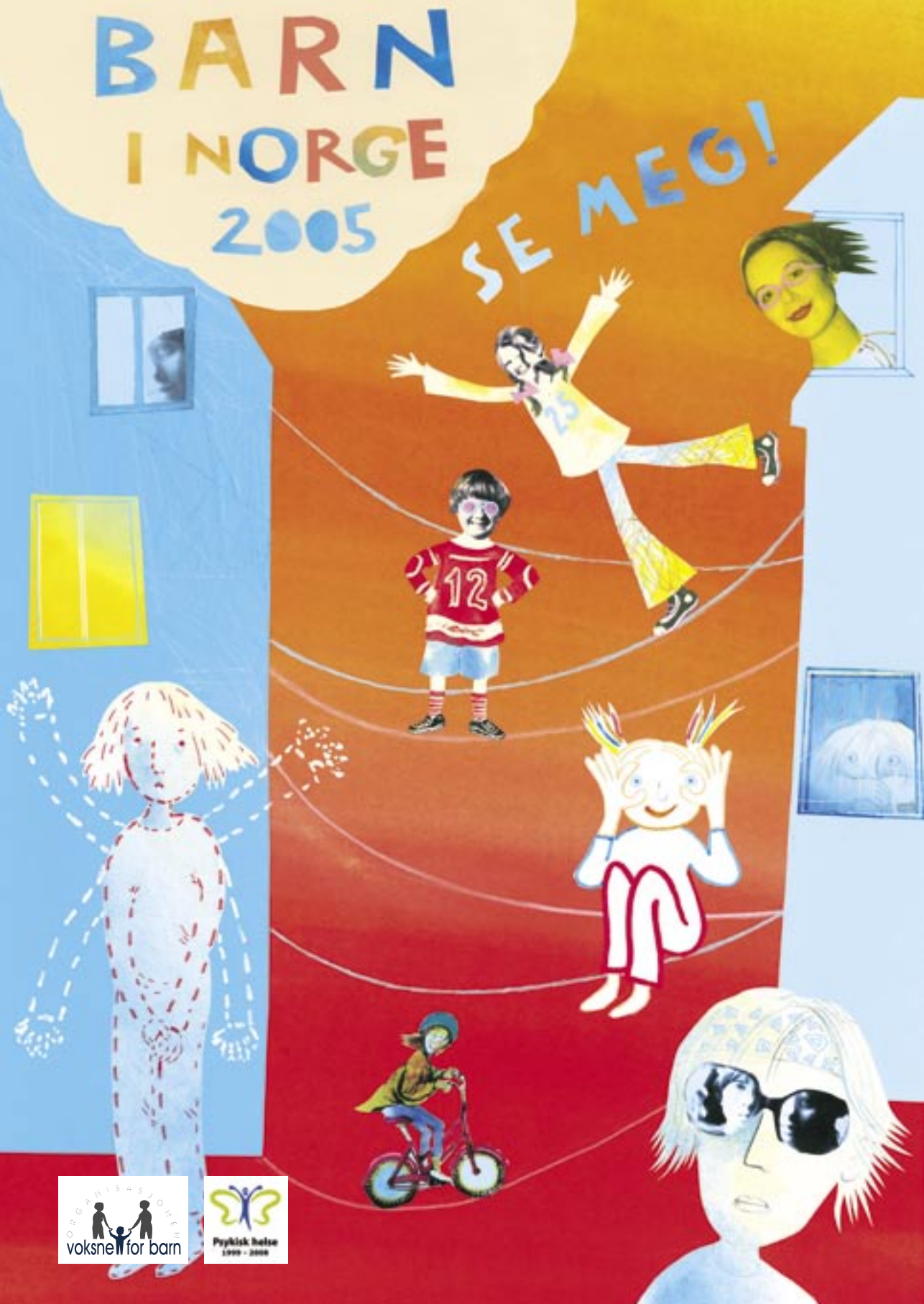


BARN I NORGE 2005

SE MEG!





Se meg!



Innhold

- 6 ■ Forord
av redaksjonen
- 9 ■ Hvordan hjelper henne som ikke sier noen ting?
Bruker og resultatstyrt behandling
*Av Ole Sigvard Lunnan, psykolog ved Familie- og
Nettverksteamet ved barne og ungdomspsykiatrien i Follo*
- 17 ■ Taushet er også tale
Selektiv mutisme hos barn og unge
*Av Hanne Kristensen, barnepsykolog og
postdokstipendiat ved Regionsenter for barn og unges
psykiske helse (RBUP), Øst og Sør*
- 27 ■ Skolevegring hos barn og ungdom
Av Jon Magne Ingul, psykolog og stipendiat ved NTNU
- 41 ■ Hun sitter jo bare der
Innagerende atferd i lys av Daniel Sterns selvteori
*Av Ingrid Lund, familieterapeut og spesialpedagog
ved Høgskolen i Agder*
- 53 ■ Som man spør, får man svar – brukermedvirkning fra
barn og unge
*Av Karin Källsmyr, psykolog og fagkoordinator Voksne for
Barn, og Inger Hodne seksjonsleder ved RBUP, Øst og Sør.*
- 67 ■ På veien mot voksenlivet
Samtaler mellom ungdom og hjelpere som bidrag
til økt livsmestring
*Av Kari Langaard, klinisk sosionom/ cand. Polit., dr.grad-
stipendiat ved RBUP, Øst og Sør, og Kristin Olaisen, klinisk
pedagog Nic Waals Institutt i Oslo*
- 77 ■ Livets stemmer
Betydningen av sosiale nettverk for ungdom med
psykiske vansker
*Av Anne-Lise Holmesland, forsker og veileder ved
Sørlandet Sykehus HF og Jaakko Seikkula, professor ved
Universitetet i Tromsø og Høgskolen i Agder bl.a.*
- 89 ■ Forebygging av emosjonelle lidelser hos barn og unge
*Av Simon-Peter Neumer, Dr. philos, Psykologspesialist,
veileder NPF, NFKT og Marianne Aalberg, Cand.Psychol
RBUP, Øst og Sør.*

Utgiver: Voksne for Barn

I redaksjonen:

Professor Edvard Befring

Generalsekretær Randi Talseth

Informasjons- og markedsadministrator Ingeborg Veia

Illustrasjoner: Malgorzata Piotrowska

Design: Grafisk Form as

Trykkeri: Gamlebyen Grafisk

Utgitt med støtte fra Sosial- og helsedirektoratet

ISBN 82-92488-07-3



Forord

Siden år 2000 har Voksne for Barn årlig publisert rapporten «Barn i Norge». Her har vi tatt opp sentrale spørsmål om barns og unges oppvekst og psykiske helse både sett i lys av kritiske problemer, hjelpetiltak, familie, skole og samfunn. Betydningen av barns egne opplevelser av sin situasjon har vært et gjennomgående tema. Årets rapport tar opp problemstillinger vedrørende de stille barna – som ofte verken blir sett, hørt eller forstått, og som får liten oppmerksomhet i fagmiljøer, i media og i politisk sammenheng. Det er grunn til å merke at Voksne for Barn ofte har vært i forkant med å ta opp temaer som andre ikke har hatt på dagsordenen. For eksempel satte organisasjonen søkelys på omsorgssvikt overfor barn tidlig på 70-tallet. Ti år senere tok vi opp behovet for et lovfestet forbud mot fysiske og psykiske overgrep mot barn. Fra tidlig på 90-tallet har

organisasjonens fokus blant annet vært rettet mot barn av psykisk syke foreldre.

Samfunnets oppmerksomhet blir ofte styrt mot det spektakulære, det støyende og godt synlige. Det gjelder også på oppvekstområdet. Det er vanskeligere å forholde seg til fraværet av krav om å bli sett – til det stille, tilbaketrukkne og tilsynelatende medgjørlike og tilpassede barnet. Erkjennelsen av at disse barna også i høy grad bør få faglig og politisk oppmerksomhet vokser nå fram, ikke minst på grunnlag av de studier og den kunnskap som foreligger. Hvordan hjelper vi henne som ikke sier noen ting? Hvordan kommunisere med barn som ikke snakker? Hvordan hjelpe skolevegrere tilbake til et skolefellesskap? Dette er blant temaene i årets Barn i Norge-rapport. «Opplevelsen av å få lite tilbake gjør at en ikke orker eller gir litt

opp», sier spesialpedagog Ingrid Lund om det å forholde seg til de tausede barna. De gir likevel klar beskjed om at de vil bli sett, snakket til og spurt om hvordan de har det, selv om de gjør sitt beste for å være usynlige. «Ikke tro på det hvis noen sier at de ikke har lyst til å begynne å snakke», er det viktigste rådet fra en ungdom som gikk taus gjennom hele ungdomsskolen.

Flere av artiklene viser til konkrete framgangsmåter for hvordan man kan lytte til barn og unges egen stemme underveis i et hjelpeopplegg. Menneskers rett til medvirkning er blant annet slått fast i lov om pasientrettigheter. Denne retten gjelder også for barn og unge som brukere av psykisk helsevern. Mange sliter likevel med å få dette til i praksis. Tause barn og unge er i særlig grad prisgitt voksnes oppfatninger og vurderinger av deres behov. En bevisst

holdning til brukermedvirkning overfor innadvendte barn, er derfor spesielt viktig.

Intensjonen med Barn i Norge-rapportene er å publisere fagartikler som kan danne grunnlag for sosialpolitiske og faglige initiativ som ivaretar barns oppvekst, utvikling og helse. I år er rapporten også blitt knyttet til Verdensdagen for psykisk helse 10. oktober, hvor temaet er barn, familie og nettverk.

Voksne for Barn lover å arbeide videre for at også de stille barna blir sett, hørt og forstått med utgangspunkt i egne behov – slik alle barn har krav på.

Redaksjonen v/ professor Edvard Befring, generalsekretær Randi Talseth og informasjons- og markedskoordinator Ingeborg Veia



Edvard Befring



Randi Talseth



Ingeborg Veia



Ole Sigvard Lunnan, er psykolog, og har arbeidet 10 år i psykisk helsevern for barn og unge, med spesiell interesse for psykososiale problemstillinger. Han har erfaring fra Familievernet, Alternativ Til Vold og helsestasjonsbasert lavterskeltilbud. Arbeider som sakkyndig for barnevernet og er teamleder for Familie- og Netverksteamet ved BUP Follo.

Hvordan hjelpe henne som ikke sier noen ting?

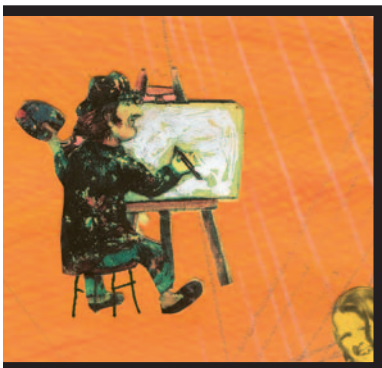
Bruker- og resultatstyrt behandling

Tause barn og unge er i særlig grad prisgitt voksnes definisjon av deres behov og samarbeidet i hjelpeapparatet. Duncan og Millers drøfting av bruker- og resultatstyrt behandling viser en måte å anvende ny behandlingsforskning på som kan øke muligheten for disse barna til å bli hørt. Viktigst er terapeutisk allianse, klientens tanker om endring samt bruker-evaluering av resultat og prosess. Duncan og Miller oppfordrer til engasjert leting etter hva barnet og dets nærmeste tror kan være til hjelp, og til ydmykhet overfor klienters preferanser når det gjelder hvem de føler seg hjulpet av. Ved å bruke visuelle evalueringsverktøy kan terapeuten også få verdifulle tilbakemeldinger fra tause klienter. Men for at evaluering skal bli viktig, må klienten ha flere alternativer enn valget mellom å få hjelp eller ikke. Dette gir ikke bare utfordringer for terapeuten som skal ta imot klientens tilbakemeldinger, men for hjelpeapparatet som system. Barn og unge har særlig behov for et fleksibelt og åpent hjelpeapparat hvor eventuelle negative tilbakemeldinger fra klienter ansporer til nye perspektiver, ikke til håpløshet og forsvar.

Innledning

Kristine risikerte å avslutte 9. klasse uten karaktergrunnlag. Det var dramatisk og et synlig tegn

på en fortvilelse som lenge var usynlig. Evnene hennes var det ingenting i veien med. På en god dag fikk hun forleden karakteren 5 på en mat-



teprøve. De dårlige resultatene var et nederlag for skolen hennes, men i praksis først og fremst for henne selv. Hun hadde det ikke bra, og på skolen fikk de ikke kontakt med henne. Kristine har vært en stille, nesten usynlig undertryt siden 1. klasse. Foreldrene har vært bekymret, men alltid blitt trøstet med at det vil nok etter hvert gå bedre. Dessuten har de hatt andre ting å bekymre seg for. Først i 9. klasse kom hun til Pedagogisk-psykologisk tjeneste og derfra til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Jo eldre hun ble, desto mer trakk hun seg unna andre. Det hastet med å finne fram til noe som kunne være til hjelp. Hva kunne det være? Hva kunne hjelpeapparatets svar være hvis Kristine fortsatte å være inne-sluttet og ikke viste motivasjon til å hjelpes?

Denne artikkelen skal presentere og diskutere Barry Duncan og Scott Millers (Duncan & Miller 2000) praktiske anvendelse av de senere års behandlingsforskning (Hubble, Duncan & Miller 1999, Miller, S. Duncan, B. & Hubble, M. 2004) med fokus på arbeid med barn og unge. Den lille beskrivelsen av Kristine gir kanskje noen tanker om hva det er med henne, og hvordan hun burde hjelpes, men ifølge Duncan og Miller er dette spørsmål vi som fagfelt går altfor raskt inn i. Aller først må vi prøve å få tak i hva Kristine eller de som hun er avhengig av, tror kan være til hjelp. Kanskje holder det å spørre, men det kan også være et møysommelig arbeid å finne fram til dette som krever all vår kompetanse og fantasi. Og underveis må vi undersøke om de vi forsøker å hjelpe, synes de

blir hjulpet. Dette gjelder ikke spesielt for de tause barna, men Duncan og Miller med kolleger har utviklet evalueringsverktøy som ikke er avhengig av hvor utadvendt eller verbal klienten er. Vi hjelpere lever av samtalen, følgelig er ordløse klienter en særlig utfordring som kan tjene på Duncan og Millers perspektiv (begrepene hjelper og terapeut brukes om hverandre da Bruker- og resultatstyrt behandling som perspektiv er relevant også utenfor tradisjonelle terapeutiske settinger). Kristine er laget for å være et illustrerende eksempel i denne artikkelen, men eksempelet er basert på egen klinisk erfaring.

Bruker- og resultatstyrt behandling

Duncan og Miller baserer sitt kliniske perspektiv på en oversikt og oppsummering av resultater fra 40 års behandlingsforskning om virksomme faktorer i terapi («The Common Factors»). Hovedfunnene i denne forskningen skal gjengis her. Lambert og Bergin (1994) fant i sin gjennomgang av behandlingsforskningen at klient- og ekstraterapeutiske faktorer bidrar med å forklare ca. 40 % av en klients bedring i løpet av behandlingsperioden (Lambert og Bergin 1994). Disse faktorene er klientens ressurser og støtte i sine omgivelser, samt forandringer som oppstår under forløpet av terapi, altså faktorer som ikke kan tilskrives terapien i seg selv. Først og fremst avhenger Kristines utvikling av henne selv og hennes nettverk. Som hjelpere skal vi derfor være varsomme med å fokusere på vår egen betydning på bekostning

av et fokus på klientens ressurser. Dernest kommer at relasjonen i en terapeutisk situasjon bidrar med ca. 30 %. Sentrale elementer her er om terapeuten oppleves som empatisk, om terapeuten bekrefter det klienten legger vekt på og tar hensyn til det vedkommende tror er til hjelp for seg (klientens endringsteori). Som hjelpere bør vi nok noen ganger tenke at vi ikke skal la oss avvise av klienten, «hun tester ut om jeg er til å stole på». Eller kanskje man faktisk skal la seg avvise. Ettersom relasjon er så viktig, bør Kristine kanskje heller bruke tiden sammen med noen hun liker. Metode og teknikk bidrar bare med å forklare ca. 15 % av bedringen, like mye som placebofaktorer og klientens forventninger. Nyere analyser forsterker bildet av ekstraterapeutiske faktorer og relasjonsfaktorer som mest avgjørende for resultatet av en behandling (Wampold 2001). Dette er uvante tanker i et såkalt evidensbasert eller medisinsk perspektiv. Er det altså ikke slik at bare man får stilt riktig diagnose, så vet man behandlingsmetoden? I arbeid med psykisk helse vil det være slik for noen klienter, for andre ikke. Poenget er at Kristines opplevelse av om hun blir hørt og hjulpet, er det avgjørende for utfallet at behandlingen.

Behandlingsforskningen gir også uttrykk for at terapeutens vurdering av endring og relasjon er tilbakemeldinger. Betydningen av tilbakemeldinger for resultatet av behandling er framkommet i flere aktuelle forskningsprosjekter (Lambert et al. 2003). Dette gjelder særlig når det er fare for et negativt eller manglende resultat av behandlingen. Og sist i denne sammenhengen: Fravær av tidlig bedring i klientens subjektive opplevelse av velvære, gir signifikant mindre sannsynlighet for positivt resultat av terapien (Haas, E. et al. 2002, Agras, W. et al. 2000). Er ikke terapeut Ole til hjelp, kan Kristine antyde noe om dette tidlig, og før Ole har skjönt det selv, hvis Ole vil vite det. Klarer Ole å justere kursen etter Kristines ønsker, vil det være svært gunstig for behandlingsprosessen generelt og relasjonen spesielt. Hvis ikke har begge muligheter til å gi seg i tide.

Miller og Duncans bruker- og resultatstyrte behandling (Client-Directed, Outcome-Informed Therapy) er ikke «enda en ny behandlingsmetode», men en anvendelse av de påpekte forskningsfunnene som gir et generelt grunnlag for gode terapeutiske tilnærminger, teorier og metoder. Om Kristine er best hjulpet av psykodynamisk terapi, gestaltterapi, konstruktivistisk terapi, løsningsfokustert terapi, kognitiv terapi, medisinsk behandling, nærmiljøtiltak, familierapi osv., er det bare hun som i siste instans kan avgjøre (Duncan & Miller 2000). De sier heller ikke at spesialisert og metodespesifikk kompetanse er uvesentlig, snarere tvert imot. Men basert på behandlingsforskningen må klienten først og fremst bli hørt, anerkjent som ekspert på seg selv, sitt hjelpebehov, på hva som hjelper. Det er ikke klienten som skal passe til terapeutens metoder, men terapien som må tilpasses klienten. Et vellykket behandlingsforløp avhenger først og fremst av klientens ressurser, personlig og i sitt nettverk. Klarer terapeuten å spille på lag med disse ressursene, er mulighetene gode for et vellykket resultat. Det styrker også alliansen mellom klient og terapeut, kjemien i relasjonen, som er terapiens akilleshæl. Klienten kan som regel ikke gi metodespesifikke retningslinjer, eller instruere terapeuten som alliansepartner. Terapeuten kan på sin side ikke på forhånd vite sikkert hva som hjelper. Prøving og feiling er uunngåelig. Men terapeutens ansvar er å undersøke hvordan det bærer av gårde, hva klienten synes. På direkte spørsmål om hva hun synes, svarer Kristine som regel «vet ikke». Duncan, Miller og deres kolleger har utviklet evalueringsverktøyene «Vurdering av endring» (Outcome Rating Scale) og «Timevurdering» (Session Rating Scale), som gi Kristine en annen mulighet til å svare. Disse verktøyene (forkortes henholdsvis som ORS og SRS) er nå også under utprøving i en spesiell utgave for barn, et arbeid som i Norge koordineres av Anne-Grethe Tuseth ved R-BUP i Oslo.

Vurdering av endring og timevurdering

Vurdering av endring (ORS) er et skjema hvor

klienten markerer hvordan siste uke har vært. Skjemaet deles ut ved begynnelsen av hver time. Skalaene er ikke gradert, men terapeuten kan avlese dem som skalaer fra 0 til 10 og summere til en totalskåre. Totalskårene gir fra time til time et uttrykk for eventuell endring i klientens situasjon. ORS-skårene legges vanligvis fram for klienten fortløpende, muntlig eller som grafer. Utprøvingen av ORS (Miller, Duncan, & Hubble 2004) har vist at personer som har utbytte av terapi, som regel har totalskårer mellom 0 og 25. Skårer klienten over 25, er det usikkert om vedkommende vil ha utbytte av terapi. Kristine kom til samtale sammen med foreldrene sine. De skåret over 25, noe som er naturlig ettersom de for sin egen del syntes tingene gikk greit. Kristine skåret 12. Sammenlignet med hennes meget sparsomme verbale beskrivelse av å ha problemer ga det et tydelig uttrykk for at hun ikke hadde det bra. Utprøvingen viser også at mellom 60 og 65 % av klientene vil oppleve den vesentligste symptomatiske bedringen i løpet av de første 7 terapisamtalene. En tidlig økning i klientens ORS-skåre gir derfor håp om et positivt utfall av terapien. Tilsvarende vil en uendret eller negativ utvikling av klientens ORS-skåre i løpet av de første timene antyde at klientens utbytte av terapien er usikkert, og at vedkommende kanskje bør få et annet tilbud. Kristines skåre økte ikke nevneverdig i løpet av de første 7 samtalene, og jeg kommer tilbake til det.

Som nevnt viser analysene av behandlingsforskningen at klientens opplevelse av den terapeutiske relasjonen, eller kommunikasjonen med terapeuten, er den terapispesifikke faktoren som sterkest predikerer utfallet av terapi. Lambert (Lambert et al. 2003) har funnet at formelle tilbakemeldinger fra klienten i terapeutiske relasjoner som står i fare for negativt resultat, doubler muligheten til positivt resultat sammenlignet med tilsvarende relasjoner hvor klienten ikke får gitt formelle tilbakemeldinger. Miller og Duncan og deres kolleger (Miller, Duncan & Hubble 2004) har derfor utviklet skjemaet Timevurdering (SRS), hvor klienten markerer hvordan timen har vært, på fire

skalaer. Terapeuten kan, hvis det synes formålstjenlig, be klienten om å kommentere skårene. Skårene kan sees som et uttrykk for om klienten opplever den terapeutiske relasjon som positiv, men kommentarene kan være en enda viktigere tilbakemelding. Generelt høye SRS-skårer gir lite grunnlag for forbedret relasjon, mens lave SRS-skårer kan være svært nyttige. Klienter gir ofte positive tilbakemeldinger, enten de får skjema til hjelp eller ikke, men det er de negative eller kritiske tilbakemeldingene terapeuten trenger. Hadde Kristine eller noen av foreldrene hennes gitt lave SRS-skårer, kunne Ole tatt tak i det og kanskje kommet inn på et spor som Kristine ble hjulpet av, men det gjorde de dessverre ikke. Jeg kommer tilbake til det også.

Evaluering gjør bruker- og resultatstyring mulig

Terapeuten har makt til å si at for å vite om noe er til hjelp, trengs det omfattende forskningsdesign som ikke er gjennomførbart i vanlig klinisk praksis (for en utfyllende diskusjon av terapeutens definisjonsmakt i arbeid med barn, se Lunan 2005). Denne maktbruken kan innebære en defensiv holdning til evaluering av egen praksis som ekskluderer klientens tilbakemeldinger. Både ORS og SRS er utformet så enkelt som mulig av hensyn til anvendelighet, og evalueringsskjemaene er ikke avhengige av en tradisjonell terapeutisk setting. Mer omfattende evalueringsverktøy kan oppnå sterkere validitet og reliabilitet, men erfaringen viser at disse blir svært lite brukt utenfor forskningsprosjekter (Miller et al. 2004, under trykning, se også sammenligning med OQ45.2 og HAQ-II).

I tillegg kan selve skjemaene ha en terapeutisk effekt ved å skape en atmosfære hvor klienten opplever seg selv og sine oppfatninger som viktige. Er skjemaene i all sin enkelhet banale? Er det nødvendig med så mye papir for noe man like gjerne kan spørre om på en uformell måte? Utviklingen av skjemaene kan føres tilbake til et prosjekt hvor en i detaljert analyse av et stort antall videoer fant at terapeuter i hovedsak ikke ba klienten om tilbakemeldinger, selv om

terapeutene selv hevdet å ha gjort det (Duncan & Miller 2000). Spriket mellom terapeutens intensjoner i samhandling med klienten og hva terapeuten gjør som er påviselig for andre, kan således være stort. Et skjemabasert opplegg gjør evaluering som del av den terapeutiske virksomheten påviselig, konkret og tydelig både for terapeut og klient. Dertil kommer at det ikke favoriserer den som har lettest for å snakke, eller som overdøyer andre. I arbeid med barn og unge er dette særlig viktig ettersom det er så mange som snakker for barnet. Kristine var vant til at foreldrene snakket for henne, på godt og vondt. Skjemaene ga henne en mulighet til å tre fram selv. Denne muligheten grep hun.

Men det er ikke dermed sagt at hjelpere som bruker ORS og SRS, driver en bruker- og resultatstyrt terapi. Det finnes ingen manual i vanlig forstand for dette perspektivet. Uten terapeutens entusiasme og interesse gir avkryssningene ingen mening. Hvis terapeuten ikke bruker sin makt til å definere skjemaene som viktige, faller bunnen ut av evalueringen. Evalueringen er særlig viktig for å avdekke, hvis hjelperen vil vite dette, om terapien ikke fører fram eller at den terapeutiske relasjon ikke er tilfredsstillende. For klienten kan det være svært nyttig å få hjelp til å formulere sin vurdering. Om mulig eller ønskelig kan klienten bruke det som anledning til å skaffe seg annen hjelp. Gitt den terapeutiske relasjons overlegne betydning som terapispesifikk faktor, kan klienten oppleve helt andre resultater hos en annen hjelper.

Kristines situasjon endret seg ikke vesentlig ved Oles hjelp, og verken hun eller foreldrene ga indikasjoner på hva Ole burde gjøre annerledes. De var fornøyde, i likhet med 90 % av foreldrene som mottar hjelp i Psykisk helsevern for barn og unge (NRK 2005). Som regel vil evaluering med ORS og SRS avdekke at klienten blir hjulpet, hvis vi igjen skal tro på behandlingsforskningen (Duncan & Miller 2000) og egen erfaring. Vi klarer å hjelpe flertallet, men ingen klarer å hjelpe alle. Det er viktig ikke bare å være til hjelp, men også å finne ut når man ikke er det. Kristine er valgt som illustrasjon

fordi skjemaene ga henne mulighet til å si fra på et tidlig tidspunkt. Fornøyde foreldre er ikke noen garanti for at barnet eller ungdommen har utbytte av behandlingen. Voksne med innflytelse i den unges liv har mange fortrinn i kampen om terapeutens oppmerksomhet. Ole kunne fortsatt lenge, tålmodighet er en dyd i Norge, og foreldrene ville antakelig ikke protestert. Jo sterkere smerte vi møter, og jo dypere problemer, desto mer tålmodige pålegger vi oss å være. Men det er ikke sikkert det er så lurt.

Konklusjoner og vurderinger

Ifølge Duncan og Miller bruker hjelpeapparatet altfor mye ressurser på tiltak som ikke fører fram, på bekostning av hensiktsmessige prosesser (Duncan & Miller 2000). Det er ikke bare et problem for hjelpeapparatet, men aller mest for dem som vi er saktmodige på vegne av. Men det er ikke alltid klienten ønsker at endring eller relasjon skal brukes som kriterium for om en terapi skal fortsette. Kanskje gir det trygghet at terapeuten er involvert, kanskje føler klienten at andre, for eksempel barnevernet eller skolen, vil se kritisk på at terapien avsluttes. Etter min erfaring er det i Psykisk helsevern for barn og unge ofte vanskelig for terapeuten å avslutte en terapi med henvisning til at den ikke fører fram, i hvert fall hvis ikke klienten er med på denne konklusjonen. For Kristines foreldre var det en stor opplevelse da Ole presenterte som en problemstilling at han ikke visste om han klarte å hjelpe henne. «Jeg vil ha en dame,» sa Kristine da. Mange kvinner hadde tidligere forsøkt å snakke med henne, men da ville hun ikke. Heldigvis arbeidet Ole i et team hvor det var mulig å spørre en flink dame om hun kunne snakke med Kristine. Kristine ville, og ble hjulpet. Derfra kjenner jeg ikke detaljer i saken, men har grunn til å tro at det nå går bra med henne.

For mange fagfolk virker det naivt og ansvarsfraskrivende å la klientens vurdering være overordnet terapeutens vurderinger, og noen klienter svarer retorisk når de blir spurt om hvordan de ønsker å hjelpes: «Hadde jeg vært her hvis jeg visste det?». «Jeg trodde du var ekspert her.»

Noen klienter ønsker at behandleren inntar en tydelig ekspertrolle, mens andre foretrekker en egalitær relasjon. Noen vil ha konkrete råd, andre vil først og fremst bli lyttet til. Noen synes det er viktig at terapeutens framgangsmåter er utprøvd i kontrollerte forskningsdesign, andre synes det er viktigst at terapeuten kan både le og gråte. Noen vil bli utfordret av terapeuten, andre ønsker først og fremst bekreftelse på at det de gjør, er riktig. Men det er i høyeste grad grenser for hvor mye terapeuten kan tilpasse seg klienten, hvor mange roller terapeuten kan gestalte, hvor mange metoder terapeuten kan beherske. Etter min erfaring har klienten og terapeuten ekspertise på hvert sitt felt, terapeuten på sitt arbeid, klienten på seg selv. Den som må tilpasse seg, eller innse sine begrensninger, er terapeuten. Klienten bør, som behandlingsforskningen tydeliggjør, få siste ordet.

Hjelpeapparatet viser en vegring mot å finne ut om hjelpetiltak fungerer. Dette koster klienter dyrebar tid, og tiden er aldri så kostbar som når vi vokser opp. Ifølge Duncan og Miller er evaluering gull verdt fordi det gir klientene mulighetene til å velge noe de synes hjelper, og det gir hjelpere en vei ut av formålsløse prosesser. Det vil si, hvis klienten har andre alternativer. Jo «vanskeligere» klient, desto viktigere er dette. Kanskje mangelen på alternativer er grunnen til at vi vegrer oss mot å finne ut om vi er til hjelp? I det norske hjelpeapparatet har vi lang tradisjon for tålmodighet og samarbeid, helhet, behandlingsskjeder og linjer, men ikke like mye for å tenke på hverandre som alternativer. Kan vi gjøre noe med dette uten å ende opp i økonomisk motivert konkurranseutsetting? Helsemyndighetene stiller stadig sterkere krav om at Forskrift om individuell plan skal gjennomføres. Dette kan ha stor betydning for voksne brukere som trenger langvarig koordinert hjelp fra flere hjelpeinstanser. I arbeidet med barn og unge som trenger hjelpetiltak, stiller det seg som regel annerledes, der er det sjelden relevant å tenke varighet på samme måte som i arbeid med voksne klienter. Derimot bør ikke hjelpeapparatet som system stå i veien for at barn og unge kan nå fram til egnede hjelpetil-

tak før det er for sent. Kanskje trenger vi ikke så mye lange perspektiver og koordinering som smidighet i samarbeidet om barn og unge.

Boka *Children's minds* (Donaldson 1978) gir et fascinerende bilde av forholdet mellom utviklingspsykologi og språk. Her pekes det blant annet på at voksnes skille mellom sant og usant, fantasi og virkelighet handler mye om at vi gir privilegium til språklige beskrivelser; slik noe beskrives, slik er det. Hos barn har ikke språket oppnådd en slik status, barn stoler mindre på språket og legger større vekt på kontekst. Hos voksne klienter kan for eksempel betegnelsen psykolog være forbløffende sterkt definerende. Klienten viser fra første stund en tillit og en atferd som nærmest utelukkende er basert på at den hun eller han snakker med, kaller seg psykolog. Foreldre forsøker noen ganger å instruere barnet til å vise samme tillit som de selv gjør. «Nå må du si det akkurat som det er, husk at vi er hos psykolog.» Men det gjør sjelden stor forskjell. Kristine og andre stille barn og unge stoler kanskje minst på språket, de er ikke så mye opptatt av hva vi sier, som av hva vi gjør. Det er min erfaring at når barn eller ungdom ikke bare blir spurt om hva de mener, men får et overkommelig skjema for å vise det, så er det viktig for dem. De krysser av minst like samvittighetsfullt som voksne. Hjelperens handlinger understreker ordene.

Men veien derfra avhenger av hvor viktig denne informasjonen er for hjelperen, hvis ikke blir det bare mer papir. Legges det vekt på at hjelperen skal finne ut om hun eller han er til hjelp, og hvis ikke formidle kontakt videre? I noen grad gjøres dette, særlig mellom forskjellige instanser. PPT henviser til BUP eller melder til Barnevernet osv. Men dette er omstendelige prosesser som kan ta lang tid, og fordi instansene styres av forskjellige lovverk, opphører ikke nødvendigvis den enes jobb der andre tar over. Loven om fritt sykehusvalg åpner for at klienter kan søke hjelp på forskjellige steder, men det er også en omstendelig prosess. Det lettest tilgjengelige er at vi internt på våre tjenestesteder legger til rette for å overta klienter

fra hverandre. I samarbeidet mellom ulike instanser kan vi kanskje også oppnå smidigere prosesser hvor klienter ikke støter så mye på byråkratiske hindre. Ikke for å konkurrere med hverandre, men for at klientene skal få bedre hjelp. ■ ■

Litteratur

- Agras, W. S., Crow, S. J., Halmi, K. A., Mitchell, J. E., Terence Wilson, G. & Kraemer, H. C. Outcome Predictors for the Cognitive Behaviour Treatment of Bulimia Nervosa: Data from a Multisite Study. , Aug 2000; 157: 1302 – 1308.
- Donaldson, M. (1978): *Children's minds*. London: Croom Helm. Duncan, B. & Miller, S. (2000). *The Heroic client*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Haas, E., Hill, R. D., Lambert, J. L., Morrell, B. Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology*, 2002; 58: 1157-72.
- Hubble, M., Duncan, B. & Miller, S. (1999): *Directing attention to what works. I: The heart and Soul of Change*. Washington D.C.: APA Press.
- Lambert, M. J. (1992): Implications of outcome research for psychotherapy integration. I: J. Norcross & M. R. Goldfield (red.): *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994): *The effectiveness of psychotherapy. I: A. E. Bergin & S. L. Garfield (red.): Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York: Wiley.

■ Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L. & Smart D. W. Is It Time for Clinicians to Routinely Track Patient Outcome? A Meta-Analysis. *Clinical Psychology*. 2003; 10: 288-301.

■ Lunnan, O. S. (2005): Terapeutens definisjonsmakt i arbeid med barn – ei drøfting basert på «Foreldrefokusert arbeid med barn», «Personal Construct Psychology» og «Client Directed, Outcome Informed Therapy». Upublisert manuskript.

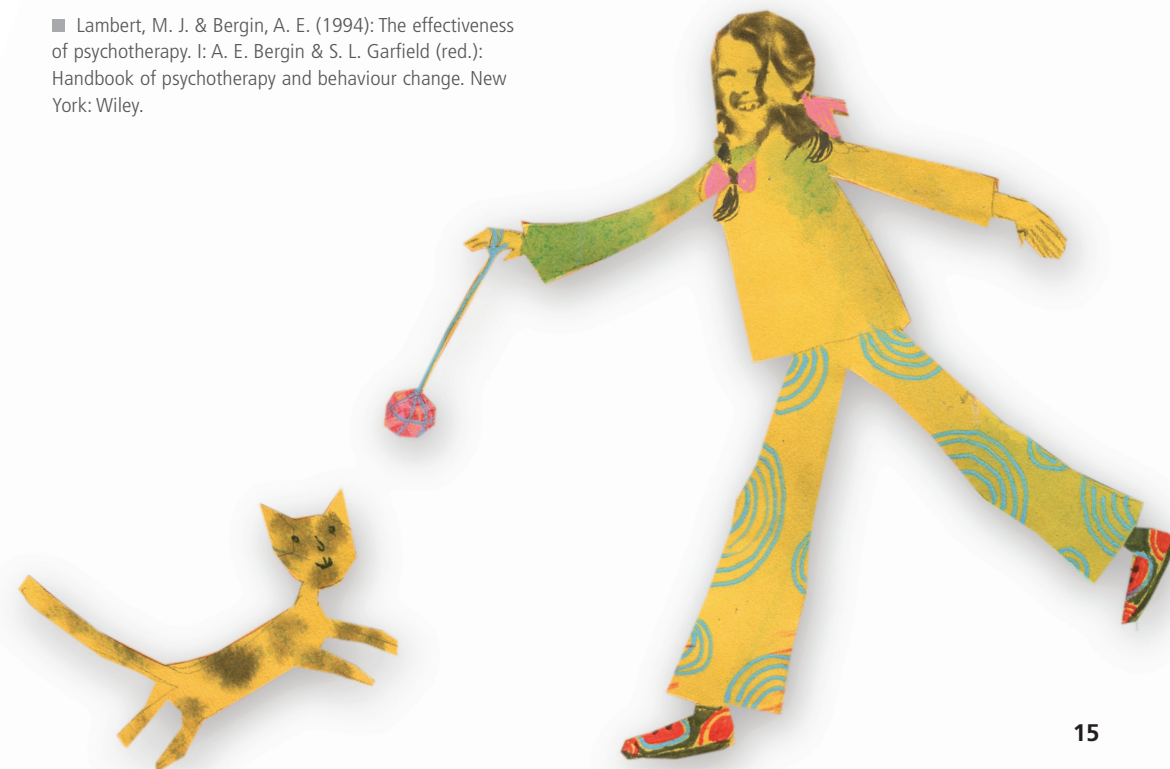
■ Miller, S., Duncan, B. & Hubble, M. (1997): *Escape from Babel*. New York: Norton.

■ Miller, S. Duncan, B. & Hubble, M. *Beyond Integration: the Triumph of Outcome over Process in Clinical Practice*. *Psychotherapy in Australia*, 2004; 10-2: 2-9.

■ Miller, S. Duncan, B., Brown, J., Sparks, J. & Claude, D. (2004, under trykning). *The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity and Feasibility of a brief visual analog measure*. *Journal of Brief therapy*.

■ NRK (2005): Medieoppslag om Sintefs rapport om behandlingstilbudet i BUP (ennå ikke publisert).

■ Wampold, B. (2001): *The Great Psychotherapy Debate*. New York: Lawrence Erlbaum.





Jeg greide ikke å si noe første skoledag, så da kunne jeg jo ikke gjøre det dagen etter heller

vil si å snakke lite generelt, og total mutisme beskriver en tilstand der mangel på talespråk gjør seg gjeldende i alle situasjoner.

