

**Multisystemisk terapi: familie- og nærmiljøbasert  
behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker**

Bernadette Christensen og Tori Mausest

## **Multisystemisk terapi: familie- og nærmiljøbasert behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker**

MST-terapeuter er tilgjengelige for familien 24 timer i døgnet syv dager i uken. Tilbudet har gode resultater i Norge, og bør velges fremfor institusjonsbehandling.

### **Innledning**

To tidligere artikler i Tidsskriftet har beskrevet implementeringen av evidensbaserte metoder i behandling av barn med alvorlige atferdsvansker. Det dreier seg om «De utrolige årene» for barn i alderen 3 til 8 år (Fossum & Mørch, 2005) og Parent Management Training, PMTO (Solheim, Askeland, Christiansen & Duckert, 2005) for barn fra 4 til 12 år. Forfatterne gir en bred oversikt over kunnskap om utvikling av alvorlige atferdsvansker, og beskriver diagnostiske kriterier for målgruppen. Metoden som beskrives i denne artikkelen, Multisystemisk terapi (MST) for ungdom i alderen 12 til 17 år som har alvorlige atferdsvansker, bygger på den samme empiriske kunnskapen som er omtalt i disse artiklene. Implementeringen av «De utrolige årene», PMTO og MST, er del av en større satsning for å utvide og bedre behandlingstilbudet til barn og unge med alvorlige atferdsvansker i Norge.

Alvorlig atferdsvanskelig, kriminell ungdom utgjør en liten del av ungdomspopulasjonen, anslagsvis 1–3 %, men det er en gruppe det har vært vanskelig å utvikle gode behandlingstiltak for. De sliter med problemer som er svært marginaliserende og stigmatiserende, gjennom å være på siden av samfunnet fordi de mislykkes på skole og i jobb, har sosiale og følelsesmessige problemer og opplever utstøting. Når så også behandlingsforskningen viser til dårlige behandlingsresultater og negativ smitteeffekt for målgruppen som plasseres på institusjon (Andreassen, 2003) og andre behandlingstiltak som samler antisosial ungdom (NIH State of the Science Conference Statement, 2004), representerer det et alvorlig etisk problem. Vi kjenner ikke til studier av individualterapeutiske tilnærminger som kan vise til gode resultater hos denne målgruppen. I psykisk helsevern og barnevern har det vært få effektive behandlingsmetoder for barn og unge med alvorlige atferdsproblemer. Når vi vet at mellom 30 og 35 % av barna som blir henvist til psykisk helsevern, har atferdsproblemer, er det spesielt viktig at det finnes gode metoder for behandling (Fossum & Mørch, 2005).

I denne artikkelen vil vi gi en presentasjon av behandlingsprogrammet MST og en oversikt over de viktigste forskningsfunnene som ligger til grunn for utvikling av metoden, og vise hvordan den har blitt implementert og evaluert i Norge.

Multisystemisk terapi er en familie- og nærmiljøbasert behandling. Metoden er utviklet av Scott Henggeler og kolleger ved Medical University of South Carolina i USA, og retter seg mot risikofaktorer i ungdommens sosiale nettverk. Tabell 1 beskriver inklusjons- og eksklusjonskriteriene i MST, og angir alvorlighetsgraden av ungdommens atferdsvansker.

---

**Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier i MST**

---

*Inklusjonskriterier*

- Ungdom som har fylt 12 år og er yngre enn 18 år
- Utøver kriminell eller straffbar atferd
- Umiddelbar fare for plassering utenfor hjemmet
- Skulker eller har andre skoleproblemer i forbindelse med atferdsproblemene
- Fysisk aggresjon i hjem, nærmiljø eller skole
- Verbal aggresjon eller verbale trusler om å skade andre i sammenheng med problemene over
- Rusmisbruk i sammenheng med problemene over

*Eksklusjonskriterier*

- Det finnes ingen voksenperson som kan fungere som foreldre eller foresatt
  - Det er iverksatt tiltak eller behandling fra andre instanser som kan gripe forstyrrende inn i MST (eller omvendt)
  - Ungdommen er autistisk, akutt psykotisk eller i akutt fare for å begå selvmord
  - Å ha ungdommen i hjemmet utgjør en alvorlig risiko for ungdommen selv eller andre familiemedlemmer
  - Hjemmet utgjør en risiko for terapeutens sikkerhet
  - Saken er fremdeles en undersøkelsessak i det kommunale barnevernet
- 

