

Familieorientert miljøterapi

Aina Frydenlund

Dagbehandling har sin berettigelse for barn med så store atferdsvansker at andre former for tiltak ikke er tilstrekkelig. Familiens løsninger og ressurser er viktige. Derfor kombineres miljøterapi med en familierapeutisk tilnærming.

Barn med store atferdsvansker utgjør flertallet av de som tas inn i institusjoner i psykisk helsevern for barn og ungdom. I 2002 var det 312 dag- og døgnbehandlingsplasser. Hele 31 096 barn under 18 år ble henvist til poliklinisk vurdering og behandling, hvorav 2177 fikk tilbud om dag- eller døgnbehandling (Sintef Unimed, 2002).

Dag- og døgnbehandling av barn er omdiskutert i fagmiljøene. Min opplevelse er at mange med negative følelser og meninger om slik behandling har mye av sin kjennskap til dette fra medieoppslag om graverende forhold ved institusjoner. Jeg opplever at diskusjonene er farget av en kollektiv skamfølelse ved tanken på å sende bort «problemet», frasi seg ansvaret og bekjenne sin egen avmakt. Det blir derfor så viktig å formidle noe om de holdninger og mål som ligger i behandlingsopplegget ved et sted som Dagenheten.

I de senere år er det blitt hevdet i både politiske og faglige miljøer at det er uheldig å ta barn ut fra deres hjemmemiljø når de skal behandles. Begrunnelsen er at barn behandles best i sitt eget miljø. Men et inkluderende fellesskap som tolererer avvikere og hegner om alle, er dessverre en illusjon. Barn og familier blir utstøtt og ekskludert fra det gode samhold i et nabolag eller en skole ikke langt fra deg! Å gi barnet en «pause» fra hjemmeskolen kan være et nødvendig tiltak for noen sosialt marginaliserte barn, som kan forebygge fullstendig utstøtning fra vanlige samfunnsarenaer.

Det er innen psykisk helsevern for barn og unge gjort flere evalueringsstudier som viser nedslående resultater (Andreassen, 2003; Kjelsberg, 1999). Dette fører til uttalelser i media om at institusjonsbehandling ikke fører til positiv endring for barnet og familien. Ofte mangler det beskrivelser av betingelser ved behandlingen, noe som gjør det vanskelig å vurdere hva som ville være realistiske mål og alternativer til institusjonsbehandling. Det blir derfor viktig å synliggjøre at det i hvert fall for en del barn og familier kan være nødvendig med omfattende og godt koordinerte tiltak for å oppnå varig endring. På Dagenheten har det vært gjort et omfattende arbeid med å beskrive det sammensatte behandlingstilbudet. Det har resultert i en håndbok som vi kaller *familieorientert miljøterapi*. Vi har ønsket å kunne dokumentere at dagbehandling har sin berettigelse for barn med så store atferdsvansker at andre former for tiltak ikke er tilstrekkelig. Jeg vil presentere mine erfaringer med å integrere familierapi i det øvrige arbeidet ved en miljøterapeutisk dagenhet.

Løsningsorienterte forklaringsmodeller

Dagenheten på Ullevål sykehus tilbyr familieorientert miljøterapi med et økologisk perspektiv (Bronfenbrenner, 1979), noe som innebærer at vi legger stor vekt på arbeidet med systemene rundt barna. Barna er mellom 7 og 12 år, og er kommet dit at deres atferd har gjort omgivelsene maktesløse. Flere av dem som henvises til oss, er permittert fra ordinær skolegang på grunn av de voksnes manglende håndtering av situasjonen. Alle barna har komplekse og sammensatte psykiske problemer. De fleste representerer ulike varianter og grader av atferdsproblemer. Men atferdsvansker er en sekkediagnose som kan inneholde underkategorier som organiske skader, psykiske lidelser, alvorlige lærevansker, sorgreaksjoner, relasjonsskader og posttraumatiske lidelser.

