANDE

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.

PÅ DEN ETISKA DOMÄNEN

Manual (Checklista) för familjesamtal(jfr flyg)

Samtalet skall vara till nytta upplevas positivt bekräftande

Varje samtal bör ske med en beslutsintervju i slutet samt

Hur upplevde du/ni samtalet bra? Negativt/obehagligt (ej upprepas)

PÅ REFLEXIONSDOMÄNEN

utvecklingssamtal enl Appreciative Inquiry, höjdare, bra på/kan, utveckla, heliotropism/figur bakgrund

PÅ PRODUKTIONSDOMÄNEN

gäller evidens så långt som möjligt

Följa BUP:s arbetsstruktur

Ge information om fortsättningen,

Arbeta enl 1:a linjen (problemlösande)

Arbeta enl 2:a linjen, specialist-BUP

NoB

Utredning

EVIDENS

Kjell Hansson

- 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 terapier, man har varken evidens eller teori.**

Vidare måste vi följa strukturen på BUP

Bedömningsamtal (Uppdragssamtal)

NOB

Testat i HL med ST-läkare

MANUALEN FÖR FÖRSTA FAMILJESAMTAL inspirerad av

3-PELARMODELLEN enl CARR

- 1. Problemupprätthållande beteende mönster**
- 2. Problemupprätthållande trossystem (belief - övertygelse)**
- 3. Problemupprätthållande kontextuella faktorer**

Ad 1 Repetitiva problemupprätthållande beteende mönster. Vad händer före, under och efter en episod samt positiva och negativa känslor. Symmetri och komplementaritet.

Överinvolvering – frikoppling. Patologisk triangel dsv koalition över generationsgränserna som den andra föräldern måste underordna sig.

Ad2 trossystem (beliefssystems) Milano, lösningsfokus, narrativ, som stöds av belief/narrative Exempel: förneka problem, eller sin roll (som i AN). Saknar kompetens att lösa problemet, Orsaksförklaringar, tilldela andra negativa åsikter och avsikter, patologiska försvarsmekanismer t.ex. projektion, svartvit tänkande

Ad 3 Historiska, kontextuella och konstitutionella faktorer som predisponerar familjemedlemmar ta till sig speciella trossystem och engagera sig i speciella problemupprätthållande beteendemönster. Konstitutionell sårbarhet, fysiska och psykiska sjukdomar, handikapp, Dödsfall, kulturella normer, livscykel övergångar.

CMM-teorin: Människor i samtal organiserar mening/förståelse både över tid och hierarkiskt i en sammanhållningsstruktur, 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 ett handlingschema som delas av ett (stort) antal människor
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.
5. Kommunikativ handling (speech act).
Relationsbärande innehåll i verbala och ickeverbala budskap

FAMILJESAMTAL VID FÖRSTA BESÖKET PÅ BUP

- **Kontextsättning. Vet du varför du är här?** Vi har fått en remiss (ett brev) om att du har en del problem i skolan (etc). Vårt jobb är att hjälpa till att minska dessa problem så att din utveckling kan fortsätta, Men först vill vi göra en kompetensintervju, prata om det du lärt dig det du kan, är bra på.
- **Kompetensintervju** (utvecklingssamtal),
 - A.** hur långt har du kommit i din utveckling, vad kan du?, Vad säger ni föräldrar? Vad tycker ni att er son/dotter är bra på? Hur har ni bidragit till utvecklingen? (ev kan fler från nätverket vara med t.ex. klasslärare)
 - B.** Vad behöver du/vill du utveckla? Hur? Vad ser ni föräldrar som viktigt för NN att utveckla, hur?
- **Detta steg ev utan att IP är närvarande.** Rita ett **genogram (familjekarta)**. **Vilka känner tillproblemet?** (ingår i det problemdefinierande nätverket) Vilka är bekymrade? Vem ger stöd?
- Vad tycker föräldrarna är IP:s **problem beteende**? Sätt ett namn på det så att man lätt kan tala om det i fortsättningen.
- Vad kan föräldrarna berätta om vad andra t.ex. skolan tycker är IP:s problembeteende
- Vilka **effekter/konsekvenser** har IP:s beteende fått?
- Vad har ni gjort för att **hjälpa** honom/henne?
- Vad hjälpte (åtminstone delvis)?
- Vad hjälpte inte (ev förvärrade)?
- Vad är familjemedlemmarnas **förklaring** till dessas beteenden ("trossystem" och berättelser)? Fråga föräldrarna vad de tror om **icke närvarandes** trossystem.
- Vilket är det **problemdefinierande** nätverket? (vilka talar om IP:s beteende, identifierad patient, som ett problem?). Vad lever ni i för kultur.
- **Vilka** behöver vara med för att hjälpa till, så att det blir bättre? Vad skulle de kunna göra? Skall vi bjuda in dom till ett möte på BUP? (problemlösande nätverk)

EXEMPEL PÅ SAMTAL

T: Jag har hört att du har en del svårigheter i skolan, det skall vi prata mer om senare, men kan jag först få lov att göra ett utvecklingssamtal med dig?

P: VA!?

T 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...

T: Kan du cykla?

P: Självklart!

T: När lärde du dig det?

Mor: när han var 3 år

T: Ja det som man kunnat länge känns ofta självklart

Har du veckopeng? Vad skall den räcka till?

M: Han har sparat ihop till en vinterjacka

T: Jag har hört att du har en del svårigheter i skolan, det skall vi prata mer om senare, men kan jag först få lov att göra ett utvecklingssamtal med dig.

Kalle (K): Vadå??

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.