I MST-tilnærmingen sees hvert individ som flettet inn i et komplekst nettverk av sammenkoblede systemer som omfatter faktorer ved individet, familien og omgivelsene utenfor familien, som jevnaldrende, skole og nabolag. I MST er det denne «økologien» av sammenvevde systemer som er «klienten». For å oppnå gode resultater i forhold til ungdommene er det vanligvis nødvendig å intervensere i flere av systemene som er med på å understøtte eller opprettholde problemene. Behandlingen foregår i ungdommens nærmiljø, og det jobbes intensivt med å snu eller stoppe den negative samhandlingen i familien, og mellom ungdommen/familien og de systemene de er en del av, gjennom å styrke foreldrene og utvikle ferdigheter og ressurser hos foreldrene og den unge. Det endelige målet er å styrke foreldrene ved å hjelpe dem å utvikle de ferdighetene og ressursene de trenger for selv å kunne løse vanskene de møter i oppdragelsen av barna sine, og å hjelpe ungdommen til å mestre problemer i familien, blant jevnaldrende, på skolen og i nabolaget.

Dette gjøres gjennom å mobilisere ungdommens, familiens og nærmiljøets egne ressurser, for å understøtte at resultatene blir varige utover behandlingsperioden.

Metodens teoretisk grunnlag er Bronfenbrenners utviklingsøkologi (1979) og empiriske årsaksmodellstudier av antisosial atferd. Alvorlige atferdsproblemer opprettholdes av negativ samhandling i og mellom sosiale systemer som familien, skolen, jevnaldningsgruppen og kulturelle institusjoner. Atferdsendring fremmes derfor som en konsekvens av endringer i ungdommens økologi. I terapien integreres spesifikke behandlingsteknikker fra terapiformer som har mest empirisk støtte, som kognitiv atferdsmodifikasjon, atferdsterapi og handlingsrettede familierapimodeller.

MST-terapeuter er tilgjengelige for familien 24 timer i døgnet syv dager i uken, og veileder er alltid tilgjengelig for terapeutene. MST-terapeuten har ansvar for tre til fem familier. Terapien er kortvarig og intensiv. Den varer i tre til fem måneder, med flere møter og telefonkontakt mellom familien og terapeuten hver uke. Den lave saksmengden gir terapeuten mulighet til å være tilgjengelig for den enkelte familie på tider som passer den. Samtidig er møtene strukturerte og varer maksimum en til to timer. Hyppigheten av møtene tilpasses familiens behov og framskritt i behandlingen. Det er vanlig med hyppige møter mellom terapeut og familie tidlig i behandlingen og sjeldnere møter etter hvert som de overordnede behandlingsmålene nås. Innsatsen i familien skal komme ungdommen til gode, derfor er endringer i ungdommens atferd den viktigste resultatindikatoren. Dette gjelder også når det arbeides med foreldrenes personlige vansker og bekymringer.

### **Risiko og beskyttelsesfaktorer**

Den empiriske litteraturen gir klar støtte til en sosialøkologisk forståelse av antisosial atferd hos barn og ungdom (Henggeler et al., 1998; Kazdin & Weisz, 1998). Atferd er multideterminert, dvs. styrt av mange faktorer, gjennom det gjensidige samspillet mellom ungdommen og dens sosialøkologi, deriblant familien, jevnaldrende, skole, nabolag og nærmiljø. På tvers av ulike studier, og til tross for svært ulike forsknings- og målemetoder, tyder forskningen på at antisosial atferd hos ungdom direkte eller indirekte er knyttet til risiko- og beskyttelsesfaktorer hos ungdommene selv og ved systemene de interagerer med, som familie, venner, skole og nærmiljø (Biglan, 2004; NIH State of the Science Conference Statement, 2004). Risikofaktorer i denne sammenhengen er karakteristika ved individet og systemer som er knyttet til økt sannsynlighet for utvikling av problematferd. Faktorer som modererer effekten av risikofaktorer og som reduserer problemutvikling, benevnes

som beskyttelsesfaktorer. Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer er ulike i ulike livsfaser, og de samme risikofaktorene endrer styrke og virkning gjennom livsløpet. For eksempel vil vanskelige familierelasjoner ha størst betydning for problemutvikling hos små barn, mens kontakten med skole og venner vil få større betydning etter hvert. Vi kan forstå risikofaktorer som flytende karakteristika ved en person som kan endres av personens atferd eller av kontekstuelle faktorer. En risikofaktor er oftest ikke tilstrekkelig til å skape en negativ utvikling; det er når flere risikofaktorer forekommer samtidig, at en negativ utvikling oftest skjer.