Når vi går igjennom journaler, ser det ut til at mange av våre klienter er utsatt for mangelfull utredning av første- og annenlinjetjenesten, på den måten at det er funnet én årsaksforklaring, «sannheten», og så har alle tiltak rettet seg mot denne tolkningen av barnets og familiens problemer. Barna og familiene som søkes til Dagenheten, har behov for noe annet eller mer enn et tradisjonelt poliklinisk tilbud. Ofte har de «forsøkt alt» og har mottatt mange ulike hjelpetiltak. Vi erfarer at løsningene til barna, familiene og systemene de er en del av, kan opprettholde vanskene og skape nye problemer. En viktig del av kartleggingen blir derfor å høre om familiens erfaringer med tidligere hjelp og hvilke tanker de har om hva som kan bidra til endring. Videre søker vi å få et bredt bilde av barnets og familiens symptomer og fungering. En viktig del av vår kartlegging skjer gjennom systematisk miljøterapeutisk observasjon og samspill.

Vi drøfter våre hypoteser med familien, og opplever at det legger grunnlag for konstruktivt samarbeid. Noen forklaringsmodeller kan virke provoserende på barna og foreldrene, skolen og andre hjelpere. Hvis en blir for låst i en forklaringsmodell, kan det føre til at en utelukker nettopp de ideer der mulighetene for endring ligger, og samarbeidet blir vanskeligere.

Vi er opptatt av å se de individuelle særtrekk, og den individuelle kontekst og historie. Dette fremfor å legge stor vekt på klassifiseringer som fremhever de kjennetegn personen har til felles med en gruppe, ut fra en klassisk medisinsk sykdomsmodell. Vi søker å se symptomene i en bredere kontekst i tid og rom. Måten vi benevner vanskene på, har stor betydning for hvordan barnet selv og dets omgivelser håndterer sine problemer.

Personalet er tverrfaglig sammensatt, med ulike funksjoner, utdanninger, interesseområder, personligheter og ferdigheter. Disse forskjellene opplever vi som en rikdom faglig og sosialt.

Miljøterapeutene er saksbehandlere for hvert sitt barn og dets familie. Denne organiseringen legger til rette for engasjement, ansvarlighet og tillit, og fremmer reelt tverrfaglig samarbeid. Personalet er avhengig av å stå sammen, være konsistente og konsekvente, ha klare mål med det de gjør, og ha muligheten til fortløpende å evaluere hva som gjøres. Vi har prosedyrer for å opptre samlet, for å sikre at strukturen holder, og for å dele mestring og frustrasjon. Et eksempel er den daglige oppsummeringen på slutten av dagen.

Ulike hjelpere «tar inn» ulike sider ved barnet og foreldrene. Det er fruktbart å ha forskjellige perspektiver og hjelpe hverandre med å få et nyansert bilde av situasjon eller person. Det er nyttig å få så mange varianter av familien og barnets historie som mulig.

«Overrislingsanlegg»

Det er flere teoretiske tilnærminger som påvirker forståelse, begrepsbruk og praksis ved Dagenheten. Denne «overrislingen» vil variere avhengig av hvem teamet består av til enhver tid. Flere av miljøpersonalet har tilleggsutdanning som familierapeut, noe som gir grunnlag for å ta i bruk familierapeutiske metoder både i familiesamtalene og i miljøterapien.

En del av den teoretiske tilnærmingen er nærmest sementert i systemet ved organisatoriske forhold og skriftlige prosedyrer. Et eksempel er vår praksis med å bringe inn barnets familie og øvrige nettverk som uttrykk for et økologisk perspektiv (Bronfenbrenner, 1979). Viktige referanser er utviklingspsykologien (for eksempel Stern, 1985), som gir mulighet til å vurdere barnas funksjoner og utvikling, samspillet mellom barn og foreldre, og foreldrenes kapasitet til å gi barnet det han eller hun har spesielt behov for. Påvirket av et sosialkonstruksjonistisk perspektiv (Berger & Luckman, 1966; Gergen, 1985) har vi endret vår praksis mot en større grad av åpenhet, for eksempel ved at foreldre og henvissende instans blir invitert med på behandlingsmøter som før var forbeholdt behandlerne.