Den selektive mutismen kan vare gjennom hele barnehage- og skolealderen og skaper da store problemer for barnas læring og i det sosiale samspillet. For lærere er det svært vanskelig å forestille seg at det tause, forknytte barnet i klasserommet kan være en livfull skravlekopp hjemme. Å være direkte vitne til denne plutselige forandringen hos et barn gir assosiasjoner som «strømbrudd» eller «at lyset blir skrudd av», og reiser naturlig nok mange spørsmål i forhold til hvordan det er blitt slik, og hvordan man best kan hjelpe. Tilstanden er også blitt kalt elektiv mutisme – en betegnelse man helst vil bort fra, da den språklig innebærer at barnet selv *velger* å ikke snakke. Barn med SM vet oftest ikke hvorfor det er blitt slik, og de vil gjerne begynne å snakke, men de vet bare ikke hvordan de skal få det til. «Ikke tro på det hvis noen sier at de ikke har lyst til å begynne å snakke,» var det viktigste rådet fra en ungdom som hadde vært taus gjennom hele grunnskolen. Nyere forskning tyder på at SM er knyttet til sosial angst, og mange i fagfeltet forstår derfor tilstanden som et uttrykk for sterk grad av sosial engstelse (Yeganeh et al. 2003).

Sosial angst innebærer redsel for situasjoner der en kan utsettes for andres vurdering og eventuelle kritikk. Noen er bare engstelige for å opptre i forskjellige sammenhenger – det vi vanligvis kaller «sceneskrek», mens andre er redde for en rekke sosiale situasjoner, som å treffe nye mennesker, snakke i gruppe, bryte inn i en samtale, snakke i telefonen, osv. De fleste mennesker vil kunne kjenne seg igjen i at hjertet kan banke litt fortere og at hendene kan være litt svette før en skal holde et innlegg eller en tale. Det å være sjenert i møte med fremmede er også en temmelig vanlig følelse – 90 % av voksne bekrefter at de har vært sjenert en eller flere ganger i livet (Rettew 2000). For mennesker med sosial angstlidelse er imidlertid redselen både ved tanken på slike situasjoner og det å være i dem langt kraftigere enn vanlig og kan utvikle seg til et panikkanfall. En person som er rammet av sosial angst, forstår at reaksjonen er irrasjonell, men klarer ikke å kontrollere den. Fordi dette er så plagsomt, vil de fleste prøve å unngå komme opp i slike situasjoner. Denne strategien er dessverre ingen hjelp på sikt. Det å holde seg unna bidrar både til å vedlikeholde problemet og fører til begrenset utfoldelse på mange av livets områder.

Forekomst, risikofaktorer og prognose

SM hos barn og unge er en *relativt* sjelden tilstand. Vi vet ikke hvor vanlig den er i Norge, men nyere forekomsttall fra USA og Sverige ligger på ca. 7–8 % (Bergman et al. 2002, Kopp & Gillberg 1997). Sosial angstlidelse hos barn er derimot langt vanligere med en forekomst på ca. 2–5 % (Chavira & Stein 2000). Blant de barna som lider av sosial angst, er det bare en liten del som også har SM.

SM finnes hos både jenter og gutter, men med en liten overvekt av jenter. Akkurat når den selektive tausheten oppsto, kan være vanskelig å fastslå. De fleste foreldre vil fortelle at barnet alltid har vært sjenert og forsiktig i nye situasjoner, og at problemet først ble tydelig ved start i barnehage eller på skole. «Jeg greide ikke å si noe første skoledag, så da kunne jeg jo ikke gjøre det dagen etter heller,» var en 11-årig jentes forklaring på hvordan hennes årelange taushet på skolen hadde startet. Selv om SM ikke forekommer så ofte, er det allikevel tankevekkende at barn med SM har fått så lite faglig og forskningsmessig oppmerksomhet til nå. I stor kontrast har tilstander med tilsvarende forekomst (for eksempel autisme) egne internasjonale tidsskrifter, verdenskongresser og store forskningsprogrammer.

Tidligere faglitteratur om SM er dominert av artikler som beskriver ett eller noen få barn etterfulgt av hypoteser om årsaksforhold. Disse vurderingene kan være svært forskjellige og ser mer ut til å reflektere den enkelte behandlers fagteoretiske orientering enn forskningsbasert erfaring (Hesselman 1981). Selv om nyere forskning heller ikke har kunnet påvise direkte årsaksforhold, vet vi i alle fall nå mer om hva som karakteriserer *grupper* av barn med SM. I tillegg til at gjentatte undersøkelser har funnet at SM er nær beslektet med sosial angst, er det også vist at mange barn med SM kan ha en lett grad av utviklingsforstyrrelse når det gjelder språk eller motorikk (Kristensen 2000). For eksempel kan noen ha vært litt sent ute med å snakke rent eller ha problemer med

ferdigheter som krever litt vanskelig motorisk koordinasjon, f.eks. svømming eller sykling. Et mindretall kan derimot ha en mer alvorlig utviklingsforstyrrelse, inkludert generelle lærevansker eller Aspergers syndrom (Gillberg & Billstedt 2000). Tausheten kan skjule de forskjellige utviklingsvanskene for omverdenen slik at disse barna ikke får den hjelp og støtte de trenger.

Barn med SM har også vist seg å ha et mer sky og tilbaketrukket temperament enn andre grupper barn. Det samme kan gjelde andre nære familiemedlemmer – for eksempel en av foreldrene eller et søsken (Kristensen & Torgersen 2001). I litteraturen blir SM ofte knyttet til temperamentstrekket «atferdshemning» eller behaviour inhibition (BI) – som har vært mye studert i USA i de siste tiårene (Schwartz et al. 2003). Fra helt tidlig alder viser barn med BI tegn til engstelse, de blir stille og trekker seg tilbake i nye situasjoner og overfor fremmede mennesker. SM har også vist seg å være hyppigere blant immigrantbarn som hører til en språklig minoritet. Kunnskap både om SM og om hvordan barn vanligvis tilegner seg et nytt språk, er viktig for ikke å overse SM hos denne gruppen (Toppelberg et al. 2005). Forekomsten av utviklingsforstyrrelser hos immigrantbarn med SM ser derimot ut til å være lavere enn vanlig (Elizur & Perednik 2003).

Utviklingen av SM kan derfor tenkes ut fra en modell der stress og sårbarhet påvirker hverandre: Stress aktiverer sårbarheten (eller sårbarheten skaper stresset), og symptomet utløses (taushet og tilbaketrekning). De konkrete stresssituasjonene er nok både mange og individuelle, men utgjør oftest «hverdagstraumer». Eksempler på slike «hverdagstraumer» kan være for brå barnehage- eller skolestart, nytt språklig og kulturelt miljø, annet miljøskifte, store bursdagsselskap med mange ukjente, o.l. Eksempler på sårbarheten kan være et sky temperament eller lett grad av forsinket språk eller motorikk, eventuelt en kombinasjon av begge.

Vi vet ikke nok om hvordan det går med barn

med SM når de blir ungdommer og voksne. En av de få etterundersøkelsene som finnes, er fra Tyskland og viser at 40 % av dem som hadde vært henvist for SM som barn, var helt kvitt symptomet i ung voksen alder. Resten strevde fremdeles med bl.a. kommunikasjonsproblemer og dårlig selvtilit (Remschmidt et al. 2001). Det er rimelig å tenke seg at mange vil få det bedre som voksne, da de i denne alderen har mer kontroll over hvilke situasjoner de våger å gå inn i og hvilke de vil holde seg unna. Studier av voksne med sosial angstlidelse (uten SM) viser allikevel at mange tar seg jobber under sitt kompetansenivå, færre får en partner, og flere sliter med depresjon og misbruksproblematikk (Lydiard 2001). Det må derfor være viktig å hjelpe barn med SM og sosial angst så tidlig som mulig.

En vanlig reaksjon overfor barn med selektiv mutisme er irritasjon og sinne

Hvordan hjelpe barn med selektiv mutisme

Som vi har sett, er selektiv mutisme knyttet til sjenanse og sosial angst, som begge representerer allmennmenneskelige følelser. Psykiatrien har fått kritikk for å sykeliggjøre normalfenomener (Fugelli 1999) – illustrert ved spissformuleringer som «Å være sjenert er nå omdefinert til lidelsen sosial angst. Skumle opplevelser kan gi posttraumatisk stressyndrom. Har vi det for godt, kan vi få «paradisdepresjon»» (Henrik V. Ebne, Forbrukerrapporten 2004). Fokusering på fenomenene sosial angst og selektiv mutisme kan reise et lignende dilemma, men samtidig kan en bagatellisering – «de fleste er jo litt sjenert – dette går over» – føre til at disse barna ikke blir møtt på en utviklingsfremmende måte, og bidra til å vedlikeholde problemet. Det å la være å gjøre noe er faktisk en av de vanligste grøftene å falle i når en står overfor et barn med SM. Vi vet at for mange barn kan tausheten

vare gjennom hele skolegangen – dvs. det går vanligvis ikke over av seg selv. Noen ganger kan det være lite som skal til for å hjelpe dem i gang; andre ganger må det arbeides over lengre tid. Samtidig er det viktig å ikke sykeliggjøre fenomenet, og det kan heller ikke være noe mål at alle mennesker skal være utadvendte og scenevante. «Kan vi ikke få lov å være forskjellige, da?» var en klok kommentar fra en jente, 6 år med SM.

Kunnskapen om at SM dreier seg om sosial angst, og forståelsen av den sosiale angstens vesen er viktig for å kunne hjelpe barn med SM. Disse barna har på et vis løst sin sosiale angst ved å forholde seg tause, men samtidig er denne løsningen også blitt deres problem. Hvis de plutselig begynner å snakke i klassen etter årelang taushet, vil alles oppmerksomhet bli rettet mot dem – og det er jo nettopp det å komme i andres fokus de frykter mest. Veien fra å være taus til å snakke blir altfor lang og må deles opp i mange langt mindre mestringstrinn.

Hvordan andre mennesker forholder seg til tausheten, er heller ikke uvesentlig. Dette gjelder både lærere, fagpersoner innenfor hjelpeapparatet, jevnaldrende og familie. Måten vi kommuniserer med det tause barnet på, kan gjøre det lettere for barnet å begynne å snakke, eller bidra til det stikk motsatte. Noen mennesker forholder seg rent intuitivt til tausheten slik at barnet føler seg vel til mote og kan tørre å våge seg fram på. Taushet i kommunikasjon er like fullt en utfordring for de fleste av oss, og reaksjonene det kan vekke, er relativt allmennmenneskelige. En bevisstgjøring av disse reaksjonene kan være nødvendig for å hjelpe barn med SM. Hva taushet gjør med oss, og hvordan vi skal kommunisere med en taus samtalepartner, vil derfor bli beskrevet før anbefalte tiltak i behandlingsapparatet.

Taushet i kommunikasjon

Etter personlig å ha snakket med mange familier, lærere, og fagfolk om deres erfaringer med barn med SM, tegnet det seg etter hvert et

felles reaksjonsmønster i møte med den tause samtalepartner. Viktige bestanddeler i dette mønsteret var: 1. taushet som utløser for sterke følelser, 2. taushet som avbrudd i den verbale dialogen, 3. taushet som kilde til misforståelser og 4. taushet som kulturelt fenomen. Disse aspektene er ikke uavhengige av hverandre, men det kan gi mening å se på dem separat.

1. Taushet utløser ofte sterke følelser

En vanlig reaksjon overfor barn med SM er irritasjon og sinne, illustrert ved ordtak som «Stillhet varer ikke lenge uten storm». Denne reaksjonen gjelder først og fremst ansatte i barnehage, skole og behandlingsapparatet, da hjemmet vanligvis ikke er noen hovedarena for tausheten. Disse negative følelsene kommer ofte først etter at f.eks. en lærer har forsøkt alt for å tilrettelegge og hjelpe barnet til å snakke – uten å lykkes. Reaksjonen kan også være knyttet til forestillingen om at barna kan snakke, men at de ikke vil, og at de kontrollerer og styrer sine omgivelser med tausheten sin. Sinnet som tausheten utløser, kan være overraskende kraftig både for den som reagerer og for omgivelsene. Det er derfor viktig å understreke at dette er en kjent reaksjon på taushet. Lignende sterke følelser er blitt beskrevet av terapeuter som har hatt tause voksne pasienter i terapi over tid (Fuller & Crowther 1998). Gleden når barnet begynner å snakke, er et annet uttrykk for hvor sterkt taushet kan virke. Lærere har spontant begynt å gråte av glede ved å høre de første ordene fra et barn som har vært taust i årevis.

2. Taushet som samtalebrudd

En dialog har en innebygget rytme mellom samtalepartnerne. Denne samtalerytmen nedfelles i oss i de helt første leveår, og i den flytende samtalen er vi oss den lite bevisst. Imidlertid har den ganske faste «regler» med hensyn til turtaking, tempo og pauser (Trevvarthen & Aitken 2001). En samtale med en taus partner fører til et forvirrende rytmebrudd. Noen vil reagere med selv å bli taus, slik at kommunikasjonen stanser opp. Andre reaksjonsmåter er å snakke for to – noe barn ofte gjør helt spontant. «Du

skjønner, hun kan ikke snakke, hun, for hun var i utlandet da hun var liten, så vi snakker for henne, vi» var en forklaring fra klassekamerater. En tredje måte er ofte å fortsette samtalen i en slags intervjuform for å få den tause til å svare. Ingen av disse reaksjonsmåtene representerer noen optimal situasjon for et barn med SM og sosial angst.

3. Taushet fører ofte til misforståelser

I lingvistikken ble taushet eller stillhet lenge bare definert som fravær av tale og dermed ignorert som kommunikasjonsbærer. Den rådende oppfatning i dag er at også taushet kan kommunisere og formidle mening. I forhold til tale er imidlertid taushet en mer tvetydig kommunikasjonsform som lett blir misforstått av omgivelsene og som ofte kan føre til konflikt (Javorski 1993). Dette er uttrykt i ordtak som «Det veit ingen kva togna gøymer» og «Stillhet er kompleksitetens stemme». Oppfattelsen av taushet som uttrykk for trass og negativitet er et eksempel på vanlige misforståelser av barn med SM. Grunnløse spekulasjoner om årsak er også hyppig. Ofte blir det spekulert på om barna har opplevd store traumer, og at tausheten skjuler hemmeligheten om det de har vært utsatt for. Dette bekreftes i et intervju med en kjent SM-forsker (Dr. Bruce Black i Herald Tribune, april 2005). Han forteller at ingen av de barna med SM han har sett, er blitt tause som resultat av traume, men at svært mange av familiene kunne fortelle at de var blitt møtt med mistanke om overgrep mot barnet.

4. Taushet som kulturelt fenomen

Bruk av taushet i kommunikasjon varierer fra kultur til kultur. Individualistiske kulturer er karakterisert ved at meningen først og fremst ligger i det verbale budskapet, og at taushet/stillhet vil virke avbrytende på kommunikasjonen. I kollektivistiske kulturer, derimot, vil meningen kunne ligge i den felles sosiokulturelle kunnskapen som ikke nødvendigvis innebærer tale. Lengden på pauser i tale er en av hovedfaktorene som kan føre til misforståelser mellom kulturer. Mennesker som misforstår stillhetens eller taushetens pragma-

tikk, kan ofte bli vurdert negativt som person eller som hel kulturell gruppe (Enninger 1987). Den nordiske kulturen blir ofte oppfattet som taus og stille, illustrert ved utsagn som «Jeg kan gå rundt i Oslo en hel dag, og folk sier ikke et ord! Jeg merker at jeg har forandret meg. Prøver å ikke snakke så mye. Folk blir jo sjokkert» (Nederlandsk ung kvinne bosatt i Norge i reportasjen «Kjærlighetsinnvandrere», Aftenposten 2002). Det er kanskje ingen tilfældighet at den høyeste prevalens av SM (2 %) hos skolebarn er rapportert fra Norden (Kumpulainen 1998). I møte med et barn med SM er det derfor også viktig å se hvordan taushet i kommunikasjon fortolkes i den kulturen (hjem og samfunn) barnet lever i.

Hvordan kommunisere med barn og unge med SM

«Hvor mye kan jeg presse» er et av de vanligste spørsmål fra lærere som har et taust barn i klassen. Som nevnt tidligere er det å la barnet helt i fred den ene grøften å falle i – en annen er å presse eller true barnet til å begynne å snakke. Denne sistnevnte strategien virker garantert stikk mot sin hensikt og resulterer i økt angst og taushet. Barn med SM *vil* gjerne snakke, men de vet ikke hvordan de skal få det til. Måten vi møter tausheten på, er avgjørende for å hjelpe et barn med SM til å begynne å snakke. Sosial angst dreier seg om å komme i fokus for andres oppmerksomhet. Begrepet defokusering kan være en slags «overskrift» for viktige elementer i kommunikasjon med et barn med SM. Prinsippene kan også brukes i møte med et sosialt engstelig barn uten SM. Noen viktige aspekter ved defokusering er:

● *Reguler kontakt og kroppsspråk*

Barn med SM viser ofte selv at regulering av kontakt er viktig, ved f.eks. å svare en voksen via en av dukkene sine eller et søsken eller å snakke med en stemme som de vanligvis ikke bruker. Det å bruke dukker, PC eller andre hjelpemidler å snakke «gjennom» kan være hjelpsomt. Reguler også blikkontakten ved å se mer på det en holder på med enn på barnet. På samme

måte er det bedre å sitte ved siden av enn rett overfor barnet. Som en illustrasjon på dette kan nevnes at barn med SM har begynt å snakke til sjåføren når de sitter på i bil.

● *Form og tema*

En taus samtalepartner kan bidra til at samtalen blir en form for intervju som paradoksalt nok vil bringe barnet med SM mer i fokus enn i en vanlig samtale. Still derfor undrende framfor direkte spørsmål. Spør ikke «hva vil du» eller «hva synes du» men si heller «Jeg lurer på om det kan være slik eller slik...». Videre bør ikke samtaletemaet dreie seg om barnet selv, men om noe barnet er interessert i. Det er også lettere å begynne å si noe med lite kommunikativt meningsinnhold, for eksempel være med på å telle, si en del av en regle, osv. Mange barn med SM er livredde for å si noe galt, og det kan være en hjelp å gi dem en ekstra forsikring om at det de vil svare, er OK.

● *Oppretthold «dialogen»*

Som nevnt er det en utfordring å opprettholde en samtale når den ene samtalepartnern ikke bidrar. Det er da lett enten å bli taus selv eller å ta over samtalen helt. Barn med SM må gis tid til å komme med sitt bidrag, og sier de allikevel ikke noe, må samtalepartnern fortsette kommunikasjonen. Barn med SM søker seg ofte til trygge voksenpersoner som har mye humor og som fortsetter å snakke med dem til tross for tausheten. På en måte formidles det at det er helt ok at du ikke snakker nå, men du kommer sikkert til å si noe når tiden er inne til det.

● *Reguler reaksjonen når barnet begynner å snakke*

Våger et barn med SM seg på å si noe verbalt, er det viktig å ta det litt som en selvfølge og ikke vise altfor stor begeistring. For mye oppmerksomhet og oppstyr rundt at de begynner å snakke, er jo nettopp det mange av disse barna frykter mest. «Jeg kan ikke begynne å snakke, for da blir de så glad!» (Gutt, 9 år med SM).

Tiltak i behandlingsapparatet

Hvis et barn har vært taust i barnehagen eller

skolen over en viss tid, vil det ofte i samråd med foreldrene bli henvist til PPT eller BUP. Gjennomsnittlig alder ved henvisning i Norge er 6–7 år. Et godt samarbeid mellom familie, skole og behandlingsapparat er en forutsetning for å kunne hjelpe barn med SM. Imidlertid kan det faktum at barnet fungerer så forskjellig hjemme og på skolen, føre til at dette samarbeidet kommer skjevt ut. Noen foreldre opplever at skolen og hjelpeapparatet lager for mye oppstyr om problemet – de ser jo et livlig og pratende barn hjemme, mens lærerne kan tenke seg at foreldrene bekymrer seg for lite. Det er viktig å forstå denne dissensen som uttrykk for at foreldre og lærere/hjelpeapparat faktisk opplever helt forskjellige sider ved barnet. Det er også viktig å ikke lage for mye oppstyr rundt symptomet, men allikevel arbeide for at barnet skal begynne å snakke.

Barn med SM liker heller ikke for mye fokus på at de ikke snakker. «Jeg kan ikke snakke til voksne fordi de sikkert har snakket om at jeg ikke snakker» (jente med SM, 9 år). Det som imidlertid er viktig å si til dem, er at det er andre barn og unge som strever med det samme. De fleste med SM tror at de er de eneste i verden som ikke greier å snakke på skolen. Det er også viktig å formidle at det går an å få hjelp.

Arbeidet med å få barnet til å begynne å snakke bør primært foregå der tausheten er et problem, som på skolen og i barnehagen – ikke på et kontor på en poliklinikk. Prinsippene om defokusering i kommunikasjonen bør en ha med seg hele tiden. Noen ganger er dette nok til å snu en utvikling og få et barn med SM til å begynne å snakke. Dette er ofte tilfellet med barn i barnehagealder, der tausheten ikke har vart så lenge. Andre ganger må en arbeide mer systematisk over tid. Mange studier har nå påpekt at forskjellige former for kognitiv atferdsterapi kan ha god effekt ved angstlidelser hos barn, inkludert sosial angst (Dadds & Barrett 2001). I prinsippet går denne behandlingen ut på å lære barnet å mestre angsten i små trinn både kroppslig, via tanken og ved å trinnvis prøve seg

i de situasjonene de er redde for. Ved SM handler det også om å gi barnet mestringserfaringer ved å «tøye» kommunikasjonen gradvis. Det hele må skje i en trygg og tillitsfull relasjon med voksne og holdes innenfor et angstnivå barnet kan tolerere. Det finnes flere måter å gjøre dette på, men en anbefalt metode er å gradvis bringe inn en «nøkkelperson» (for eksempel en lærer som barnet har tillit til) i en samtalsituasjon mellom barnet og en forelder. Når barnet har begynt å snakke til denne personen, arbeider en med å overføre dette til flere personer og flere situasjoner (for eksempel snakke med nøkkelpersonen i et tomt klasserom, deretter sammen med et annet barn, flere barn osv.). Denne metoden kalles «terskelmetoden» og er godt beskrevet sammen med andre arbeidsmåter i en behandlingsmanual forfattet av to engelske logopeder med lang erfaring med barn med SM (Johnson & Wintgens 2001).

I litteraturen finnes det også beskrivelser av barn med SM som har begynt å snakke etter å ha fått medikamenter (SSRI-preparater). Foreldre kan ha hørt om dette og vil gjerne vite om det kan hjelpe deres barn. Med den kunnskapen vi har i dag, synes det fremdeles riktig å forsøke andre tiltak før en vurderer en eventuell utprøving av medisiner.

Ikke tro på det hvis noen sier at de ikke har lyst til å begynne å snakke

Behandlingsapparatet må også være klar over at tausheten kan skjule utviklingsproblemer. Utredning av disse barna er derfor viktig, men på grunn av barnets tilbaketrekning og taushet blir det ofte ikke gjort, eller en tør ikke stole på resultatene. Dette kan føre til at barn med generelle lærevesker kan bli sittende på skolen i årevis uten tilrettelagt undervisning. Det kan også føre til misforståelser ved lettere utviklings-

forstyrrelser – for eksempel ble det fokusert mye på vannskrekk hos et barn med SM som fikk panikk under skolens svømmeopplæring. Ingen spurte seg om barnet kunne ha motoriske koordinasjonsproblemer slik at det var vanskelig å få til svømmetakene. Det var imidlertid tilfellet, og vannskrekken forsvant når barnet fikk være i et annet basseng uten krav til å mestre svømmingen. To år senere var dette barnet modent nok til å lære seg å svømme. Eksemplet illustrerer at tilpasning av omgivelsenes krav til barnets modenhetstrinn er et svært viktig tiltak overfor barn med utviklingsforstyrrelser. Kanskje bør en være spesielt oppmerksom på dette nettopp hos barn med lettere grad av forsinkelse i for eksempel motorikk og språk, da omgivelsene ofte misforstår barnas vegring som om de ikke vil eller ikke tør, mens det de faktisk sier ved sin atferd, er at de ikke kan ennå.

Hvordan forhindre at et sjenert barn utvikler SM

Sjenerte og sky barn trenger mer tid, støtte og oppmuntring når de kommer i ukjente situasjoner og ved møte med ukjente mennesker. Prinsippet om angstmestring i små skritt gjelder også ved forebygging. Ved opplevelse av mestring er sjansen stor for at de vil våge seg igjen, mens for mye angst vil føre til unngåelse, som igjen vil vedlikeholde problemet. For eksempel vil et sjenert barn kunne trenge en lengre "innkjøringsperiode" enn vanlig ved barnehage- eller skolestart. Dette kan innebære å være i lokalet og bli kjent med stedet og den nye læreren før de andre barna er der; at foreldre er mer til stede den første tiden, kortere dager, mindre barnegrupper, osv. Dessverre blir en slik tilnærming ofte feilforstått som overbeskyttelse og noen ganger til og med som årsaken til problemet. Det er derfor nødvendig å sette sjenanse og sosial angst på kartet ved å alminneliggjøre problemet, men også skape forståelse for forskjellighet og at noen barn er så sjenerte at det skaper store vansker for dem. Oppmerksomhet på mulig grad av utviklingsforstyrrelse og tilpasning av krav til barnets modenhetstrinn er også en viktig forebyggende faktor. Hver dag å bli

stilt overfor oppgaver en modenhetsmessig ikke er klar for å mestre, fremmer ikke selvtillit og mot til å våge seg frampå.

Konklusjon og vurderinger

Selektiv mutisme representerer en utfordrende tilstand både for de barna det gjelder, deres familie, skole og fagfolk i behandlingsapparatet. Hvis et barn forblir taust gjennom hele skolegangen, kan det som nevnt få store konsekvenser faglig og sosialt. Generelt har SM fått lite faglig oppmerksomhet sammenlignet med andre tilstander i barnealder med tilsvarende forekomst. Etter at disse barna ble beskrevet første gang på slutten av 1800-tallet, har litteraturen vært dominert av beskrivelser av ett eller noen få barn, og tradisjonelt har tilstanden blitt sett på som vanskelig å behandle. De siste 20 år har det imidlertid kommet flere empiriske studier med større utvalg, og dette har bidratt til økt forståelse av tilstanden. Økt forståelse for risikofaktorer for symptomutvikling kan bety bedre forebygging og mer spesifikke tiltak.

Det er nå et klart behov for kontrollerte behandlingsstudier for å øke kunnskapen om hvordan det er best å hjelpe barn med SM. Dessverre er slike studier vanskelige å gjennomføre på grunn av den relativt lave forekomsten av SM. I påvente av slike studier er det helt nødvendig at fagfeltet (skole, PPT og BUP) arbeider mer systematisk med denne gruppen både med hensyn til forebygging, utredning og behandling. Ut fra den kunnskapen som foreligger i dag, anbefales det at dette arbeidet skjer i samsvar med den forståelse og de prinsipper som er omhandlet i denne artikkelen. Fordi den enkelte fagarbeider ofte får for liten erfaring med tilstanden, ble det våren 2003 satt i gang et arbeid med å danne nettsverkgrupper (ansatte i BUP, PP-tjeneste, barnehager og skoler). Ansvarlig for dette arbeidet er Regionsenteret for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør (RBUP). RBUP arrangerer også årlige seminarer om SM med fokus på behandling. Interesserte kan ta kontakt med artikkelforfatteren. ■ ■

Litteratur

- Bergman, R. L., Piacentini, J., McCracken, J. T. (2002): Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41: 938–946.
- Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2000): Recent developments in child and adolescent social phobia. *Current Psychiatry Reports*, 2: 347–352.
- Dadds, M. R., Barrett, P. M. (2001): Practitioner review: Psychological management of anxiety disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42: 999–1011.
- Elizur, Y., & Perednik, M. A. (2003): Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42: 1451–1459.
- Enninger, W. (1987): What interactants do with non-talk across cultures. I: Knapp, K., Enninger, W., Knapp-Potthoff, A. (red.): *Analyzing Intercultural Communication*. New York: Mouton de Gruyter.
- Fugelli, P. (1999): Rød resept. Oslo: Tano Aschehoug.
- Fuller, V. G., & Crowther, C. (1998): A dark talent: Silence in analysis. *Journal of analytical psychology*, 43: 523–543.
- Gillberg, C., & Billstedt, E. (2000): Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102: 321–330.
- Hesselman, S. (1981): Selectiv mutism hos barn. En refererende specialbibliografi över litteratur i Europa och USA med sammanfattande kommentarer. Stockholm: Psykologiforlaget.
- Javorski, A. (1993): The power of silence. Social and pragmatic perspectives. Newbury park: Sage publications.
- Johnson, M., & Wintgens, A. (2001): The Selective Mutism Resource Manual. Oxon: Speechmark.
- Kopp, S., & Gillberg, C. (1997): Selective mutism: A population-based study. A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38: 257–262.
- Kristensen, H. (2000): Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 249–256.
- Kristensen, H. & Torgersen, S. (2001): MCMI-II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism. A case-control study. *Journal of Abnormal Psychology*, 110: 648–652.

Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., Somppi, V. (1998): Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7: 24–29.

Lydiard R. B. (2001): Social anxiety disorder: Comorbidity and its implications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62:17–23

Remschmidt, H., Poller, M., Herpetz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., Gutenbrunner, C. (2001): A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251: 284–296.

Rettew, D. C. (2000): Avoidant personality disorder, generalized social phobia, and shyness: Putting the personality back into personality disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 6: 283–297.

Schwartz, C. E., Wright, C. I., Shin, L. M., Kagan, J., Rauch, S. L. (2003): Inhibited and uninhibited infants "grown up": adult amygdalar response to novelty. *Science*, 300: 1952–1953.

Toppelberg, C. O., Tabors, P., Coggins, A., Lum, K., Burger, C. (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children, 44: 592–595.

Trevarthen, C., Aitken, K. J. (2001): Infant subjectivity. Research, theory and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42: 3–48.

Yeganeh, R., Beidel, D. C., Turner, S. M., Pina, A. A., Silverman W. K. (2003): Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42:1069–1075.





Jo Magne Ingul er Cand. Psychol, utdannet ved NTNU 2001. Jobbet ved sengepost for ungdommer i perioden 2001-2003. Fra 2003 i delt stilling, 50% klinisk og 50% stipendiat knyttet til psykologisk institutt. Tema for ph.d graden er skolefravær, skolevegring og sosial angst hos ungdommer.

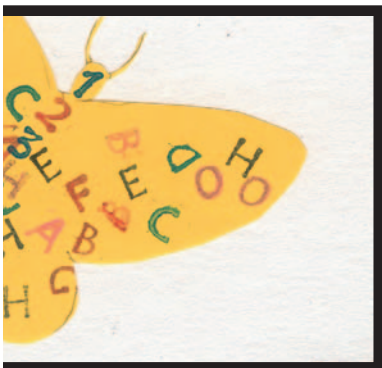
Skolevegring hos barn og ungdom

Denne artikkelen tar for seg et problem man ofte møter i arbeidet med barn og ungdom med psykologiske vansker, nemlig skolevegring. Artikkelen er en gjennomgang av relevant internasjonal forskningslitteratur både i forhold til epidemiologi, etiologi, utredning og behandling. Ut fra forståelsen av skolevegring som et emosjonelt betinget problem med å møte på skolen, presenteres kjennetegn ved skolevegring og intervensjoner som har vist seg å være nyttige, effektive og viktige i andre land. Mangelen på norske forskningsresultater og norske arbeidere knyttet til denne vansken blir påpekt, og områder for mulige prosjekter blir foreslått.

Innledning

Det norske samfunnet har, i likhet med de fleste andre samfunn i verden, lover og regler som regulerer og forplikter barn og ungdom i forhold til opplæring og skolegang. Skole og utdanning anses å være en svært viktig del i vår sosialisering og dannelse. De fleste barn går på skolen frivillig og uten problemer. Imidlertid finnes det en gruppe barn som plages med å komme seg på skolen, og som av denne grunn får et

stort fravær. Hersov (1985) estimerte at 80% av alt fravær skyldes lovlige og legitime grunner som sykdom, religiøse helligdager, deltagelse på spesielle begivenheter og utplassering eller praksis i arbeidslivet. En undersøkelse av ungdomsskoleelever i Oslo, viser at over halvparten av alle elever har hatt ulovlig fravær, omtrent en fjerdedel har hatt ulovlig fravær ut over en hel skoledag. Disse ungdommene oppgir ofte at skolefraværet skyldes en emosjonell belast-



ning knyttet til oppmøte, at de er slitne eller at skolen oppleves som et ork (Befring 1994). Dette gjelder både time og heldagsfravær. Disse problemene kan ofte begynne i det små (med timefravær), men utvikler seg og blir etter hvert et stort problem for barnet/ungdommen, deres foreldre og skolen. Spørsmål reises ofte om dette er et problem for skolen eller et problem for barnet og deres familie (Kearney 2001). Skolevegring synes å være en sammensatt tilstand med mange faktorer som bidrar til at problemet oppstår. Temperamentsmessige faktorer er et biologisk eller genetisk utgangspunkt for angst og skolevegring (Biederman, Rosenbaum, Chaloff & Kagan 1995). King, Ollendick & Tonge (1995:16) trekker frem forsiktighet eller inhibisjon som et utgangspunkt som skaper problemer for barn og ungdommer i deres møte med skolen. Miljømessige faktorer som stressende og traumatiske hendelser hjemme eller på skolen (Blagg 1987), samt positive opplevelser som redusert ubehag og angst knyttet til det å slippe skolen, og positive opplevelser hjemme når man ikke er på skolen (Kearney 2001) er vist både å bidra til og opprettholde skolevegring. Av andre faktorer har måten familier løser problemer og samhandler samt foreldres psykiske vansker (Bernstein, Borchardt 1996, Bernstein, Warren, Massie & Thuras 1999, Kearney & Silverman 1995), men også faktorer knyttet til skolen som system (Kearney & Hugelshofer 2000; Stickney & Miltenberger 1998) vist seg å påvirke utvikling og opprettholdelse av skolevegring.

I Norge finnes det lite forskning omkring skolefravær og svært lite forskning omkring skolevegring. En undersøkelse ved BUP i Nord-Trøndelag planlegger å kunne si noe om faktorer knyttet til norske barn og ungdommer med skolevegring. I fortsettelsen vil denne artikkelen i hovedsak dreie seg om barna deres familie og hvordan en kan prøve å hjelpe dem. Først vil det bli presentert en diskusjon rundt begrepet skolevegring. Deretter vil forskning rundt forekomst, kjennetegn ved skolevegreren og deres skoler, utredning og hjelpetiltak bli presentert i tur og orden.

Hva er skolevegring?

Skolevegring kan defineres som «vansker med å møte på skole som følge av emosjonelt ubehag» (King og Bernstein 2001:197). Dette er en definisjon som henspiller på hovedproblemet (skolefraværet) og en antatt årsak til fraværet, nemlig emosjonelle problemer i form av angst eller depresjon. Dette utelukker de barn og ungdommer som for eksempel har fravær på grunn av atferdsproblemer og antisosial atferd. Kearney og Silverman (1996:345) definerer skolevegringsatferd som «Barns vegring mot oppmøte på skolen eller å skulle oppholde seg på skolen en hel dag» (forfatters oversettelse). Denne definisjonen tar opp den store variasjon i fravær man opplever når man arbeider med skolevegring. Den inkluderer alle barn og ungdommer som har et oppmøteproblem uavhengig av bakenforliggende årsak, fra dem som ikke går på skolen i det hele tatt, via dem som går der enkelte dager, dem som møter men

forlater skolen i løpet av dagen, til de som deltar på skolen etter å ha hatt en lang kamp med sine foreldre på morgenen.

Historisk har begreper som skulk, skolefobi, psykonevrotisk skulk og etter hvert skolevegring og skolevegringsatferd blitt brukt for å beskrive skolefravær med utgangspunkt i emosjonelle problemer. Med ulike definisjoner har forskningsresultater vært vanskelige å sammenligne. Dette har gjort det vanskelige å komme frem til klare retningslinjer for hva som er god utredning og hjelp for de barn og ungdommer som sliter med oppmøteproblemer på skolen.

I denne artikkelen er skolevegring å forstå i tråd med definisjonen gitt av King og Bernstein (2001:197) altså en vanske med å møte på skolen som følge av et emosjonelt problem, særlig angst og depresjon. I arbeidet med å skulle differensiere skolevegring fra det en vanligvis kaller skulk, har Berg (1996:1196) bidratt med et sett kriterier som vi har funnet brukbare i vårt arbeide: Angstbasert skolevegring fører til et høyt fravær, barnet befinner seg vanligvis hjemme i skoletiden. Blir det stilt krav om oppmøte på skolen viser barna en emosjonell aktivering, men har ikke utpreget antisosial eller utagerende atferd. Foreldrene har prøvd en rekke tiltak for å få barnet på skolen.

Kjennetegn hos barn og ungdom som sliter med skolevegring

Forekomststudier av skolevegring er vanskelig å sammenligne, mye som følge av at begrepet har blitt definert på så vidt forskjellige måter. Kearney (2001:29) hevder at mellom 5 og 28 prosent av alle barn og ungdommer til enhver tid viser et eller flere tegn på skolevegringsatferd. King, Tonge, Heyne, & Ollendick (2000) har i en gjennomgang av undersøkelser som tar for seg angstbasert skolevegring, konkludert med at 1% i befolkningen og 5 % av barn og ungdom henvist psykiatrien plages med skolevegring. Skolevegring synes å kunne starte i hele den skolepliktige alder, men det er økt risiko i forbindelse med skolestart og overganger fra for eksempel barneskole til ungdomsskole. Det

er også økt forekomst av skolevegring knyttet til skolebytte, i forbindelse med oppstart etter ferier og i etterkant av sykmeldinger. Jo eldre elevene er når skolevegringen begynner jo vanskeligere synes det å være og hjelpe ungdommene (Kearney,2001). Forskningen har ikke påvist klare kjønnsforskjeller med hensyn til skolevegring. Ulike undersøkelser indikerer noe ulik forekomst (se for eksempel Bernstein og Borchardt 1996 og Kearney Silverman 1996), men det synes generelt som om kjønn ikke har stor forklaringsverdi (Kearney 2001). En kunne forvente at lærevansker og en lavere evnemessig fungering var assosiert med større forekomst av skolevegring. Mye tyder imidlertid på at skolevegring oppstår jevnt fordelt over hele det evnemessige spektret. Lærevansker synes ikke å være en utløsende årsak, men kan derimot være en konsekvens av skolevegring (King mfl 2000: 496).

Psykologiske problemer og skolevegring

Forskning og utredning av skolefraværspromatikk har pekt på to hovedkategorier som diskuteres og problematiseres (Kearney 2001). For det første er det de barn og ungdommer som sliter med å komme seg på skolen da de har internaliserende problemer i form av angst, depresjon og somatiske symptomer, for det andre er det de barn og ungdommer som har eksternaliserende problemer og ikke går på skolen, enten ved at de skulker, eller de driver med andre og mer spennende ting på siden av skolen. Det er imidlertid slik at svært mange har symptomer som går både i internaliserende og eksternaliserende retning (Kearney 2001).