Generelt er de faktorene som henger sammen med antisosial atferd, relativt konsistente og uavhengige av om man har studert atferdsvansker, kriminalitet eller rusmisbruk (Henggeler et al., 1998). Tabell 2 gir en oversikt over risikofaktorer for utvikling av alvorlige atferdsvansker.

---

**Tabell 2. Risikofaktorer for utvikling av alvorlige atferdsvansker hos ungdom**

---

*Individ:* svake språklige ferdigheter, lav sosial konformitet, holdninger som favoriserer antisosial atferd, og kognitiv svakhet som feilaktig attribusjon av fiendtlige intensjoner hos andre, impulsivitet og psykiatrisk symptomatologi.

*Familie:* høy konflikt, manglende oppfølging, streng og/eller inkonsekvent grensesetting, foreldreproblemer som psykiske problemer, rusmisbruk og kriminalitet, lite varme eller felleskap.

*Venner:* omgang med jevnaldrende som har atferdsproblemer, liten kontakt med prososiale jevnaldrende, dårlige sosiale ferdigheter.

*Skole:* dårlige skolefaglige prestasjoner og/eller sosiale vansker på skolen, et lite forpliktende forhold til skolegang, slutter på skolen, trekk ved skolen som at den har svak struktur og et kaotisk miljø.

*Nærmiljø:* kriminell subkultur, stor sosial mobilitet, lokalsamfunn i oppløsning, lite tilgjengelig sosial støtte fra naboer og foreninger.

---

Funn fra årsaksmodellstudier (Elliot, Huizinga, & Ageton, 1985; Henggeler et al., 1991; Simcha-Fagan & Schwartz, 1986, ref. i Swenson et al., 2004) viser at omgang med jevnaldrende som har avvikende atferd, nesten alltid predikerer antisosial atferd direkte. Dårlige forhold mellom familiemedlemmer predikerer antisosial atferd og omgang med ungdom som har avvikende atferd. Problemer på skolen predikerer omgang med jevnaldrende som har avvikende atferd, og særtrekk ved nærmiljøet har en indirekte virkning på antisosial atferd.

Det er langt mindre forskning på beskyttelsesfaktorer enn på risikofaktorer, og dermed lite entydig bevis for betydningen av disse faktorene, men noen studier viser til viktige sammenhenger: De beskyttelsesfaktorene som identifiseres i litteraturen, er ofte de motsatte av risikofaktorene, eller risikofaktorene er ikke til stede (Biglan, 2004).

## Hvordan behandlingen påvirkes av risiko- og beskyttelsesfaktorer

De kliniske implikasjonene av disse funnene er enkle og direkte: Hvis målet for behandlingen er å optimalisere muligheten for redusert antisosial atferd, må behandlingen være fleksibel nok til å svekke virkningen av risikofaktorene for antisosial atferd, samtidig som de beskyttende faktorene styrkes. Dersom behandlingen skal være effektiv, må den kunne gripe inn helhetlig på alle nivåer, altså overfor ungdommen, familien, venner, skolen og noen ganger nærmiljøet.