Kommunikasjonsteori, representert blant annet ved Bateson (1972) og hans senere etterfølgere (Haley, 1985; Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967), bidrar med perspektivet om at all atferd er kommunikasjon – vi kan ikke ikke kommunisere. Det utfordrer oss til å finne innholdet i for eksempel raseriet eller den avvisende gesten. Mange av barna formidler sin angst, frustrasjon og sitt behov gjennom utagerende atferd, med slag og spark og hyling. Det er barnets uhensiktsmessige måte å kommunisere på som ofte oppleves som det problematiske, og det er gjennom kommunikasjon vi søker å skape endring.

Familieorientert miljøterapi

Strukturen i arbeidet på Dagenheten rammes inn av timeplaner som er faste for hver dag og gjentar seg uke etter uke. Behandlingstilbudet inneholder en kombinasjon av gruppebehandling og intensivt familiearbeid. Det er ukentlige familiesamtaler med saksbehandler og koterapeut, og faste gruppeaktiviteter for barna som for eksempel «Idégruppe». Hvert barn har ukentlig time med ergoterapeut og «Min time», som er et individualterapeutisk tilbud i form av samtale eller leketerapi, med saksbehandler og koterapeut.

Behandlingen rettes både inn mot samhandlingen i familien og barnets egenutvikling. Hvordan barnet er i avdelingen brukes aktivt i familiearbeidet. I behandlingsperioden bor barna hjemme, og er på enheten alle virkedager. Behandlingstiden, inkludert for- og ettervern, strekker seg opp mot to år.

Målet med *familieorientert miljøterapi*, som en dokumentert og evaluert behandlingsmetode, er å fremme prososial atferd og redusere problematferd hos barn med alvorlige atferdsforstyrrelser, og få til endringer som generaliserer og varer over tid (Christensen, 2003). Innholdet følger visse retningslinjer, for eksempel at den klientgruppen vi har, trenger opplæring og trening i forhold til sosiale ferdigheter, og at det er hensiktsmessig at dette skjer i en barnegruppe. Vi må trekke inn familiesystemet rundt barnet for å skape en sterk allianse og sikre samarbeid rundt felles mål. Det er et stort potensial knyttet til det enkelte barns ønske om å bli venner med andre barn. Dette spiller vi på. På samme måte er barnet motivert for å få det bedre sammen med sine foreldre, selv om samspeillet kan ha låst seg i negative sirkler.

Miljøterapi er den sentrale metoden innen institusjoner i psykisk helsevern for barn og unge (Naterud, 2002). Fokuset er barnas sosiale fungering, og målet er å bruke dagliglivets situasjoner terapeutisk. Man vil tilrettelegge miljøbetingelser slik at barna i størst mulig grad kan oppleve trygghet, samtidig som de gis muligheter for mestring og nye erfaringer. For å få til dette kreves et miljø med struktur og kontinuitet, regler og daglige samværsrutiner.

Det er avgjørende at struktur og forutsigbarhet opprettholdes uten at det blir en destruktiv rigiditet i samhandlingen preget av maktkamper mellom barna og de voksne.

Premisset både for miljøterapi og familierapi er at systemet og konteksten påvirker individet, og at målrettet intervensjon i systemet kan bidra til ønsket endring. På Dagenheten har vi gode erfaringer med å benytte metoder fra familiearbeidet også utenfor samtalerommet, og alle terapeutene deltar både i familiesamtalene og i miljøet. Samhandling mellom barn og voksne på enheten, og familiesamtalene, gir behandlingspersonalet en mer nyansert opplevelse av barnet og familien. Det å tenke miljøterapeutisk formål og metode i familiearbeidet har gitt oss ideen om *Kreativ gruppe* for foreldre, der de utfolder seg med ulike materialer under ledelse av en kunst- og uttrykksterapeut. Tilbakemeldingene viser at gruppen bidrar til mestring i egen hverdag.

Et eksempel på en metode fra en familierapeutisk tilnærming er *skalering* (de Shazer, 1994): «På en skala fra 1 til 10, hvor god synes du denne artikkelen er så langt?». Metoden kan hjelpe barnet med

å nyansere følelser, eller formidle noe om opplevelse av endring i affekt og hva barnet tenker bidrar til endring. Geir kan for eksempel formidle at sinnet går fra ti til tre når han har fått anledning til å fortelle en voksen hvordan han opplevde provokasjonen fra et annet barn. Denne tilnærmingen bidrar til å holde frem en løsningsorientering.