Hvordan fordeler fraværspromatikk seg med hensyn til psykologisk promatikk? Berg (1993) gjennomførte en studie i England der 80 ungdommer i alderen 13-15 år med 40 % fravær eller mer den siste terminen ble undersøkt. Ungdommene ble diagnostisert med utgangspunkt i DSM III-R kriterier og fraværspromatikk ble klassifisert som enten skulk, skolevegring eller ingen av delene. Resultatene viste at halvparten av ungdommene ikke til-

fredstilte kriteriene til noen psykiatrisk diagnose, 30 % fikk en diagnose i retning av atferdsproblemer, mens 20% fikk en diagnose i form av angstlidelse eller affektiv lidelse. I en kontrollgruppe tilfeldig trukket blant alle jevnaldrende elever uten fraværspromatikk, fikk ca 10 % av disse en diagnose, mens 90 % ikke tilfredstilte kravene til noen diagnose. Denne undersøkelsen tyder på at skolefravær henger sammen med psykiatrisk belastning. I vurderingen av forholdet mellom type fraværspromatikk og diagnose, konkluderer Berg (1993:1199) med:

«*The well established connection between truancy and antisocial conduct, and between school refusal and anxiety symptoms that has been found to exist in selected samples (Hersov 1960; Bools et.al. 1990) was also evident in the normal school population*».

Jo eldre elevene er når skolevegringen begynner, desto vanskeligere synes det å være å hjelpe ungdommene

Angst og depresjon

Angstpromatikk synes å være et vanlig problem hos barn og ungdom med skolevegring. Angstutvikling hos barn og unge har mange sider. Som nevnt i innledningen, finnes det risikofaktorer både av biologisk, psykologisk, miljømessig og systemisk karakter. Utvikling av angstpromatikk har også en sammenheng med barnets normalutvikling. Dette betyr at barn sannsynligvis er mer sårbare for å utvikle spesielle former for angst på ulike utviklingsstrinn, og at et barns angst vil kunne variere med utviklingsstrinn. Dette har utløst en debatt omkring hvor hensiktsmessig det er å findiagnostisere angst hos barn og ungdom, og hvorvidt det er noe poeng i å utvikle ulike behandlingsformer for ulike lidelser gitt den lave stabiliteten man finner i forhold i angstlidelser hos gruppen (Schniering, Hudson & Rapee 2000).

Costello, Egger og Angold (2004) gjennomgår epidemiologiske studier knyttet til angst og konkluderer med at man bør slutte med å behandle angst som et fenomen. Man bør bli mer oppmerksom på dens forskjellige uttrykk på forskjellige alderstrinn og se dem mer i relasjon til ulike risikofaktorer og i sammenheng med andre problemer. Det finnes mer enn én form for angst, disse kan ha forskjellige uttrykk til forskjellig tid. Samme angstlidelse vil kunne kreve ulik behandling avhengig av både alder, utvikling og tilleggspromatikk.

Med dette som utgangspunkt kan vi se litt på studier om skolevegring og angst. Last & Strauss (1990) gjennomførte et studie der de undersøkte 63 ungdommer i alderen 7-17 med henvisningsgrunn «angstbasert skolevegring». I følge DSM III-R kriterier var de vanligste diagnosene separasjonsangst (38 %), sosial fobi (30 %), og enkel fobi (22 %). Svært mange av barna tilfredstilte kravene til flere diagnoser. En analyse av alder da promatikken startet viser at barn med separasjonsangst gjennomsnittlig var 8,7 år, mens barn og ungdom med sosial fobi gjennomsnittlig var 12,4 år og de med en enkel fobi var gjennomsnittlig 12,9 år. Forfatterne konkluderer med at deres resultater tyder på at det primært er to diagnostiske subgrupper i angstbasert skolevegring: separasjonsangst og fobiske (Last Straus 1990:31). Et utvalg med blandet henvisningsgrunner for skolevegring (Kearney, Silverman 1996) viser at 56,3 % av ungene har en primær angstlidelse. Dette indikerer at angst er en viktig komponent i utvikling av skolevegring, men at det langt i fra er eneste grunnen til at ungdom blir borte fra skolen.

Kearney (1993) har gått gjennom ulike studier som tar for seg depresjon og skolevegring. Han viser at på tvers av disse studiene er det et gjennomsnittlig samerfall på 31,4 % mellom angst og depresjon hos skolevegrende. I tillegg viser de gjennomgåtte studiene at omtrent halvparten av ungene har symptomer på depresjon.

Borchardt, Giesler, Bernstein og Crosby (1994)

har sammenlignet en gruppe på 28 innlagte ungdommer med en gruppe på 28 polikliniske pasienter med skolevegring som hovedhenvisningsgrunn. Det var ingen forskjell mellom gruppene med hensyn til angstpromatikk (75 % og 85 % hadde én eller flere angstlidelser), imidlertid hadde 86 % av de innlagte, mot 46 % av de polikliniske ungdommene en depresjonsdiagnose i tillegg.

Somatiske plager

Stickney og Miltenberger (1998) finner at 66 % av alle barn og ungdommer med skolevegring oppgir somatiske plager eller symptomer som en av grunnene til at de ikke vil møte på skolen. Bernstein (1997) undersøker 44 engstelige og deprimerede skolevegrende og finner en sammenheng mellom antall somatiske plager og alvorlighet av skolefravær. De vanligste plagene er hodepine, svetting, kvalme og oppkast, magevondt, ryggplager, brystmerter, kortpust med mer.

Med bakgrunn i de diagnostiske studiene gjennomført konkluderer King, Bernstein (2001) at skolevegring er en kompleks lidelse med svært varierende presentasjonsform. De mener likevel at det er støtte for å dele skolevegring inn i tre undergrupper: De fobiske skolevegrene, de separasjonsengstelige skolevegrene og de engstelig og deprimerede skolevegrene.

Familie og skolevegring

Det har lenge vært antatt at måten familier samhandler og måten oppdragelse blir gitt på, spiller en rolle for utvikling av skolevegring. En del studier beskriver ulike mønstre i familier med skolevegrende barn (Kearney og Silverman 1995; Bernstein, Svingen & Garfinkel 1990, Bernstein og Borchardt 1996; Bernstein, Warren, Massie & Thuras 1999). Av disse studiene er det verd å merke seg Kearney & Silverman (1995) sin studie der de ved hjelp av Family Environment Scale (FES) undersøkte 64 barn med skolevegring. FES karakteriserer familiers samhandlingsmønstre og deler dem opp i grupper: Den sammenfiltrede familien, den avsondrede familien, den konfliktfylte

familien, den isolerte familien og den sunne familien. Familier med skolevegrende barn skåret annerledes enn en normgruppe på flere av disse faktorene, likevel er det verd å merke seg at omtrent 40 % av alle familier hadde normal eller sunn fungering rapportert på FES. 1/3 skåret lavere enn normgruppen på uavhengighetsskalaen og gir støtte til kategorien om *den sammenfiltrede familien*. Denne faktoren er kjennetegnet av foreldres overbeskyttelse og ettergivenhet, samtidig er familien avhengig av hverandre og det er lite grenser dem imellom. Omtrent én av fem familier fikk høyere skårer på konfliktsskalaen. Denne familien kjennetegnes av fiendtlighet og vold, og har en tendens til å søke konflikter. *Den avsondrede familien* er familier som kjennetegnes av lite involvering i mellom familiemedlemmer. De bor i lag, men lever egne liv. Disse familiene vil ofte unngå å ta opp og løse problemer knyttet til barn, noe som fører til at problemene får vokse seg store og til dels kroniske før de vekker foreldres oppmerksomhet. Omtrent 30% av alle familier hadde skårer i denne retningen. *Den isolerte familien* er en familie type som har lite kontakt med omverden, i disse familiene er det indre samholdet høyt og familien søker i liten grad ut for å løse sine problemer. Dette kjennetegnet 31% av familiene i utvalget til Kearney og Silverman (1995). De beskriver videre en blandet profil hos svært mange familier og hvilke konsekvenser dette har for den funksjon skolevegring ser ut til å ha for barnet.

Bernstein m.fl. (1990) viser at antallet familieproblemer er flere jo mer alvorlig skolevegringen er. Alvorlig i denne sammenheng betyr at barnet eller ungdommen preges av både angst og depresjon. Det var i studiet langt færre familieproblemer knyttet til unger og ungdommer som var skolevegrende med angst som eneste diagnose, i forhold til de som var skolevegrende med både angst- og depresjons diagnoser. Bernstein og Borchardt (1996) viser at familier med en enslig foreldre er overrepresentert i forhold til to-foreldre familier når det gjelder skolevegring. Disse familiene syntes å være preget av en inadekvat eller uklar kommunikasjon



og rollefordelingen var utydelig. Bernstein, Waren, Massie & Thuras (1999) undersøkte 46 engstelig og deprimerede skolevegrere og fant at 50% av ungdommene, 38,1 % av fedrene og 24,4 % av mødrene karakteriserte familiene sine som preget av dårlig samhold og tilpasingsevne.

Alle disse studiene tyder på at barn og ungdommer med skolevegring ofte har familier som er preget av en inadekvat og utydelig kommunikasjon med til dels diffuse roller. Familiene preges av problemer som både kan påvirke skolevegringen direkte (f.eks foreldre som ikke klarer sette grenser for sine barn), men også indirekte gjennom at fokus blir dreid bort fra skole og akademisk utvikling og mot det å holde familien sammen.

Foreldrefungering og skolevegring

Kearney (2001) hevder i sin gjennomgang av foreldrefungering at det kan synes som om det er en økt forekomst av psykiske vansker blant foreldre til skolevegrende barn. Last, mfl(1987) finner at 57,1 % av mødre til skolevegrende barn tilfredsstiller kravene til en angstdiagnose, 14,3 % en depresjonsdiagnose og 35,7 % ingen diagnose.

Dette studiet, og andre, peker på at foreldres mentale helse er faktor som spiller en rolle i forbindelse med skolevegring. Hvordan den gjør det er imidlertid mer uklart. Arv er en påvirkningsmåte, samtidig er det et problem at felles gener ofte følges av felles miljø. En kan

dermed tenke seg at foreldres vansker preger barn og ungdom gjennom at det påvirker oppdragelsesstil, samhandling og kommunikasjon i familien.

Skolen og skolevegring

Skolen som system synes også å påvirke forekomsten av skolevegring og skulk. Befring (1994) rapporterer at forekomsten av ulovlig fravær varierer fra skole til skole, og hevder videre at omfanget av ulovlig fravær er et kriterium for vurdering av skolens struktur og kvalitative tilrettelegging. Variasjonen i fravær mellom skolene ser ut til å være knyttet til mange ulike faktorer. Befring (1994) trekker frem sosiale og økonomiske grunner, men også faktorer knyttet til hver enkelt skole. Kearney (2001) hevder at faktorer som høyt lærerfravær, dårlige fraværssystemer, dårlige systemer for oppfølging av fravær, inkonsistente regler i forhold til fravær, dårlig tilpassede og uforutsigbare undervisningsopplegg, uro og lite forutsigbarhet sosialt på skolen, samt lav kompetanse hos lærere alle bidrar til at ungdommer ikke trives eller føler trygghet på skolen, og dermed velger å bli hjemme. Ulike forebyggingsstrategier er prøvd ut for å redusere skolefravær (Kearney og Hugelshofer 2000), men mange av disse er generelle og vanskelig å vurdere med tanke på barn og ungdom som sliter med skolevegring som følge av emosjonelle vansker. En del faktorer synes likevel å være viktig: Et godt system for registrering og oppfølging av fravær, en tydelig holdning i forhold til fravær fra skolens side, tidlig involvering av foreldre og

eventuelt PPT/BUP, samt en vilje til tilpasning, tilrettelegging og intervensjon.

Utredning og hjelp for skolevegring

Som den foregående gjennomgangen har vist er skolevegring et problem som har mange tråder eller spor en kan følge og vektlegge når en skal planlegge intervensjoner. Det er store variasjoner i måten problemet har oppstått på, klinisk presentasjon, skolefungering, familiedynamikk samt generelle evner, ressurser og problemer. For å på best mulig måte forstå hva dette dreier seg om, og i best mulig grad forstå hvordan en kan hjelpe disse barna og ungdommene synes det å være bred enighet om at man bør utføre en utredning basert på ulike metoder og med ulike perspektiv som dekker flere sider av problemet (Kearney & Albano 2000; Heyne & Rollings 2002). En vurdering og utredning av barn og ungdom bør inneholde klinisk og diagnostisk intervju, spørreskjema utfyllt av foreldre og lærere, selv-observasjoner, selvrappport skjema, en gjennomgang av barnets fraværprotokoll og funksjonell analyse av skolevegringen.

Utredning av skolevegring

Kliniske intervju er viktig i utredning av skolevegring. I denne fasen får barn/ungdom, foreldre og lærer muligheten til å beskrive og gi informasjon om problemet. Samtidig er dette starten på en relasjon til barnet/ ungdommen. Siden det ofte er slik at foreldre og barn ser forskjellig på skolevegrings-problematikk foreslår Blagg (1987) at en foretar intervjuet med barn/ungdom og foreldre hver for seg. Blagg (1987) har utviklet en intervjuguide til det kliniske intervjuet som er meget nyttig og hjelpsomt i forhold til tema en bør ha med i et slikt intervju.

Diagnostiske intervju er viktig for å utvikle en diagnostisk profil eller oversikt i forhold til barnet. Det reduserer i tillegg faren for at man har oversett et viktig aspekt. Anxiety disorders interview schedule for children (ADIS-C) (Silverman & Albano 1996) og Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Kiddie-

SADS)(Puig-Antich, Orvaschel, Tabrizi & Chambers 1980) er begge oversatt til norsk. De hjelper klinikerne til å se omfang og alvorlighet i forhold til ulike diagnostiske kategorier.

Å skaffe seg en oversikt over hvordan de nærmeste betrakter problemene er verdifullt i forståelsen av skolevegring. Foreldre og læreres roller er sentrale i arbeidet med skolevegring. Det anbefales å bruke en loggbok der foreldre, daglig, svarer på viktige spørsmål (Heyne, Rollings 2002). Det er også nyttig å skaffe seg oversikt over foreldre og familiefungering mer generelt. Dette kan gjøres gjennom bruk av ulike selvrappport mål og familiemål. Når det gjelder bidrag til forståelsen av ungdommen, vil bruk av CBCL skjemaene eller Strength and difficulties questionnaire (SDQ) gi en mer dimensjonell beskrivelse av ungdommen.

Selvobservasjoner og selvrappportmål er nyttige for å kunne gi en bredere beskrivelse av barnet. Mange av de selvrappportmål som finnes er av dårlig standard og man kan i liten grad vite hva de egentlig sier. De senere år har imidlertid ført til en bedring på denne fronten (Myers, Winters, 2002). I Norge har det vært et problem at få slike mål har blitt oversatt og prøvd ut. Det finnes versjoner av Social Phobia and Anxiety inventory for Children (SPAI-C) (Beidel mfl. 1998), Screen for Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) (Birmaher, 1999) samt Mood and Feeling Questionnaire (MFQ) (Angold, Costello,) som alle tilfredsstiller krav stilt til gode mål.

Selvobservasjoner er observasjoner barnet gjør av seg selv i forhold til bestemte atferder. For eksempel kan en be et barn om å gi seg selv en karakter hver morgen i forhold til hvor ubehagelig tanken på skolen er, hvorvidt de kommer seg på skolen, om de er der hele dagen og hvordan de har hatt det der (King, Ollendick, Tonge 1995). Denne informasjonen kan benyttes både som løpende mål på endring, men også som et utgangspunkt for planlegging og gjennomføring av opplegg for barnet og ungdommen.

En gjennomgang av *barnets fraværsprotokoll* vil gi mange opplysninger. Mønstre i fraværet kan tre frem, for eksempel vil en kunne se at fravær er knyttet til «annerledes» dager på skolen (turer, kulturdager, utplassering), enkelte timer (gym, musikk), dager i uken (mandag, fredag), eller rett etter ferier. Denne informasjonen kan er nyttig når en skal vurdere hva som bidrar til å opprettholde skolevegningen. En funksjonell analyse av fraværet vil også bidra til samme formål. Kearney (2002) har utviklet et spørreskjema, School Refusal Assessment Scale-Revised (SRAS-R) er et skjema der barnet/ungdommen skåres ut med en profil på de viktigste opprettholdende funksjoner i forhold til skolevegningen.

Når en står ovenfor en alvorlig skolevegningssak er det svært lett å gå seg vill i alle problemer og muligheter som finnes. Handlingslammelse kan være konsekvensen. Det er derfor viktig at all den informasjonen man har samlet gjennom en slik vurderingsprosess brukes til å utvikle en diagnostisk profil samt en beskrivelse av barnet/ungdommen og dens problem (Heyne & King, 2004). Beskrivelsen av ungdommen bør inneholde individuelle, familiemessige, skolemessige forhold som påvirker utvikling og opprettholdelse av barnet/ungdommens skolevegning. I tillegg bør den inneholde faktorer og styrker som barnet/ungdommen, familien og skolemiljøet har, intervensjon og mål for disse vil da være lettere å velge.

Hjelp for skolevegning

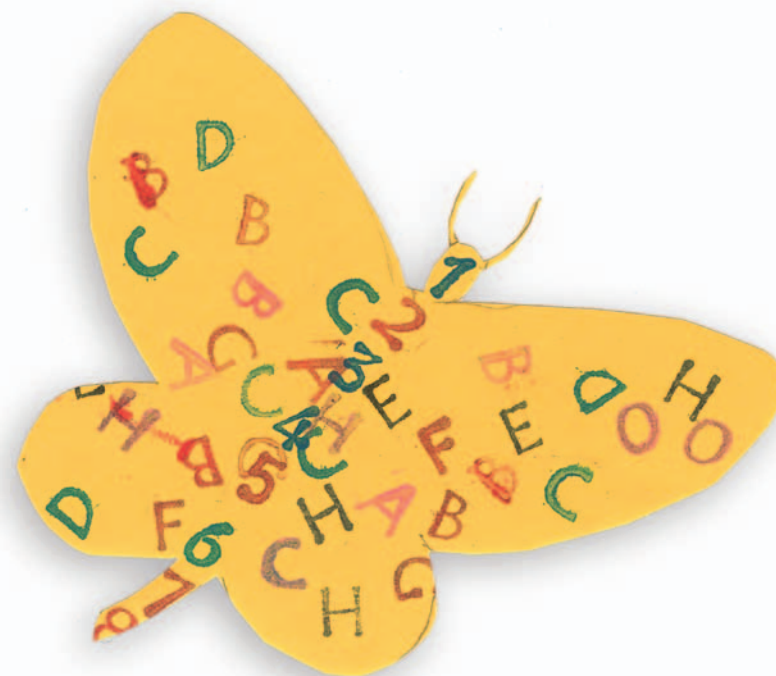
En rekke tilnærminger er brukt i hjelp og behandling av skolevegning (se Blagg 1987), men svært få har dokumentert at de har effekt (Heyne, King & Tonge 2004). Det synes imidlertid som det er enighet om at hjemmeundervisning er lite egnet som hjelp mot problemet, selv om dette ofte er en del av barnets og foreldrenes ønske. Det er veldokumentert at lengde på fraværet har mye å si for behandlingsresultat (Kearney 2001). Jo lengre fraværet fra skolen har pågått, jo vanskeligere er tilbakeføring. Mange av de metodene man har hjulpet skolevegrende barn og ungdommer

med har virket, men få har tatt seg bryet med å dokumentere hva de har gjort og hva det var som virket, de blir derfor vanskelige å vurdere.

De senere år er det publisert en rekke artikler som undersøker effekten av kognitiv atferdsterapi på skolevegning, i tillegg har Kearney og Albano (2000) utviklet et behandlingsprogram som tar utgangspunkt i skolevegningens opprettholdende funksjoner og foreskriver ulik behandling for ulike funksjoner.

Når det gjelder dokumentasjon for effekten av kognitiv atferdsterapi på skolevegrende barn kommer denne i hovedsak fra Australia. King, Tonge, Heyne, Young, Myerson, Rollings, Pritchard & Ollendick (1998) har gjennomført et studie der 34 skolevegrende barn i alderen 5-15 deltok. Av disse møtte 85 % kriteriene til en angstdiagnose mens 15 % eller 5 barn ikke gjorde det. 10 av disse barna var totalt borte fra skolen, 17 delvis borte mens 7 stort sett var på skolen, men bare etter stor motstand og vegring før avreise. Gruppen ble delt i to og halvparten fikk behandling mens den andre halvparten ventet. Behandlingen bestod av flere komponenter (se Heyne & Rollings, 2002). Barnet fikk et individuelt opplegg som bestod i avspenningstrening, sosial ferdighetstrening, kognitiv terapi og eksponering, foreldre mottar hjelp og støtte til å sette grenser og belønne positiv og ønsket atferd, klassestyrer fikk en time veiledning der tema knyttet til skolen, for eksempel det å skape støtte og trygghet i klasserommet for eleven var i fokus. I alt var det 6 timer med barnet, 5 med foreldrene og 1 med lærer over en 4 ukers periode.

Resultatene indikerer at deltagerne i dette opplegget hadde langt bedre resultater enn de som i samme periode stod på en venteliste. De behandlede ungene har en klinisk signifikant økning i skole-oppmøtet. Ved avslutning hadde nesten 90 % av de som hadde mottatt behandling returnert til skolen mot 29 % av ventelisteungene. Også med hensyn til symptomer på angst og depresjon, tro på egne ferdigheter og mestringsevne og global fungering



Bernstein og Borchardt (1996) viser at familier med enslige foreldre er overrepresentert i forhold til toforelderfamilier når det gjelder skolevegning

var det store forskjeller mellom gruppene. En oppfølgingsstudie (King, Tonge, m.fl. 2001), 3-5 år etter endt behandling, viser oppløftende resultater. Av de 17 som fikk behandling lot det seg gjøre å lokalisere 16, 13 av disse hadde normalt fravær fra skolen, det var ikke rapportert om nye psykiatriske problemer og sosial tilpasning og skoleprestasjoner blir beskrevet som tilfredsstillende. De tre som fremdeles hadde problemer synes å ha det med bakgrunn i lærevansker. Dette kan tyde på at selv om skolevegning oppstår hos alle typer barn og ungdom er det vanskeligere å behandle og hjelpe de barn som sliter med en eller annen form for lærevanske i tillegg.

Kearney & Albano (2000) har utviklet et behandlingsprogram, der de deler skolevegrende barn og ungdom inn i 4 grupper. De som vegrer for å unngå negative affekter, de som vegrer for å unngå aversive situasjoner, de som vegrer på grunn av oppmerksomhetsbehov og de som vegrer på grunn av belønning utenfor skolen. Hver av disse funksjonene har en foreskrevet behandling på 8 timer. Måten behandlingen foregår varierer fra funksjon til funksjon, det er enten barnet/ungdommen individuelt, foreldre alene, eller familiesamtaler. Det er også anbefalinger for hvordan en skal behandle barn og ungdommer som har en multippel funksjonsprofil, dvs der det er

flere funksjoner som bidrar til skolevegringen (Kearney, 2001). Foreløpig er dokumentasjonen for denne intervensjonen sparsommelig. Kearney, Pursell & Alvarez (2001), har gjennom single case studier dokumentert effekt av denne type behandling. Så langt kan en vel derfor konkludere med at denne er lovende, men i behov for mer dokumentasjon.

Som tidligere beskrevet er mye som tyder på at barn og ungdom som vegrer skolen og som i tillegg sliter både med angst og depresjon er en gruppe det er vanskeligere å hjelpe. Tonge (1998) konkluderer med at det er lite forskning som støtter bruk av medikamentell behandling i forhold til skolevegring, at dette kan ha en rolle som en del av en større behandlingsplan eller som en behandling av tilleggstilstander. Det er etter dette gjort flere studier der bruk av medikamenter er en del av behandlingen for denne gruppen, men medisinerer blir ikke anbefalt som eneste behandling for skolevegring (King, Bernstein, 2001). Bernstein, Borchardt, Perwien, Crosby, Kushner, Thuras & Last (2000) rapporterer at forsøk med bruk av trisykliske antidepressiva (TCA) har gitt motstridende og til dels inkonklusive resultater. Bernstein mfl (2000) har i sin studie testet ut bruk av et TCA (imipramine) kombinert med kognitiv terapi opp mot en placebo og kognitiv terapi for en gruppe med engstelig-deprimerte skolevegrere, og finner at gruppen som fikk medisiner har en langt bedre effekt både i forhold til skoleoppmøte og psykiatrisk symptomatologi mens behandlingen pågår. Denne effekten er noe utvisket ved 1 års oppfølging (Bernstein, Hektner, Borchardt & McMillan, 2001). Bruk av SSRI er så langt ikke dokumentert i forhold til skolevegring (Heyne et.al 2004), men gitt den dokumenterte effekten dette har på angstlidelser både hos voksne og barn er det ikke urimelig å anta at dette kan være et godt supplement til psykososiale intervensjoner for engstelig-deprimerte skolevegrere.

Det er relativt få studier som per i dag gir tydelig svar på hvordan skolevegring skal behandles. Behandling må legges opp og vektlegges utifra den utredning som er gjort. Komponenter som kognitiv individual terapi, familierettede intervensjoner, og medikamentell behandling vil kunne være en del av det tilbud som gis. Det eneste studiet som kan vise til en klar og tydelig effekt er opplegget King mfl (1998) brukte. Det er et opplegg basert på kognitiv atferdsterapi, foreldre og lærerveiledning. Dette synes å ha god og varig effekt, men er så langt bare dokumentert i en studie i Australia.

Konklusjon og vurderinger

Det er gjort få undersøkelser der langtidskonsekvensen av skolevegring har vært i fokus. Kearney (2001) viser til en studie gjennomført på 143 ungdommer innlagt på en psykiatrisk avdeling for skolevegring, gjennomsnittlig var det 10 år siden innleggelse på undersøkelsestidspunktet. 44, 8% av dem hadde i ettertid mottatt behandling og hadde generelt problemer med sosiale relasjoner og en lavere deltakelse i arbeidslivet. 43% av utvalget var friske eller bedømt til bare å ha småproblemer. Prediktorer for et godt resultat var behandling i ung alder og evenenivå.

I Sverige er det gjennom to studier (Flakierska, Lindström & Gillberg, 1988; Flakierska-Praquin, Lindström & Gillberg, 1997) dokumentert langtidseffekter på opp mot 30 år etter behandling. Det opprinnelige utvalget var barn og ungdom som ble behandlet for skolevegring både poliklinisk og ved innleggelse på 1960 og 70 tallet. Alle var da i alderen 7-12 og oppfylte kriteriene for en separasjonsangstdiagnose. Ungdommene er i ettertid sammenlignet med to utvalget som er like med hensyn til alders- og kjønnsfordeling. Det ene utvalget bestod av ikke-skolevegrende psykiatriske pasienter og det andre utvalget av personer som ikke mottok behandling i det hele tatt. Undersøkelsen viste at skolevegringsgruppen oftere hadde mottatt psykiatrisk bistand, bodde hjemme

hos sine foreldre, og hadde færre barn sammenlignet med normalpopulasjonen.

Skolevegring er et problem med alvorlige konsekvenser for dem som rammes av det. Problemet kjennetegnes av et variabelt og komplisert klinisk bilde. Dette fordrer fleksibilitet og edruelighet i utredning og behandling. Behandling krever tålmodighet samtidig som et lavest og kortest mulig fravær fra skolen er vist å være viktig for utfall av intervensjoner. Klinikeren er stilt ovenfor en lang rekke ulike valg i planlegging av en intervensjon. Internasjonal forskning har så langt ikke gitt noe klart svar på hva som er avgjørende i, eller den «riktige», behandling av skolevegringsproblematikk. Likevel finnes det forskning på metoder med lovende resultater som bør prøves ut videre i andre land og under andre betingelser.

I Norge er det svært sparsommelig med forskning om skolevegring. Vi har ingen klar fordeling om hvor stort problemet er, om norske barn og ungdom med skolevegring har de samme kjennetegn og risikofaktorer som barn i andre land, eller om behandling kan drives på samme måte som i USA eller Australia. Det bør arbeides med å få oversatt og prøvd ut noen av de metoder som er dokumentert. Det er å håpe at en lignende artikkel om noen år kan inneholde norsk forskning på området, og dermed anbefale tiltak ut fra norske forhold.

■ ■



Litteratur

- Befring, E. (1994). Læring og skole. Vilkår for eit verdig liv. Oslo: Det norsk Samlaget
- Beidel, D., Turner, S.M., Morris, T.L. (1998). Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). Users manual. New York: MHS.
- Berg, I. (1996): School avoidance, school phobia, and truancy. I M. Lewis (red.) Child and adolescent psychiatry: A Comprehensive textbook (2. utgave, side 1104-1110)
- Berg, I., Butler, A., Franklin, J., Hayes, H., Lucas. C., & Sims, R. (1993). DSM-III-R disorders, social factors and management of school attendance problems in the normal population. Journal of Child psychology and Psychiatry, 34, 1187-1203.
- Bernstein, G.A. & Borchardt, C.M. (1996). School refusal: Family constellation and family functioning. Journal of Anxiety Disorders. 10, 1-19.
- Bernstein, G.A., Borchardt, C.M., Perwien, A.R., Corsby, R.D., Kushner, M.G., Thuras, P.D. & Last, C.G. (2000) Imipramine plus Cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry, 39, 276-283.
- Bernstein, G.A., Hektner, J.M., Borchardt, C.M., McMillan, M.H. (2001). Treatment of school refusal: One year follow-up. Journal of the American academy of child and adolescents psychiatry, 40, 206-213.
- Bernstein, G.A., Massie, E.D., Thuras, P.D., Perwien, A.R., Borchardt, C.M., & Crosby, R.D. (1997). Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry, 36, 661-668.
- Bernstein, G.A., Svingen, P.H., & Garfinkel, B.D. (1990). School phobia: Patterns of family functioning. Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry, 29, 24-30.
- Bernstein, G.A., Warren, S.L., Massie, E.D., & Thuras, P.D. (1999). Family dimensions in anxious-depressed school refusers. Journal of Anxiety Disorders, 13, 513-528.
- Biederman, J., Rosenbaum, J.F., Chaloff, J., Kagan, J. (1995) Behavioral inhibition as a risk factor. I J.S. March(ed) Anxiety disorders in Children and adolescents (61-82). New York: The Guilford press.
- Birmaher, B. (1999) Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). Division of child psychiatry, Western Psychiatric Institute and clinic, 3811 O'Hara Street, Pittsburgh, PA 15213; Birmaherb@msx.upmc.edu

- Blagg, N. (1987). School Phobia and its treatment. Taunton, Somerset: Nigel Blagg associates.
- Borchardt, C.M., Giesler, J., Bernstein, G.A., & Crosby, R.D. (1994). A comparison of inpatient and outpatient school refusers. Child psychiatry and human development, 24, 255-264.
- Costello, E.J., Egger, H.L., Angold, A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. I T.H. Ollendick & J.S. March (red) Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. Oxford: Oxford University press. 61-92.
- Flakierska, N., Lindstrøm, M., Gillberg, C. (1988). School refusal: a 15-20 year follow-up study of 35 swedish urban children. British journal of psychiatry, 152, 834-837.
- Flakierska, N., Lindstrøm, M., Gillberg, C.(1997). School phobia with separation anxiety disorder: A comparative 20- to 29- year follow-up study of 35 school refusers. Comprehensive Psychiatry, 38. 17-22.
- Hersov, L. (1985). School refusal. I M.Rutter & L. Hersov (eds.) Child and adolescent psychiatry: Modern approaches, (2. utgave, side 382-299). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Heyne, D., King, N. (2004). Treatment of School refusal. I P.M., Barrett & T.H. Ollendick: Handbook of interventions that work with children and adolescents. Prevention and Treatment. Chichester: J.Wiley. 243-273.
- Heyne, D., King, N., Tonge, B. (2004). School refusal. I T.H. Ollendick & J.S. March (red) Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. Oxford: Oxford University press. 236-272.
- Heyne, D., Rollings, S. (with King, N. & Tonge, B.) (2002) School refusal. Oxford, UK: BPS Blackwell.
- Kearney, C.A. (1993). Depression and school refusal behavior. A review with comments on classification and treatment. Journal of School Psychology, 31, 267-279.
- Kearney, C.A.(2001). School refusal behavior in youth. A functional approach to assessment and treatment. Washington DC: American Psychological Association.
- Kearney, C.A. (2002). Identifying the Function of School Refusal Behavior: A Revision of the School Refusal Assessment Scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 24, 235-245.
- Kearney, C.A., Albano, A.M. (2000). Therapist guide to school refusal behavior. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Kearney, C.A., Hugelshofer, D.S. (2000). Systemic and clinical strategies for preventing school refusal behavior in youth. Journal of Cognitive Psychotherapy, 14, 1-15.
- Kearney, C.A., Pursell, C., Alvarez, K. (2001). Treatment of school refusal Behavior in children with mixed functional profiles. Cognitive and behavioural practice, 8, 3-11.
- Kearney, C.A., Silverman, W.K. (1995). Family environment of youngsters with school refusal behavior: A synopsis with implications for assessment and treatment. American Journal of Family Therapy, 23, 59-72.
- Kearney, C.A., Silverman, W.K. (1996). The evolution and reconciliation taxonomic strategies for school refusal behavior. Clinical psychology: Science and practice, 3, 339-354.
- King, N. J., Bernstein, G. A. (2001) School Refusal in ■ Children and Adolescents: A Review of the past 10 Years. Journal of the American academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40:2 197-205
- King, N.J., Ollendick, T.H., Tonge, B.J. (1995). School refusal Assessment and treatment. Massachusetts: Allyn & Bacon.
- King, N.J., Tonge, B.J., Heyne, D., & Ollendick, T.H. (2000). Research on the cognitive- behavioral treatment of school refusal: A review and recommendations. Clinical Psychology Review, 20, 495-507.
- King, N., Tonge, B., Heyne, D., Rollings, S., Young D., Myerson, N., & Ollendick, T.H. (1998). Cognitive-Behavioral treatment of school refusing children: A controlled evaluation. Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry, 37, 395-403.
- King, N., Tonge, B., Heyne, D., Turner, S., Pritchard, M., Young, D., Rollings, S., Myerson, N., & Ollendick, T.H. (2001). Cognitive-Behavioral Treatment of School refusing children. Maintenance of improvement at 3- to 5- year follow-up. Scandinavian Journal of Behavior Therapy, 30(2), 85-89.
- Last, C.G., Francis, Hersen, M., Kazdin, A.E., & Strauss, C.C. (1987). Separation anxiety and school phobia. A comparison using DSM III criteria. American Journal of Psychiatry, 144, 653-657.
- Last, C.G., Strauss, C.C. (1990) School refusal in anxiety disordered children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 31-35.
- Myers, K., Winters, N.C., (2002) Ten-Year review of rating scales. II: Scales for internalising disorders. Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry, 41, 634-659.

- Puigh-Antich, J., Orvaschel, H. Tabrizi, M.A., & Chambers, W. (1980). The schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged Children- Epidemiologic version (Kiddie-SADS-E; 3rd ed). New York; New York State psychiatric Institute.
- Schniering, C.A., Hudson, J.L. & Rapee, R.M. (2000) Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. Clinical psychology review. 20:4, 453-478.
- Silverman, W.K., Albano, A.M. (1996). The anxiety disorders interview for children for DSM IV, child and parent versions. San Antonio TX: Psychological Corporation.
- Stickney, M.I., Miltenberger, R.G. (1998). School refusal behavior: Prevalence, characteristics, and the schools response. Education and treatment of children, 21(2), 160-170.
- Tonge, B.J. (1998). Pharmacotherapy of school refusal. Behavior change, 15, 98-106.



Ingrid Lund er familieterapeut, spesialpedagog, forfatter og høyskolelektor. Hun har mange års erfaring fra grunnskolen og barne- og ungdomspsykiatrien, og har skrevet boken «Hun sitter jo bare der! Innagerende atferd hos barn og unge» (utgitt i 2004). Lund arbeider på Høgskolen i Agder og driver kurs- og veiledningsvirksomhet.

«Hun sitter jo bare der» Innagerende atferd og tiltak i lys av Daniel Sterns selvteori

Artikkelen bygger på forskning om innagerende atferd hos elever i ungdomsskolen. Hovedfokuset i forskningen var ungdommenes opplevelse av å være innagerende, og hva de voksne rundt kunne gjøre for å legge til rette for å skape et trygt og godt miljø (Lund 2004). Det er uten tvil utagerende atferd som har fått størst plass både i faglitteratur, skole- og psykiatridebatt. Innagerende atferd blir her definert og knyttet opp i forhold til atferdsproblemer i skolen. Artikkelforfatteren tar i bruk Daniel Sterns selvteori for å belyse, forstå og iverksette tiltak i forhold til ungdom med innagerende atferd. Tiltakene som beskrives er rettet mot skolearenaen, men er aktuelle også i andre kontekster.

Innledning

Vi ser dem i skolegården. De står for seg selv, kanskje later de som om de er opptatt av noe. Ser ned, tar ikke initiativ, selv når noen kommer bort og prøver å få kontakt. Det kan hende de har fått seg sin egen plass i skolegården der de har oversikt over det som skjer, skaper seg en viss form for trygghet – men er ikke inkludert i lek eller andre gruppeaktiviteter.

Vi ser dem i klasserommet. Arbeider iherdig med skolearbeidet, men liker ikke gruppearbeid og prosjekter der de må samarbeide og være i dialog med andre.

Eller kanskje er det hun som bare sitter der. Er der bare, uten å være til stede i det som skjer. De andre i klassen har sagt at de har prøvd å få henne med, men: «Hun er alltid så sur,



gidder ingenting! Vi har spurt henne, men hun svarer nesten ikke engang!» Læreren har prøvd å komme i kontakt med henne, men kjenner at det alltid er en avstand uten at hun klarer å definere det noe mer. Føler hun har prøvd alt, uten å nå inn. Maktesløshet, pedagogisk oppfinnsomhet, tålmodighet og ny kunnskap er noen av de ingrediensene som følger med det å arbeide med barn som har atferdsvansker, enten det er innagerende eller utagerende atferd.

Innagerende atferd

Når en dykker ned i feltet atferdsvansker, er det mange innfallsvinkler, forklaringer, diagnoser, pedagogiske og psykologiske analyser å forholde seg til. Og det er liten tvil om at utagerende atferd får større oppmerksomhet både i klasserommet og i samfunnsdebattene.

Det meste av litteraturen på området atferdsvansker er også konsentrert om utagerende atferd. Det behøver ikke å bety at denne atferden er mindre problematisk. Innagerende atferd behøver ikke å være et problem for miljøet, men kan være det for eleven selv (Ogden 1997).

Innagerende atferd kjennetegnes av nervøs og hemmet atferd. Det kan vise seg som barn med personlighetsvansker, nevrotiske trekk og angst, overdreven bekymring spesielt for nye situasjoner og unngåelsesatferd. De viser ofte atferd preget av tristhet, viser sjelden glede og spontanitet. Atferden er preget av «aggresjons-

hemning». Andre kjennetegn er passivitet, der disse elevene er mer preget av overkontroll enn av mangel på kontroll.