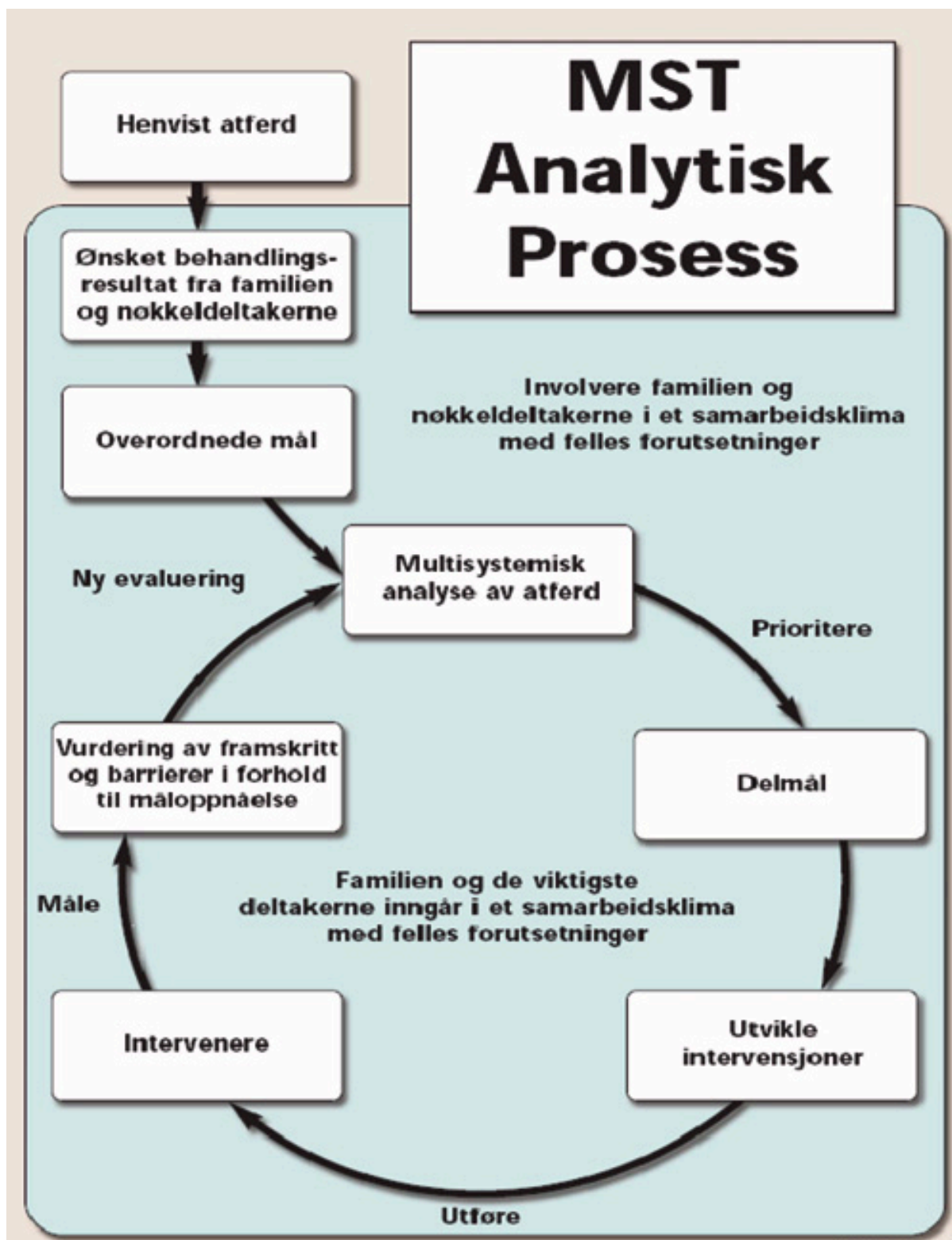
Intervensjonene utformes slik at de rettes mot de spesifikke risiko- og beskyttelsesfaktorene som er nærest knyttet til de henviste problemene i hver enkelt sak. Dette kan også omfatte vanskelige forhold mellom ulike systemer som familie-skole og familie-jevnaldrende. Målet er å redusere ungdommenes kriminelle atferd, redusere andre typer antisosial atferd, som rusmisbruk, fysisk og verbal utagering, og hindre plassering utenfor hjemmet. For å nå målene jobbes det med å:

- øke samhold og omsorg i familien,
- redusere kontakten med antisosiale venner og øke kontakten med prososiale venner,
- bedre frammøte og forbedre prestasjoner på skole eller i arbeid,
- øke deltakelse i prososiale fritidsaktiviteter,
- forbedre relasjoner mellom familien og deres sosiale nettverk, og
- øke kapasiteten til problemløsning i familien.