I familiesamtaler har vi ofte nytte av å *eksternalisere* vanskene (Epston & White, 1990), der vi omtaler «problemet» som noe utenfor barnet eller familien, og behandler det som et konkret og gjerne visualiserbart subjekt. Eksempler er å snakke om mors tendens til å være langsint som «furte-skyen» eller barnets atferdsvansker som «raseriet». Vi kan tegne «raseriet» og sette opp lister med fordeler og bakdeler. Vi kan bli enige om at vi sammen skal bekjempe det som en felles fiende. Denne tilnærmingen kan også brukes i miljøet. Dette grepet gir mulighet til å forholde seg aktivt til problemet, møte det på en annen måte enn når man opplever det som en del av en selv. Dette kan også være som en del av kartleggingen ved forberedelse til å benytte kognitive atferdsmetoder, for å oppnå bevissthet om forholdet mellom følelser, tanker og atferd.

En diagnose gir fort en innstilling om at problemene «bor» i barnet eller i relasjoner i familien. Ved å eksternalisere diagnosen gis det større muligheter til å beskrive situasjoner der diagnosen ikke er til stede, og løsninger som fører til at «diagnosen» får mindre makt.

Ottar var rask til å bruke sin «ADHD» til å unnskyldte sin atferd og fraskrive seg ansvar. Etter å ha kartlagt fordeler og ulemper med «ADHD», og omtale den som noe som kunne påvirkes, oppsto det en motivasjon for og tro på å jobbe for endring både hos gutten og foreldrene. De kunne bedre akseptere at Ottar hadde et handikap som måtte tas hensyn til, men ikke tillate at «ADHD-trollet» gjorde dem alle maktesløse.

White (1989) kaller dette å utvikle *en alternativ historie* som tillater barnet og familien å oppdage sider ved seg selv og hverandre, noe som *den dominerende historien*, «diagnosehistorien», ofte ikke tillater.

I familiearbeidet prøver vi ofte å gjøre de gode historiene «tykkere» (Lundby, 1998). Dette kan bidra til å konstruere familiens historier om seg selv, slik at de kan gis en mer positiv mening og valør. Arbeidet med å balansere eller «skrive om» barnas og familiens historier om seg selv kan følges opp også i andre sammenhenger, for eksempel under den månedlige middagen for alle familiene, der en av personalet kan bidra til å forstørre eller fokusere, eller fortelle en bit av den alternative historien med andre foreldre og barn som tilhørere og vitner. Dette gir en økt terapeutisk effekt.

Bruk av reflekterende prosesser i miljøet

Det nærmer seg tid for «Prosjektgruppe», og Geir er tiltakende urolig. Personalet har erfaring med at denne gruppeaktiviteten er spesielt utfordrende for ham, og to av dem begynner å snakke om dette slik at han kan høre det. De snakker om hva de har sett han har fått til de siste gangene, og undres sammen rundt hva som kan hjelpe ham å få til mer denne gangen. De kaster ut flere løsninger de kan tenke seg. Geir henvender seg ikke til de voksne og de ikke til han. Han blir merkbart roligere og klarer denne gangen å gjennomføre ved bruk av noen av løsningsforslagene som ble presentert i de voksnes samtale.

Eksempelet viser bruken av reflekterende prosesser i miljøet. Vi opplever stadig at det mest virkningsfulle er de ord som barnet eller foreldrene sier som beveger dem selv. Det er et mål å gi

familien anledning til å høre hva de selv sier og fange opp hvordan de selv og andre familiemedlemmer blir berørt av det som blir sagt. For å gi tilstrekkelig plass og frihet til å kunne formidle og motta det som er betydningsfullt, kan for eksempel terapeutene veksle med familien om å være i reflekterende posisjon gjennom familiesamtalen:

Mor og Iselin snakker sammen om hvordan helgene kan bli hyggeligere og prøver å komme frem til konkrete forslag. De to terapeutene sitter og hører på. Etter ti minutter snakker terapeutene sammen om det de hørte, ble opptatt av eller tenkte mens de hørte på dialogen mellom mor og Iselin. De kommer med hypoteser om samhandlingen mellom disse to, og reflekterer rundt hva som kunne være mulige løsninger på problemstillingene som ble drøftet. Etter ti minutter er det igjen Iselin og mor som får anledning til å snakke sammen om det de hørte. De kan bifalle eller ta avstand fra hypoteser eller forslag til løsninger. De har kanskje fått nye tanker og ideer ved hjelp av det de har hørt.