Sørli og Nordahl(1998) nevner begreper som ensomhet, alenhet, dårlig selvoppfatning, passivitet i undervisningssituasjoner, depresjoner, angst og usikkerhet, overdreven bekymring og psykosomatiske plager, som eksempler på innagerende atferd. I utgangspunktet er det vanlig å se på atferdsproblemer som variasjoner over allmennmenneskelige problemer. Variasjonene finner en først og fremst i *antall* problemer, hvor *intense* de er, og i deres *varighet*. Det vil si at alle kan utvise en innagerende atferd, slik at det ikke nødvendigvis er atferden i seg selv som er uvanlig, men når og hvor ofte den utvises. Når det skjer på gale steder, til gal tid, i nærvær av feil mennesker og i uhensiktmessig omfang, da blir atferden oppfattet som avvikende. Problemet er ofte ikke kvaliteten på atferden, men kvantiteten (Aasen 2002, Sørli & Nordahl 1998). Det som er felles, er at atferdsbeskrivelsen må være av en slik art at varighet, intensitet og frekvens i hvert fall dekker tre av punktene i definisjonen til Sørli og Nordahl (ibid.):

1. Bryte med det som er forventet atferd
2. Hemme læring og/eller utvikling hos eleven selv
3. Hindre positiv samhandling med andre

En teori som kan være til hjelp i forhold til innagerende atferd, er Daniel Sterns modell i forhold til selvets utvikling. Jeg ønsker å gi

en kort gjennomgang av hans teori, for så å komme med tiltaksforslag med bakgrunn i denne. Noen blir kanskje forundret over at Sterns teori starter med spedbarnsalderen. Men det er her det hele starter. Vi blir oss selv gjennom møter med andre gjennom livet, fra vi første gang åpner øynene og møter en annens blick, til vi lukker dem ved livets slutt. Selvområdene utvikles i møter med mennesker og opplevelser. Gjennom andres tilbakemeldinger i ord, handling, uttrykk, stemninger og møter formes og beveges vårt selvbylde.

De fem selvopplevelsene og relasjonsområdene;

Det gryende selvet (0-2 mnd). Følelsenes verden

Stern mener at spedbarnet har evnen til å oppleve en følelse av et oppvåkende selv helt fra begynnelsen av, og at det er aktivt i dannelsen av et gryende selv i løpet av de to første månedene. Denne selvopplevelsen vil være til stede resten av livet. To kjennetegn ved det gryende selvet er *amodal persepsjon* og *vitalitetsaffekter*.

Det tidlige samspillet dreier seg om kommunikasjon knyttet til barnets tilstandsregulering (søvn- våken, sulten-mett, gråt- rolig). Trøsting og roing er sentrale sider ved det tidlige samspillet. Det igjen betyr at de barna som får dekket de primære behovene og som blir møtt med f.eks trøst når de gråter, eller får mat når de er sultne går inn i en samspill der den voksne møter dem der de er. Det igjen betyr at de får en opplevelse av å bli møtt, bekreftet og trygget for den de er der og da. Det blir en grunnleggende følelse av det å bli sett og tatt på alvor.

Det sier seg selv at de barna som gir mange signaler på at: «Her er jeg!», «Jeg er sulten!», «Jeg er redd og trenger trøst!» og blir avleid med sinne, utålmodige hender, irriterte stemmer får en helt annen opplevelse av seg selv og sine behov i samspill med andre. Det kan føre til en opplevelse av at «*min opplevelse er ikke noe verd*» «*det nytter ikke å si noe om hvordan jeg har det*

likevel, de hører ikke etter» eller «*det er best å bare stole på seg selv, da risikerer jeg ikke å bli avvist*». Dette kan prege samspillet med andre videre i livet og den grunnleggende mistilliten kan være med på å gi en lav selvfølelse.

Kjerneselvet (2-6mnd). Den nære sosiale verdenen

Mens det gryende selvet muliggjør en helhetsopplevelse, er kjerneselvet basert på at spedbarnet gir inntrykk av å ha en integrert opplevelse av seg selv som fysisk atskilt fra andre, med egne handlinger og følelser. Kjerneselvet er et fysisk selv med mening og sammenheng knyttet til handling og erfaring.

Fire opplevelser eller erfaringer danner grunnlaget for kjerneselvet:

1. **Selv-handling:** Spedbarnet opplever at det er i stand til å påvirke, få ting til å skje
2. **Selv-sammenheng:** Opplevelse av fysisk helhet og sammenheng
3. **Selv-affektivitet:** En opplevelse av at affektene er bestående mønstre som tilhører selvet.
4. **Selv-historie:** Opplevelse av kontinuitet i tid, som forutsetter kapasitet til hukommelse.

For spedbarnet innebærer dette en hukommelse om motorikk, persepsjon og affektivitet. Det er en opplevelse av å være til i en stadig foranderlig verden. Erfaringene spedbarnet gjør seg i denne perioden gjennom ulike erfaringer og handlinger gjør at kjerne-selvet trer fram. Barnet er i denne perioden svært sosial. Stern kaller det for den nære sosiale verdenen.

Barnet begynner å internalisere interaksjons erfaringer. Stern snakker om et episodisk minne, et spesielt minne av opplevelser som muliggjør integrering av det å henge sammen (koherens), være agent i eget liv. Stern kaller dette for representasjoner av generaliserte interaksjonen (RIG).

De tilbakemeldinger barnet får i samspillet

være avgjørende for de erfaringer det integrerer som arbeidsmodeller for senere samspill.

Dersom barnet erfarer at initiativene som han viser stort sett blir avvist, oversett eller møtt med utålmodighet kan dette gi barnet en følelse av å ikke ha betydning, og at initiativ ikke gir respons. Dette kan føre til at barnet tar mindre initiativ, gir opp eller finner strategier som gråt for å få noe tilbake fra de voksne.

Noen ganger tenker jeg at ingen har sett meg – at jeg er gjennomslått.

Det kan gå en hel dag uten at jeg har snakket med noen på skolen

Jente 15 år

Det subjektive selvet (7–15 mnd). Sinnelandskapets verden

Her utvikles evnen til å kunne dele følelses-tilstander med andre. Et nytt opplevels- og relasjonsområde utvikles og blir mulig. Stern kaller det følelsen av et subjektivt selv. Barnet viser nå en intuitiv følelse for andre mennesker, og det har en indre verden som kan formidles til andre. Deling av felles oppmerksomhet, deling av intensjoner og deling av affektive tilstander. Dette er det som menes med *intersubjektivitet*.

Stern hevder at følgende prosesser må være til stede for at en skal kunne snakke om intersubjektiv utveksling av effekt:

1. Foreldrene må være i stand til å lese barnets følelses-tilstander fra dets ytre atferd.
2. Foreldrene må utføre atferd som ikke er streng imitasjon, men som korresponderer med barnets ytre atferd.
3. Spedbarnet må være i stand til å lese den korresponderende foreldrerresponsen som

noe som har med spedbarnets egen opprinnelige følelsesopplevelse å gjøre, og ikke bare være imitasjon.

Det er bare i nærvær av disse tre betingelsene at følelses-tilstander i en person kan bli kjennbare for en annen, at begge kan oppleve, uten å bruke ord, at samhandling har funnet sted. Det er dette Stern kaller *affektiv innstilling*.

Affektiv innstilling minner om imitering, men er en annen slags matching. Stern sier at det som matches, ikke er den andres atferd, men et aspekt ved denne atferden som refererer til personens følelses-tilstand. Affektiv innstilling ligner empati. Ved at begge fenomener forutsetter en form for emosjonell resonans. Det innebærer å kunne oppfatte, dele og uttrykke verbalt en annen persons følelses-tilstand. Empati betyr å lytte fra innsiden av personens perspektiv og samtidig formidle dette kognitivt (Karterud og Monsen 1997).

Et barn som opplever at gleden, tristheten, initiativet eller forventningen ikke får et svar, en bekreftelse, vil kunne få et uklart forhold til sine egne følelser og betydningen av dem. De som da velger å vende følelsene innover og alltid har en følelse av å sitte alene med opplevelsen, trenger mer enn andre å få tydelige tilbakemeldinger. Kunsten blir da å møte dem der de er. Empati, slik noen forstår det og gjennomfører det, kan bli «klissete», og både barn og unge gjennomskuer raskt der det blir «liksom-empati».

Det verbale selv (15–18 mnd). Ordenes verden

Barnet kommer fra og med ca toårsalderen å leve i to verdener: ordenes verden og følelsenes verden. Ett nytt opplevels-område stiger frem gjennom ordene. Språket blir et nytt medium til samspill og nærhet, men kan også bli et redskap til å forvrengte, forvirre og manipulere opplevelser og føre til en økende opplevelse av ensomhet.

Det å gi noe av seg selv gjennom ordene, det

å prøve å forklare, vise at en har forstått, og bli forstått, få nye ord og få en opplevelse av å utvide seg selv og verden omkring er godt når en blir møtt, men et ensomt prosjekt hvis en blir stoppet, misforstått eller overhørt.

Ordene gir fantastiske nye muligheter til å kommunisere, men det er også noe som går tapt. Språket er et tveegget sverd, sier Stern, et sverd som for alltid deler verden og selvet i to deler. Språket er begrensende, det er bare deler av hele opplevelsen vi kan sette ord på. Noe går alltid tapt.

Det narrative selvet (3–3 1/2 år). Historienes verden

Det narrative selvet dreier seg om å skape mening og sammenheng gjennom å fortelle sine egne historier, snakke om seg selv med egne ord.

Stern kaller dette en *følelse av et fortellende selv*. Den primære funksjonen ved den narrative historie er å organisere opplevelse og erfaring.

Å fortelle er ikke det samme som å snakke. En fortelling har en begynnelse og en slutt, og noe som hender midt i mellom. Det er en beskrivelse av et forløp over en viss tid. Fortellingen er en måte å skape en meningsfylt sammenheng på, å sortere ut det viktige fra alle inntrykkene, og å sette det sammen til en årsaksskjede og inn i et tidsforløp. Den som lytter har også innflytelse på hvilken historie jeg velger å fortelle, og for hva jeg kommer til å legge vekt på. Gjennom å skape et bilde av seg selv og sin opplevelse, påvirker man sitt eget speilbilde, identiteten skapes i fortellingen.

Vi kjenner igjen de barna som kommer til skolen og som frimodig deler historie på historie både med lærer og medelever. De har med seg erfaringer på at noen lytter og tar dem på alvor, og tryggheten på å dele er stor. Det finnes også barn som er kontaktsøkende og bruker ordene og fortellingene i sin streben etter kontakt. De barna kjenner lærere og medelever igjen som klengete. De prater og

prater, spør og spør, forteller og forteller i tide og utide for å få kontakt. De behøver ikke å ha erfaringer på å bli møtt i sine fortellinger, men det kan være barn som er svært utholdende i sine forsøk på å bli hørt og sett. Noe av det en klart kan oppleve er at de har et utydelig kjerne-selv, siden de må streve så fælt, rope så høyt og mase seg til kontakt. Dette er barn som kan oppleves svært krevende og som ofte blir avvist både av voksne og jevnaldrende.

Vi kjenner også de ungdommene som alltid kikker ned i gulvet når læreren mandag morgen spør om noen vil fortelle fra helgens opplevelser. Foreldre og andre fagfolk har erfart hvor utfordrende det kan være når en oppfordrer til dele opplevelser, og kun får taushet og/eller et blikk som viker unna til svar. Jeg har opplevd mange ganger at nettopp i forholdet til de innagerende, er historier vanskelig å dele. Det er for vågalt, for risikabelt. Og det sier seg selv at de som har en grunnfølelse av at «jeg er ikke viktig» heller ikke tør eller ønsker å dele noe med andre fordi sårbarheten er stor.

CASE:

Stine går i 8. klasse på Stikkelsrud skole, og har Karin Berg til klassestyrer. Lærer Berg har vært ved skolen i 15 år og er en erfaren lærer. Dessuten har hun jobbet som klassestyrer i alle disse årene, og vært i tett kontakt med mange foreldre og elever. Hun har mye erfaring med alle typer utfordringer som denne jobben medfører. Læreren sier under et ansvarsgruppmøte: «Stine ekskluderer seg selv både fra lærere og medelever. Jeg synes jeg har prøvd det meste: Jeg har snakket med henne, prøvd å oppmuntre henne, få henne med – men får som regel ingen respons.» Stine passer inn i beskrivelsen i innledningen. Det skolen også vet, er at Stine bor sammen med mor og lillesøster, at mor jobber skift på aldershjemmet som hjelpepleier, og at Stine tar mye ansvar for lillesøsteren på 6 år. Min rolle i forhold til Stine og skolen er at jeg er veileder for skolen, og har hatt noen enesamtaler med Stine, samtaler med mor og Stine og to veiledningstimer med skolen.

Hvordan bruke Daniel Sterns teori i arbeidet med innagerende ungdom?

Vi sitter sammen lærer Berg, Stine og jeg. Vi prøver litt febrilsk å koble henne på når vi snakker om skolens bekymring. Hun ser stort sett ned i gulvet, fikler med knappene på jakka og ser ut som hun ønsker seg langt vekk. Når vi spør, undrer oss og deler de tankene vi har knyttet til Stines innadvendte atferd, sier hun lite den første halvtimen av samtalen. Jeg føler meg temmelig maktesløs. En blanding av å bli irritert og ha lyst til å si: «*Skjerp deg! Ta deg sammen!*» og en annen stemme som sier: «*Jeg ser dette er vanskelig for deg. Du ser ned i gulvet, og jeg tenker at du kanskje tenker at ingenting nytter.*» Heldigvis sier jeg det siste. Da ser Stine opp og sier: «*Assen kunne du vite det?*»

Her prøver jeg å lese den ytre atferden jeg ser, og gi følelsestilstanden ord. Prøver å «tune» meg inn på hvordan hun har det både med stemmeleie, ordvalg, innlevelse og genuin interesse. Det er dette Stern kaller affektiv inntonning, som igjen handler om å utvikle et subjektivt selv. Det er viktig at det ikke blir en påtvunget liksom-empati, men at kilden til den affektive inntonningen er bygget på genuin interesse for den andres ve og vel. Barn og unge gjennomskuer fort en såkalt «profesjonell empati» hvor ordene bare blir ord uten gjenklang i den andres liv, følelser, tanker og opplevelser. I eksampelet over prøver jeg også å gi følelsene ord. Og de barna som ikke har fått hjelp, eller bekreftelse, når de har prøvd å si noe om hvordan de har det, kan vende følelsene innover. Det kan gi en følelse av at det jeg opplever, ikke er «riktig», noe som igjen kan føre til at jeg lar være å dele følelser med andre. Det er nettopp i utviklingen av det verbale selvet (15–18 mnd.) at tilbakemeldinger på det jeg sier og føler blir bekreftet, utvidet, styrket og stimulert. Mange av de innagerende barna sender ikke så tydelige signaler som de utagerende. Det de sier og signaliserer kan noen ganger være vanskelig å «fange opp». De lager ikke så mye bråk og krever ikke så mye, og er derfor lett å overse i en travel hverdag. Det er nettopp det som

er noe av den store utfordringen i møte med disse elevene, også fordi opplevelsen av å få lite «tilbake» gjør at en ikke orker, eller gir litt opp. Kunsten blir da å fange opp de små signalene, se dem, høre dem, føle dem og gi dem tilbake slik at en viser at en har sett, hørt og følt. Da gir en eleven en ny sjanse og hjelp til å bli tydeligere for seg selv og andre.

Jeg ser i samtalerne med mor og Stine at mor sjelden bekrefter det Stine sier og føler. Mor forteller mest om seg selv og egne utfordringer i livet. De gangene vi bekrefter Stine og hennes opplevelser, merker vi at Stine selv tar det imot, mens mor «hopper» raskt over til nye temaer. Dette er noe Stine tydeligvis er vant til. Hun blir umiddelbart stille når mor avbryter eller omdefinierer noe av det Stine har sagt, eller rett og slett overhører det og snakker om noe helt annet. Dette er noe vi jobber videre med i samtalerne. Det understreker også viktigheten av at andre viktige voksne rundt ser Stines sårbarhet på dette området, hennes negative erfaringer og nødvendigheten av å styrke selvfølelsen.

På skolen blir det derfor viktig at læreren er seg bevisst de mulighetene som ligger i det å finne de situasjonene der det er naturlig å speile det hun ser og hører, på en slik måte at det har mulighet til å nå Stine. Utgangspunktet må være å møte henne der hun er. Tempo, ordvalg og uttrykksform er viktige momenter. Læreren kan godt gjemme seg bak «*Jeg har så mange elever i klassen at jeg ikke har tid til sånt. Det får andre ta seg av.*» Poenget er å være seg bevisst den måten en kommunisere med eleven på, hva som er viktig når en har kontakt og dialog, uavhengig av varighet og kontekst. Hvordan lærere forholder seg til og samspiller med elevene sine er påvist å ha en direkte innvirkning på trivsel og oppførsel (Sørli 1998).

Det kan også være en idé å la Stine være deltaker sammen med andre som kan si noe om hvordan de har det, et forum der det er trygt å dele opplevelser og tanker. Det kan være ei jentegruppe i klassen, eller det kan være ei gruppe på tvers av klassegrenser. Enkelte skoler har

hatt stor suksess med egne grupper for «de stille jentene» både på barnetrinnet og på ungdomsskoletrinnet. Dette er kanskje nettopp fordi en får se, høre og kjenne at en ikke er alene i verden om å synes det er vanskelig å uttrykke det en opplever og føler.

Noen ganger strekker ikke ordene til. Det er alltid en risiko for at språket skal skille tanken fra følelsen. Kløften mellom det indre og det ytre, mellom den amodale helhetsopplevelsen der alle sansene er aktive, og den språklige formuleringen, kan bli for dyp. Det som kan bygge bro over kløften mellom de rike sanselige opplevelsene og de språklige beskrivelsene, er de kunstneriske uttrykksmidlene. Vårt behov for å skape eller ta del i det den andre skaper av bilder, poesi, musikk, teater osv., gir oss tilgang til en annen måte å kommunisere på enn via det konvensjonelle språket. Det handler også om å skape sammenhenger mellom det en føler og det en uttrykker (amodal persepsjon). Så når ordene ikke strekker til kan det finnes andre uttrykksmåter å formidle seg gjennom, både for lærer og elev.

Mor forteller at Stine er glad i å spille piano. Hun gikk på musikkskolen i 3.–5.klasse, men sluttet fordi pianolæreren flyttet og hun ikke ville ha noen ny lærer. Men mor sier at hun hører at Stine spiller når hun ikke tror at noen hører det. Kan musikken være en uttrykksform som Stine kan formidle seg gjennom? Kan den brukes som en lenke ut i «verden» til samspill med andre? Kan den brukes for å opprette kontakt og interesse? Kan musikk eller andre uttrykksformer være en måte Stine kan formidle seg på til lærer, mor eller eventuelt en gruppe?

Dersom Stine kan få vist noe av det som hun faktisk er god på, vet vi at alle mestringsopplevelser er med på å styrke selvet og opplevelsen av at jeg er noe og jeg kan noe. Det å finne fram til sterke sider, forstørre dem og bruke dem bevisst på skolen vet vi er viktig. Læreren forteller at Stine er flink faglig og en mester i å skrive stil. Hun har helt fra hun kunne skrive,

laget fantasifulle historier med et kreativt språk. Det å bruke det skriftlige språket på skolen for å formidle sammenheng, øke forståelse, og å dele, er et ypperlig hjelpemiddel til å styrke det narrative selvet. Det kan være å oppmuntre til å skrive dagbok, skrive brev eller dikt for å formidle noe av seg selv, sin historie som igjen er med på å skape sammenheng. I en jentegruppe jeg hadde, skrev de dagbok hver dag. Når vi møttes, valgte de selv ut det de ville lese for hverandre neste dag i gruppa. Etter hvert som de ble tryggere på hverandre og seg selv, leste de alt de hadde skrevet. Etter at gruppesamlingene ble avsluttet, fortsatte flere av dem å sende dagboknotater til hverandre på mail. Gjennom å skape et bilde av seg selv og sin opplevelse påvirker man sitt eget selv bilde, identiteten skapes i fortellingen. Å skrive dagbok er å fortelle sin egen historie for seg selv. Å dele sin historie, eller deler av den, er å våge å bli tydelig med den jeg er både for meg selv og andre.

Sterns teori gir mye håp selv for de barna som opplever å ha fått lite bekreftelse fra de var små. Utviklingen av selvet pågår som en prosess i møte med nye mennesker og nye situasjoner; selv-områdene som dannes i de første leveårene, fortsetter å være aktive og utvikles gjennom livet. Det betyr at dersom mor klarer å ta imot veiledning på dette, og Stine møter nye situasjoner og mennesker som klarer å styrke hennes selvområder, er det gode muligheter for at Stine kan møte verden på en åpnere og tryggere måte.

Tiltak:

1. Vektlegging av betydningen av relasjonen mellom lærer(e) og elev;

Trekke lærdom av tidligere suksesser og fias-koer.

2. Lærenes bevissthet på egen kommunikas- jon, forventninger, væremåte, holdninger og vilje til å endre seg (Chazan 1994).

3. Samarbeid med hjemmet; Søke råd hos foreldre om hva de mener det er viktig å legge vekt på i overgangene, hvilke erfaringer de har med å lykkes og mislykkes.

4. Elevsamtaler; Drøft skikkelig hvilken lærer

som skal ha ansvaret for dette i forhold til eleven med vekt på hvilke lærere som har genuin interesse for eleven, og elevens eget ønske ut fra hvem hun har mest tillit til.

5. Bevisst bruk av bekreftelse og fokus på mestrings: Bekreftelsen må være konkret og begrunnet, spontan, oppriktig og variert (Ogden 2001). Repeterende bruk av generelle kommentarer som «fint», «bra gjort» gjør ikke det samme inntrykket som «Jeg likte måten du løste dette problemet på, fordi....»

6. Bruk av kunstneriske uttrykksmidler: Hvordan kan en bruke de praktisk-estetiske fagene til å uttrykke følelser, meninger, stemninger m.m.? Tverrfaglige prosjektarbeid med disse temaene.

7. Gruppe/kurs for «de stille»: Det kan kalles alt fra «Jente-gruppa» til «Jeg kan, jeg vil, jeg tør!». Samarbeid mellom sosiallærer og klassestyrere om hvem som trenger et slikt kurs, hvem som kan holde det (samarbeid med PPT?), og innholdet tilpasset gruppa. Mange ideer kan hentes fra «Det er ditt valg» (Lions Quest), «Steg for steg» (Beeland 1991, Nasjonalforeningen for folkehelsen), «Du og jeg og vi to» (Lamer 1997) og «Tren opp motet» (Brunland og Eikbu 1998).

8. Dagbok som dialogverktøy mellom voksne og ungdom. Husk: Ungdommen bestemmer hva som skal deles og hvordan det skal gjøres!

Konklusjoner og vurderinger

På bakgrunn av Sterns teori har jeg ovenfor satt opp åtte ulike tiltak som kan iverksettes på en skole, både med tanke på å forebygge innagerende atferd og som hjelp for dem som viser en slik type atferd. Tiltakene er både på organisasjons-, individ- og gruppenivå. Det er fordi jeg mener det er viktig at en setter inn hjelpe- og støttetiltak på flere nivåer. En rekke momenter både av individuelle, relasjonelle og kontekstuelle forhold spiller inn når vi snakker om atferdsproblemer, enten det er innagerende eller utagerende atferd. Derfor må også hjelpetiltakene sette fokus på ulike arenaer og forhold i elevens liv. Tiltak som bare fokuserer på en liten del av problembildet viser seg ofte å ha liten eller ingen positiv effekt. I verste fall

kan slike smalsporete tiltak ha problemforsterkende effekt (Sørli og Nordahl 2000). Tiltakene som jeg skisserer er rettet inn mot skolearenaen, men i Stines tilfelle ble det også jobbet parallelt med familierapi, og samarbeidet mellom skole og behandlingsapparat ble et viktig tiltak. Godt samarbeid på tvers av fag- og systemgrenser, der samarbeidspartnere deler kompetanse og erfaringer, vil alltid komme familiene til gode. Skolebaserte og familiebaserte tiltaksmodeller (f.eks. «Parent Management Training») med en multimodal og multisystemisk design er en av de nye og lovende tiltaksmodellene vi i dag har kjennskap til (Sørli 2000, Rutter 1997). Med multimodal menes bredspektrede tiltaksmodeller med spesifikke moduler for å påvirke flere av de faktorene som har vist seg å henge sammen med atferdsproblemer. Med multisystemisk menes miljøovergripende tiltaksmodeller med parallelle moduler for å oppnå endringer både hos eleven, i skolen og i hjemmet (f.eks. multisystemisk terapi, MST)

Det vil, enten Stines familie er med i et slikt program eller ikke, være viktig at den skolen som ber om hjelp til å utarbeide tiltak, setter av tid og ressurser til å se hvilke konsekvenser tiltakene vil få for skolens innhold og organisering. En rekke spørsmål må reises:

- ▶ Hvem har best relasjon til ungdommen? Hvordan gjør andre voksne rundt ungdommen seg nytte av den relasjonskompetansen?
- ▶ Hvordan fungerer dialogen mellom hjem og skole? Hvem har ansvar? Hvor mye tid settes det av til dette? Hvordan deles informasjon?
- ▶ Hvilke klassemiljøopplegg har vi gode erfaringer med?
- ▶ Hvilke samarbeidsrutiner har vi på samarbeid med førstelinje- og eventuelt annenlinjetjenesten?
- ▶ Hvor kan vi innhente mer kompetanse på området? (PPT, kompetansesentre, Barne- og ungdomspsykiatri, helsestasjon, andre skoler med erfaringer)
- ▶ Hvordan kan skolen legge til rette for at

lærernes personlige kompetanse styrkes og bevisstgjøres? (f.eks. personalseminar, veiledning)

- ▶ Hvordan er kulturen på vårt lærerværelse for å snakke om at vi føler oss maktesløse og trenger hjelp? Tør vi i det hele tatt å ta det opp? Hvordan møter vi hverandre som kollegaer når noen ber om støtte?
- ▶ Hvordan er samarbeidet på tvers av fag-grensene? Hvordan nyttegjøre seg kreativt de ulike fagkompetansene vi allerede har?

Uansett hvilket teoretisk utgangspunkt vi har, uavhengig av faglig bakgrunn og hva vi tenker oss er bakenforliggende årsaker til innagerende atferd, er skolearenaen en av barnas/ungdommenes viktigste arenaer. Der oppholder de seg store deler av dagen, der utvikles både faglig, sosial og personlig kompetanse. Som lærer er du en betydningsfull voksen enten du liker å forholde deg til det eller ei. Som lærer har du makt enten du forholder deg til det eller ikke. Hvordan du utøver makten, hva slags betydningsfull voksen du er, handler om flere ting. Det handler om bevissthet, vilje til å se på egen personlige og faglige kompetanse. Dette gjelder selvsagt også andre voksne som eventuelt er inne i et samarbeid i forhold til ungdommen.

De innagerende ungdommene kan man velge å se på som en «klamp om foten», «en som er med på å legge en demper på miljøet», et «problem», eller man kan se på dem som en utfordring med positiv nysgjerrighet og ønske om å være med på å skape en optimal hverdag for dem. Med utgangspunkt i Sterns modell er det som sagt mye håp og mange muligheter i utvikling av relasjoner og de ulike selv-områdene, uavhengig av alder. Det betyr at du som voksen faktisk kan være med på å legge til rette på ulike nivåer for endring, trivsel og nye erfaringer. Mange vil kunne gjenkjenne Stine og hennes historie, eller deler av den. De fleste lærere som har arbeidet en del år, vil kunne nikke bekreftende til de utfordringene som ligger i møtet med denne type elever, og kjenne dem igjen fra klasserommet. Lærere får også ofte deler av den bakenforliggende historien i møte med

foreldre og eventuelt hjelpeapparat. Jeg har mange ganger blitt overrasket over hvor åpne mange foreldre er i forhold til sin egen tilkortkommenhet, og hvordan de deler sin historie der det kan være med på å øke forståelsen for hva eleven trenger. Den åpenheten og viljen til å se på sin rolle og sitt samspill i forhold til den gutten eller jenta det gjelder, kan skolen lære mye av.

Teoriene kan hjelpe oss til å forstå, se «bak» det som vises på utsiden, og gi oss økt forståelse og forhåpentlig større tålmodighet, for den innagerende atferden. De kan også, som jeg har vist til i tiltakene, underbygge tiltak som kan støtte og fremme nye relasjoner, samt øke sosial og personlig kompetanse. Første utfordring for skolen, den enkelte lærer, fagperson eller foreldre er å forholde seg til det, ikke bare la den stille ungdommen sitte der fordi han/hun ikke er til bry for noen. Det å våge å se og forholde seg til noe som utfordrer en selv og en kultur der det å svare, være aktiv, sosial og frampå er idealer, kan være svært utfordrende både for den enkelte voksne og den enkelte ungdom. Dermed kan Tom Andersens ord få lov til å avslutte artikkelen som en liten påminnelse om at den «voksne automatiske telefonsvareren» som ofte lirer av seg de ferdige løsningene på det meste i livet, med fordel kan skrues av for å åpne opp for nye og flere spørsmål.

«Vårt hovedhjelpemiddel er spørsmålene. Ikke meningene eller tolkningene eller standpunktene. De spørsmål som åpner for mange svarmuligheter er de beste. De aller beste er de som fører til enda flere spørsmål.»

Tom Andersen 1994





Empati, slik noen forstår det og gjennomfører det, kan bli «klissete», og både barn og unge gjennomskuer raskt der det blir «lik-som-empati»

Litteratur

- Andersen, T. (1994): Mellommenneskelige forhold, språk- og forforståelse. Fokus på familien, 1.
- Chazan, Laing, D. (1994): Emotional and behavioral Difficulties in Middle Childhood. Assessment and Intervention in School. London: Falmer Press.
- Juul, J. og Jensen, H. (2003): Fra lydighet til ansvarlighet. Kristiansand: Pedagogisk forlag.
- Karterud, S. og Monsen J.T. (1997) Utviklingen etter Kohut. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lund, I. (2004): Hun sitter jo bare der! Om innagerende atferd hos barn og unge. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (1996): Læreplanverket for den 10-årige grunnskolen.
- Ogden T.(1997): Rustet for livet? Ungdoms kompetansemål og verdier i et nytt perspektiv. Vikersund, Samlivssenteret.
- Ogden, T. (2001): Sosial kompetanse og problematferd i skolen. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Rutter, M. (1997): Psychosocial disturbances in young people. London: Cambridge University Press.
- Stern, D.(1985): The interpersonal World of the Infant. A view from Psychoanalysis and Development Theory. New York: Basic Books.
- Sørli, M. A. & Nordahl, T. (1998): Problematferd i skolen. Hovedfunn og forklaringer og pedagogiske implikasjoner. Hovedrapport fra forskningsprosjektet :skole og samspillsvansker. NOVA rapport 12a/98 Oslo: GCS.
- Zimbaro, P. (1981). The shy child: A parents' guide. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Aasen, P. (2002): Atferdsproblemer, innføring i pedagogisk analyse. Oslo: Cappelen forlag.



Karin Källsmyr er psykolog og ansatt i Voksne for Barn. Hun har arbeidet med ulike utviklingsprosjekter i organisasjonen. De seneste åren har hennes arbeid hatt et spesielt fokus på hvordan barn og unge kan medvirke i utviklingen av tjenestetilbud.



Inger Hodne, cand. psychol., utdannet i Oslo 1985. Har arbeidet i psykisk helsevern for barn og unge og i byomfattende barnevern for ungdom og familier i Oslo. Har vært spesielt opptatt av tjenesteutvikling i forhold til familier som sliter på mange områder samtidig, og å finne frem til familierapeutiske tilbud som kan vise seg brukbare i en slik situasjon. Arbeider nå som seksjonsleder ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør.

Som man spør, får man svar – Brukermedvirkning fra barn og unge

Medvirkning fra barn, unge og deres pårørende kan bidra til å gjøre de usynlige barna mer synlige og til at de stille barna i større grad blir lyttet til. I artikkelen fokuserer vi innledningsvis på problemstillinger relatert til arbeidet med å realisere intensjonene om økt og reell medvirkning fra barn og unge. Vi presenterer så to konkrete metoder for å hente fram barns og unges stemmer som en del av prosessen med å invitere dem til forandrings- og utviklingsarbeid, både på individnivå og systemnivå. Karins eksempel er hentet fra Voksne for Barns «ARENA – et program for brukermedvirkning fra barn og unge». Ingers bidrag er en beskrivelse av «Bakkehaugen-modellen» for evaluering av samarbeid mellom familier og terapeuter.

Innledning

Brukermedvirkning er kanskje en av de største og mest utfordrende reformene i norsk helsevesen. Pasienten er i dag formelt en jevnbyrdig samarbeidspart. «Opptappingsplanen for psykisk helse»¹ har gjort det mulig for både

de enkelte brukere og brukerorganisasjonene å bidra til utviklingen av tjenestetilbudet i langt større grad enn tidligere. Som bruker har jeg rett til å medvirke og til å ha innflytelse på både min egen individuelle behandlingssituasjon og i utviklingen av tjenestetilbudet. Retten og muligheten har resultert i at også krav og for-

¹ Regjeringens Opptappingsplan for psykisk helse 1999–2008 er en omfattende helsepolitisk satsning for styrking og utvikling av tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Planen bygger på St.melding nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet



Når tjenester for barn og unge har blitt evaluert, er det nesten uten unntak foreldrenes og fagpersonells mening som har vært i fokus

ventninger til brukerorganisasjonene øker.

Begrepet brukermedvirkning har lenge vært brukt i festtaler og forskjellige strategiske dokumenter. Dessverre er det ikke alltid like lett å gi det et innhold som oppleves som meningsfullt. Barn og unge er en stor brukergruppe. Ofte er det vanskeligere for barn og ungdom enn for andre grupper å nå fram med sine synspunkter, ønsker og behov overfor offentlige myndigheter. Organisasjonen Voksne for Barn er en av brukerorganisasjonene innenfor feltet psykisk helse. Organisasjonens fremste oppgave har alltid vært å tale barns og unges sak når og der det trengs, men også å bidra til at barns og unges direkte stemmer blir hørt. I de siste årene har organisasjonen hatt muligheten til å utvikle dette gjennom sitt prosjekt, og senere program, ARENA.² Målet er å bidra til økt og reell brukermedvirkning for barn og unge innenfor feltet psykisk helse gjennom å

- ▮ etablere et nettverk av talspersoner for barns og unges psykiske helse
- ▮ bidra til opplæring i metoder for brukermedvirkning
- ▮ dokumentere og presentere brukererfaring og brukerkunnskap

Arbeidet i ARENA har resultert i nye erfaringer

og ny kunnskap, men har også satt fokus på noen problemstillinger som vi mener er sentrale i alt arbeid med å realisere intensjonene med brukermedvirkning. Noen av disse problemstillingene drøfter vi i denne artikkelen. Det finnes også eksempler på modeller for å hente fram den unges stemme, for eksempel i behandlingsarbeidet. I den andre delen av artikkelen skriver vi om brukerperspektivet i det terapeutiske arbeidet.

Hvorfor brukermedvirkning? En rettighet

Det finnes flere grunner til å tale for brukermedvirkning. I dag oppfattes dette som en rettighet som det stadig sjeldnere settes spørsmålsteget ved. I § 12 i FN's barnekonvensjon slås det fast at barnet har rett til å si sin mening i alt som vedrører det, videre at barnets meninger skal tillegges vekt. Som brukere av psykisk helsevern er barn og unge omfattet av pasientrettighetene. I lov om pasientrettigheter slås pasientens rett til medvirkning i gjennomføring av helsetjenesten fast. Både barneloven (§ 31) og barnevernloven (§ 6-3) sier at barnet har rett til å ta del i avgjørelser som har med barnet å gjøre, og at det skal legges vekt på det barnet mener.

Som bruker har du rett til å øve innflytelse på din egen behandlingssituasjon. Å leve i en forståelig sammenheng med mulighet til selv å påvirke og kontrollere sin egen situasjon i den retning man ønsker, er vesentlig for de fleste og en rettighet ethvert individ har. Retten til selvbestemmelse og mulighet for innflytelse i egen situasjon er helt avgjørende for den enkeltes livskvalitet.

Sosiologen Aron Antonovsky har prøvd å finne svar på spørsmålet om hvorfor noen mennesker som har opplevd store fysiske og psykiske påkjenninger, på tross av dette forblir friske, mens andre utvikler sykdom. Han viser i sine studier til «friskfaktorer», dvs. faktorer som framkaller eller leder til helse. Antonovsky (1979) mener at den enkelte kan klare store påkjenninger hvis han/hun forstår hva det handler om, har ressurser til å håndtere situasjonen og føler mening med og sammenheng i den. Han kaller dette «sense of coherence». Det finnes også andre teorier som hevder at reell innflytelse og mulighet for å påvirke gir selvtilit, evne til å mestre og løse problemer, samt økt livskvalitet. Poenget er at hvis brukeren får et beslutningsgrunnlag fra eksperten og deretter selv kan ta standpunkt til hvordan han/hun ønsker det, vil negativ avhengighet avta og en positiv selvstendighet øke. Individuell plan³ kan være et verktøy for å legge til rette for en slik prosess. I den svenske evalueringsrapporten fra Sosialstyrelsens utviklings- og informasjonssprosjekt «Individuell plan på den enskildes villkor» (Sosialstyrelsen 2002) framheves det hvor betydningsfull den enkelte brukers deltakelse er i utformingen av en individuell plan. Den individuelle planen er et verdifullt verktøy for den enkeltes opplevelse av overblikk, følelse av sammenheng og innflytelse på sin egen livs-

situasjon – dvs. et grunnleggende utgangspunkt for et godt fungerende hjelpetilbud. Hvis ikke brukerens behov og ønsker styrer prosessen, kan arbeidet få motsatt effekt og brukerens innflytelse minke.

For å øke brukernes innflytelse og følelse av sammenheng kreves det imidlertid både nytenkning og en organisering av hjelpeapparatet som fremmer kontinuitet i tjenestene. Arbeidet må dessuten være preget av gjensidighet mellom personell og tjenestemottakere. Dette er like viktig i arbeid med voksne som med barn og ungdom. Følgende forutsetninger må ligge til grunn for arbeidet:

- ▮ At alle parter er med fra begynnelsen og ikke blir tvunget til å ta beslutninger om ferdige forslag
- ▮ At alle parter har like muligheter til å forberede seg
- ▮ At alle parter er klare over formålet med samarbeidet
- ▮ At alle har en tydelig oppgave og noe å bidra med
- ▮ At dokumentasjon formuleres i en slik språkdrakt at alle parter kan kjenne seg igjen

Viktig kunnskap

Brukermedvirkning er ikke bare en demokratisk rettighet eller en helsefremmende faktor. Det er også en overføring av erfaringsbasert kunnskap fra brukere til beslutningstakere og tjenesteytere. Vi ønsker at brukere skal ha innflytelse på sin behandling, men også at brukerperspektivet skal ligge til grunn ved planlegging, organisering og drift av tjenestene.