Fall 1

A. pojke 11 år rem från skolpsykolog p g av vredesutbrott, misstanke om autismspektrumstörning.

A har svårt att berätta vad han kan/är bra på. Jag frågar om fritiden. Han berättar att han gillar att fiska. Berättar livfullt om hur han fångat en gös på flera kg på kastspö. Han fick kasta spöet och hala in gösen med händerna. Påtagligt upplivad efter att ha berättat denna fiskehistoria.

Så kommer vi in på hans utbrott. De kommer enl mor nu mera sällan. A går undan in på sitt rum (bekräftas för det). I skolan har A fått en assistent som han trivs med. Han tycker det är jobbigt när många pratar, jobbar helst utanför klassrummet. A blir lätt arg när det händer något nytt eller oförutsett. Eller om han blivit lovad något som inte genomförs. A. tycker inte om psykologer. Dom ställer för många frågor.

Accepterar att träffa en yngre manlig psykolog för att göra ett QB-test.

Fall 2

R flicka 10 år aggressionsutbrott. Två småsyskon. Mormor mycket i familjen. Närvarande Mor, moster och R.

Vi är två jag lyssnar först. Bekräftande intervju ger en bild av en flicka som tycker om och är bra på flertalet skolämnen. Spelar tennis. Noggrann, en ordningsman och problemlösare i kamratgruppen. Mor: bra på att skapa tumult. Så följer en stunds samtal om svårigheter i relationen till pappa. Vill inte åka till honom. (inget eget "revir"). Moster går in och säger att huvudproblemet är att M inte kan ge struktur och konsekvens hon är som en syster. Det visar sig att mamma påbörjar gränssättning men inte orkar fullfölja. Jag frågar hur hon mår hur det är med hennes ork. Det visar sig att hon är på gränsen till utmattning. Vi förelår att moster o mor talar med mormor om att ta hand om ett två av barnen tre kvällar i veckan så att mor får ägna sig åt ett barn i taget för att minska risken för utmattning hos mor. Moster ställer upp som avlastningshem för R.

Vi inleder med familjesamtal, ingen utredning i dagsläget.

MINA ARBETSKAMRATERS SYNPUNKTER.

De flesta har manualen i bakhuvudet som stöd för samtalet. Man använder hela eller delar av manualen i en ordning som passar i sammanhanget. De flesta försöker göra någon form av bekräftande samtal.

Fördelar med manualen

- **Information inhämtas från alla (obs Barnet), både vad som fungerar och vad som är svårt inom olika områden hem, skola, fritid**
- **Stöd för minnet, ger struktur åt samtalet, påminnelse**
- **Fam känner sig väl omhändertagen, lyssnad till, pos Bekräftad**
- **Inte göra barnet till ett problem**

Nackdelar.

- **Föräldrarna vill ofta tala om det som inte funkar.**
- **De kan känna sig kränkta av bekräftande samtal, många vill börja med problemet.(I så fall kanske ensk fld samtal).**
- **Även nedstämda personer kan uppleva positiv bekräftelse negativt, som ett krav.**

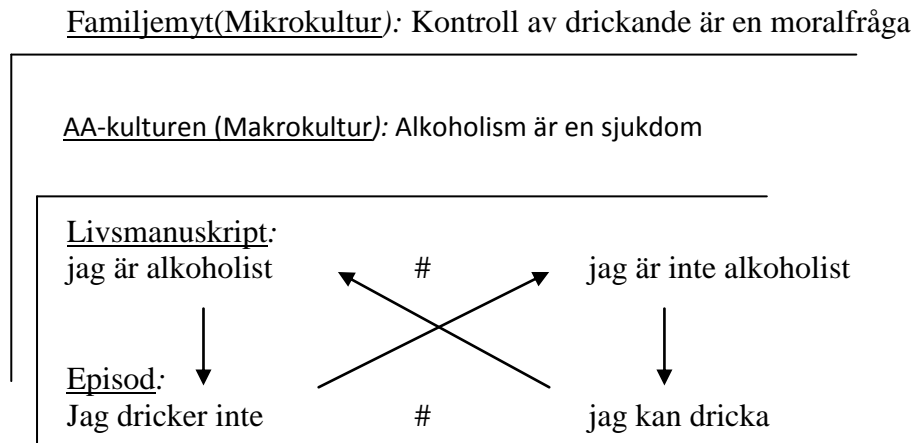
Nob Bilder livsstil mm SDQ (strength & difficulties Q), SCAS (Spence Children's Anxiety Scale), ASRS (Adult ADHD Self-report scale), DSRS (depression Report Scales), AN/bulimi, YPI, MultiGAF.

Mitt försök att göra en karta Stress/Coping

Bild (ev rita)

Några kommentarer/frågor

Figur 1 alkoholistloopen enligt CMM:



betyder utesluter

┌ betyder inom kontexten av

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

Kontextuell kraft (1)

Professionell makrokultur:

AN är ett livshotande tillstånd som måste **behandlas** enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Professionell mikrokultur

Vi behandlar inte. Vi går över till **omvårdnad** Medan vi väntar på att tiden skall bli mogen att förstå.

Professionellt livsmanuskript:

T. "Vet"

(Skapar någon form av hypotes)

Episod

Behandla

(t.ex frågor ställs enligt hypotes om cirkulär epistemologi)

T. betar sig respektlöst

försöker avslöja/förstå och

förändra patienten och

familjen

Pat. döljer gm att bli sämre

risk för skenande process

Till sjukhus

#

#

#

#

#

Implikativ kraft (2)

T. "Vet ej"

(meningslöst att skapa hypoteser)

Icke beh. (omvårdnad)

T föreslår experiment

för att fam. skall få ny kunskap

på analog nivå, t.ex. genom att

föreslå ritualer av olika slag

Patienten behöver inte dölja

eftersom T. inte försöker

avslöja

Från sjukhus

T=terapeut