Vi ser at foreldre og barn benytter form eller metoder fra familiesamtalene i andre situasjoner, og at deres økte refleksjons- og kommunikasjonskompetanse i stor grad tas i bruk.

Fra handling til holdninger

Virkemidlene vi benytter, viser markerte holdninger hos personalet overfor barn og foreldre. Dette kan for eksempel være vår erfaring med hvordan det kognitive aspektet ved opplevelser og handlinger er med på å styre vår følelse av sammenheng og mening. Ved å sette ord på og bygge opp historien rundt en traumatisk hendelse, et livsløp eller en dagligdags konflikt mellom to av barna på enheten, viser vi hvordan vi kan lage historien sammen, for å gi konstruktiv mening for de involverte. Vi erfarer og formidler også hvor lite hensiktsmessig det kan være å tre egne konstruksjoner over hodet på andre. Ved å jobbe med dette overfor klientene blir vi mer bevisst på våre egne menings- og forklaringskonstruksjoner. Ved å være opptatt av barnets og foreldrenes opplevelse av endring, og deres forklaringer på denne, formidler vi at dette er betydningsfullt. Vi kan for eksempel positivt reformulere personkarakteristikker fra: «Han er så utspekulert» til «Du har en virkelig gløgg gutt», og foreldrene ser effekten av dette i guttens ansikt. Da formidler vi holdninger om viktigheten av positiv anerkjennelse.

Klientenes tilbakemeldinger

Miller, Duncan og Hubble er grunnleggere av «The Institute for the Study of Therapeutic Change» i Chicago. Gruppen er kjent for å systematisere kunnskap fra 40 års effektforskning av ulike psykoterapeutiske tilnærminger og omsette dette i klinisk praksis. Resultatene viser at betoning av forholdet mellom terapeut og klient, og av hvordan klienten opplever og forstår endringer som skjer i hans eller hennes liv, er viktig for å oppnå ønsket endring. Instituttet representerer en arbeidsform som integrerer terapi og evaluering av terapien, der klienten er en aktiv samarbeidspartner.

På Dagenheten har vi tatt i bruk deres evalueringsmetode. Klienten skårer endringsopplevelse og terapeut/klient-relasjon i hver time ved hjelp av fire kryss. Vi ønsker kontinuerlig tilbakemelding på oss selv som samarbeidspartnere for familien. Klientene formidler at de opplever at deres vurdering av samtalen og endringsprosessen er betydningsfull. Det gir dem en følelse av å bli møtt med respekt og gir en gjensidighet i relasjonen som styrker deres selvfølelse. En mor sier for eksempel:

«Jeg begynte etter hvert å kjenne etter hvordan jeg faktisk hadde det og at dette fikk betydning for endringsprosessen. Vi har samarbeidet med det offentlige hjelpeapparat i flere år, men det er ingen som har spurt meg om dette før.» Flere «hjelpere» hadde spurt hvordan hun hadde det, men det var første gang hun følte at hennes svar hadde betydning.

Vi ønsker å kunne bidra til å finne familiens egne forslag til løsninger. Vi har erfart at det er langt større sannsynlighet for at de klarer å gjennomføre disse enn andres forslag til løsninger.

Et familieterapeutisk perspektiv bidrar til at diagnoser ikke får en for dominerende plass

Dagenheten er ett av de første stedene som tar i bruk denne evalueringsmetoden både i en miljøterapeutisk sammenheng og i samtaler med foreldre og barn. Vi har innført denne måten å tenke terapiprosess på også i arbeidet med barnegruppen, ved å be om deres vurdering av den ukentlige «felles-lek»-gruppen.