Vi deler høyst sannsynlig det samme mål om en praksis som hviler på kunnskap, og som

² «ARENA – et program for brukermedvirkning fra barn og unge innen psykisk helsearbeid», finansiert av Sosial- og helsedirektoratet.

³ Alle med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Kommunenes helse- og sosialtjeneste, samt helseforetakene, har plikt til å sørge for at individuell plan utarbeides. Tjenestemottakeren har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for slik medvirkning. Planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker.

slik kan gi den beste hjelp til pasienten. Men hvilken kunnskap mener vi da? Vi er vel alle enige i at kunnskap basert på forskning er nødvendig for en slik praksisutvikling. Kunnskap i form av erfaringer fra fagfeltet er også en selvfølge. I dag er det få som ikke kjenner rettighetene i forhold til å inkludere erfaring fra brukerne. Men for å realisere overføring av brukererfaring i det totale kunnskapsbildet står

Hva er brukermedvirkning?

Når vi snakker om brukermedvirkning, unnlater vi ofte å definere begrepet. Det leder i sin tur til at strategiene for arbeidet med brukermedvirkning ikke alltid er like klare og tydelige. I denne artikkelen, og i de sammenhengene Voksne for Barn arbeider i, defineres brukermedvirkning som aktiviteter på to nivåer:

- Individnivå – ved at den enkelte påvirker og tar del i utformingen av sin egen behandling
- Systemnivå – ved at samlet kunnskap fra individnivå brukes for å påvirke og forandre behandlingstilbudene og tjenesteapparatet

Erfaringer fra prosjektet ARENA har vist at det er mangel på systemer og modeller for arbeidet med brukermedvirkning, både på individnivå og på systemnivå. Dette blir gang på gang bekreftet gjennom vitnesbyrd og hjertesukk fra både brukere og fagpersoner.

Hvordan kan brukere og brukerorganisasjoner bidra?

Det finnes mange enkeltbrukere som bidrar med sin personlige historie og sine dyrt kjøpte erfaringer. Slik får vi ta del i mye viktig informasjon: om å ikke bli tatt på alvor, om å ikke få hjelp og om å bli krenket, men også de gode eksemplene, om møter med dyktige og lydhøre fagpersoner.

Voksne for Barn og andre organisasjoner har valgt å invitere brukere til å formidle sine erfaringer i for eksempel utdanningssammenheng. Deltakerne bekrefter at det møtet som finner sted, er viktig, og iblant kanskje avgjørende, for at en forandring skal skje. Det er ingen tvil om at en individuell fortelling kan få store konsekvenser og kan bidra til forandring. Hvordan bruker vi så alle disse individuelle historiene? Hvordan kan de være med og påvirke utviklingen i positiv retning? Blir informasjonen og kunnskapen tatt imot? Mener vi at brukermedvirkning har skjedd når noen har lyttet, eller er det der prosessen begynner?

Vi må ikke stilne de stemmene som taler et annet språk

I dette ligger en utfordring for både brukerorganisasjonene og fagfeltet. For brukerorganisasjonene dreier det seg om å ikke stoppe ved de enkelte historiene, for å unngå tilfældigheter og mangel på systematisk sammenheng. En av de viktigste oppgavene organisasjonene har, er å tegne et helhetlig bilde med alle de individuelle historiene som utgangspunkt, slik at vi kan se mønstre av det som ikke fungerer, hva behovene er, og framfor alt gi anvisning på veier videre.

Organisasjonene må også utvikle systemer for å hente fram, dokumentere og systematisere sin målgruppes erfaringer, for så å spre kunnskapen videre. Det må ikke bare være den som roper høyst, som blir hørt. Vår fremste oppgave er å sikre at bildet blir så rikt og komplekst som mulig. Dette er en spesiell utfordring når vi snakker om barn og ungdom. Tradisjonelt sett har barn og unge i liten grad blitt invitert til å si sin mening som brukere. Når tjenester for barn og unge har blitt evaluert, er det nesten uten unntak foreldrenes og fagpersonells mening som har vært i fokus.

Det kan være problematisk for unge brukere å nå fram med sine synspunkter. Til tross for at samtalen er en vanskelig kommunikasjonsform for mange barn og unge, er dette den mest brukte kommunikasjonsmetoden i møtet mellom voksne og unge. Når barn og unge skal inviteres til å bidra til planlegging av tjenestene innenfor psykisk helsevern, må derfor alternative kommunikasjonsverktøy tas i bruk for at deres stemmer skal bli hørt.

Nok et spørsmål brukerorganisasjonene til enhver tid må forholde seg til, er hvordan man kan tale på vegne av en gruppe, uavhengig av om man er representant eller «direktebruker». Hvordan blir vi troverdige og representative? Hvordan finner vi fram til former for å

hente fram erfaringer, kunnskap og ønsker fra den gruppen vi skal si noe om og for? Organisasjonenes oppgave er å gjøre brukeren i stand til å kunne fungere som representant og talsperson for andre. Når det gjelder barn og ungdom, snakker vi delvis om en gruppe som kan ha problemer med å få uttrykt sine behov og forslag. I slike tilfeller er det selvfølgelig viktig med et ombud eller en representant. Andre kan i høyeste grad gi uttrykk for sine erfaringer og ønsker, men det mangler ofte rom eller form for å ta imot disse uttrykkene. Uavhengig av om det er en direkte, enkelt stemme eller noen som snakker på andres vegne, må alt bunne i at man har spurt dem det gjelder.

Her begynte også prosjektet ARENA. Målet er å bidra til at de stemmene som vanligvis ikke blir hørt, får komme fram, enten direkte eller gjennom at de bæres fram av andre. Første trinn i opplæringen var å gi deltakerne verktøy og metoder for å kunne kommunisere med dem som de etter hvert skal tale på vegne av. Flere samarbeidspartnere har vært inspirasjonskilder og veiledere. Spesielt kan nevnes Forandringsfabrikken⁴, som har lang og variert erfaring fra medvirkningsprosesser.

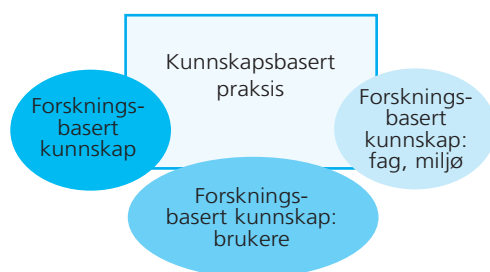
En skole for psykisk helse

I løpet av prosjektperioden har vi prøvd ut ulike modeller for å kartlegge erfaringer og hente inn forslag fra unge på de områder hvor organisasjonen ønsker å bidra. Vi skal her gi et lite eksempel på hva som er gjort.

Vi inviterte 17 elever fra fem videregående skoler fra ulike deler av landet, til en samling for å bidra med erfaringer, ønsker og forslag til hvordan skolen bør være og fungere for å fremme en god psykisk helse. Alle elevene deltar i Voksne for Barns program «STEP – ungdom møter ungdom» og har en aktiv rolle på sin skole i forhold til å bidra til det psykososiale miljøet. Målet for samlingen var todelt: Voksne for Barn ønsket innspill fra ungdom i

Til tross for at samtalen er en vanskelig kommunikasjonsform for mange barn og unge, er dette den mest brukte kommunikasjonsmetoden i møtet mellom voksne og barn og unge

både enkeltbrukere, brukerorganisasjonene og tjenesteapparatet overfor en utfordring. Brukerorganisasjonene må innhente, dokumentere og systematisere brukererfaringen fra enkeltbrukere. Kunnskapen må gjøres tilgjengelig for mottakere på forskjellige nivåer. Her vil den største utfordringen være å finne former og metoder for å hente fram og dokumentere brukererfaring på en slik måte at den blir troverdig og faglig forsvarlig. For at bildet skal kunne bli helt komplett, er det imidlertid avgjørende at det er vilje til å gi den brukererfarte kunnskapen en likeverdig plass i kunnskapsbildet.



⁴ Forandringsfabrikken var tidligere en del av Redd Barnas Rettighetssenter, men arbeider nå som selvstendige aktører.

denne aldersgruppen på hva som er viktig for deres psykiske helse, og framfor alt hva som bør legges til rette på skolen, som den arena hvor de fleste tilbringer en stor del av sin tid. Det andre målet var å gi de aktuelle skolene mulighet å gå videre med sitt psykososiale arbeid, med elevene som sentrale aktører. Samlingen gikk over to dager.

Vi arbeidet gruppevis med «psykisk helse på skolen» som det overordnede temaet. I løpet av de to dagene arbeidet deltakerne med fire oppdrag⁵:

- «Meningsstreken» – der målet er å hente fram meninger og å reflektere over disse
- «Esken» – der målet er å kartlegge tanker og temaer, illustrere ytre og indre virkelighet
- «Ha det godt-gubben» – der målet er å danne en felles utgangspunkt for samtale
- «Mulighetselven» – der målet er å identifisere problemer og hindringer og finne løsninger

Det er ikke mulig å beskrive alle oppdragene, heller ikke å presentere hele resultatet i denne artikkelen. Vi velger å presentere oppdraget vi kalte «Meningsstreken» og noe av resultatene fra dette, som et eksempel på hvordan man kan hente fram unges bidrag⁶.

Som forberedelser ble en lang strek teipet på gulvet. Den ene enden symboliserte 0 % og den andre 100 %. Alle deltakere ble informert om at de ville få høre ulike utsagn eller spørsmål.

Etter hvert utsagn ble de bedt om å stille seg på linjen i forhold til hvor enige de var: Var de helt uenige, stilte de seg på 0 %, og var de helt enige, på 100 %. Etter hvert spørsmål sa alle som ønsket det, noe om sitt valg og diskuterte med hverandre. En av representantene fra Voksne for Barn presenterte de ulike utsagnene/spørsmålene og ledet samtalen som fulgte. Totalt ble det stilt 11 spørsmål, med relaterte oppfølgingsspørsmål. De to andre representantene dokumenterte skriftlig hva som ble sagt. Utsagnene som deltakerne skulle forholde seg til, var for eksempel: «Vi får mye informasjon om psykisk helse på skolen», «Ingen på min skole har psykiske problemer», «Hvis jeg trenger hjelp, vet jeg hvor jeg skal henvende meg», «Det finnes en voksen på skolen jeg kan gå til hvis jeg trenger hjelp». Etter samlingen ble materialet utskrevet og tematisert med Grounded Theory⁷ som metodisk utgangspunkt.

Fem hovedtemaer ble utkrystallisert.

1. Psykisk helse hos seg selv og andre
2. Informasjon på skolen
3. Holdninger til psykisk helse og psykiske lidelser
4. Å søke hjelp
5. Vennskap og relasjoner

Vi gir et eksempel på hva som kom fram på temaet «Om å søke hjelp». Her drøftet deltakerne opplevelser knyttet til det å få hjelp når en trenger det:

«Det kan være vanskelig å søke hjelp fra noen en ikke kjenner, men også fra noen en kjenner veldig godt.»

«Det er for eksempel helsesøster, men hun er

jo ikke der så ofte, og vi vet jo ikke når hun er der.»

De sier også mye om hvordan den må være som skal gi hjelp:

«Gjensidig respekt er viktig hvis en skal snakke med noen.»

«...det er viktig at de jeg snakker med, ikke er så veldig ovenpå.»

Kanskje oppleves dette som selvfølgeligheter og kjent viten på bakgrunn av både forskning og tilbakemelding fra ansatte innenfor skolesystemet. Men når en organisasjon som Voksne for Barn skal si noe om hva som er viktig for ungdom i norske skoler, må vi begynne med å spørre dem det gjelder, som et supplement til annet erfaringsgrunnlag. Neste trinn blir å vurdere hvordan informasjonen fra de unge som deltar, kan påvirke og forandre for eksempel arbeidet med psykisk helse på norske skoler. I dette konkrete tilfellet fikk også de skolene som deltok, et godt utgangspunkt for å arbeide videre med psykisk helse med og blant sine elever.

Om å møtes

Også fagfeltet og administrativ og/eller politisk ledelse står overfor utfordringer. Det kanskje mest akutte spørsmålet er å vurdere hvordan man møter både enkeltbrukere og brukerrepresentanter i ulike situasjoner. Hvordan kan man legge til rette for og finne fungerende former for møter som blir så jevnbyrdige og kreative som mulig? Hvordan skal man sikre at barn, unge og pårørende opplever at deres deltakelse får konsekvenser, uavhengig av hvilket nivå den skjer på? Hvordan tar man imot og forvalter den kunnskap som ligger i alle de individuelle historiene, slik at den kan bli brukt i utviklingen av tjenestetilbudene? Hvordan kan terapeuter legge til rette for å innhente «brukerens perspektiv» på det som finner sted i et terapeutisk arbeid? Og i forlengelsen av dette spørsmålet: Er det forskjell på å være i rollen som «klient» og som «bruker»? Hva kan det å være «bruker» bety i en terapeutisk sammenheng?

I den neste delen av artikkelen prøver å vi å

diskutere noen av disse spørsmålene, og å gi en modell for å innhente brukerperspektiver i terapi på en systematisk måte.

Brukerperspektivet i terapeutisk arbeid

Mange terapeuter har stilt seg litt undrende til tidens interesse for og krav om å innhente brukerens perspektiv på den faglige virksomheten. Deres erfaring er at uten å interessere seg nettopp for klientens perspektiv, ta utgangspunkt i hennes eller hans ståsted, og benytte sin faglige merviten i hennes eller hans tjeneste, vil vi ikke lykkes (og heller ikke ha noen berettigelse) som terapeuter. Klientperspektivet utgjør selve kjernen i det terapeutiske arbeidet. Hva er det så som kan komme i tillegg ved at vi retter oppmerksomheten mot brukerperspektivet igjen?

Artikkelen tar utgangspunkt i to typer fenomen-er jeg gjennom eget og andres arbeid (Jørgensen 1999, Aamodt, Aamodt og Jørgensen 2002, Aamodt 2003, Jørgensen og Hodne 2004) har blitt tiltakende oppmerksom på gjennom de siste årene. Det ene er at mens terapeuter har en klar formening om at de har snakket med klientene om vesentlige forhold knyttet til terapiforløpet (for eksempel hva klientene ønsker å oppnå gjennom et terapeutisk arbeid, hvilke arbeidsformer som skal føre fram mot målene, og hvordan samarbeidet fungerer), rapporterer mange av klientene når de blir intervjuet, at de ikke kan huske at disse temaene har vært diskutert. Dette gjelder kanskje særlig i sammenhenger der klienten har vært henvist til terapi av andre, og der det altså har vært utøvd et visst press på klienten i retning av å søke hjelp. Det andre fenomenet jeg vil rette oppmerksomheten mot, er min opplevelse av at klienter framtrer forskjellig, og snakker på andre måter når de kommer i «informantposisjon» enn de gjør i «klientposisjon». To sentrale stikkord når det gjelder forskjellen, er refleksjon og verdighet. Dette synes også å være et fenomen som andre enn meg har registrert: Klienter i informantposisjon uttrykker seg ofte nyansert og ettertenksomt om sin egen situasjon, om

⁵ Oppdragene er bla. hentet fra E. Dønnestad/IM. Sanner, «Kreativ» (Redd Barna, Oslo 2001) og det svenske Utbildningsdepartementets øvelsesbok fra prosjektet «Tillsammans», 2001, og er tilpasset sammenhengen av Voksne for Barns representanter.

⁶ Alle oppdrag, analysen og resultatet blir presentert i en rapport med temaet «En skole for psykisk helse», Voksne for Barn, som ferdigstilles i 2005.

⁷ Grounded Theory er en metodologi for å oppdage teori som forklarer handlinger i den sosiale kontekst som studeres. (Strauss and Corbin, Basics of Qualitative Research, 1990)

verdier de legger til grunn i livsførselen, og om sine anstrengelser for å leve i tråd med disse verdiene. De vurderer gjerne samarbeidet med terapeutene og terapeutenes innsats i forhold til hele livssituasjonen. Hva får de hjelp med, hva er det som ikke lykkes så godt, og hva kunne de ønske seg i stedet for eller i tillegg til hjelpen de får? Gjennom å bli kjent med klientene også i informantposisjon har jeg gjentatte ganger blitt slått av verdigheten hos mange mennesker i svært vanskelige livssituasjoner.

Mens terapeuter har en klar for- mening om at de har snakket med klientene om vesentlige forhold knyttet til terapiforløpet, rapporter mange av klientene at de ikke kan huske at disse temaene har vært diskutert

Å innhente brukerens perspektiv i behandlingsarbeid kan bety at situasjonen tilrettelegges slik at den som er i klientposisjon, med jevne mellomrom gis anledning til å innta et overordnet perspektiv på en prosess hun eller han selv er den sentrale part i. Det dreier seg om ulike måter å legge til rette på for en vekslings mellom en erfarende og en reflekterende posisjon. Når klienten er i erfarende posisjon, synes det avgjørende å få aktualisert noen av opplevelsene som skaper problemer i dagliglivet, og få delt disse med terapeuten. Jeg henter fram ordene til to klienter, som begge var mødre i familier jeg har samarbeidet med:

«Skulle ønske at jeg hadde turt å «lette litt på masken». Kanskje burde vi foresatte bli litt mer provosert, slik at vi også fikk ut litt aggresjon. Jeg synes datteren min har vært så modig, hun har rast og skjelt og smelt med dørene. Jeg skulle ønske jeg også hadde turt å vise hvordan jeg kan være når jeg er sint! Det skulle dere fått fram for virkelig å kunne hjelpe oss. Jeg følte noen ganger at dere ikke så/hørte mine problemer, oppfattet det slik at dere bagatelliserte ting jeg syntes var vanskelig.» Den andre sa: «Det går ikke an å beskrive hvordan vi har det. Det må oppleves! Hvis dere skal hjelpe oss, må dere komme når det skjer!»

Når klienten er i reflekterende posisjon, synes det sentralt å innhente vedkommendes synspunkter når det gjelder mål for det terapeutiske samarbeidet, når det gjelder måter å nå målene på (gode arbeidsformer), og når det gjelder følelsesmessige bånd til terapeuten. Dette er sentrale begreper i forskning og teori om terapeutisk allianse, som igjen står fram som den mest utslagsgivende faktor når det gjelder klienters utbytte av terapi (Shirk og Karver 2003).

I det følgende vil jeg beskrive Bakkehaugen-modellen for evaluering av samarbeid mellom familie og terapeuter⁵. Tilnærmingen innebærer at man regelmessig stiller klientene i informantposisjon, i et semistrukturert intervju, og i tillegg lar klienten være tilhører mens terapeuten er i informantposisjon i forhold til prosessen begge parter tar del i.

Jeg vil kort begrunne vår framgangsmåte i forhold til forskningsfunn når det gjelder terapeutisk allianse og utbytte av terapi, men også når det gjelder mestring og følelsen av å ha innflytelse på det som skjer en i livet. Så vil jeg se på resultater: Hvilke erfaringer gjorde vi som terapeuter med denne framgangsmåten?

Brakte det noe nytt i forhold til den daglige terapeutiske innsats? Ga framgangsmåten noen utilsiktede virkninger? Bakkehaugen-modellen er utviklet i en barnevernkontekst der klientene var familier med barn i ungdomsalder. Jeg vil derfor drøfte om modellen kan ha relevans utover denne målgruppen. Men aller først vil jeg trekke fram noen erfaringer fra avdelingens samarbeid med ett av «de stille barna» og hennes foreldre.

Da Lill og Hannah kom til familieavdelingen, hadde Lill ikke vært på skolen på lang tid. Dette bekymret henne selv, moren og mange mennesker og instanser rundt dem. Og det var sentralt både på hennes, på morens og på barnevernstjenestens ønskelister for samarbeidet med familieavdelingen at Lill kom i gang med skolegangen igjen. Da vi fikk snakket litt mer med dem, kom det imidlertid fram at det var noe annet som var enda verre for mor og datter enn skolevegringen, og det var presert de følte var rettet mot dem.

Det utgjorde en utfordring å opprette kontakt med Lill, og finne fram til en samværsform som var akseptabel for henne. Jeg valgte å invitere henne til å bli lest for. Etter lang tid sa Lill: «Det var bra at du leste for meg den gangen, og at jeg slapp å snakke. Jeg ville jo gjerne gå til BUP, men de satt og ventet på at jeg skulle si noe, og det kunne jeg jo ikke. Og derfor kom jeg ikke mer.»

Først etter ca. 1/2 år med regelmessige møter presenterte Lill meg for et ønske for terapien: Hun ville forstå hvorfor hun ikke gikk på skolen. Historien hun fortalte, var «udramatisk», og fikk oss begge til å undres: Er dette nok? Står dette i forhold til et så vidt alvorlig symptom-bilde? Hun fortalte om et greit år i første klasse. Men i andre klasse hadde de fått en ny lærerinne. Hun gjorde det utrygt for Lill ved at hun like gjerne henvendte seg til dem som ikke rakk opp hånden for å svare, som til dem som gjorde det. Samtidig skilte foreldrene lag. Det syntes Lill var dumt, men det skjer jo også med veldig mange andre barn, reflekterte hun.

Samarbeidet mellom familie og terapeuter ble relativt langvarig. Det tok tid å vinne Lills

fortrolighet, og derved klare å være til hjelp for henne og foreldrene. Og noen av oppgavene de ønsket at familieavdelingens ansatte skulle påta seg, var slikt vi vanligvis forsto som foreldreoppgaver (for eksempel følge til møter og etter hvert til skole, gi modeller for å gjøre avtaler og melde avbud). Vi lurte gjentatte ganger på om vi gikk for langt i retning av å påta oss oppgaver. Tilbakemeldinger fra mor hjalp imidlertid. Hun etterlyste et handlekraftig hjelpeapparat, med muligheter for direkte kontakt med datteren. Hun sa: «Jeg vet at måten jeg var på overfor Lill, ikke var så bra på sikt. Men jeg fikk heller ingen hjelp! Hjelpeapparatet bare preket for meg, og så var de like hjelpeløse som jeg var.» Videre, på et tidspunkt da vi begynte å overlate noe av ansvaret for å opprettholde kontakten til Lill: «Det hjalp da dere var så sterkt inne, jeg følte at jeg hadde noen å dele ansvaret med. Da dere begynte å vente på at Lill skulle ta kontakt, følte jeg meg så alene igjen. Vi er ikke klare for dette ennå!»

Hva var så grunnlaget for å få til en vekslings mellom at både foreldre og ungdommer kom i henholdsvis erfarende og reflekterende posisjoner, at de fikk innsyn i hverandres tanker og behov, og at de ga oss et innsyn som var nødvendig for å tilrettelegge terapiprosessen best mulig?

Bakkehaugen-modellen

I hver familie vi innledet et samarbeid med, fordelte vi tre roller mellom oss som var terapeuter: En hadde hovedansvaret, både for det terapeutiske arbeidet, for koordinering og for skriftlig dokumentasjon. En annen skulle være tilgjengelig som ko-terapeut, eller for andre oppgaver eller roller som skulle fylles. Ofte viste det seg f.eks. gunstig at foreldre og ungdom hadde hver sin hovedkontakt. Den tredje var ikke involvert i det jevne terapeutiske arbeidet, men traff familie og terapeuter med jevne mellomrom på det vi kalte oppsummeringsmøter i rollen som intervjuer. Oppsummeringsmøtene fant innledningsvis sted etter ca. 10–12 terapeutiske kontakter, siden omtrent halvårlig og alltid ved avslutning av samarbeidet med familier.

⁵ Erfaringene jeg skriver ut fra, fant sted gjennom 6 år (1997–2003) i en familieavdeling for ungdommer og foreldre i byomfattende barnevern i Oslo. Bakkehaugen-modellen for samarbeid med familier (og barneverntjeneste) ble i utgangspunktet utviklet i et samarbeid mellom familieterapeutene Brit Selvik (Kruse), Grunde Valldal og meg selv, og ble tilpasset gjennom vårt samarbeid med over 50 familier og 4 nye kolleger. Utgangspunktet for modellen var en artikkel av Tom Andersen fra 1986(?) «Terapeuter og klienter som samforskere for å øke terapeuters sensitivitet». Vi hadde startet en familieavdeling på prosjektbasis, og ønsket å benytte anledningen til å være selvopptatt og evaluerende. Hva av det vi gjorde førte fram og var til nytte? Det måtte vi spørre klientene om!

Vårt utgangspunkt for samarbeid var at vi spurte foreldre og ungdommer om deres ønsker, håp og forventninger til det som skulle komme ut av innsatsen. Hva må skje, hvordan må dere ha det – si tre måneder fram i tid – hvis dere skulle kunne si at samarbeidet med familieavdelingen hadde vært verd strevet? Vi spurte også etter de enkeltes idéer om hvordan vi kunne komme på sporet av de gode forandringene. Var det spesielle temaer vi måtte snakke om? Var det spesielle personer vi burde invitere inn? Vi snakket med én og én om gangen, mens de andre hørte på. Ønskene ble notert på store ark, og det ble arbeidet med teksten til den enkelte kunne godta det som var skrevet på hans eller hennes vegne. På denne måten ble hvert av familiemedlemmenes uttrykk for en foretrukket situasjon gjort eksplisitt og delt. Vår erfaring var at problemområdene ble belyst i tillegg, uten at vi nødvendigvis tematiserte problemene i første omgang. Etter timen ble den enkeltes ønsker, som ble oppfattet som familiens oppdrag til oss, renskrevet og sendt ut til alle deltakere.

På denne måten hadde vi et svært konkret og delt utgangspunkt for samarbeidet, og vi hadde noe å måle resultatene av innsatsen opp mot. Samtidig så foreldrenes og ungdommenes lister ofte ganske forskjellige ut. Dette er helt i tråd med det typiske i behandlingsarbeid med foreldre og barn: De har svært forskjellige meninger om vanskelighetene som har ført dem i kontakt med hjelpeapparatet, og likedan svært forskjellige ideer om hva som kan hjelpe dem ut av vanskene. I en studie av Yeh og Weisz (2001) blir det påvist mangel på enighet mellom foreldre og barn om enkeltproblemer i 63 % av tilfellene. Å hankses med ulike brukerperspektiver, som dels står i konflikt med hverandre, er så å si et hovedtrekk ved arbeidet med barn, unge og deres foreldre!

På oppsummeringsmøtene utgjorde ønskene som var formulert innledningsvis, et bakteppe når henholdsvis foreldre og ungdommer ble spurt:

Slik dere har det nå, ligner det mer på det du øns-

ket deg da dere begynte? Hva har blitt annerledes? Hva har du lagt merke til hos mamma og pappa / hos sønnen/datteren din? Hva har du selv gjort? Hvilke sider av deg har du tatt i bruk? Er det noen andre som har hjulpet deg? Har det skjedd dere noe som har virket inn og vært betydningsfullt? Har terapeutene gjort eller sagt noe som har vært hjelpsomt? Hvis det hadde skjedd positive forandringer: Hvordan kan dere sikre at de positive forandringene fortsetter? Hvilke temaer skal dere være opptatt av i timene? Er det noe det er viktig å få snakket om? Hvordan bør terapeutene være / gjøre mer av / gjøre mindre av?

Om framgangsmåte:

I forhold til måten(e) dere skulle jobbe på, hvordan ble dere enige om det? Fikk du spurt om det du lurte på, og fikk du svar på de spørsmålene du hadde? Er du fornøyd med måten samarbeidet er blitt gjennomført på? Hvis noe har skurret, har du syntes at du har hatt rom for å ta det opp?

Om relasjon:

Har fagfolkene møtt deg og barnet ditt på en måte som har vært hjelpsom? Hva vil du legge spesiell vekt på som du er fornøyd med? Er det noe som har vært dumt? Noe du ikke likte? Har det vært sårn mellom dere at du har kunnet snakke om det hvis noe har blitt vanskelig?

Spørsmål til terapeutene kunne være omtrent slik:

Synes du at samarbeidet har ført denne ungdommen og foreldrene nærmere målene de satte seg? Hva har du lagt merke til hos ungdommen? Hva vil du framheve blant hans/hennes bidrag? Hva har du lagt merke til hos foreldrene? Hva vil du framheve blant deres bidrag? Har du selv hatt noen bidrag som du har tenkt har vært spesielt hjelpsomme? Har du eller avdelingen hatt spesielle utfordringer når det gjelder måloppnåelse?

Om framgangsmåte:

Hvordan har du sjekket om måten dere jobbet på, passet for denne ungdommen og foreldrene? Har du oppfattet at noen av partene stilte spørsmål ved noe eller var misfornøyd med noe? Har du stått i noen spesielle dilemma i den forbindelse?

Om relasjon:

Har du hatt spesielle utfordringer når du har samarbeidet med denne familien? Har dine

forslag eller din innstilling på noen måter kunnet virke hindrende? Har du sagt eller gjort noe som har blitt tatt imot på en annen måte enn du hadde håpet?

Intervjuene var lagt opp som samtaler med hver enkelt deltaker for seg, men i felles rom med de andre som tok del i samarbeidet. Hver av partene fikk anledning til å høre den andre snakke, og til å kommentere det som ble sagt. I noen tilfeller kunne vi gjøre notater fra disse evaluerende møtene, som ble oversendt hver av partene i ettertid. Fordi vår avdeling hadde både familie og barnevernstjeneste som oppdragsgivere, tok også barnevernstjenestens representant del i samarbeidet. Saksbehandleren inntok lytterposisjon mens familiemedlemmer og terapeuter ble intervjuet, og ble selv intervjuet til slutt. Saksbehandlerens ansvar var å vurdere mål, måloppnåelse og prosess med henblikk på de barnevernsfaglige sidene ved familiens situasjon. I mange tilfeller ble saksbehandleren også spurt hva som måtte skje dersom barnevernets bekymringer for familien skulle kunne legges helt bort og barneverns-saken skulle kunne avsluttes.

Forskningsfunn

I litteraturen om terapeutisk allianse beskriver Bordin (1994) terapi som et grunnleggende samarbeidsprosjekt med tre hovedkomponenter; Enighet om mål, enighet om oppgaver og godartede bånd mellom klient og terapeut. Det er nettopp disse elementene vi organiserte våre spørsmål rundt til både familiemedlemmer og terapeuter. Samtidig som vi ønsket å understreke et likeverdssperspektiv, ønsket vi også at det skulle gå fram at terapeuten hadde et større ansvar for å bygge opp en god relasjon og være til hjelp. Dette ble konkretisert gjennom måten evalueringsspørsmålene til terapeutene ble formulert på. Shirk og Karver (2003) har påvist en moderat, men stabil forbindelse mellom terapeutisk allianse og utfall/nytte av terapi, for barn og unge, liksom for voksne. Ingen annen faktor predikerer utfall av terapi bedre enn den terapeutiske alliansen.

Like viktig som forskningsfunnene når det gjelder allianse og nytte/utbytte av terapi, er de endringene terapien skal gi opphav til. Noe av det som sto svært sentralt for oss, var å prøve å legge til rette for at alle i familien skulle kunne kjenne seg som aktive og mestrende, og ikke bare som reaktive i forhold til mer eller mindre destruktive utspill fra den eller de andre i familien. Aktiviteten og følelsen av innflytelse måtte naturlig nok også rettes mot det terapeutiske samarbeidet. Som tidligere nevnt kan dette blant annet begrunnes i Antonovskys forskning om «friskfaktorer». Likedan kan man hente støtte for å bygge opp under klientenes følelse av handlingsmuligheter og innflytelse i resiliensforskningens resultater (Waaktaar & Christie 2000).

Erfaringer med Bakkehaugen-modellen

Hvilke erfaringer gjorde vi så med denne måten å stoppe opp og ta et skritt til siden på for å snakke om samarbeidsprosjektet? En erfaring var at disse møtene brakte med seg noe nytt i forhold til de vanlige terapimøtene. Det var som om oppmerksomheten ble rettet mot den større planen eller prosjektet de dagligdagse hendelser inngikk i. For mange ungdommer kunne det dreie seg om et frigjøringsprosjekt: De ville få mamma og pappa til å forstå at de var i stand til å ta ansvar for seg selv. Eller det kunne dreie seg om et verdighetsprosjekt: De ville ta igjen når de kjente seg krenket. For mange foreldre kunne det dreie seg om å ha formidlet vesentlige verdier til barna eller om å bli anerkjent som en som har erfaring, og som ville den unge vel. Barnevernstjenestens representant sa ofte på disse møtene at hun var imponert over nivået av refleksjon.

En annen erfaring var at terapeutene kjente seg positivt utfordret ved å måtte uttale seg om sin egen innsats og hvordan de syntes forsøkene på å hjelpe falt ut i den enkelte familie. Ingen hadde ferdige svar, men måtte tenke og oftest streve litt med formuleringene. Dette brakte oss mer på linje med familiemedlemmene, mente vi. Vi var sammen om å diskutere nytten av

forskjellige forsøk på å avhjelpe problemer og bringe familien videre i en retning de selv hadde ønsket. Som informanter i utforskningen av en prosess begge parter var del i, åpnet hver av partene opp og ga informasjon som igjen kunne skape fornyede betingelser for den andres gjen-svar. På sitt beste kunne oppsummeringsmøtene gi «en ny frisk» til det terapeutiske arbeidet: Kontrakten var fornyet, terapeuter og klienter hadde større kunnskaper om hverandre og kunne stille realistiske forventninger til det videre samarbeidet. Vanskelige temaer og dilemmaer hadde kanskje vært drøftet. Hver av partene kunne sitte igjen med en større følelse av innflytelse over det som skulle skje.

Jeg skulle ønske jeg kunne bestemme mer selv. Jeg skjønner jeg trenger hjelp. Men jeg har også mange tanker. Vil dere høre forslagene mine? Men de voksne som skal få høre det, må være snille og vise meg respekt!

Hadde møtene noen utilsiktede eller negative virkninger? Møtene kunne falle svært lange. Især for yngre familiemedlemmer er drøye to timers møter mye å holde ut. Det problemet kunne imidlertid la seg løse på mange forskjellige måter, for eksempel ved å lage pauser, arrangere to møter, eller gjøre videoopptak som kunne vises til familiemedlemmer som ikke orket å sitte stille så lenge. Det kunne videre være en utfordring å formulere både mål og vurderinger i et språk som var meningsfullt for alle familiemedlemmene. Noen familiemedlemmer er mer språklig sterke enn andre. Dette kunne bøtes på ved at terapeutene forberedte møtene sammen med barna i familien, og eksempelvis ba om å få bringe med collager, dikt eller tegninger som ga uttrykk for barnas situasjon. En ung pike hadde brukt bilder fra et

ukeblad og laget en «før–nå-collage», som ga et levende og nyansert inntrykk av hvordan hun så på seg selv nå til forskjell fra tidspunktet da de søkte hjelp i familieavdelingen.

Et mer vesentlig problem var følgende: Som det går fram av måten spørsmålene ble stilt på, forsøkte intervjueren å skape en ramme av anerkjennelse for møtene. Noen ganger kunne vi få følelsen av å bli sittende fast i en gjensidig lovprisning, uten at resultatene av de felles anstrengelsene kvalifiserte for det. Å oppnå en god relasjon er ikke nok! Det kunne bli for vanskelig å tematisere det som virkelig gjaldt, eller forsøkene på å tematisere førte ikke fram. Det var en utfordring som terapeut å melde fra om sine egne overveielser og dilemmaer, og formulere det i et språk som kunne komme familien til gode. Vi erfarte noen ganger at de distinksjonene vi gjorde, ikke var meningsfulle for dem det gjaldt.

Til tross for utfordringene og problemene kan «Bakkehaugen-modellen» inngå blant flere metoder og modeller som på en systematisk måte søker å innhente brukerens perspektiv på behandlingen. Den er relativt lett å anvende innenfor rammene av en terapeutisk virksomhet, og krever ikke store ekstra ressurser. Kravene om å utarbeide en individuell plan for pasienter i det psykiske helsevernet kan ivaretas gjennom modellen. Samtidig erfarte vi at den ga behandlerne vesentlige innspill i forhold til deres egen rolle og måten vi klarte å være til hjelp på, og sånn sett virket vitaliserende og fornyende for fagmiljøet. Mange foreldre trengte for eksempel praktisk bistand og veiledning i konkrete situasjoner, for å klare foreldrepplavene på en måte de og ungdommene var mer fornøyd med. Og vi la stor vekt på å kunne treffe folk hjemme, når tilbakemeldingene om at disse møtene var mer verdifulle, og at de fikk større overføringsverdi enn møter som fant sted på vårt kontor.

Konklusjoner og vurderinger

Til tross for gode intensjoner, retningslinjer og lovverk er det i dag mange beviser på at

det gjenstår mye utviklingsarbeid for å innfri intensjonene om økt og reell medvirkning fra barn og unge.

Vi har ønsket å fokusere på noen av de områdene vi mener er sentrale for det videre arbeidet, bl.a. behovet for systematisk å utvikle god praksis for arbeidet med brukermidvirkning, både på systemnivå og på individnivå. De eksemplene vi har valgt å presentere, mener vi kan være et bidrag til dette, og de erfaringene vi har høstet i disse arbeidsprosessene, kan ha en overføringsverdi. Bakkehaugen-modellen viser for eksempel at det å innhente brukererfaringer på individnivå fikk konsekvenser for tjenesteutviklingen på systemnivå.

Det finnes fortsatt mange spørsmål og utfordringer i dette arbeidet. Det viktigste utgangspunktet for alt som må gjøres, kan kanskje sammenfattes med ordene fra en av de ungdommene som bidrog med sine erfaringer og ønsker i Norges rapportering til FNs barnekomité (Livet under 18, 2003):

«Jeg skulle ønske jeg kunne bestemme mer selv. Jeg skjønner jeg trenger hjelp. Men jeg har også mange tanker. Vil dere høre forslagene mine? Men de voksne som skal få høre det, må være snille og vise meg respekt!» ■ ■

Litteratur

- Andersen, T. (1995): Klienter og terapeuter som samfor-skere for å øke terapeuters sensitivitet. Fokus på familien, vol. 23, 193–200.
- Antonovsky A. (1979, 1991): Health, stress and coping. San Francisco: Jossey Bass
- Antonovsky, A (1991): Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bordin, E. (1994): Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. I: A. Horvath & L. S.
- Greenberg (red.): The working alliance: Theory, research and practice (pp. 13–37). New York: Wiley.
- Dønnestad, E. & Sanner, M (2001): Kreativ. Oslo: Redd Barnas Rettighetssenter.

■ Dønnestad, E. & Sanner, M (2003): Livet under 18. Drømmene, ideene, livet. Oslo: Prosjektet «Livet under 18».

■ Jørgensen, B. (1997): Mening og motsetning. En under-søkelse fra et barnespsykiatrisk behandlingsprosjekt for kli-enter henvist fra barnevernet. Hovedoppgave i sosialt arbeid ved Høgskolen i Oslo, avdeling ØKS i samarbeid med NTNU i Trondheim.

■ Jørgensen, B. og Hodne, I. (2004): Evaluering av samar-beidet mellom Aline poliklinikk og Nic Waals institutt, seks-jon for sped- og småbarn. En brukerundersøkelse.