## Den analytiske prosessen i MST

Som del av MST er det utviklet en klart formulert analytisk prosess som viser nøkkelementene i behandlingsprosessen. Denne skal hjelpe dem som jobber etter metoden, med å følge den kritiske refleksjonen som styrer behandlingsprosessen (figur 1).

Figur 1. Analyseprosessen i MST viser nøkkelementene i behandlingen, og styrer sammen med de ni behandlingsprinsippene det terapeutiske arbeidet gjennom å gi rammer forarbeidet



*Henvist atferd* er ungdommens atferdsproblemer beskrevet i klare atferdsbeskrivende termer, som hyppighet, intensitet og varighet og hvilke systemer som er involvert. En slik presis beskrivelse gir utgangspunkt for å vurdere alvorlighetsgrad og framgang i behandlingen.

*Behandlingsallianse* innebærer å involvere familien og nøkkeldeltakerne i et samarbeidsklima med felles forutsetninger, villighet til å delta i behandlingen og enighet om mål for behandlingen. Utvikling av behandlingsallianse pågår gjennom hele behandlingsperioden. MST er en behandlingsform som krever stor egeninnsats av familien og deres nærmeste støttespillere. Foreldrene og deres støttepersoner (nøkkeldeltakere) må gjennom aktiv handling vise endret praksis som hver uke måles og evalueres gjennom påviste endringer eller mangel på endringer i ungdommens atferd. Behandlingsalliansen må reforhandles gjentatte ganger i løpet av behandlingsprosessen, spesielt ved forverring i ungdommens problemer, noe som nesten alltid skjer ved reguleringstiltak, eller ved tilbakeskritt i behandlingen.

Det kan være lett å gi opp ved forverring av problemene. Foreldrene kan ha liten tro på egen betydning, og tro andre kan gjøre det bedre, eller at det er «noe galt i hodet på barnet» som lege eller psykolog må ordne opp i. Hjelpeapparatet har i tillegg stor tro på institusjonsplassering, og foreldre får mye støtte på at det kan være en god løsning at andre overtar. Det er derfor viktig å ha både foreldre, skole, politi, uformelt nettverk og hjelpeapparatet på lag for å kunne gjennomføre en MST-behandling med godt resultat. Intervensjoner som styrker behandlingsalliansen, er beskrevet i tabell 3.

---

**Tabell 3. Intervensjoner som styrker behandlingsallianse**

---

- Alle blir hørt angående problemforståelse og ønsket behandlingsresultat
  - Behandlingen har et gjennomgående styrkefokus.
  - Alt gjøres sammen med eller i samråd med foreldrene.
  - MST-teamet er tilgjengelig hele tiden, 24 timer i døgnet syv dager i uken.
  - Avtaler legges til tidspunkter som passer for familien og deres støttespillere.
  - Behandlingen foregår hjemme hos familien.
  - Det er foreldrene som bestemmer overordnede mål.
  - Terapeuten tar utgangspunkt i de problemene familien kjenner er viktigst.
  - Alle problemer i familien angår MST.
  - Positiv bekreftelse til familien i form av ros og små presanger, for eksempel gi blomster, skrive kort og hilsener, og noen ganger spandere lunsj eller middag.
- 

På bakgrunn av henvisningsatferd og ønsket resultat fra familien og viktige nøkkeldeltakere formuleres *overordnede mål* for behandlingen. De overordnede målene er rettet mot henvisningsatferden, de styrer behandlingens retning, er skrevet i spesifikke vendinger og fastsetter avslutningskriterier som vil være forståelige for en utenforstående.

Hver uke lages *delmål* på bakgrunn av multisystemiske analyser av problemene, og en prioritering av faktorene det er viktigst å jobbe med her og nå. Delmålene bidrar steg for steg til at familien oppnår de overordnede målene. De fokuserer på de mest umiddelbare og viktigste



oppretholdende faktorene for atferd, er oppnåelige i løpet av dager eller uker, og involverer både samtidige og sekvensielle steg.

*Intervensjoner* som iverksettes for å nå delmålene, planlegges i detalj, og terapeuten sikrer seg at alle involverte har de nødvendige forutsetningene og ferdighetene for å utføre dem.