Foreldrene har møtt en rekke «spesialister», og mange av dem har utviklet forakt eller frykt for disse hjelperne. De opplever at de stadig blir vurdert om de er dugendes foreldre eller ei. De opplever at fagfolk kan ha mange årsaksforklaringer og gode råd, men i mindre grad kan hjelpe til å bidra praktisk og konkret til det som kan være foreldrenes idé om hva som skal til for å starte en endringsprosess. Foreldrene formidler ofte en opplevelse av ikke å bli hørt og sett: «De sier så flott at vi foreldre er de viktigste, men på møtene hører de ikke på hva jeg mener. Jeg får følelse av ikke å være verdt noe».

En mor har vært i kontakt med hjelpeapparatet siden hennes barn var under tre år gammel. Hun opplever seg lite sett i et system som er ute etter å avdekke hennes svakheter og «manglende innsikt i egen situasjon». Hun opplever å ha vært klar på hva hun har trengt hjelp til, men har blitt pådyttet hjelpetiltak som hun ikke har ønsket. Hun har vært redd for å takke nei, av frykt for å bli ansett som en «ikke-samarbeidende mor». Lite koordinerte tiltak, som ikke stemte med mors endringsteori, har ført til at mor mistet selvtilit i forhold til sin kompetanse som mor, noe som igjen førte til redusert autoritet i forholdet til barna. Ved å sørge for at hun fikk en klar og systematisk «beskjed», ved at vi i hver samtale ba om hennes vurdering, opplevde hun bekreftelse og anerkjennelse. Hun fikk tydeliggjort klare målsettinger for seg og barna, og fikk den nødvendige støtte for å gjennomføre noe av dem.

Diskusjon

Når et barn får behandling i psykisk helsevern, heter det seg at det skal gis en teori-uavhengig beskrivelse av tilstanden, en diagnose (Sommerschild & Grøholt, 2003). Tilstanden anses som avvikende, ikke frisk. Mange psykologer stiller seg skeptiske til dagens bruk av diagnosesystemer (Ekeland, 2003; Hubble, Duncan & Miller, 1999). Et familieterapeutisk perspektiv bidrar til at diagnoser ikke får en for dominerende plass. Ved å betone andre forhold, forstørre barnets muligheter og ressurser, og være realistisk nøkterne overfor begrensninger og utfordringer barnet og dets foreldre opplever, kan vi som behandlere være med på å dempe avmakt og finne løsninger og ressurser som eies av barnet og familien.

Noen vil mene at en praksis der familiearbeid og miljøterapi integreres på den måten som jeg har beskrevet, vil føre til at klienten opplever forvirring i forhold til terapeutens rolle: «En kvalifisert familierapeut som driver dyperegående systematisk familierapi, kan ikke samtidig jobbe i miljøet i den daglige omgang med familiene, like lite som en individualterapeut kan være miljøterapeut og vice versa» (Theophilakis, 1991, s. 106). Theophilakis argumenterer for at forskjellige behandlerfunksjoner bør fordeles på de ulike medarbeidere, ved å vise til hvilke store forskjeller det er mellom den pedagogiske og den psykoterapeutiske holdningen. Men vi mener at det er vel så viktig at barnet erfarer at den voksne kan inneha ulike roller så sant dette er forutsigbart og har en tydelig målsetting.

Uklar ledelse – mange kokker?

Det at miljøterapeutene er saksbehandlere med stort ansvar, men i et sterkt engasjert og godt orientert team, gir flere gevinster. Samtidig innebærer det også utfordringer. Theophilakis (1991) argumenterer for at det i et tverrfaglig behandlingstilbud må være en eller flere fagpersoner som har ansvaret for faglig sammenheng i de ulike behandlingstiltakene, og som «har ansvar for 'oversettelsen' fra den kliniske praksis til en overordnet teoretisk forståelse og derfra tilbake til klinisk praksis i form av terapeutiske retningslinjer» (s. 37). Min erfaring er at vi får til denne bevegelsen sammen. På den måten blir det en samstemthet og et samarbeid i teamet som gjør at barnet og familiene møter den nødvendige trygghet og åpenhet. Ordningen bidrar for øvrig til å tone ned et tradisjonelt hierarkisk mønster. Saksbehandleren er den som deltar i flest situasjoner sammen med barn og familier, og får myndighet ved sin posisjon, samtidig som det er klart at hele det tverrfaglige teamet deltar i beslutninger som blir tatt.