■ Lov om barn og foreldre

■ Lov om barneverntjenester

■ Shirk, S. R. & Karver, M. (2003): Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 71 (3), 452–464

■ Sosialstyrelsen (2002): Individuell plan på den enskildes villkor. Sluttrapport. Stockholm.

■ Stortingsprp. nr. 63, 1997–1998: Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006.

■ Strauss, A. & Corbin, J. (1990): Basics of Qualitative Research: Grounded Theory procedures and techniques. London: Sage Publications

■ Utbildningsdepartementet (2001): Övningsboken från projektet Tillsammans.

■ Valldal, G., Kruse, B. og Hodne, I (1999): Bakkehaugen familieavdeling. Et to-årig familiesamarbeidsprosjekt. Prosjektrapport.

■ Waaktaar, T. & Christie, H. J. (2000): Styrk sterke sider. Håndbok i resiliencegrupper for barn med psykososiale belastninger. Oslo: Kommuneforlaget.

■ Yeh, M. & Weisz, J. R. (2001): Why are we here at the clinic? Parent–child (dis)agreement on referral problems at outpatient treatment entry. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 69 – 6, 1018–1025.

■ Aamodt, I. (2003): Det er jeg som er mamma'n. Møte med barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien fra en marginal posisjon. Hovedoppgave i sosialt arbeid ved Høgskolen i Oslo, avdeling ØKS i samarbeid med NTNU i Trondheim.

■ Aamodt, I., Aamodt, L. G. & Jørgensen, B. (2002): Enslige mødre – familier med store psykososiale belastninger. I: Nordisk sosialt arbeid, nr. 4, 193–200.



Kari Langaard, klinisk sosionom/cand. polit. For tiden ansatt som dr.gradstipendiat ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør. Tidligere lang erfaring fra behandlingsarbeid med ungdom, primært ved Nic Waals Institutt i Oslo.



Kristin Olaisen, klinisk pedagog ansatt ved Nic Waals Institutt i Oslo. Lang erfaring fra arbeid innen barne- og ungdomspsykiatri. De siste årene primært med ungdom. Nå leder for prosjektet «Ungdom og utviklingsfremmende samtaler». Utvikling av samtaletilbud til ungdom i skjæringspunktet mellom skolehelsetjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien.

På veien mot voksenlivet samtaler mellom ungdom og hjelpere som bidrag til økt livsmestring

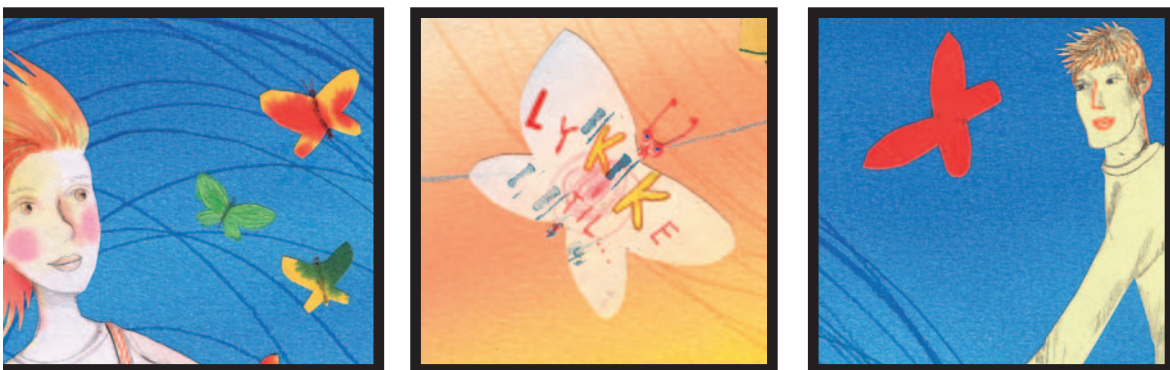
Artikkelen bygger på erfaringer fra et prosjekt i skolehelsetjenesten ved Sogn videregående skole og Lambertseter videregående skole i Oslo¹. Ved å etablere team bestående av helsesøstre og fagpersoner med erfaring fra ungdomspsykiatrisk arbeid er målet å utvikle varierte og relevante samtaletilbud til ungdom som trenger hjelp. Erfaringer fra prosjektet viser at en ved å ta utgangspunkt i hva som gir god helse kan bidra til å hindre sykkelgjøring av ungdommene. Dette innebærer at ungdommenes mestringsevne, selvforståelse og deltakelse i egen utviklingsprosess vies spesiell oppmerksomhet. I denne sammenheng framstår verdier og valg i ungdoms utvikling som særlig betydningsfullt. Videre understrekes det at profesjonell samhandling med ungdom må kjennetegnes av relasjonell tilgjengelighet. Dette betyr blant annet å gi ungdommene tilstrekkelig tid.

Innledning

Ungdom er en gruppe i samfunnet som blir omtalt på mange og til dels myteomspunnede

måter. Og ungdom representerer mye mer enn seg selv. På den ene siden kan de som gruppe være representanter for håpet om en ny og

¹ Prosjektet går over tre år (2004–2007). Det er finansiert gjennom Regionsenter for barn og unges psykiske helse og Oslo kommune. Det er knyttet et forskningsprosjekt til utviklingsprosjektet. Dette er finansiert av Helse og rehabilitering. I tillegg er det et formidlingsprosjekt knyttet til prosjektet. Dette finansieres gjennom Legat til fremme av folkehelsen.



Epidemiologiske undersøkelser viser at nesten hver fjerde ungdom strever med psykosomatiske, psykiske eller psykososiale problemer

bedre verden. På den andre siden kan vi se ungdommenes atferd som det materialiserte uttrykk for den uro vi som voksne føler for samfunnsutviklingen (Ramstrøm 1993). Derfor er ungdomsmiljøene på mange måter et speilbilde for generelle trekk ved samfunnsutviklingen. Et av disse trekkene er i dag en økt sykkeliggjøring av normale livsproblemer (Eriksson 2003). Økning i bruk av medikamenter mot angst og depresjon er urovekkende. Tall fra Statens Folkhälsoinstitut i Sverige viser at utskrivningen av antidepressiver til unge mennesker i alderen 20–24 år økte med 400 prosent fra 1991 til 2001 (Winzer 2003). Det er grunn til å anta at den samme tendensen også gjør seg gjeldende i Norge. På den annen side er det en alminnelig oppfatning i fagmiljøet at medisinerer ikke må være førstevalget blant tiltak når ungdom sliter med psykiske vansker (Statens legemiddelverk 2004). Denne situasjonen har derfor ført til økt interesse for hvordan profesjonelle samtaletilbud overfor ungdom skal utvikles. I Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse tilrås det at hjelpen må gis på en måte som styrker ungdommens egne ressurser og hindrer sykkeliggjøring. Videre legges det betydelig vekt på brukerperspektivet (Regjeringen 2003).

Fysisk sett er ungdom den friskeste gruppen i befolkningen (Den norske lægeforening 2002).

Når ungdoms helsetilstand likevel er et så brennaktuelt tema, så er det den *psykiske* helsen som er i fokus. Epidemiologiske undersøkelser viser at nesten hver fjerde ungdom strever med psykosomatiske, psykiske eller psykososiale problemer (Aarø et.al. 2001). Dette betyr imidlertid ikke at disse ungdommene er *syke*. Ungdomstiden kan innebære mange utfordringer. Det er en periode i livet som i særlig grad stiller krav til håndtering av ytre og indre forandringer. Den indre verden er preget av at noe nytt stiger fram som følge av reorganisering av affekter, kognisjon og handlingsmønstre (Sundet 2000). Samtidig har ungdom ikke utviklet ny kompetanse og ferdigheter tilpasset sitt nye utviklingstrinn. Dette kan føre til en opplevelse av indre kaos og manglende kontroll over livet. Denne situasjonen kan føre til at ungdom i særdeleshet er i faresonen for patologisering, fordi samme symptomforståelse legges til grunn overfor ungdom som overfor voksne (Jacobsson 2003). Hvorvidt vi oppfatter psykiske vansker som livsproblemer eller sykdom, blir avgjørende for hva vi tenker er en hjelp for ungdom som strever med livet sitt.

I denne artikkelen ønsker vi å løfte fram noen perspektiver på profesjonell samhandling som kan bidra til utvikling og hindre sykkeliggjøring av ungdommer som trenger hjelp. Artikkelen

bygger på erfaringer fra et prosjekt som er i gang ved skolehelsetjenesten ved Sogn og Lambertseter videregående skoler i Oslo. Målsettingen med prosjektet er å utvikle samtaletilbud for ungdom med psykososiale problemer. Gjennom å etablere team som arbeider i skolehelsetjenesten og består av fagpersoner med erfaring fra barne- og ungdomspsykiatri, og helsesøstre med erfaring fra forebyggende helsearbeid med ungdom, er målet å utvikle varierte måter å samtale med ungdom på. Sentrale prinsipper i Regjeringens strategiplan «Sammen om psykisk helse» danner det teoretisk-etiske rammeverket for prosjektet: Dette innebærer at hjelpen skal gis på en *mestringsfremmende* og *helsefremmende* måte. Disse perspektivene kan plasseres innenfor en *salutogenetisk* forståelse av helse. Salutogenesebegrepet er utviklet av legen Aron Antonovsky som et alternativ til patogenese. Antonovsky mente at tradisjonell medisin altfor lenge hadde vært opptatt av å identifisere, forklare og behandle sykdom, det vil si et patogenetisk utgangspunkt. Han mente at det sentrale spørsmålet i helsearbeid heller må være hva som bringer en person mer i retning av «frisk» på helseskalaen (Waaktaar & Christie 2000). Dette innebærer en styrking av ungdommenes sosiale og personlige så vel som fysiske ressurser (Statens helsetilsyn 1998). Det innebærer videre at brukerperspektivet *vektlegges*. Samtalene skal kjennetegnes av at ungdommene deltar aktivt i sin egen endringsprosess. I dialogen mellom ungdommene og de profesjonelle skal de unges oppfatninger om hva som er en hjelp, vies særlig oppmerksomhet.

Erfaringer fra prosjektet så langt viser at ungdommene, både gutter og jenter, benytter seg av tilbudet om en profesjonell samtalepartner når de står i vanskelige livssituasjoner. Internasjonal forskning viser også at skolebaserte intervensjoner kan være en hensiktsmessig måte å hjelpe ungdom på (Britto et.al. 2001, Early & Wonk 2001, Lamb et.al.1998, Juszczac et.al. 2003). Flere av disse prosjektene vektlegger at tilbudene er lett tilgjengelige.

Foreløpige erfaringer fra vårt prosjekt er i overensstemmelse med dette. Men vi har også erfart

at når hjelpen gjøres tilgjengelig i ungdommenes miljø, stiller dette særlige krav til årvåkenhet om hvordan hjelpen gis. Hvordan kan den gis på en måte som fremmer mestring og hindrer sykkeliggjøring?

Utvikling og mestring som teoretiske perspektiver

Hvilke tradisjoner og ideer som ligger til grunn for syn på utvikling, er av sentral betydning for praksis (Befring & Tangen 2004). Nyere utviklingsteorier peker særlig på læringsaspektet i utviklingsforløpet. Barn og unge lærer hvordan de skal bli deltakere i en kultur gjennom erfaring og gjennom dialoger med andre som er medlemmer av samme kultur (Jensen 2005). I tråd med et slikt syn beskriver ungdomspsykiater Jan Ramstrøm tre overordnede utviklingsoppgaver som ungdom i vår kultur står overfor: selvstendigjøring i forhold til foreldre, deltakelse i arbeidslivet og integrering i voksenlivet (Ramstrøm 1993). Ramstrøm understreker særlig betydningen av integreringsaspektet. Han framhever at ungdom må tilbys arenaer for dialoger om livstemaer som er viktige for dem. Sett i lys av en slik utviklingsforståelse vil mestring og utvikling være begreper som er nær knyttet til hverandre. Mestring er det aktive aspektet ved livet. Alle mennesker må tåle usikkerhet, smerte, suksess, sorg og tristhet. Men hvordan en forholder seg til dette, er særegent for hver enkelt person (Frydenberg 1997).

Mestring kan defineres som *det repertoar av handlings-, følelses- og tankeresponser ungdom har tilgang til for å håndtere problematiske situasjoner i dagliglivet* under bestemte omstendigheter (Frydenberg op. cit.). En utviklingsfremmende måte å møte ungdom på kan dermed innebære å bidra til å utvikle handlings-, tanke- og følelsesrepertoaret ungdom har tilgang til.

I møtet med den enkelte ungdommen får vi forståelse for hvilke påkjenninger dette utviklingsarbeidet kan innebære: stress knyttet til karakterer og prestasjoner, brudd med kjærester, problemer med å etablere en kjæresterelasjon, utrygghet i forhold til seksualitet, bekymring

for foreldre og søsken og deres slit – skilsmisser, jobbproblemer og oppsigelser, sykdom. I slike situasjoner kan mange føle at de ikke mestrer livet sitt.

Resultater

Å leve sitt eget liv

Lene er 17 år. Hun har i den siste tiden vært deprimert. Hun sover dårlig og har fått store konsentrasjonsproblemer. Lene, som er en skoleflink jente, har en drøm om å bli lege. Denne situasjonen fører til bekymring for framtiden. Når hun opplever at hun ikke klarer å gjøre det som før «gikk av seg selv», blir hun bekymret, spesielt i forhold til at karakterene blir dårligere og hun blir redd hun ikke skal nå de målene hun har satt seg.

Hun har mye ansvar i familien og har vanskelig for å sette grenser for hva hun sier ja til. Mor og far er skilt, og Lene vil egentlig ikke besøke faren, som har mishandlet henne og søsknene hennes over tid. Hun ønsker en å snakke med om den livssituasjonen hun er i.

I samtaler arbeider hun med å klare å si nei til farens krav om besøk. Hun deler tanker og setter ord på følelser i forhold til faren. Hun er opptatt av hva hun selv har bidratt med i dette forholdet. Hun kommer fram til at hun må ta sine egne tanker og følelser på alvor, og uttrykker etter hvert at hun må leve sitt eget liv.

I samtaler med mor og søsknene tar hun opp de samme temaene og får støtte fra dem. Hun blir tryggere på å sette grensene der hun vil ha dem. Hun opplever at den dårlige samvittigheten blir borte, og hun uttrykker etter hvert at hun har sin egen rett til å leve sitt eget liv. Hun sier: Jeg må leve også, og gjøre mine valg. Hun har jobb i barnehage og sier at hun ble voksen da hun fikk jobb. «Det var bra for meg. Ungene viser glede når jeg kommer, og de voksne er fornøyd med den jobben jeg gjør. Jeg føler jeg gjør en god jobb.»

Å skape en meningsfylt historie

Lene har mye å tenke på. Tanken på framtiden er forbundet med mye bekymring.

I Lenes tilfelle var tilbudet om et sted hvor hun kunne få tid til å reflektere over sin situasjon,

viktig. Sammen med en voksen samtalepartner fikk hun anledning til å utvikle forståelse av sin situasjon. I denne utviklingsprosessen er det naturlig at ungdommen selv utformer og gir mening til sin egen historie. Det som kanskje kjennetegner denne type samtale framfor de samtalene som ungdom har med venner og foreldre, er at det er ungdommens forståelse av situasjonen som er i fokus. Mange ungdommer setter pris på råd og hjelp som de får fra sitt naturlige nettverk, men sett i et utviklingsperspektiv er det de valgene de selv gjør, som er det sentrale. Lene gjenskapte sin historie slik hun ville forstå den. Det innebærer nye muligheter til forståelse og skaping av ny mening og tro på egne framtidsvalg.

Et viktig element i Lenes utviklingsarbeid var å gi plass til den betydning hun hadde for sine nære relasjoner, og at hun også hadde betydning for andre. Vår erfaring er at for mange ungdommer gir dette en god mestringsopplevelse som virker positivt inn på deres selvfølelse.

Indre og ytre kaos

Overgangen fra barn til voksen innebærer økt evne til å håndtere både ytre og indre påkjenninger. Flere hevder at affektregulering er et sentralt tema i ungdomstiden (Sundet 2000, Wrangsjö 1993). I spedbarnstiden er det foreldrene som regulerer barnets følelsesmessige tilstand. I ungdomstiden forventes ungdommene selv å håndtere sin indre tilstand. Alle som har kontakt med ungdom, vet at sterke følelser settes hyppig og raskt i sving. Noen greier ikke å mestre dette på egen hånd. For enkelte kan dette få dramatiske uttrykksformer som selvsykdom og spiseforstyrrelser. Dette gjelder kanskje særlig når den ytre situasjonen også framstår som kaotisk. Som følge av ungdomstidens særegne karakter og uttrykk vil slike fenomener være av en annen art enn hos voksne (Jacobsson 2003). Slike atferdsformer kan oppfattes som uhensiktsmessige måter å selvregulere uholdbare følelsesmessige tilstander på som er knyttet til overgangen fra barn til voksen (Gaupås Johansen 2000). Hensikten med

slike handlinger kan være å oppnå en opplevelse av kontroll over en uutholdelig og kaotisk indre verden. Hvorvidt en oppfatter slike handlinger som uhensiktsmessige mestringsforsøk eller som symptomer på psykisk sykdom, vil få avgjørende betydning for hvordan en kan møte ungdommenes urolige spørsmål: Er jeg normal, eller er jeg syk? Hvordan oppfatter ungdom selv slike handlinger? En nylig gjennomført undersøkelse av villet egenskade blant ungdom i Europa, CASE-studien², viste at de fleste ungdommene oppga ønske om å slippe unna en uutholdelig følelse som den viktigste årsaken til at de skadet seg (Ystgaard 2003).

Et eksempel fra dyreverdenen kan bidra til å kaste ytterligere lys over hvor sterke følelser opplevelsen av å ikke se noen utvei kan innebære.³ Eksemplet er hentet fra fugleverdenen, hvor man har studert fuglers kamp om territorium. Hvis den tapende fuglen har mulighet til å fly sin vei og finne et nytt territorium, vil et slikt tap ikke virke inn på fuglen i særlig grad. Men hvis kampen foregår på et begrenset territorium, for eksempel i et bur hvor det ikke er noen fluktmuligheter, skjer følgende:

«Atferden dens endres totalt. Dypt deprimert, ydmyket, med hengende vinger og bøyd nakke, blir den som lammet, selv om det er umulig å se noen fysiske skader. Fuglens motstand synes å være svekket, og i noen tilfeller er den psykologiske virkningen så sterk at fuglen før eller senere ikke vil klare seg.»

Kombinasjonen av nederlag, manglende fluktmuligheter og fraværet av redningsfaktorer er det som også kjennetegner en suicidal situasjon hos mennesker (Williams 2002). Sett i lys av den sårbarhet ungdomstiden innebærer for selvfølelse og opplevelse av utilstrekkelighet, vil en profesjonell samtalepartner kunne fungere

som en slik redningsfaktor. CASE-studien viste imidlertid at svært få hadde hatt kontakt med profesjonelle hjelpere både i forkant og etterkant av selvsykdommen (Ystgaard op.cit.)

Å finne en utvei

Tore er 18 år og går i siste året på videregående. Han opplever at konfliktene tårner seg opp rundt han. Kranglingen med foreldrene tar mye krefter og topper seg hver dag. Det er spesielt forholdet til far som er vanskelig. Det er vanskelig for far og sønn å forstå hverandre. Far er opptatt av at Tore skal klare seg på skolen og få tatt ressursene sine i bruk. Han øker presset mot Tore og konfronterer Tore med hans svake sider. Tore sover dårlig og har dramatiske drømmer. Han opplever at engasjementet for skolen synker, og han har begynt å skulke. Fraværet er så stort i en del av fagene at han ikke vil få karakterer.

Rådgiveren anbefaler han å ta kontakt med skolehelsetjenesten. Etter mange tilbud om time kommer han. Han er fortvilet og hjelpeløs og vet ikke hvordan han kan endre situasjonen hjemme og på skolen. Han ser ingen utvei. Tore er en politisk engasjert ungdom og tar opp viktige samfunns-spørsmål til debatt. Dette får han ingen kreditt for i skolehverdagen. Han har en kjæreste, Marianne, som han er oppriktig glad i, og som verdsetter og forstår han og deler hans politiske meninger. I løpet av samtalene kommer det fram at Tore mistet sin bestefar for et år siden, noe som gikk hardt inn på han.

I løpet av noen hektiske vårmåneder begynner situasjonen å endre seg. Dialogen hjemme blir åpnere, frammettet på skolen bedres. Ifølge Tore har han gradvis fått bedre selvillit og opplever at han er verdt noe. På spørsmål om hvordan han har fått til denne forandringen svarer han at han tror forholdet til Marianne har vært den viktigste

² CASE-studien (Child and Adolescent Selfharm in Europe) er et europeisk samarbeidsprosjekt mellom flere land i Europa. Hensikten er å få mer kunnskap om omfang, hva som kjennetegner risikoutsatt ungdom, og i hvilken grad de fikk tilstrekkelig hjelp.

³ Eksemplet er hentet fra Mark G. Williams' artikkel: Psykologiske aspekter ved suicidal atferd; mot en integrativ modell (2002)

årsaken til forandring. Han sier at hun tror på han og verdsetter hans indre verdier. Hun synes han er en flott fyr.

De kjærlighetsfylte båndene

Også for Tore var det av stor betydning at han betydde noe for andre, i dette tilfellet kjæresten. Hun var også en likeverdig som delte hans sosiale engasjement, og som han kunne dele tanker og drømmer med. I samtalen framhevet Tore med varme og inderlighet sin beundring for kjæresten. Etter hvert snakket Tore mer om sin egen familie på godt og vondt. Spesielt var han opptatt av bestefaren, som hadde betydd mye for han. Han framsto som hans ideal. Vår erfaring er at tapsopplevelser kan få en bestemt betydning i ungdomstiden (Langaard 2002). Kanskje henger dette sammen med den utviklingsmessige situasjonen ungdom befinner seg i. I arbeidet med å selvstendiggjøre seg i forhold til egen familie oppstår det også et behov for å opprettholde indre gode bånd til opprinnelsesfamilien. Tore knyttet sin egen historie til bestefaren. På denne måten kunne han se flere av sine egne positive sider som noe han hadde lært av han. Han sier selv at han har fått bedre selvtilitt og føler seg mer voksen.

Å engasjere ungdom i deres egen utvikling krever tid

Anette 18 år, henvender seg til skolehelsetjenesten fordi hun føler seg deprimert. Hun sover dårlig, har dårlig konsentrasjonsevne og orker lite. Ved nærmere samtale kommer det fram at hun ønsker å flytte hjemmefra. Hun bor sammen med moren, som har alvorlige alkoholproblemer. Anette sier hun i lang tid har prøvd å få moren til å slutte å drikke, uten resultat. Nå har hun bestemt seg for å flytte for seg selv. Etter som samtalen utvikler seg, kommer det fram at hun er svært redd for å flytte for seg selv. Hun våkner om natten av mareritt, og hun er redd for å dø. Hun er redd for at moren ikke skal greie seg alene.

I en senere samtale spør Anette om hun kanskje skal prøve tabletter, slik hun vet en av venninnene har gjort. Hun henviser da til *lykkepillen*.

Hvordan kan vi møte Anette på en mestrings- og helsefremmende måte i denne situasjonen? For ungdom kan det få betydelige konsekvenser hvorvidt de får en diagnose eller ikke. Dette innebærer at Anette må møtes på en måte som ikke forsterker hennes oppfatning av å være syk. Et alternativ til diagnose og medisinerer vil være et tilbud om en profesjonell samtalepartner som kan hjelpe henne å finne ut av hvordan hun skal håndtere den vanskelige livssituasjonen hun står i. Å gjennomføre en mer omfattende utforskning av hva problemene kan henge sammen med, og å engasjere Anette i forandringsarbeidet, krever imidlertid tid og kompetanse.

Når ungdom blir spurt om hva som er viktig når de skal snakke med en profesjonell om problemene sine, framhever de at tid er en avgjørende faktor. En ungdom, Hassan, uttrykte det slik;

Jeg synes i hvert fall dere bør gi ungdommene god tid. For å være helt ærlig – jeg forteller ikke alt jeg har inni mine tanker og hjerte liksom. For det føler jeg ikke er klart enda. Det er sånn som kommer med tiden når man klarer å bli bedre kjent med personen. Det er så mye ... et ord har mange bokstaver liksom..

Å gi ungdommene tid til selv å reflektere over sin situasjon og å prøve ut ulike mestringsstrategier er en prosess som krever at en voksen følger opp og er tilgjengelig over tid.

En åpen dør og en tilgjengelig hjelper

Tilgjengelighet innebærer både fysisk tilgjengelighet og relasjonell tilgjengelighet. Våre erfaringer viser at ungdommene kommer på ulike måter, og ofte er spørsmål om et plaster eller kondomer inngangsbilletten til en mer omfattende samtale. Da er det av avgjørende betydning at helsesøster har tid og kompetanse til å hjelpe ungdommen til å formulere den egentlige grunnen til henvendelsen (Langaard under trykking).

For mange unge er det forbundet med skam å

søke hjelp for psykiske vansker (Smith 2004, Solvang & Kilsti 2000, Tveit 1998). En undersøkelse ved en videregående skole viste at bare fem prosent ville råde vennen til å søke profesjonell hjelp hvis de ble betrodd selvmordstanker (Ystgaard 1993). Dette betyr at en må lytte hva ungdommene selv sier er viktig for at de skal kunne ta kontakt. I tillegg til tid legger ungdommene vekt på at de blir møtt på en personlig, vennlig og interessert måte (Langaard op. cit.). Ungdom formidler også at det er viktig å kjenne den de søker hjelp hos. Både ved Sogn og Lambertseter videregående skole er dette et av de sentrale punktene ungdommene trekker fram når de blir spurt om hva som er av betydning for at de skal kunne søke hjelp hos voksne. Elevene formidler at det er viktig at skolehelsetjenesten går rundt i klassene og presenterer seg og sier noe om hvilken hjelp de kan bidra med.

Kan skolehelsetjenesten hjelpe med alt?

Erfaringer fra prosjektet tyder på at ungdommene anvender tilbudet om en profesjonell samtalepartner når tilbudet er lett tilgjengelig. Fordelen med et lavterskeltilbud som skolehelsetjenesten er at ungdom kommer selv. Både ut fra et teoretisk og klinisk perspektiv blir det hevdet at det er av avgjørende betydning at ungdom henvender seg selv når de ønsker hjelp (Dartington 1995). Dette gir mulighet for samtaleformer hvor ungdom involveres direkte i sitt eget endringsarbeid. Men mange av ungdommene presenterer sammensatte og til dels alvorlige psykiske og psykososiale vansker. Dette reiser et spørsmål om hvordan ungdomspsykiatriske tjenester kan gjøres mer tilgjengelig for de ungdommene som trenger mer omfattende hjelp enn skolehelsetjenesten kan bidra med. Mange ungdommer ønsker ikke kontakt med psykiatrien fordi det oppleves som stigmatiserende. Dette er et dilemma. En annen barriere i forhold til annenlinjetjenesten er tunge henvisningsprosedyrer og lav tilgjengelighet. Vår erfaring er imidlertid at når psykiatrien har tatt hensyn til ungdommens behov for å komme raskt i behandling, har dette vært av avgjørende

betydning for det videre forløpet. Etter hvert som kontakten mellom terapeut og ungdom er etablert, har de formelle prosedyrene kommet på plass. Når ungdom tar kontakt, kan følelser som forvirring, skam, tilbaketrekning og utrygghet være sterke elementer i livet deres. Det innebærer at de ikke ønsker å fortelle historiene sine til flere. Dette innebærer en økt oppmerksomhet i forhold til hvordan samarbeidet mellom første- og annenlinjetjenesten kan gjøres mer fleksibelt.

Tradisjonelt har annenlinjetjenesten gitt veiledning/konsultasjon til førstelinjetjenesten. Erfaringer som gjøres i førstelinjetjenesten, vil også være av stor verdi for utvikling av tilbud i annenlinjetjenesten. Profesjonelle som møter ungdommene i deres naturlige miljø, har en betydelig kompetanse i hva det er viktig å ta hensyn til for å etablere gode samtaler med ungdom. Gjennom en mer åpen dialog og deling av erfaringer vil en kunne utvikle differensierte og fleksible tilbud.

Når ungdom blir spurt, foretrekker de hjelp fra likesinnede (Ystgaard 1993). CASE-undersøkelsen viste at over 40 prosent hadde søkt støtte hos venner etter selvskading, mens bare 7 prosent var i kontakt med psykolog/psykiater (Ystgaard 2003). Selv om ikke alle nødvendigvis vil ha behov for psykiatrisk behandling i en slik situasjon, sier tallene noe om et behov for utvikling av tilbud i spennet mellom venner og tradisjonelle behandlingstilbud. Vi har erfart at når hjelpen gjøres tilgjengelig i ungdommenes miljø, tar venner initiativ når de er bekymret for en venn. Det kan være hensiktsmessig å involvere venner av den som trenger hjelp, for å komme i en hjelpeposisjon. Dette kan også bidra til avlastning for bekymrede venner. Samtidig innebærer det nye utfordringer i forhold til etiske dilemmaer knyttet til taushetssplikt og ansvar.

Konklusjoner og vurderinger

Vår erfaring er at skolehelsetjenesten er et gunstig utgangspunkt for å gi psykososial hjelp til ungdom. Tjenesten forholder seg til et helhetlig

helsebegrep, noe som gir ungdom mulighet til å søke bistand både i forhold til fysiske og psykososiale vansker. Dette bidrar til at det er forbundet med lite stigma å oppsøke tjenesten. Flere av ungdommene trenger imidlertid et mer omfattende tilbud enn det skolehelsetjenesten kan gi. Det betyr at samarbeidet med psykiatrien må utvikles.

Det er også nødvendig å videreutvikle det teoretiske grunnlaget for hvordan denne type profesjonell hjelp skal gis slik at den fungerer mestringsfremmende og hindrer sykliggjøring. På bakgrunn av foreløpige erfaringer vil vi oppsummere følgende:

Teorier om mestring og utvikling er et relevant utgangspunkt. Gode beskrivelser av hvordan dette teorigrunnlaget kan omsettes til praktisk handling, er nødvendig. Disse perspektivene må imidlertid suppleres med kunnskap om hvordan en kan møte ungdom på en måte som kjennetegnes av *relasjonell tilgjengelighet*. For at ungdom skal ta kontakt, må de møtes på en åpen måte som inngir tillit. I videreutviklingen av denne type profesjonalitet vil ungdommenes oppfatninger av hvordan de ønsker å bli møtt når de har det vanskelig, stå sentralt.

I tillegg til mestringsaspektet vil vi framheve det verdimeslige aspektet i samtale. Den tyske ungdomsforskeren Thomas Ziehe hevder at et av de viktigste kjennetegn ved det moderne samfunnet er en kulturell fristilling. Dette innebærer at dagens ungdom i langt større grad enn tidligere kan gjøre sine valg i et mangfold av mulige utviklingsveier. (Ramstrøm 1993). Dette gir en større frihet, men samtidig stiller det store krav til ungdom om selv å finne ut av hva som er viktige verdier i livet. Ungdom trenger hjelp i den vanskelige prosessen det er å sette seg mål og ta valg for fremtiden. For ungdom som har liten støtte hjemme, kan en profesjonell voksen være en viktig samtalepartner.

Når ungdom trenger hjelp, henvender de seg til de personene de tror de kan hente støtte

hos, enten dette er profesjonelle eller familie/venner. En videreutvikling av fleksible og varierte former for samtaletilbud vil være den beste måten å imøtekomme ungdommenes behov på. Vi har erfart at når profesjonelle samtaletilbud gjøres tilgjengelige i ungdommenes miljø, benytter mange seg av tilbudet. Derfor er det av avgjørende betydning at profesjonelle voksne som er i kontakt med ungdom i ulike sammenhenger, stiller seg tilgjengelige for samtaler som kan bidra til at ungdommene ikke låses fast i en livssituasjon som oppleves som umulig.

I tillegg til den støtten voksne kan gi ungdom i deres utviklingsarbeid, vil vi framheve den betydning samtaler ungdom har seg imellom, som identitetsstyrkende på veien mot voksenlivet. Å skape gode miljømessige betingelser for ulike former for samvær og dialoger mellom ungdommer vil være et viktig forebyggende tiltak.

Vår erfaring er at mange elever er glødende interessert i sin hverdagssituasjon og ønsker å bli hørt og tatt på alvor. Dette innebærer at ungdommene må involveres på ulike nivåer i utvikling av tjenestene. Ungdommene kan være pådrivere, skape, påvirke og overskride grenser. Hvis vi skal ta brukerperspektivet på alvor, vil sannsynligvis de vante etablerte skillene både av organisatorisk og faglig art bli utfordret.

Ungdommene legger vekt på tid som den sentrale faktor i sitt utviklingsarbeid. I et samfunn som preges av stadig økte krav om effektivitet og prestasjon, er det viktig å lytte til dette budskapet. Men for at den faglige kunnskapen som utvikles om gode hjelpetilbud skal kunne omsettes til praksis, er det av avgjørende betydning at dette følges opp med en politisk vilje til å skape økonomiske rammebetingelser for dette arbeidet. ■ ■

Litteratur

- Befring, E., Tangen R. (2004) Spesialpedagogikk. Oslo: Cappelen akademiske forlag.

- Britto, M.T, Klostermann B. K., Bonny, A. E., Altum, S. A. & Hornung, R.W. (2001). Impact of a school-based intervention on access to healthcare for underserved youth. *Journal of adolescent health*. 29:116–124.

- Dartington, A. (1995). Very brief psychodynamic counselling with young people: Psychodynamic counselling 1:2. *Den Norske Lægeforening* (2002). Mot i brystet, stå i ben og armer. En statusrapport.

- Early T. & M. Wonk (2001). Effectiveness of school social work from a risk and resilience perspective. *Children & Schools*. 23:9–31.

- Eriksson, H. (2003). Psykiatrien gjør folk sjuke. I: *Psykisk helse* (s. 8–9).

- Frydenberg E. (1997). Adolescent coping. Theoretical and research perspectives.

- Gaupås Johansen, E. (2000). Språk og handling hos unge rusmiddelmissbrukere. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 37:627–636.

- Jacobsson, G. (2003). På tröskelen til vuxenvärlden: unga vuxna berättar om påfrestningar och svårigheter i livet. Rapport nr 25. Stockholm: Sektionen för psykoterapi, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet: Psykoterapiinstitutet, Stockholms läns landsting.

- Jensen, K. T. (2005). Suspicions of child sexual abuse. Dialogicality and meaning making. Doktoravhandling levert ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

- Juszczac, L., Melinkovich & P., Kaplan, D. (2003). Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites. *Journal of adolescent health* 32S:108–118.

- Lamb, J.M., Puskar, K.R., Sereika S.M, & Corcoran, M. (1998). School-based intervention to promote coping in rural teens. *American journal of maternal child Nursing*. 23:187–194.

- Langaard, K. (2002). Psykososial hjelp til unge jenter i et flerkulturelt miljø. Et samarbeidsprosjekt mellom helsetjenesten ved Sogn videregående skole og Nic Waals Institutt.

- Rapport. Oslo: Nic Waals Institutt.

- Langaard, K. (2005 in press) Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp.

- Ramström J, (1993) Tonåringen i välfärdssamhället. Lund: BTJ Tryck AB

- Regjeringen (2003). – sammen om psykisk helse –:

regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. Oslo: Helsedepartementet.

- Smith, J.M. (2004). Adolescent males' view on the use of mental health counseling services. *Adolescence*. 39: 77–82. Solvang, I.L. & Kilsti, S. (2000). Ungdom og mental helse. «Du skal ikke ha psykiske problemer. Slik er det bare». En kvalitativ undersøkelse for Helse- og sosialdepartementet og organisasjonen Mental helse. [Online]. Oslo: Norsk Gallup Institutt. Tilgjengelig URL. <http://odin.dep.no/archive/shdvedlegg/01/01/0Ungd062.doc> [28.4.03].

- Statens legemiddelverk (2004). Depresjon hos barn og ungdom. [on line] Tilgjengelig fra URL: <http://www.legemiddelverket.no/terapi/publisert/Depresjon-hos-barn.htm> [Nedlastet 08.09.04].

- Statens helsetilsyn (1998 a) (Utredningsserie nr. 5). Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0–20 år. Oslo: Statens helsetilsyn.

- Sundet, R. (2000). Selvpålevelse og samspill som metafor for terapi med ungdom. I: Johnsen, A. R. Sundet & W. W. ■ Torsteinsson (red.). Samspill og selvpålevelse – nye veier i relasjonsorienterte terapier. Oslo: Universitetsforlaget.

- Tveit, A.S. (1998). Ungdoms tanker om mental helse. Hovedoppgave i helsefag. Trondheim: Norges teknisk- vitenskaplige universitet.

- Waaktaar, T. & H. J. Christie. (2000). Styrk sterke sider. Oslo: Kommuneforlaget.

- Williams, J.M.G. (2002). Psykologiske aspekter ved suicidal atferd: mot en integrativ modell, *Suicidiologi*. 1:10–12. ■ Universitetet i Oslo, Seksjon for selvmordsforskning og forebygging.

- Winzer R. (2003). Hur skattar ungdomar och unga vuxna sin psykisk hälsa? Utvärdering av ett unga vuxna project vid S:t Lukas. Innlegg på forskningskonferansen Unga vuxna dagar ved Karolinska Institutet i Stockholm 4–5/12 2003. Wrangsjö, B. (1993). Ungdomsutveckling och ungdomsterapi i ljuset av Daniel Sterns självteori. *Sfph's monografiserie*, 36:3–45.

- Ystgaard, M. (1993). Sårbar ungdom og sosial støtte. Rapport. Oslo: Senter for sosialt nettverk og helse.

- Ystgaard, M. (2003). Villet egenskade blant ungdom: nye forskningsresultater og konsekvenser for forebyggende arbeid. *Suicidiologi*, 7–10.

- Aarø, L.E., Haugland, S., Hetland, J., Torsheim, T., Samdal, O. & Wold, B. (2001). Psykiske og somatiske plager blant ungdom. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 121: 2923–2927.



Anne-Lise Holmesland er utdannet sosiolog og har flere års erfaring som forsker, med særlig vekt på kompetanseutvikling, i barne- og ungdomspsykiatrien. Hun er tilknyttet Universitetet i Jyväskylä som Ph.D student. Doktorgradsprosjektet «Åpen Dialog i sosiale nettverk» vurderer ulike sider ved bruk av nettverksmøter blant ungdom og unge voksne. For tiden arbeider hun som forsker og veileder ved Sørlandet Sykehus HF.



Jaakko Seikkula er klinisk psykolog og familierapeut med doktorgrad i psykologi. I mer enn 20 år har han arbeidet med å utvikle, studere og implementere Åpne Samtaler som behandlingstilnærming for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Han er forfatter for en rekke vitenskapelige artikler og har vært medforfatter til 12 bøker. Seikkula arbeider for tiden som seniorforsker ved Universitetet i Jyväskylä, i tillegg til å være professor ved Universitetet i Tromsø og på Høgskolen i Agder. Han er engasjert i utviklingsprosjekter i ulike land, hvor nettverkstilnærming står sentralt.