Behandlingsmålene bygger på hypotesen om sammenhengen mellom problem og kontekst, og hypotesen blir testet gjennom å iverksette intervensjoner. Hvis intervensjonene fører til at målene nås og ungdommen endrer atferd, bekrefter dette hypotesen. I motsatt fall revurderes hypotesen, eller det arbeides med å identifisere og overvinne barrierer som har oppstått i arbeidet med å nå målene. Når hypoteser avvises fordi en intervensjon ikke viste seg effektiv, innhenter terapeuten ny informasjon eller bruker det hun/han lærte av den ineffektive intervensjonen, til å formulere nye hypoteser og intervensjoner. Dette er en kontinuerlig prosess som fortsetter til de overordnede behandlingsmålene er nådd.

### **Behandlingen er intensiv og omfatter alle familiens problemer**

De første to ukene brukes til å kartlegge sterke sider og behov hos ungdommen og familien, og deres samhandling med systemer utenfor familien, slik som venner, skole og nettverk. Hovedformålet med kartleggingen er å identifisere de viktigste risiko- og beskyttelsesfaktorene for den enkelte familie. Det lages så overordnede behandlingsmål knyttet til problemene som familien og terapeuten sammen identifiserer. De sterke sidene eller ressursene ved hvert system brukes for å fremme endring. Sterke sider på familienivå kan være at foreldrene er villige til å samarbeide, at de ønsker å arbeide med problemene, at de er i jobb, at det er kontakt med utvidet familie, og at de har venner i nærmiljøet.

Selv om sterke sider og behov varierer fra familie til familie, er det flere problemområder som er typiske for ungdom med kriminell atferd og deres familier. På familienivå er det vanlig at foreldre og barn framviser et høyt konfliktnivå og få positive følelser overfor hverandre. Det er også vanlig at foreldrene er uenige om regler og hvordan de skal håndheves. Personlige problemer, for eksempel rusmisbruk og psykiske vansker, gjør det ofte vanskelig for dem å fylle foreldrerollen. Men til tross for at foreldrene selv ofte sliter med omfattende problemer, oppfattes de i MST som ungdommens viktigste ressurs i det terapeutiske arbeidet, og terapeuten går svært langt i å støtte foreldrene og få dem aktivt med i behandlingsopplegget. Det er terapeuten og behandlingssystemet hun/han er en del av, som står ansvarlig for at det oppnås positive resultater (etterrettelighet). Foreldrene anklages derfor ikke for manglende måloppnåelse hvis behandlingen mislykkes.

Det arbeides intensivt med å styrke foreldrene og hjelpe dem til å se hvilken betydning de har for barna sine. MST skal fungere som hjelp til selvhjelp. For eksempel vil terapeuten heller hjelpe foreldre med forberedelser og problemløsning rundt en forstående oppgave enn å utføre oppgaven for dem. Terapeuten vil ikke være den som skaffer skyss eller barnevakt til en familie som trenger det, men hjelpe foreldrene til å finne ut av hvordan de kan ordne dette selv på en god måte. Hvor mye hjelp og støtte foreldrene trenger i denne prosessen, vil selvsagt variere.

Det at behandlingen er intensiv og omfatter alle familiens problemer, både praktiske og psykososiale, innebærer altså ikke at det er terapeuten som ordner opp for familien. Poenget er å sikre at nødvendige tiltak blir koordinert og fulgt opp så detaljert at familien lærer egne problemløsningsferdigheter som kan bli vedvarende. I saker hvor familien har behov for kontakt med ulike deler av hjelpeapparatet, vil MST-terapeuten ta ansvar for å koordinere samarbeidet med de ulike tjenestene, slik at familien skal slippe å gå fra instans til instans. Når foreldre skal innøve nye ferdigheter, brukes ofte rollespill som strategi. Familien blir oppfordret til å aktivere sitt uformelle nettverk som støtte framfor å bruke støttetiltak fra det offentlige. For eksempel blir familien oppfordret til å se etter mulig avlastning innenfor familien og det uformelle nettverket framfor å søke om støttekontakt eller avlastningsordninger gjennom barnevernet. På samme måte blir familien oppfordret til å se hvilke tjenester de kan yte tilbake til sine støttespillere slik at de over tid ikke framstår eller opplever seg selv som ensidig hjelpetrengende, men som en familie som inngår i naturlige, gjensidige forhold med andre.