Utfordringen ved en slik organisering kan være at ledelsen blir utydelig i de situasjoner der tydelig beslutningsmyndighet kreves. Det er viktig at det gjennom prosedyrer og på andre måter markeres at det er en klar administrativ og faglig ledelse, og da uten at det fører til konkurranse mellom faggruppene om hvilket fag som har størst betydning. Det er mange eksempler på at profesjonsstridigheter har splittet tverrfaglig sammensatte team. Uklarheter i rolle og funksjon, variasjoner i formell og erfaringsbasert kompetanse og for stor avstand i faglig ideologi, kan føre til konflikter.

Det er en forutsetning at behandlingssystemet trekker i samme retning. Uoverensstemmelser må håndteres uten at det blir en del av barnets og familiens problemhistorie. Jevnlig veiledning rydder unna misforståelser, lufter ut frustrasjoner og gir anledning til å utforske andres ideer om sammenheng og mening. Uoverensstemmelsene kan som nevnt gi informasjon som er nyttig, ved å fortelle oss at det er mer enn én «sannhet».

Forståelse for metodens funksjon

Noen vil mene at en fare ved å ta i bruk familierapeutiske metoder i miljøterapien er at det kan skje uten tilstrekkelig faglig forståelse. Bruk av et terapeutiske instrument krever gehør av den som skal spille det. For at det skal lyde bra, ha den ønskede effekt, må utøveren kjenne til musikkens struktur og muligheter for variasjon. Manglende kunnskap kan føre til at intervensjonene kan virke mot sin hensikt. Et eksempel kan være at bruk av eksternalisering kan bidra til en ansvarsfraskrivelse: «Det var 'Turbo' som slo, ikke jeg!».

Faglig forsvarlighet fordrer kunnskap om når og hvordan metoder er mest nyttige. Derfor er det viktig at personalet er faglig oppdatert gjennom interne og eksterne seminarer, praktisk øvelse og veiledning. Jeg opplever at det på Dagenheten er en åpenhet og ydmykhet som gjør det naturlig å be

om veiledning, kunne observere andre i aksjon og trene i form av rollespill. Det hersker respekt for den kraft vår inngripen i barnas og familienes liv kan ha.

Aina Frydenlund
Dagenheten, BUPA
Ullevål universitetssykehus
Kirkeveien 166, 0407 Oslo
Tlf 22 11 83 50

Referanser

- Andreassen, T. (2003). *Behandling av ungdom i institusjoner. Hva sier forskningen?* Oslo: Kommuneforlaget.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books.
- Berger, P., & Luckman, T. (1966). *The social construction of reality*. London: Penguin Books.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Christensen, L. (2003). *FOM håndboken*. Oslo: BUPA.
- de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: W. W. Norton
- Ekeland, T. J. (2003). Ein diagnose av diagnoser i psykiatrien. *Impuls*, 57, (1), 56–65.
- Epston, D., & White, M. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Alelaide: Dulwich Centre Publication.
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266–275.
- Haley, J. (1985). *Problem solving therapy*. New York: Harper & Row.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. M. (1999). *The heart & soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kjelsberg, E. (1999). *A long-term follow-up of adolescent psychiatric in-patients*. Universitetet i Oslo.
- Lundby, G. (1998). *Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Naterud, A. (2002). Miløterapeutisk arbeid med aggressive og voldelige barn og unge: Aggresjon er kommunikasjon. *Embla*, nr. 6, 43–51.
- Sintef Unimed (2002). Rapport SAMDATA Psykisk helsevern.
- Sommerschild, H., & Grøholt, B. (2003). *Lærebok i barnepsykiatri* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Theophilakis, M. (1991). *Behandlernes hus?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: W. W. Norton.
- White, M. (1989). The externalizing of the problem and the reauthoring of lives and relationships. *Dulwich Centre Newsletter*, summer, 3–21.