Livets stemmer

Betydningen av sosiale nettverk for ungdom med psykiske vansker

Det sosiale nettverket kan ha stor betydning for ungdom som strever med sammensatte psykososiale problemer. Denne artikkelen ser blant annet på hvordan dialogen kan bidra til å fremme det naturlige nettverkets egne ressurser. Sørlandet Sykehus har, i samarbeid med andre sentrale aktører, gjennomført et pilotprosjekt hvor målet har vært å tilby nettverksintervensjon til ungdom. Artikkelen presenterer intervensjonsmetoden kalt «Åpne samtaler», samt erfaringer fra pilotprosjektet. Seikkula og Holmesland diskuterer verdien av å aktivisere ungdoms private og profesjonelle nettverk, samt enkelte etiske problemstillinger som arbeidsmetoden reiser. Konklusjonen er at det kan oppleves positivt for ungdom med psykiske vansker å inkludere sitt sosiale nettverk gjennom den type nettverksmøter som Åpne samtaler innbyr til.

Innledning

Det er ofte i samvær med andre mennesker vi opplever personlig vekst og utvikling. Hver eneste dag fra vi fødes til vi dør, står vi i et gjensidighetsforhold til andre mennesker. Samværet spenner fra korte møter med den andres blick til fortrolige samtaler med mennesker som står oss nær. I dette samværet oppstår følelser og vi tilegner oss sosiale ferdigheter. Det danner

grunnlaget for utviklingen av de egenskapene som forteller noe om hvem vi er. Samvær med andre kan også ha en annen og mer utfordrende side. Om samværet preges av krevende gjensidige relasjoner, kan dette snarere bidra til begrenset livsutfoldelse og sviktende livsmot. Ungdomstiden i seg selv representerer en brytningstid både for de unge og deres foreldre. For noen oppleves ungdomstiden mer krev-



ende enn for andre, kanskje særlig for dem som strever med viktige mellommenneskelige relasjoner.

I de senere år har det vært en negativ utvikling av sammensatte psykososiale problemer hos ungdom og unge voksne. Dette henger blant annet sammen med en økning i rusmisbruk blant ungdom. I tillegg er det et stigende antall unge som ikke finner seg til rette, eller som ikke evner å oppfylle stadig økende krav fra samfunnet. I et forsøk på å komme disse ungdommene og unge voksne i møte er Sørlandet Sykehus, sammen med andre aktører, blant initiativtakerne til et pilotprosjekt: «Prosjekt felles utvikling». Med utgangspunkt i nettverksintervensjon tar prosjektet særlig sikte på å fange opp ungdom som sliter med psykososiale problemer, før de utvikler mer alvorlige psykiske vansker. Hensikten er å prøve ut en metode som i utstrakt grad har som siktemål å aktivisere ressursene som finnes hos ungdommen selv og i deres eget private og profesjonelle nettverk.

Utgangspunktet for Prosjekt felles utvikling er en nettverksintervensjonsmetode kalt «Åpne samtaler». Innledningsvis inviteres leseren med inn i et nettverksmøte, som utgjør den metodiske rammen for Åpne samtaler. Deretter følger en kort presentasjon av Prosjekt felles utvikling og arbeidsprinsippene for Åpne samtaler. Særlig redegjøres det for hvordan vi konstruerer og skaper vår felles virkelighet og især

dialogens betydning for dette. Vi vil også peke på noen etiske utfordringer som pilotprosjektet reiser. Avslutningsvis drøftes nettverksmøtet mer konkret og hvordan dette kan oppleves av en ungdom som befinner seg i en vanskelig livssituasjon.

Eksempel på et nettverksmøte

Nedenfor presenteres et typisk nettverksmøte, organisert rundt et konstruert kasus. I historien om Ida skildres typiske ungdomsproblemer, samt eksempler på hvem som kan være relevante nettverksmøtedeltakere fra ungdommens private og profesjonelle nettverk.

Ida er i midten av tenårene og bor sammen med sin far, fars nye kone og to yngre halvsøsken. I flere år har Ida slitt med tristhet og konsentrasjonsvansker. Hun ble i de første skoleårene en del mobbet, og hun har kommet svært dårlig overens med flere lærere. Frem til hun begynte på ungdomsskolen var hun relativt skoleflink, men har senere fått gradvis dårligere karakterer. I den senere tid har far begynt å lure på om hun eksperimenterer med narkotika. Et par ganger har far og hans kone observert henne sammen med byens «belastede» ungdommer. En kveld oppdaget far at Ida blødde kraftig etter at hun hadde kuttet seg med kniv flere steder på kroppen. Far ble bekymret og ringte legevakten.

På legevakten får Ida hjelp av en sykepleier til å behandle de fysiske skadene. Det kommer frem at Ida har kuttet seg flere ganger uten at far har

fått vite noe. For at Idas behov for å kutte seg skal minskes, foreslår sykepleieren at det arrangeres et nettverksmøte. I fellesskap bestemmer sykepleieren, Ida og Idas far at skolens helsesøster kan kontaktes med tanke på at hun og Ida sammen kan kalle sammen til et nettverksmøte. Ida har tidligere vært i kontakt med helsesøster på grunn av mistrivsel hjemme, en krevende skolesituasjon og av å være plaget av en generell motløshet. Etter samtykke fra Ida kontakter helsesøster også Idas lærer. Helsesøster vet at også læreren er bekymret for Ida, på bakgrunn av hennes gradvise dårlige tilpasning til skolesituasjonen. Ida møter disse sammen med sin far og sin mangeårige bestevenninne. Første nettverksmøte foregår i hjemmet.

Nettverksmøtet innledes med at helsesøster forteller om bakgrunnen for møtet og den kontakten hun tidligere har hatt med Ida. Deretter forteller de andre deltakerne, far og Idas venninne, om sine erfaringer og opplevelser med Ida. Ida selv sier ikke stort, men lytter til det som sies. Nytt møte avtales før deltakerne går hjem.

Flere nettverksmøter arrangeres, og etter hvert deltar Ida mer aktivt. Gradvis blir fortellingene hennes mer og mer preget av tidligere episoder hvor hun har opplevd seg dårlig behandlet av lærere eller av stemor. Hun mener at flere av lærerne har gjort narr av henne foran de andre elevene i klassen. Av stemoren føler hun seg tilsidesatt på bekostning av halvsøsknene. Fars reaksjon på at Ida har følt seg lite akseptert av stemor, bidrar til at far i begynnelsen benekter Idas opplevelse. Han mener også at Ida konsentrasjonsvansker er en sterkt medvirkende årsak til mobbingen og lærernes oppførsel overfor henne.

Idas og fars ulike opplevelser og forståelse fører gradvis til at det vokser frem et behov for å invitere andre personer inn i nettverksmøtet. Særlig er det viktig å få enkelte læreres og stemors oppfatning av situasjonen. Det blir holdt flere nettverksmøter. Først inviteres stemor. Hun forteller at hun ikke synes det er enkelt å forholde seg til Ida, fordi Ida har et vanskelig temperament, men også fordi hun opplever det vanskelig å behandle Ida og halvsøsknene på en måte som oppleves tilfredsstillende

for alle. Deretter arrangeres det møter med noen sentrale lærere til stede. Også disse får anledning til å fortelle om sine erfaringer og opplevelser med Ida og sin vurdering av situasjonen.

Prosjekt felles utvikling

Prosjekt felles utvikling er et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Agder og Sørlandet Sykehus, Mental Helse, Landsforeningen for pårørende innenfor psykiatrien, Vest-Agder fylkeskommune, og to kommuner i Agder. Prosjektet startet høsten 2003 og skal avsluttes sommeren 2005. Fra avslutningstidspunktet for det pågående pilotprosjektet skal nettverksintervensjon videreføres som arbeidsmetode i de deltakende kommunene. Samtidig vil arbeidsmetodikken bli søkt implementert også i andre kommuner.

Målet med pilotprosjektet er å tilby nettverksintervensjon til personer over 13 år og under 26 år i pilotkommunene. Tilbudet retter seg mot ungdom og unge voksne som sliter med diffuse og sammensatte problemer og som er i faresonen for å utvikle mer alvorlige psykiske vansker. I tillegg har ungdom og unge voksne som allerede lider av store psykiske vansker, men som savner et tilfredsstillende opplegg, fått tilbud om nettverksintervensjon. Intensjonen med nettverksintervensjon har vært å gi et tilbud som istedenfor å sykeliggjøre og passivisere ungdom fokuserer på deres og nettverkets ressurser.

Det har vært sentralt i pilotprosjektet å fokusere på fleksibilitet og tverrfaglighet. Alle nivåer i tiltakskjeden er involvert, samt alle relevante personer og etater som kan ha noe å tilføre og bidra med i forhold til ungdom og unge voksne. Fra spesialisthelsetjenesten deltar ansatte med rus- og psykiatrikompetanse. Disse arbeider både poliklinisk og i sykehusavdelinger. Fra fylkeskommunen deltar ansatte fra pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste. Fra kommunen deltar ansatte i helse-, sosial og skolesystemet, blant annet fagfolk fra barnevernet, familievernnet, kommunal psykiatrihelsetjeneste og skolehelsetjenesten. Fra skolesektoren er det

særlig sosiallærere og rådgivere fra ungdomsskole og videregående skole som deltar.

Deltakerne i det kliniske prosjektet har gjennom den toårige pilotfasen fulgt et tverrfaglig undervisningsopplegg som arrangeres i samarbeid mellom Høgskolen i Agder og Sørlandet Sykehus. Pilotprosjektet er også gjenstand for en løpende evaluering som særlig tar sikte på å dokumentere ulike sider ved brukernes erfaring. Især prioriteres problemstillinger som omhandler økt medvirkning fra ungdommenes eget private nettverk.

Til nå har ca. 70 personer fått tilbud om nettverksintervensjon, men med en betydelig skjevhet i alder og kommune. Av disse er ca. 45 personer inkludert i evalueringsprosjektet. De øvrige ble tilbudt nettverksintervensjon før forskningsprosjektet startet, eller faller utenfor definerte forsøkskommuner og/eller definert aldersgrense (Holmesland 2004).

Nettverksintervensjon i form av Åpne samtaler kjennetegnes ved at ungdommene kan bringe med seg noen av de menneskene som betyr mye for dem, positivt eller negativt

Beskrivelse av Åpne samtaler

Åpne samtaler er en metode som bygger på sju prinsipper som alle har en nær indre sammenheng. Intervensjonsmetoden baserer seg på nettverksmøter. Nettverksmøtene ledes av et team sammensatt av personer med ulike yrkesbakgrunn som kommer fra forskjellige arbeidssteder. Nedenfor beskrives arbeidsprinsippene for Åpne samtaler.

Utgangspunktet er at brukeren skal tilbys *umiddelbar hjelp*, fortrinnsvis innen 24 timer. Alle som observerer eller deltar i situasjonen

omkring problemet, blir ansett som viktige personer i nettverksmøtet, og *det sosiale nettverket* skal alltid inkluderes (Seikkula, Alakare & Aaltonen 2001). Hovedprinsippet bygger på at et utvidet privat nettverk gis en viktig rolle som en «hjelper» (Speck 1998). Gjennom å involvere det private nettverket kan en sammen finne løsninger på sosiale, emosjonelle og praktiske problemer (Attneave 1990). *Fleksibilitet og bevegelighet* innebærer at nettverksmøtene kan arrangeres der den hjelptrengende ønsker det. Tilsvarende skal tilnærmingen, dvs. samtalemåten, terapeutiske metoder og møtehyppigheten, tilpasses brukerens og familiens behov.

Den personen som kontaktes først i helse- eller sosialsystemet (i Agder også skolesystemet), er *ansvarlig* for å arrangere det første møtet. Vanligvis vil vedkommende også være representert i teamet som tar ansvaret for intervensjonen så lenge som dette er nødvendig. Med *kontinuitet* menes at ulike sektornivåer som brukeren befinner seg på, ikke skal påvirke nettverksintervensjonen i negativ retning. Heller enn at det profesjonelle nettverket foreslår løsninger for brukeren, er det tvert i mot viktig å tolerere *usikkerheten* som oppstår ved at løsningene ikke umiddelbart er synlige. Brukeren og de pårørende skal selv aktiviseres gjennom selv å finne løsningene på egne problem. Målet er ikke å endre pasienten eller familien, men å gå *fra monolog til dialog*. Gjennom dialogen gis brukeren og familien mer ansvar for eget liv gjennom å diskutere vanskeligheter og problemer (Seikkula 2000, Seikkula, Alakare & Aaltonen 2001). Forhåpentlig fører dette til et endret interaksjonsmønster mellom brukeren og det private nettverket som igjen bidrar til å redusere de psykiske belastningene.

Subjektive opplevelser og delt virkelighet

Åpne samtaler har sitt teoretiske utgangspunkt i hvordan vi konstruerer våre opplevelser, og hvordan vår subjektivt opplevde kunnskap utvikles og oppleves som en felles, delt virkelighet. En grunnleggende forutsetning for utviklingen av vår subjektive verden er sam-

handling med andre mennesker, især ansikt-til-ansikt-samhandling, som er den mest dominerende samhandlingsformen og prototypen på sosial interaksjon. Men også gjennom andre former for handling og samhandling bidrar vi alle til å skape en felles virkelighet som vi opplever som subjektivt virkelig og meningsfull (Wallace & Wolf 1995).

I boken *Den sosiale konstruksjonen av virkeligheten* beskriver Berger og Luckmann en dialektisk prosess hvor mennesket skaper, gjen-skaper og vedlikeholder sitt syn på seg selv og samfunnet i en kontinuerlig prosess mellom seg selv og dem det samhandler med (Berger og Luckmann 1966). De menneskene vi omgås daglig – familie, kjærester, kollegaer og skolekamerater, lærere og naboer – er de mest sentrale aktørene for vår personlige utvikling. Dette innebærer også at disse aktørene er svært vesentlige for oss, fordi de vil bidra med å skape vårt syn på oss selv og vårt syn på verden. I det gjensidige spillet mellom ungdommene og deres private nettverk ligger det ulike forventninger, normer og verdier som i varierende grad er eksplisitt uttrykt. Gjennom en kontinuerlig utviklingsprosess som skjer i samarbeid med disse aktørene, utvikler vi vår identitet. Identiteten er i utstrakt grad basert på våre egne ønsker og den relasjonen og posisjonen vi har i forhold til andre i vårt private nettverk (Goffman 1992).

Nettverksmøtene gir en mulighet for ungdom til å samle de menneskene som betyr noe for ham eller henne. Fordi disse også er sentrale i ungdommenes sosialiseringssprosess, kan nettverksmøtene også fungere som en viktig sosialiseringsarena både for ungdommen og hans eller hennes nettverk, nettopp fordi disse deltakerne har så stor betydning for vår sosialisering og sosiale kontroll (Giddens 1993). Nettverksintervensjon i form av Åpne samtaler kjennetegnes ved at ungdommene kan bringe med seg noen av de menneskene som betyr mye for dem, positivt eller negativt. Vel så viktig som det er å inkludere dem som støtter den hjelpsøkende ungdommen, er det at en også

inviterer personer som har hatt negative opplevelser med den hjelpsøkende. Det forutsetter imidlertid at inkluderingen enten umiddelbart eller på sikt kan bidra positivt til ungdommens vekst og utvikling. Fokuset kan derfor ikke bare rette seg mot den direkte hjelpsøkende ungdommen. Snarere er det de følelsesmessige og praktiske forholdene som finnes mellom ungdommen og hans eller hennes nettverk, som er viktig. Det er i dette gjensidige spillet normene, verdiene og forventningene utspiller seg. Gjennom å få frem alle deltakernes stemme og forskjellige perspektiver representerer dermed nettverksmøtene en mulighet til å skape en ny og felles forståelse mellom deltakerne (Seikkula 2000).

Nettverksmøtene kan, om det kommer i gang en vellykket dialog, føre til en interaksjonsprosess blant deltakerne som danner grobunn for personlig vekst. Dette gjelder ikke bare for ungdommen, men for samtlige av deltakerne i nettverket. Forutsetningen er imidlertid at det skapes en situasjon hvor alle som er med, fullt ut kan delta, og at nettverksteamet hører «(...) like mye på alle stemmene i nettverket, at det ikke spiller på parti med noen av gruppen» (Seikkula 2000:73). Jo mer helhetlig og fullstendig bilde deltakerne klarer å tegne av situasjonen, desto mer hjelp vil nettverket kunne bidra med i forhold til ungdom som har behov for hjelp.

Hvem får tilbud om nettverksintervensjon?

I perioden september 2003–februar 2004 ble det henvist 16 personer til Prosjekt felles utvikling. Disse representerte en svært heterogen gruppe, selv om de fleste var ungdom under 18 år. For å få kjennskap til henvisningsgrunn for disse var det anledning til å oppgi to «årsaker». Av seksten ungdommer ble ni henvist på grunn av *vanskelige sosialpsykiatriske kriser*. Seks ungdommer ble henvist på grunn av *vansker i familien*, mens *belastninger i skole- eller jobbsituasjon* ble oppgitt som henvisningsårsak for fem ungdommer. «I fire tilfeller var årsaken både vanskelige sosialpsykiatriske kriser og belastninger i fami-

lien eller i skole/jobbsituasjon» (Holmesland 2004:9). Blant dem som ble inkludert i denne perioden, var barnevernet og skolen de mest aktive henvisende instansene med henholdsvis tre personer hver. De øvrige ble henvist fra fastlege, sosialkontor, psykiatri- eller russektor (Holmesland 2004:9). Også i videreføringen av prosjektet kan det synes som at henvisningsårsakene er tilnærmedesvis de samme. Derimot kan det virke som at andrelinjetjenesten henviser flere enn før.

Inntrykket så langt viser altså at ungdommene som tilbys nettverksintervensjon, ofte kjenner seg av at de opplever vanskeligheter knyttet til mellommenneskelige relasjoner. Dette kan ha sammenheng med at relasjonen til andre mennesker på ulike måter begrenser deres livsutfoldelse. På forskjellige måter kan ungdom bli møtt med negative sanksjoner, for eksempel ekskludering, på grunn av sin atferd. Gjensidigheten som dette mønsteret viser, kan tyde på at det ikke nødvendigvis bare er ungdommen som ønsker endring. Det gjelder både for ungdommen selv og i nettverket for øvrig. Det kan derfor være berettiget å rette søkelyset mot samhandling og konkrete hendelser i nettverket.

Informasjon og støtte

I Åpne samtaler ansees ungdommens private nettverk for å være en av hans eller hennes primære ressurser. Ofte er det deltakere i det private nettverket som har hyppigst og mest variert kontakt med ungdommen. De kan derfor ha gode muligheter for å yte god hjelp. Jo flere deltakere fra ungdommens private nettverk som kan aktiviseres innledningsvis, eller om nødvendig senere, desto bedre er det. Dette forutsetter imidlertid at både ungdommen selv og de som befinner seg i omgivelsene hans eller hennes, er åpne i forhold til hvilke personer som kan være relevante og som bør inviteres til et nettverksmøte. Åpenheten og fleksibiliteten gjelder både i forhold til deltakere fra det private og det profesjonelle nettverket.

I en tidligere undersøkelse, som omhandlet

profesjonelle relasjoner, fremkommer det at fagfolk som ble vurdert som gode, synes å ha ulik funksjon og posisjon i de hjelpsøkendes liv (Borg 2001:46). Dette resultatet sammenfaller med de første resultatene fra Prosjekt felles utvikling. Tradisjonelt er det ansatte i helse- og sosialsektoren som er de mest sentrale aktørene innenfor hjelpearbeid med ungdom med psykiske vansker. Samtidig har lærere og helsesøstre en viktig rolle knyttet til avdekking av problemer og eventuelt viderehenvisning. I Prosjekt felles utvikling er det, i tillegg til barnevernet, særlig lærere som har vært aktive.

En forutsetning for å kunne yte god hjelp er at hjelperne gis adekvat informasjon om problemets art og omfang. Dette gjelder uavhengig av om hjelperne hører til det profesjonelle eller det private nettverket. Gjennom å inkludere alle som har relevant kjennskap til ungdommen, vil bildet som skapes av ungdommen og dennes nettverk, kunne bli mer nyansert og mangfoldig. Især kan dette gjelde i forhold til «taus» og «stille» ungdom. Gjennom å få frem lærerens, vennenes og foreldrenes syn og eventuelt andre relevante «eksperters» syn, vil et helhetlig bilde vise seg. Tilsvarende øker mulighetene for å få kjennskap til og informasjon om ungdommens ressurser og hvor ressursene eventuelt kan finnes. Især på dette området synes det som at det private nettverket kan spille en avgjørende rolle. Gjennom varierte aktiviteter og hyppig samvær kan aktører fra det private nettverket gi et mer helhetlig bilde av ungdommen, i motsetning til «ekspertene» fra det profesjonelle nettverket som møter ungdommen en time i uka eller kanskje enda sjeldnere.

Resultatet av å inkludere både det private og det profesjonelle nettverket vil være økt forståelse, nettopp fordi helheten omkring en ungdoms livssituasjon er et viktig grunnlag for forståelse. Gjennom å orientere seg om de ressursene som finnes mellom deltakerne i nettverket, vil nettverkets egne løsningsmodeller vise seg i større utstrekning. I neste omgang vil økt innsikt kunne bidra til å skape en prosess hvor ungdommen selv og nettverket evner å generere



endringer. I mange tilfeller kan disse være mer tilpasset nettverket, sammenlignet med individuelle tiltak iverksatt av profesjonelle med begrenset innblikk for mangfoldet i ungdommens liv. Gjennom å se sin situasjon fra flere sider gis nettverket en større mulighet til å bli bevisste på ulike muligheter. Av dette følger at det særlig er i dialogen de rike mulighetene finnes for ungdommen og hans eller hennes nettverk til å få en ny forståelse for problemene (Seikkula 2000). Nettverksmøtet innebærer dermed et annet fokus enn når ungdommen møter opp alene på ulike kontorer og hjelpen knyttes til avgrensede livs- og problemområder. Derfor blir det også viktig å fokusere på de ressursene som ligger i det profesjonelle nettverket også utover fagkompetansen som disse aktørene representerer. I særlig grad synes dette spørsmålet å gjelde for lærere som står i en særstilling i forhold til ungdom som sliter.

Ofte har lærere daglig kontakt med ungdom som befinner seg i en vanskelig livssituasjon. Dette følger av at de i kraft av sin stilling befinner seg i grenselandet mellom den private og den offentlige arena. De har dermed muligheten til å få godt utsyn når det gjelder å observere ungdom i uformelt samvær med venner og klassekamerater. Samtidig inngår lærere i en mer formell relasjon til elevene. De får derigjennom informasjon om deres atferd også i forhold til andre personer som de må forholde seg til. Lærersposisjonen tilbyr derfor en svært mangfoldig informasjonstilgang, både for det profesjonelle hjelpeapparatet og det private nettverket. For ungdom er det kanskje disse menneskene som de har det nærmeste tillitsforholdet til, eller som de på sikt kan ha muligheten til å utvikle en nærmere relasjon til. Dette tyder på at lærere har en viktig posisjon i nettverksmøter. De kan på den ene siden fange opp ungdom som sliter. På den annen side er det grunn til å stille spørsmål om de kanskje i større utstrekning bør trekkes mer aktivt inn i forhold til elever som har vanskeligheter. En invitasjon til en lærer kan, for en ungdom, representere en mulighet for å få et nærmere forhold noen som de omgås daglig. Læreren

vil dermed kunne utgjøre en «alliert» i en ellers kanskje vanskelig skolesituasjon.

Dialogens muligheter

Det er især gjennom dialogen vi får nye inntrykk som igjen bidrar til å skape ny mening for oss. Gjennom at vi legger hendelser eller relasjoner ny mening, skjer det en endring i vår opplevelse av virkeligheten. Derfor er det mest sentralt i nettverksmøtet å få frem alle aktørenes subjektive opplevelser (Seikkula 2000). For å fremme gode dialoger er det derfor utslagsgivende at deltakerne bringer med seg sine oppriktige og opprinnelige synspunkter på ungdommen eller hendelsene til nettverksmøtene. Innledningsvis bør deltakerne derfor presentere sine synspunkter på saken, som spiller hver enkelt forhåndsoppfatning og bekymring (Seikkula 2000). Dette gjelder deltakere både fra det profesjonelle og det private nettverket. Ut fra de fortellingene og opplevelsene som deltakerne legger frem på nettverksmøtet, bør målet med hvert møte være «(...) å skape et felles språk, basert på språket til de enkelte deltakerne» (Seikkula 2000:79).

Gjennom klargjøring av den enkeltes mening og forståelse av problemene bidrar dette til økt opplevelse av kontinuitet i virkelighetsopplevelsen, både for den hjelpsøkende og for de som befinner seg i omgivelsene hans eller hennes. Følgelig innebærer nettverksmøtet refleksjon over samhandlingen og de mellommenneskelige relasjonene som nettverksmøtedeltakerne inngår i. Det er gjennom å fokusere på dialogen, og å tilegne seg det språket som utvikler seg i nettverksmøtet at deltakerne i fellesskap konstruerer en ny og felles virkelighet. Utgangspunktet for de profesjonelle aktørene er å oppmuntre det private nettverket til å bli mer aktive og fokusere på sine egne resurser, både følelsesmessige og praktiske. Men utfordringen for det profesjonelle nettverket er at også disse evner å fremstå mer som medmennesker enn som profesjonelle aktører med et strengt avgrenset mandat (Seikkula 2000). Forutsetningen for at nettverksmøtet kan generere personlig vekst og utvikling, er å søke mot betydningen

og den mening som tillegges de mellommenneskelige relasjonene. Derfor er det et avgjørende kriterium for at nettverksmøtet skal lykkes, at «fagfolkene kommer til møtet med sine faglige holdninger og sine personlige følelser. En forutsetning for å skape dialog er at uttalelsene blir personlige» (Seikkula 2000:77).

Erfaringene så langt fra Prosjekt felles utvikling kan tyde på at nettopp dreiningen fra en strikt profesjonell tilnærmingssmåte til å fokusere mer på medmenneskeligheten som den enkelte representerer, er en sentral utfordring som pilotprosjektet står overfor. I mange sektorer synes handling i form av tiltak å ha høyere verdi og lengre tradisjoner enn mer langsomme prosesser som er styrt av ungdommen og deres nettverk. Tidvis kan dette bidra til at dialogen blir skadelidende. Dette kommer i tillegg til den usikkerhet som de profesjonelle kan oppleve som en naturlig følge av nye samarbeidspartnere og ny organisering.

Om man lykkes med dialogen i de mellommenneskelige relasjonene som nettverket utgjør, vil disse få et større eierforhold til løsningene. Dette er i motsetning til at løsningen tilhører det profesjonelle nettverket, en offentlig ansatt eller en offentlig etat. Deltakerne i nettverket går i stedet over «(...) til en prosess med et felles delta-ansvar. (...) Problemløsningens betydning endres, og målet er ikke lenger å kunne iverksette et raskt vedtak, men at man er sammen om det hele» (Seikkula 2000:74). Formålet med nettverksmøtet omdannes fra behandling til samhandling. Resultatet blir en gjensidig endring i samhandlingsmønsteret som fører til en bedret livssituasjon, ikke bare for ungdommen, men også for de som er en del av hans eller hennes omgivelser.

Etiske utfordringer

Til tross for gode intensjoner kan praktiseringen av Åpne samtaler stille profesjonelle hjelpere overfor store utfordringer, ofte av etisk karakter. Nedenfor pekes det særlig på utfordringer i forhold til taushetsplikten, samt utfordringer ved å etablere en likeverdig dialog.

Åpne samtaler forutsetter åpenhet. Taushetsplikten må derfor i alle fall delvis oppheves blant de tilstedeværende i nettverksmøtet. Allikevel kan det, særlig innledningsvis, være temaer som ungdom ikke ønsker berørt i nettverksmøtet. Dermed oppstår det et behov for å sikre ungdom konfidensialitet om enkeltemner. Tidvis kommer dette i konflikt med etableringen av en Åpen samtale.

Motsatt fordres det særlig aktsomhet i forhold til deltakere fra det private nettverket, knyttet til ivaretagelse av deres grenser. Det private nettverket har, i motsetning til det profesjonelle, ikke lovpålagt taushetsplikt. Ei heller kan det fra mindreårige forventes samme konfidensialitet som fra voksne. Dette betinger derfor at det gjøres særlig vurderinger i forhold til deltakelse fra venner, naboer og skolekamerater. Det er for å sikre deltakerne konfidensialitet på den ene siden, men også for å sikre at særlig mindreårige gis anledning til å bearbeide de inntrykkene som de får i nettverksmøtet.

Prosjekt felles utvikling har avdekket at praktiseringen av Åpne samtaler kan reise ulike etiske utfordringer avhengig av konteksten. Åpne samtaler praktiseres innenfor. Tradisjonelt knytter det seg ulike forventninger til innholdet av møtet, avhengig av hvilken instans som tar initiativet til et møte. De som deltar fra det profesjonelle nettverket, møter også disse forventningene. Tidvis kan dette stille de profesjonelle overfor store utfordringer. Det er på grunn av åpenheten og fleksibiliteten som metoden rommer, og på grunn av uklarhetene som kan oppstå som følge av bristende forventninger. Bristende forventninger kan oppstå når samtalen tar en annen dreining enn deltakerne var forberedt på. Eksempler på dette kan være når en lærer tar initiativet til et møte med en elev og hans eller hennes nettverk. I disse situasjonene vil det private nettverket (foreldrene deltar ofte sammen med eleven) ha forventninger om at det er elevens vansker som er tema. Hvis eleven blir tilstrekkelig trygg, kan nettverksmøtet resultere i at han eller hun trekker frem andre betydningsfulle faktorer, for eksempel at vanskene kanskje kan tilbake-

føres til foreldrenes vanskelige parforhold. For foreldrene kan dette bryte med tradisjonell tenkning om hvor problemene hører hjemme. Det stiller høye krav til de profesjonelle, særlig på grunn av usikkerheten foreldrene kan oppleve som følge av at de konfronteres med egne vansker i en ukjent og uklar setting. Dette kan øke deltakernes usikkerhet og forvirring, både med hensyn til konfidensialitet, forestillinger om ulike sektors arbeidsoppgaver og trygghet med hensyn til å bli tilstrekkelig godt ivaretatt.

Hvordan gikk det med Ida?

La oss så vende tilbake til Ida, som er en typisk representant for ungdommene i Prosjekt felles utvikling.

Til tross for at Ida innledningsvis forholdt seg taus og passiv, fikk deltakerne et innblikk i hennes livssituasjon gjennom at både bestevenninnen og far, i tillegg til lærer og helsesøster, var til stede. Ved å rette samtalen mer mot nettverket som Ida er en del av, fjernes fokuset på henne, og bidrar dermed til avlastning for henne i møtet.

Etter hvert virker det som at både Ida og far opplever møtene positivt, selv om de av og til kan bære preg av «krig» mellom far og Ida. Særlig er det Idas oppfatning av stemor som av og til irriterer far. På den annen side blir far etter hvert positiv til å involvere flere mennesker i det han av og til synes å definere som «problemet» Ida. En medvirkende årsak til fars mer positive innstilling er beskrivelsene som Idas lærer gir av henne. Lærerens beskrivelse gir et annet inntrykk, og bidrar til å forklare atferden hennes på en måte som gjøre at far får større forståelse og til en viss grad endrer sitt syn på Ida.

Idas stemor inviteres etter hvert inn i nettverksmøtene og får høre hvordan Ida opplever hjemmesituasjonen. Flere av episodene Ida beskriver, kan hun huske tilbake til og bekrefte. Gradvis følger en erkjennelse av at Ida kanskje har opplevd situasjonen som vanskelig. Samtidig som stemor gir uttrykk for at hun kan

huske episodene som Ida nevner, har hun en svært forskjellig opplevelse av episodene sammenlignet med Idas opplevelse.

Noe tilsvarende skjer med lærerne som deltar i møtene. Til tross for at de ikke nødvendigvis har sammenfallende forståelse og oppfatning av episodene som Ida, kan de bekrefte at flere av dem har funnet sted, og gi en nærmere forklaring på hvorfor de handlet som de gjorde. Gjennom at lærerne får økt forståelse for Idas reaksjonsmønster, gir de etter hvert uttrykk for at de kjenner henne på en annen måte og dermed også kan forholde seg til henne på en annen måte.

Gjennom nettverksmøtene får både far og Ida muligheten til å få ett nytt syn både på seg selv og forholdet seg imellom. Fra fars side skjer det en gradvis dreining i hvordan han forholder seg til Ida. Gjennom å bli møtt på en mer forståelsesfull måte, både av familien og lærere, følger det at Ida også endrer sitt syn på seg selv. Ringvirkningene er at endringene hos Ida og far igjen genererer endring i forhold til andre personer i Idas nære omgivelser.

Konklusjoner og vurderinger

Andelen ungdom med sammensatte psykiske vansker øker. Derfor er det svært viktig å utvikle hjelpetiltak som kan bidra til å gi disse ungdommene og deres private nettverk hjelp og støtte i vanskelige livssituasjoner. Ingen mennesker lever sitt liv løsrevet fra andre mennesker i omgivelsene, men er i større eller mindre grad avhengig av andre. Tilknytningen til andre mennesker kan være årsak ikke bare til vanskene, men også til å bedre vår livssituasjon.

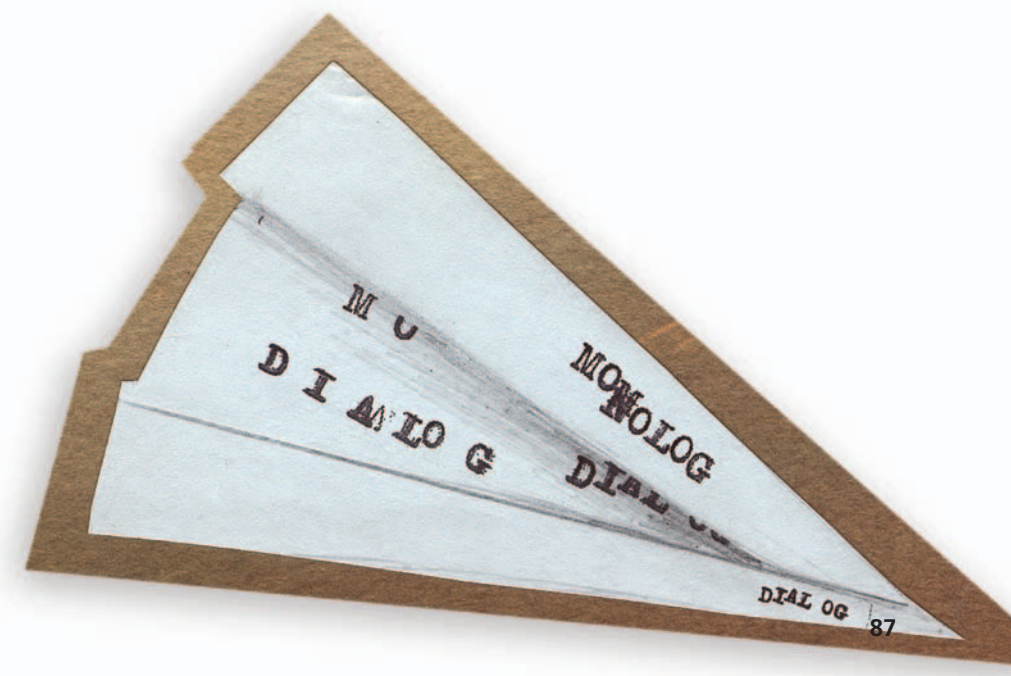
Om en ungdom som sliter, opplever at han og hans sosiale nettverk lykkes med å skape en Åpen samtale, kan dette bidra til personlig vekst. Det gjelder ikke bare for ungdommen, men også for de som befinner seg i hans eller hennes nettverk. Det er derfor grunn til å tro at Åpne samtaler kan være et viktig bidrag til å bedre livssituasjonen til ungdom som strever med problemer på flere ulike hold.

For myndighetene er det et sentralt mål at ungdom skal få tilbud om hjelp mens problemene ennå har et begrenset omfang. Sentrale virkemidler for å oppnå dette er å øke tverrfaglig og tverrsektoriell samhandlingspraksis for derigjennom å skape en mer helhetlig behandlingsskjede. Det er derfor viktig å tilby undervisning og veiledning knyttet til ulike tilnærmingsmåter til andre profesjoner enn de som arbeider innenfor helsesektoren. Særlig kan det synes viktig også å sette lærere og sosialarbeidere bedre i stand til å aktivisere ressursene hos ungdommene selv og deres nettverk.

For å gjøre dette best mulig kreves mer fagutvikling og ytterligere utprøving. Når en ungdom lider, påvirkes også omgivelsene av dette. Derfor er det særlig viktig å videreutvikle arbeidsmetoder som fanger opp ungdom som sliter på et tidlig tidspunkt. Kunnskap om psykisk helse må videreformidles til andre enn dem som arbeider innenfor helsesektoren, slik at alle som står i kontakt med ungdom, får et best mulig utgangspunkt for å bidra til positive levevilkår for ungdom. ■■

Litteratur

- Attneave, C. (1990): Core network intervention: An emerging paradigm. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 9, 3–10.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1966): Den samfundsskabte virkelighet. Viborg, (Danmark)
- Borg, M. (2001): Virksomme relasjoner. *Dialog*, nr. 2, 44–57.
- Giddens, A. (1993): *Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Goffman, E. (1992): Vårt rollespill til daglig. Oslo: Pax Forlag.
- Holmesland, A. L. (2004): Prosjekt felles utvikling—et skritt i riktig retning. *Bivrost*, nr. 2, 8–10.
- Seikkula, J. (2000): Åpne samtaler. Oslo: Tano Aschehoug
- Seikkula, J., Alakare, B., Altonen, J. (2001): Open Dialogue in Psychosis 1: An introduction and Case illustration. *Journal of Constructivist Psychology* Vol. 14 (4): 247–265.
- Speck, R. (1998): Network Therapy. *Marriage & Family Review*, Vol 27
- Wallace, R. Wolf, A. (1995): Contemporary sociological theory, New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice Hall.





Simon-Peter Neumer, Dr. philos, Psykologspesialist. Veileder NPF, NFKT. Utdannet ved Freie Universität Berlin i Tyskland. Jobber siden 2002 ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør, som seniorforsker og konstituert forskningsleder. Arbeidsområder: forebygging og behandling av emosjonelle lidelser, kognitiv atferdsterapi, behandlingsforskning.



Marianne Aalberg, Cand.Psychol. Utdannet ved Universitetet i Oslo 2004. Jobbet i Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør, fra 2005 som prosjektmedarbeider ved seksjon for forebyggende tiltak og epidemiolog. Spesielt interessert i forebygging og behandling av emosjonelle lidelser hos barn og unge.

Forebygging av emosjonelle lidelser hos barn og unge

Emosjonelle problemer som angst og depresjon forekommer nokså hyppig hos barn og unge. Til tross for dette får emosjonelle vansker ofte mindre oppmerksomhet enn for eksempel utagerende atferd, spiseforstyrrelser og selvskading. Eksempelvis kommer barn med angst sjeldnere til behandling, og det settes også av mindre ressurser til forskning på denne typen lidelser. Større fokus på angst og depresjon hos barn er derfor viktig. Angst og depresjon forekommer også ofte sammen og er forbundet med betydelig reduksjon i psykososial fungering og livskvalitet.

Forebygging og tidlig intervensjon rettet mot emosjonelle problemer er viktig både for å forhindre at så mange utvikler disse problemene, og for å redusere belastningen av sekundære problemer som gjerne følger i kjølvannet av disse vanskene. For det offentlige helsesystemet er de økonomiske kostnadene som er forbundet med disse problemene, enorme. Sett i lys av politiske føringer i forebygging og psykiatrisk behandling i Norge, hvor det i økende grad er ønskelig at behandling foregår innenfor kortere tidsrammer og med kvalitetssikring, er det også

spesielt interessant å ta i bruk mer strukturerte opplegg, eksempelvis manualiserte programmer. Mens det internasjonalt er nokså vanlig å benytte manualbaserte tilnærminger, er få slike opplegg tilgjengelig i Norge. Håpet er at disse programmene kan gi viktig informasjon, symptomlette og bedre fungering hos barn med emosjonelle problemer. Forskning i angst og depresjon gir god anledning til å utvikle tiltak med utgangspunkt i bl.a. det man til nå vet om utløsende og opprettholdende faktorer.



Vi vil i det følgende gi en kort beskrivelse av emosjonelle problemer, for deretter å gå mer inn på forebygging. Vi vil presentere eksempler på tre programmer som blir brukt i forebyggende arbeid med emosjonelle vansker hos barn og unge. Vi har valgt ut eksempler som er av høy kvalitet, og som eksisterer på norsk. Deretter følger en drøfting av utvalgte forskningsresultater som evaluerer forebygging av emosjonelle problemer.

Innledning

Begrepet «emosjonelle lidelser» refererer til angstproblemer og depresjon. Noen bruker også begrepet «internaliserende lidelser» om denne gruppen av psykiske problemer. Emosjonelle vansker hos barn kan blant annet komme til uttrykk ved at barnet vegrer seg for å gå på skolen, klager over hodepine eller magesmerter, har problemer med å sove om kvelden og bruker mye tid på å gruble og bekymre seg for ting. Noen er irritable, andre rastløse eller triste. Noen har problemer med å konsentrere seg, mens andre mister matlysten. Barn og unge med emosjonelle problemer er ofte stille og tilbaketrukkne. Det kan derfor være lett for voksne å overse disse barna. Noe av det som kjennetegner emosjonelle problemer, ligner mye på fenomener som er en vanlig del av utviklingen hos barn. Derfor kan det være lett for voksne å tenke at «dette er bare en fase som hun vokser seg ut av». Dessverre vet vi at noen av disse barna lider som følge av sine problemer og har behov for hjelp. I tillegg utgjør slike symptomer

en risiko for å utvikle videre problemer senere.

I industrielle nasjoner er angst og depresjon de hyppigst forekommende psykiske lidelsene hos unge og voksne, sammen med avhengighet og misbruk av rusmidler. Hvor hyppig man finner at disse problemene forekommer blant barn og unge, varierer noe etter hvordan man måler (se også Mathiesen i denne rapporten). Det ser ut til at omtrent én av fem barn og unge opplever å ha en angstlidelse i løpet av barne- og ungdomsårene som er så alvorlig at de har behov for hjelp, mens er tallet for depresjon noe lavere, omtrent 15 % (Essau, Conradt, & Petermann 2000). Vi vet også at mange av disse har flere problemer samtidig, det vil si at de kan ha to eller flere angstlidelser, eller både angst og depresjon.

Barn og unge kan være belastet av de samme emosjonelle vanskene som vanligvis beskrives hos voksne, enten man snakker om problemer i klinisk forstand (at man oppfyller kriteriene for en diagnose) eller om symptomer som medfører betydelige plager for personen uten at man oppfyller kriteriene for en diagnose (subklinisk). Unntak er separasjonsangst og selektiv mutisme, som er typiske «barneangstlidelser». De ulike angst- og depresjonsdiagnosene er beskrevet kort i boks 1.

BOKS 1: Oversikt over emosjonelle lidelser etter DSM-IV

(Nærde & Neumer 2003; American Psychiatric Association 2000)

- En *alvorlig depressiv lidelse* (markert depresjon) er karakterisert bl.a. av et senket eller irritabelt stemningsleie og nedsatt interesse for aktiviteter man normalt liker.
- *Dystymi* innebærer senket eller irritabelt stemningsleie i 2 år eller mer og med lignende symptomer som ved markert depresjon, men uten at man oppfyller kriteriene for denne.
- *Panikkanfall* er en avgrenset episode med intens frykt og sterke vegetative symptomer, for eksempel hjertebank, svetting og åndenød.
- *Agorafobi* vil si at man har angst for steder eller situasjoner hvor man føler det er vanskelig å flykte unna, eller hvor det kan være vanskelig å få hjelp, slik at man helst unngår slike steder. Opptrer ofte sammen med panikkanfall eller panikkliknende symptomer.
- *Spesifikke fobier* er en vedvarende angst for spesifikke objekter eller situasjoner (for eksempel insekter eller fly) som er irrasjonell og urimelig.
- *Separasjonsangst* defineres som en urimelig og overdreven angst knyttet til separasjon fra for eksempel hjemmet som vedvarer i minst 4 uker.
- *Selektiv mutisme* innebærer vedvarende vansker med å snakke i spesifikke sosiale situasjoner til tross for at barnet snakker i andre situasjoner.
- *Sosial fobi* kjennetegnes av angst for én eller flere sosiale situasjoner eller prestasjonssituasjoner som også må gjelde for barn i kontakt med jevnaldrende, ikke bare i kontakt med voksne.
- *Tvangslidelser* er karakterisert gjennom gjentatte og vedvarende tanker, impulser eller bilder som skaper markert angst eller ubehag. Generalisert angstlidelse består i overdreven angst eller bekymring knyttet til en rekke ulike hendelser og aktiviteter.
- *Posttraumatisk stresslidelse* (PTSD) kjennetegnes av utvikling av angst som følge av å ha vært utsatt for et traume.

Både fra studier av voksne og nyere undersøkelser av barn vet vi at symptomer på emosjonelle lidelser gjerne viser seg allerede i barne- eller tenårene. Angstproblemer ser ut til å opptre for første gang noe tidligere enn depresjon. Separasjonsangst og spesifikke fobier kan starte tidlig i barndommen, sosial fobi starter ofte i tenårene (men se Kristensen i denne rapporten). Depresjon opptre gjerne for første gang litt senere i tenårene. Studier viser at mange barn og unge med emosjonelle vansker ikke «vokser av seg» disse. Selv om symptomer kan svinge over tid, ser det ut til at dersom personer med emosjonelle lidelser ikke får adekvat hjelp, står de i fare for å utvikle problemer av mer kronisk og langvarig karakter (Keller et al. 1992). Tenåringer med emosjonelle problemer har 2–3 ganger høyere risiko enn andre for å ha emosjonelle problemer også i voksen alder

(Pine, Cohen, Gurley, Brook & Ma 1998). Barn og unge med emosjonelle vansker har ofte dårligere psykososial fungering. Selv det å ha symptomer på emosjonelle problemer, uten at disse oppnår den alvorlighetsgrad som er påkrevd for å stille en diagnose, kan føre til nedsatt funksjonsnivå og dermed dårligere livskvalitet. For eksempel ser det ut til at disse barna presterer dårligere på skolen, har dårligere sosial kompetanse og fungerer dårligere i fritidsaktiviteter enn andre barn (Wittchen, Nelson & Lachner 1998). Dette har stor betydning både for deres sosiale og pedagogiske utvikling og generelle livskvalitet. Når angst og depresjon opptre sammen, ser det ut til at dette er forbundet med større grad av psykososiale problemer enn om man kun har enten angst eller depresjon (Essau, Conradt & Petermann 2002). Eldre barn rapporterer at de

plages mer av sine problemer enn yngre barn, noe som indikerer at ubehandlede symptomer forverres over tid. Til tross for at mange med emosjonelle problemer opplever betydelig svekket psykososial fungering, er det likevel relativt få som oppsøker eller mottar profesjonell hjelp (Essau et al. 2002, Wittchen et al. 1998) og kunnskapen hos foreldre og ungdom om denne typen problemer og behandlingsmuligheter er ofte svært begrenset.

Hvorfor forebygge?

Ut fra de allerede nevnte fakta vedrørende både subkliniske og kliniske tilstander, stabilitet, forløp og komorbiditet gir det mening å forebygge eller intervensjon tidlig i forløpet. Da vil man kunne motvirke forverring eller at det oppstår sekundære problemer, for eksempel andre emosjonelle problemer eller rusmisbruk. Samtidig kan man unngå eller redusere de begrensninger i aktiviteter som angst ofte gir barnet, slik at barnet får anledning til å lære viktige sosiale ferdigheter som er nødvendige for å få god livskvalitet i de viktige ungdomsårene og senere i det voksne liv. Videre kan psykoedukative tiltak bidra til økt kunnskap om denne typen problemer slik at disse kan oppdages tidligere og dermed henvises tidligere til profesjonell hjelp.

Hva er forebygging?

«Almost anything we do as mental health professionals to help other human beings is a form of prevention...» (Albee & Gullotta 1986, s. 208).

Det er ikke bare enkelt å skulle definere hva forebygging er, og innenfor fagfeltet hersker det en lite enhetlig og ofte forvirrende bruk av sentrale begreper. Tidligere delte man forebyggende tiltak inn i tre grupper: primær, sekundær og tertiær forebygging. Det som vi i dag tenker på som forebygging, og som blir diskutert nedenfor, faller inn under primær forebygging. Dette er intervensjoner som er rettet mot personer som kan ha symptomer på et problem eller høre til en risikogruppe, men som ikke oppfyller kriteriene for en diag-

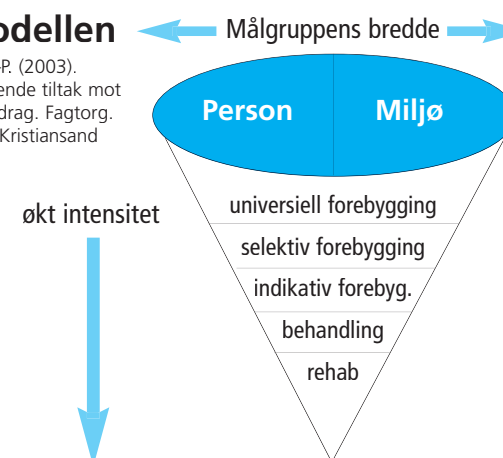
nostiserbar lidelse. Det som omtales under sekundære forebyggende intervensjoner, tilsvarende behandling og er tiltak som rettes mot personer som gjerne er i en tidlig klinisk fase av en lidelse. Hensiktene med tiltakene er å hjelpe personer slik at de ikke lenger oppfyller diagnosen; dermed reduserer man forekomsten, eller prevalensen. Tertiærforebyggende intervensjoner fokuserer på å redusere tilbakefall og kan således sammenlignes med rehabilitering. Dersom en mental lidelse allerede er manifestert og kan diagnostiseres, vil vi i dag betegne intervensjoner som behandling eller rehabilitering fremfor forebygging.

Vi kan nansere primærforebyggende tiltak og dele dem inn i tre underkategorier (etter ny standard for taksonomien fra The Institute of Medicine 1994): universelle, selektive og indikerte forebyggende tiltak. Ut fra et epidemiologisk perspektiv er hensikten med disse tiltakene å redusere antallet nye personer som får alvorlige problemer.

- *Universelle tiltak* er rettet mot hele populasjonen, uavhengig av deres risikostatus, eksempelvis når et tiltak gis til alle elever ved en skole.
- *Selektive tiltak* er rettet mot persongrupper med en høyere risikostatus. For depresjon kunne det f.eks. dreie seg om jenter som ble preget av en negativ livshendelse, f.eks. tap av et familiemedlem.
- *Forebyggende tiltak* kalles indikerte hvis de er rettet mot personer som har en veldig høy, identifiserbar risiko for å få en mental lidelse, eller allerede viser noen symptomer. Hvis vi ser på angst, kunne det for eksempel for panikk lidelse dreie seg her om høy sensitivitet mot kroppslige symptomer som ofte kobles sammen med en katastroferende tankegang. En slik angstsensitivitet regnes som risikofaktor for panikk lidelse.

Traktmodellen

Neumer, S-P. (2003).
Primærforebyggende tiltak mot
depresjon. Foredrag. Fagborg.
20.11.2003 i Kristiansand



Traktmodellen viser at målgruppens bredde varierer for de tre nivåene av primærforebyggende tiltak, og etter den nye taksonomien (Gordon 1983) skilles tiltakene eksplisitt etter sin målgruppe. Intensiteten av tiltakene øker vanligvis fra trinn til trinn i takt med graden av risiko. For eksempel kan noen programmer på et universelt nivå benytte en tv-serie som potensielt når alle, mens de på indikert nivå kan ha gruppeintervensjoner som går over uker og følgelig krever godt skolerte kursledere.

Når vi arbeider forebyggende med barn, er det ofte skolen som er arena for tiltakene. Dersom intervensjonen gis til hele klassen, snakker vi om universell forebygging. Denne tilnærmingen har visse fordeler. Blant annet unngår man stigmatisering av enkelte barn, noe som er en fare dersom man heller velger ut bare de barna som hører til en eller annen risikogruppe (da ville det være snakk om selektivt eller indikert nivå). Mye forskning tyder på at en rekke former for psykiske problemer har overlappende risikofaktorer og høy grad av komorbiditet, eksempelvis slik tilfellet er for emosjonelle problemer. Man kan følgelig potensielt forebygge flere problemer ved å bruke intervensjoner (uavhengig av nivå) som er rettet mot slike felles risiko- eller beskyttelsesfaktorer. Eksempler på programmer som fokuserer på felles faktorer ved ulike former for

emosjonelle vansker, er SMART og FRIENDS, som presenteres nærmere nedenfor.

Med universelle tiltak vil også barn som ikke er i noen spesiell risikogruppe, få intervensjonen, og dette kan innebære en mindre enn optimal bruk av ressurser. For å kunne optimalisere ressursbruken kunne vi heller brukt tiltak på indikert nivå. Da ville kun de som var i en klar risikogruppe, få intervensjonen. Dette forutsetter en nøyaktig identifisering av de som hører til risikogruppen vi ønsker å nå. Fremdeles er vår kunnskap om karakteristiske risikofaktorer for de enkelte mentale lidelsene begrenset. Det er per i dag metodisk vanskelig å skille ut personer med høy risiko på en pålitelig nok måte ved hjelp av screeningrutiner. Problemet blir altså å finne frem til de «riktige» barna.

Grensene mellom de ulike nivåene av forebygging er ikke skarpe, men dels overlappende. Helsefremmende arbeid er ikke en del av den opprinnelige taksonomien. Det ble sett på som kvalitativt annerledes på grunn av fokus på å styrke velvære fremfor å redusere forekomsten av psykiske problemer. I en videreutviklet modell kunne helsefremmende tiltak muligens sees på som en komplementær og helsefremmende side av den opprinnelig mer sykdomsorienterte medisinske modellen.

Eksempler på programmer for forebygging av emosjonelle vansker

Vi vil nå beskrive tre eksempler på forebyggende programmer som spesielt er utviklet for å forebygge emosjonelle problemer hos barn og unge, og som har vist seg å ha god effekt. Disse programmene kan anvendes for ulike målgrupper og har noe forskjellig fokus. Vi har valgt å presentere programmer som også er tilgjengelige i Norge. Blant de opplegg som eksisterer i dag som er rettet primært mot forebygging av emosjonelle problemer hos barn, er det særlig et australsk program som anbefales, Friends, og dette anbefales også av Verdens helseorganisasjon (Hosman, Dadds, & Raphael 2005). Programmet er basert på P.C. Kendalls «Coping Cat» (Kendall 1992), som også eksisterer i en norsk versjon (Mestringskatten; Martinsen, Neumer, Nøvik & Reichelt 2005) og har fått lovende evalueringsresultater (Weisz, Hawley & Doss 2004). Friends er under oversettelse til norsk (Martinsen, Aalberg, Bjåstad & Neumer, under arbeid). En siste manual, som er mer psykoedukativ, er GO! (GO! = «Gesundheit und Optimismus»; tysk for sunnhet og optimisme). GO! er et læringsprogram for formidling av viktig informasjon angående angst og depresjon og deres kognitive behandlingsmuligheter hos barn og ungdom (Junge, Neumer, Manz & Margraf 2002). Programmet eksisterer i en revidert og videreutviklet versjon på norsk og heter da Strukturt Materialer for Terapi (SMART; Neumer & Junge 2005).

SMART

SMART er en kognitiv atferdsterapeutisk manual til forebygging av emosjonelle problemer hos ungdom og voksne. Programmet er basert på aktuell viten om problemer og terapi, og er blitt evaluert flere ganger med gode resultater. Programmet er laget for å være effektivt både som universell og selektiv forebygging i skolen eller klinikken. Det er et gruppebasert program med mulighet for opp til 10 deltakere i én gruppe.

Programmet består av åtte samlinger, hver av to timers varighet. Målsettingen for kurset er

på den ene siden å gi informasjon om angst og depresjon, utløsende og vedlikeholdende faktorer, og på den andre siden at deltakerne trener seg i spesifikke strategier. De lærer å gjenkjenne, forebygge og behandle de første symptomer på lidelsen, og øver seg i sunnhetsfremmende kognitive prosesser og i å utvikle sosial kompetanse. SMART-manualen består av en detaljert beskrivelse av grunnleggende konsepter og nødvendige øvelser/ oppgaver for å forebygge og behandle emosjonelle lidelser. For hvert tema (introduksjon, angst, depresjon, sosial kompetanse og konklusjon) er det en modul med forberedte oppgaver og informasjonsmateriale. SMART har en klar struktur og bygger på aktuelle modeller og behandlingsmetoder innenfor kognitiv atferdsterapi. De forskjellige moduler eller delmaterialer kan brukes separat. Programmet kan kortes ned til seks eller fire leksjoner og tilpasses individuelle behov.

Innledningsvis introduseres en fire-komponent-modell som instrument for å definere angst og depresjon. Komponentene beskriver fysiske, affektive, kognitive og atferdsmessige faktorer. Modellen har vist seg å være svært effektiv i behandling av angst og depresjon, og blir referert til fortløpende i kurset. De kognitive komponentene har sitt opphav i kognitiv terapi for depresjon (Beck 1976, Ellis 1962) og angstlidelser (Margraf & Schneider 1990). Når man jobber med depresjon, starter deltakerne med å registrere sine daglige aktiviteter i en ukeplan. Denne planen blir så brukt til å planlegge positive aktiviteter. Deltakerne blir bedt om å liste opp sine tanker og erstatte de dysfunksjonelle, negative tankemønstre og logiske feil med mer realistiske tanker. Angst er neste tema. Her diskuteres de mest vanlige former for angstreaksjoner, hvilke følger feilfortolkning kan gi (f.eks. ved fysiologiske symptomer), og typiske forsterkende prosesser («ond spiral») blir diskutert. Viktige strategier for mestring av angst, f.eks. konfrontasjon, blir introdusert. Det gis også en introduksjon til avslappings-teknikker, som det bygges videre på i den neste modulen. Depresjon og angstlidelser blir ofte satt i sammenheng med problemer med

sosiale ferdigheter. Forskjellige sosiale interaksjonsmønstre blir diskutert i gruppen, og flere rollespill med konkrete dagligdagse situasjoner gjennomført for å øke deltakernes sosiale kompetanse. Avslutningsvis blir de viktigste kursresultatene oppsummert, og deltakerne blir vist muligheter for hvordan de bedre kan håndtere problemer, samt styrke egne ressurser i fremtiden. Det finnes materiell lagt til rette for evaluering av kurset.

SMART er testet i Tyskland og Sveits med gode resultater på to målgrupper og kan derfor vurderes som en sannsynligvis virksom psykososial intervensjon for barn og ungdom (Hibbs 2001). Evalueringen viste at det var mulig for skoleelever som har gjennomgått programmet, å tilegne seg viktig informasjon om angst og depresjon (Junge, Neumer, Manz & Margraf 2001). I tillegg til en betydelig økning av sykdoms- og behandlingsviten reduserte programmet dysfunksjonelle og katastrofemaksimerende fortolkninger. Atferdsorienterte områder, f.eks. sosial kompetanse, ble styrket, og for angstlidelser ble typisk unngåelsesatferd redusert. Disse positive effektene viste seg 6 måneder etter kursdeltakelsen, men var blitt redusert etter 15 måneder. Symptomer på angst og depresjon ser også ut til å bli klart redusert. Resultater som avtegnet seg hos skoleelevene, ble enda tydeligere i en undersøkelse av unge kvinner (Neumer, Junge, Bittner, Manz, Margraf 2001). I sammenligningen mellom kontrollgruppen og behandlingsgruppen viste det seg at den behandlede gruppen av unge kvinner også fikk betydelig økt kunnskap om forebyggende strategier. De betydelige forskjellene mellom gruppene som ble observert ved måling av depressive symptomer og unngåelsesatferd, er i samsvar med det som ble observert hos skoleelevene, og indikerer at programmet kan redusere symptomer på angst og depresjon. I tillegg kunne det påvirke deltakernes tankeprosesser, selvtilit og sosiale støtte, og programmet fikk en svært positiv tilbakemelding fra alle brukerne.

FRIENDS

Friends er et program som er utviklet av Paula Barrett ved Griffith University i Australia og bygger på tidligere behandlingsprogrammer for angst.

Friends forebygger angst og depresjon gjennom å bygge emosjonell resiliens og lærer barn hvordan de kan mestre og håndtere angst både nå og senere i livet. Programmet er laget for å være effektivt både som behandling i klinikken og forebygging (både på universelt, selektivt og indikert nivå), for eksempel anvendt i skolen. Når Friends brukes i skolen, kan det gis til en hel skoleklasse samtidig. Barna kan da dra nytte av hverandres støtte og erfaringer i læringsprosessen.

Friends er et internasjonalt ledende program innenfor forebygging av og tidlig intervensjon i emosjonelle lidelser hos barn og unge. Det brukes i en rekke land verden over og er anbefalt av Verdens helseorganisasjon (Hosman et al. 2005). Friends har vist seg å ha gode effekter og disse ser ut til å holde seg over tid (Barrett, Dadds & Rapee 1996, Barrett, Duffy, Dadds & Rapee 2001).

Friends er en kognitiv atferdsterapeutisk intervensjon som tar utgangspunkt i de kognitive, fysiologiske og atferdsmessige prosesser som viser seg å spille inn i utvikling, opprettholdelse og opplevelse av angst. Det er et manualisert program, i to ulike versjoner for barn i alderen 7–11 og 12–16. Friends er et akronym, og hver bokstav representerer et trinn i prosessen. Første del går ut på å lære fysiologisk selvregulering gjennom først å kjenne igjen kroppslige tegn på angst og uro. Hvordan kjenner jeg forskjell på ulike følelser? (F = følelser). Det å kunne kjenne igjen følelser er viktig, da barn ofte ikke klarer å identifisere følelser på en tilstrekkelig måte og heller ikke forstår sammenhengen mellom signaler fra kroppen og følelser. For å mestre symptomer på angst lærer barna først hvordan man kan slappe av, blant annet gjennom pusteøvelser (R = rolig og avslappet). Videre jobber man med kognitive teknikker som positive selvinstruksjoner (I = indre tanker). Neste



trinn er å øve på å bruke de nye ferdighetene og jobbe for å finne løsninger. Barna lærer om problemløsning og hvordan de kan legge en plan for å nå sitt mål gjennom å ta et skritt om gangen (E = ett skritt om gangen med trinnvise planer for å finne løsninger). Barna øver på å utsette seg for situasjoner de frykter.

Dette gjennomføres gradvis, man starter med lette situasjoner og går videre med mer og mer angstvekkende situasjoner. En viktig komponent fra atferdsterapi er å bruke belønning. Barna lærer også hvordan de kan belønne sin egen innsats. Det er ikke nødvendig med materielle belønninger, sosiale opplevelser som like

attraktivt. Dette kan for eksempel være å gjøre noe hyggelig sammen med familien, bruke litt ekstra tid på en aktivitet man liker (N = nå kan jeg belønne meg selv). I programmet legges det vekt på at det er innsats og ikke prestasjon som belønnes. Det er lov å ikke lykkes hver gang, men det er viktig å prøve. Så er det trening og atter trening som gjelder (D = det er øvelse som gjør mester). Og husk å smile! Med godt humør og en positiv innstilling kommer man litt lenger (S = smil!). Målet er at barna sammen med sin familie lærer ferdigheter som gjør at de kan trene på eksponering og dermed være sin egen terapeut.

Det legges vekt på å involvere hele familien i programmet, både når man bruker Friends i en klinisk setting, og når det anvendes som en forebyggende metode. Når Friends gis i mindre grupper, inviteres foreldre og eventuelt også søsken inn i den siste delen av timen. Ved bruk i skolen er det lagt opp til to strukturerte foreldretimer hvor foreldrene lærer om programmet og hvordan de kan jobbe sammen med barna sine for å hjelpe dem. Programmet er evaluert i en rekke studier som har undersøkt effekten av programmet både som klinisk behandling, individuelt eller i gruppe, og forebyggende intervensjon (Shorrt, Barrett & Fox, 2001, Dadds, Spence, Holland, Barrett & Laurens 1997, Lowry-Webster, Barrett & Dadds, 2001, Lowry-Webster, Barrett & Lock 2003). Anvendt som en universell forebyggende tilnærming i skoleklasser fant man at de barna som gjennomførte Friends-programmet, rapporterte færre symptomer på angst enn barn som ikke deltok i Friends. De barna som i utgangspunktet hadde mest symptomer på angst, hadde ved oppfølging også færre symptomer på depresjon. Dette er oppmuntrende resultater, da barn med høyere grad av angst er de som har størst risiko for også å utvikle depresjon og få flere problemer som følge av dette.

Coping Cat

Coping Cat er et program utviklet av Philip C. Kendall for barn med ulike angstlidelser (Kendall 1992). Coping Cat inneholder mange

av de samme komponentene som allerede er beskrevet i Friends, da Friends ble utviklet med utgangspunkt i Coping Cat. Programmet tar for seg samspillet mellom biologiske reaksjoner, engstelige tanker og unngåelsesatferd på en lignende måte som i Friends. Kort fortalt går behandlingen ut på at barna lærer å gjenkjenne engstelige følelser og kroppslige reaksjoner på angst. Deretter jobber terapeuten og barnet med å få klarhet i hvilke tankeprosesser som dominerer i angstfremmende situasjoner (for eksempel urealistiske og negative forklaringer og forventninger). Så utarbeider man en plan for å hjelpe barnet å mestre situasjonen, blant annet ved å erstatte engstelige selvinstruksjoner med mer mestrende. Til slutt evaluerer man og gir belønning for innsatsen.

Til forskjell fra Friends brukes Coping Cat primært i behandlingsøyemed, mens Friends i stor grad benyttes til forebygging på ulike nivåer. Coping Cat ble opprinnelig anvendt først og fremst i individualterapi, og det ble ikke lagt like stor vekt på å inkludere familien, slik det er i Friends (i praksis kan det siste selvsagt tilrettelegges av terapeuten, men selve manualen legger ikke opp til det på samme måte). Betydningen av å inkludere familien ser ut til å ha størst betydning når også en av foreldrene eller begge har angst (Cobham, Dadds & Spence 1998). Fra familiestudier vet vi at mange barn med angst også har foreldre med angst, slik at inkludering av foreldrene gir mening.

I en undersøkelse ble Coping Cat-programmet gjennomgått av barn i alderen 9–13 år (Kendall 1994). Barna som fikk behandlingen, viste en tydelig reduksjon i symptomer på angst som også holdt seg et år etter at behandlingen var slutt. En oppfølgingsstudie etter drøyt tre år viser at effekten ser ut til å holde seg (Kendall & Southam-Gerow 1996) over lengre tid. Syv år etter behandlingen viste det seg at de som hadde oppnådd bedring som følge av behandlingen, også hadde mindre problemer med rusmidler og følgelig også færre problemer som er assosiert med rusmiddelbruk (Kendall, Safford, Flannery-Schroeder & Webb 2004).

Hvor effektivt er egentlig forebygging av emosjonelle problemer?

For å få en grov oversikt over et raskt ekspanderende forskningsfelt uten å gå for mye i detalj, er det kanskje best hvis vi ser mer generelt på evalueringsstudier. Leter vi i oversiktsartikler etter noen tendenser og begynner med de mer negative funnene, ser det ut til at det er vanskelig å oppnå en langsiktig og stabil reduksjon av symptomer ved hjelp av forebyggende tiltak. Effekten av intervensjoner går vanligvis tilbake i løpet av etterundersøkelser. Det betyr at effekten etter 6–12 måneder ikke er like sterk som umiddelbart etter at programmet er slutt. I tillegg er det ikke alle undersøkelser som gir mulighet for etterundersøkelser. Til tross for til dels store forventninger til mulige kostnadsreduksjoner har vi så godt som ingen kunnskap om kostnad–nytte–relasjonen av forebyggende tiltak. Vi vet heller ikke så mye om hvem det er som profiterer mest på tiltakene. Noen resultater tyder på at deltakere som allerede er relativt mer ressurssterke, får mest ut av programmene.

Kvalitetsmessig gode programmer oppnår en kortsiktig reduksjon av symptomer og medfører forholdsvis sterke effekter dersom vi tar i betraktning den relativt korte varigheten av de fleste programmene. Det er mulig å redusere potensielle risikofaktorer, for eksempel unngåelsesatferd knyttet til angst, og å styrke beskyttelsesfaktorer som sosial kompetanse. Dermed skulle det være mulig å øke deltakernes livskvalitet. I tillegg vil vi kunne øke deltakernes kunnskap om emosjonelle vansker og om muligheter for behandling av disse.

En rapport angående forebyggende tiltak mot depresjon hos barn og unge viser at psykologiske intervensjoner var effektive sammenlignet med ikke-intervensjonsgupper (Merry, McDowell, Hetrick, Bir & Muller 2004). Rapporten beskriver en betydelig reduksjon i depressive symptomer som følge av indikerte tiltak, men ikke for universelle. Dette kan delvis skyldes metodiske problemer knyttet til evaluering av universelle tilnærminger. Rapporten

konkluderer med at det mest lovende opplegget per i dag som spesifikt retter seg mot depresjon hos barn og unge, er et som er utarbeidet av Clarke og medarbeidere (Clarke et al. 2001, ikke beskrevet her da det ikke eksisterer på norsk). Når alle programmer for depresjon vurderes under ett, finner man ingen forskjell mellom intervensjonsgruppe og kontrollgruppe ved oppfølging, kun umiddelbart etter avsluttet opplegg. Resultatene ser altså ikke ut til å holde når studiene ses under ett, selv om enkeltvis programmer også viser god effekt ved oppfølgingsundersøkelser.

En annen metaanalyse (Jané-Llopis, Hosman, Jenkins & Anderson 2003) av forebyggende tiltak mot depresjon viser at positive effekter best oppnås når man benytter tre eller flere behandlingskomponenter; mer enn åtte samlinger med en varighet på 60–90 minutter; programmene følges opp med forskning av høy kvalitet; og det er tverrfaglig samarbeid mellom profesjonelle og andre terapeuter (både helsepersonell og lekfolk).

Konklusjon og vurdering

Hovedtendensen synes å være at forebyggende tiltak mot emosjonelle lidelser ofte er basert på kognitiv atferdsterapi. Kognitiv atferdsterapi er en terapeutisk retning som på grunn av gode resultater i behandlingsforskningen har fått mye oppmerksomhet de siste årene. Studier av kognitiv atferdsterapeutisk behandling av angst hos barn har vist at en kombinasjon av atferdsteknikker som in vivo eksponering, avslappingsteknikker og systematisk forsterkning, sammen med kognitive mestringsferdigheter som trening i bruk av selvinstruksjon, gir gode resultater (Kendall et al. 1992). Programmene er høyt strukturerte, intensive og pedagogisk godt opparbeidet. Detaljerte manualer hjelper terapeutene å gjennomføre samlinger med høy presisjon og å kvalitetssikre innholdet. Samtidig er ofte omfattende arbeidsmateriell i form av egne arbeidsbøker tilrettelagt for barna og foreldrene deres. Det tas multiple læringsmetoder i bruk, og foredrag, diskusjon, modellering og øvelser i rollespill veksler med

hverandre. Kvalitetssikringer skjer ofte gjennom intensiv veiledning, video, brukerfeedback og fortløpende evalueringsstudier.

Hvordan kan man best påvise effekten av forebyggende tiltak hvis vi undersøker en hel populasjon? Egentlig er det ønskelig å påvise effekter av forebyggende tiltak ved hjelp av store epidemiologiske studier som kan vise en reduksjon i antall nye lidelser i en tidsperiode (insidens). Men det er vanskelig å undersøke effekter av forebyggende tiltak på populasjonsnivå, fordi de forventede programeffekter etter gjeldende kriterier er lave og nødvendiggjør et nokså stort antall deltakere for å kunne måle effekten ved hjelp av statistiske metoder (Cuijpers 2003). Få studier viser redusert insidens selv om man finner redusert depressiv symptomatologi og positive endringer i risiko/beskyttende faktorer, samt andre psykiske symptomer.

Fra et forskningsperspektiv foreslår Donovan og Spence (2000) at for å vise best effekt bør forebyggende intervensjoner rettes mot barn med moderate til klare symptomer på emosjonelle vansker. Dette er i samsvar med anbefaling også fra andre sentrale forskningsgrupper (Cuijpers, Van Straten & Smit 2005), som hevder at det er mest hensiktsmessig å rette tiltak mot barn i risikogrupper, det vil si indikert forebygging. Gjennom å jobbe med risikogrupper er det større potensial til å få tydeligere resultater og kanskje «mer igjen for pengene». Samtidig er vår kunnskap om risikofaktorer fortsatt mangelfull og våre muligheter for å finne riktig intervensjon til riktig målgruppe svært begrensede. Også med hjelp av screeninginstrumenter er faren stor for at man ikke klarer å nå alle de personer som kunne hatt nytte av indikative forebyggende tiltak. Dessuten kan det fra et samfunnsperspektiv være mer betydningsfullt å oppnå relativt små effekter for store deler av befolkningen fremfor en noe større effekt for en mindre utvalgt gruppe. I et slikt perspektiv vil universelle programmer likevel ha sin plass.

Opplæring i kognitiv atferdsterapi og de nevnte programmene for barn og ungdom skjer i

Norge ved de fleste regionsentre (webseite: www.r-bup.no) eller ved den Norske Forening for Kognitiv Terapi (webseite: www.kognitiv.no) og er viktig for å sikre effekten av manualiserte tiltak. RBUP Helseregion Øst og Sør tilbyr også en egen 2-årig videreutdanning i samarbeid med Høgskolen i Akershus (HiAk) som kvalifiserer til en mastergrad. I tillegg gjennomfører den europeiske forening for kognitiv atferdsterapi (EABCT) hvert år konferanser bl.a. med de nevnte forskere og programmer. På nasjonalt nivå gjennomføres en kognitiv atferdsterapeutisk konferanse hvert andre år i Norge. Oversikt over aktuelle datoer finnes også på NFKT sin website.

Litteratur

■ Albee, G. W. & Gullotta, T. P. (1986): Facts and fallacies about primary prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 207–218.

■ American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.

■ Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996): Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333–342.

■ Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001): Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 135–141.

■ Beck, A. T. (1976): *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

■ Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W. et al. (2001): A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127–1134.

■ Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1998): The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 893–905.

■ Cuijpers, P. (2003): Examining the effects of prevention programs on the incidence of new cases of mental disorders: the lack of statistical power. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1385–1391.

- Cuijpers, P., Van Straten, A., & Smit, F. (2005): Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 119–125.
- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M., & Laurens, K. R. (1997): Prevention and early intervention for anxiety disorders: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 627–635.
- Donovan, C. L. & Spence, S. H. (2000): Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 509–531.
- Ellis, A. (1962): Reason and emotion in psychotherapy. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2002): Course and outcome of anxiety disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 67–81.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000): Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263–279.
- Gordon, R. S. (1983): An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98, 107–109.
- Hibbs, E. D. (2001): Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10 Suppl 1, I3–11.
- Hosman, C., Dadds, M. M., & Raphael, B. (2005): Prevention of anxiety disorders. I: C. Hosman, E. Jane-Llopis, & S. Saxena (red.): Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options. Oxford: Oxford University Press.
- Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R., & Anderson, P. (2003): Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384–397.
- Junge, J., Neumer, S., Manz, R., & Margraf, J. (2001): GO! – Gesundheit und Optimismus. Ein Programm zur primären Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen. I: R. Manz (red.): Psychologische Programme für die Praxis. Prävention und Gesundheitsförderung, Band III (s. 41–76). Tübingen: DGVT Verlag.
- Junge, J., Neumer, S.-P., Manz, R., & Margraf, J. (2002): GO! – Gesundheit und Optimismus. Ein Programm zur primären Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen. Manual. Weinheim: PVU/Beltz.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Wunder, J., Beardslee, W. R., Schwartz, C. E., & Roth, J. (1992): Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 595–599.
- Kendall, P. C. (1994): Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100–110.
- Kendall, P. C. (1992): Coping Cat Workbook. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C., Chansky, T. E., Kane, M. T., Kim, R. S., Kortlander, E., Ronan, K. R. et al. (1992): Anxiety disorders in youth: Cognitive-behavioral interventions. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997): Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366–380.
- Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E., & Webb, A. (2004): Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 276–287.
- Kendall, P. C. & Southam-Gerow, M. A. (1996): Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 724–730.
- Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M., & Dadds, M. R. (2001): A universal prevention of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behaviour Change*, 18, 36–50.
- Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M., & Lock, S. (2003): A universal prevention trial of anxiety symptomatology during childhood: Results at 1-year follow-up. *Behaviour Change*, 20, 25–43.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1990): Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin: Springer.
- Martinsen, K., Neumer, S.-P., Nøvik, T., & Reichelt, S. (2005): Mestringskatten (Coping Cat) – Kognitiv-atferdsterapi for barn med angst. Forskningsversjon, terapeutmanual (2. utg.) Oslo: R.BUP.
- Martinsen, K., Aalberg, M., Bjåstad, J. F., & Neumer, S.-P. (under arbeid): Friends. Forebygging av angst og depresjon.
- Merry, S., McDowell, H., Hetrick, S., Bir, J., & Muller, N. (2004): Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD003380.



Design: Grafisk Form as Trykk: Gambleyen Grafisk



Voksne for Barn

Stortorvet 10

0155 Oslo

Telefon 23 10 06 10

Telefax 23 10 06 11

E-mail vfb@vfb.no

www.vfb.no

ISBN 82-92488-07-3