### ***Intervensjoner i familien***

Familieintervensjonene innenfor MST rettes ofte mot å hjelpe foreldrene å ta i bruk eller utvikle nødvendige ressurser for å kunne fungere effektivt som foreldre, og utvikle sterkere struktur og mer samhold i familien. Slike intervensjoner kan bestå i å innføre rutiner for å bedre foreldrenes oversikt over hvor ungdommen er, hva han/hun gjør sammen med hvem, kommunikasjonsstil og problemløsningsferdigheter i familien, kontakt med det naturlige nettverket av venner, øvrig familie, lag og foreninger, og innføring av belønnings- og konsekvenssystemer.

For å bevare positive endringer i ungdommens atferd over tid er det en forutsetning at samhandlingen i familien ved avslutningen av behandlingen preges av lavere grad av konflikt og høyere grad av varme og omsorg. Foreldrene oppfordres for eksempel til aktivt å se etter og bekrefte positive sider ved den unge, og legge til rette for og invitere til positivt samvær, for derigjennom å bryte negative samspillsmønstre.

### ***Intervensjoner på jevnaldningsnivå***

Når det gjelder ungdommens forhold til jevnaldrende, vil et vanlig behandlingsmål være å minske omgangen med venner som driver med kriminalitet og rus, og øke kontakten med vanlig ungdom, f.eks. gjennom lag og foreninger, idrett og aktiviteter knyttet til skolen. Foreldrene får hjelp av terapeuten til å iverksette intervensjoner som kan bestå i aktiv støtte og oppmuntring til omgang med vanlig ungdom, f.eks. ved å invitere venner hjem og gjøre det koselig å være hjemme, tilbud om skyss til aktiviteter, og belønning for overholdelse av innetider, og tydelig motstand mot omgang med negative venner, f.eks. gjennom sanksjoner. Foreldrene oppfordres til å skaffe seg oversikt over hvor ungdommen er og hvem de er sammen med, og til å gjøre seg kjent med foreldrene til ungdommens venner. I arbeidet med å bryte kontakten med negative venner er støtte fra nettverket ofte avgjørende. Foreldre kan trenge hjelp både av politiet og sitt uformelle nettverk til å kjøre ut og lete etter ungdommen som har uteblitt hjemmefra, til å gå inn på steder der ungdommen ikke har lov til å være, og hente ham eller henne, eller hjelp til pass av yngre søsken mens de selv er ute. Når antisosiale eller kriminelle miljøer blir forstyrret på denne måten, fører det ofte til at ungdommen blir utstøtt, eller selv holder seg unna fordi det er flaut å bli hentet.

### ***Skoleintervensjoner***

Med veiledning fra terapeuten kan foreldrene også utarbeide strategier for å ha oversikt over og støtte opp under ungdommens skolearbeid eller fungering i jobb. De fleste av dem som henvises til MST, har store vansker på skolen. Mange har høyt fravær, og skolen er i de fleste tilfeller mektig lei og ønsker ungdommen utvist. Tiltak for å bedre skolefungeringen vil vanligvis bestå i etablering og vedlikehold av god kommunikasjon mellom skole og hjem, og en klar struktur på tiden etter skolen. Det legges vekt på å hjelpe foreldrene til å støtte og oppmuntre i forhold til skolearbeid, og på at skolen og hjemmet er samkjørte når det gjelder regler og forventninger. Det er oftest foreldrene som formidler konsekvenser knyttet til skoleatferd, noe som innebærer behov for tett kontakt mellom skole og hjem.

### ***Individuelle intervensjoner***

Selv om MST først og fremst vektlegger intervensjoner på systemnivå, fordi det har vist seg mest effektivt for denne målgruppen, hender det også at individuelt rettede intervensjoner er nødvendig for at foreldrene skal bli bedre i stand til å ta del i ungdommens (eller egen) behandling og atferdsendringer. Intervensjonene vil da hovedsakelig bestå i kognitiv terapi rettet mot ungdommens sosiale perspektivtaking, meningssystem eller motivasjonssystem, samt hjelp til aktiv mestring av

negativt press fra jevnaldrende. Kognitiv atferdsmodifikasjon og familiesystemiske teknikker brukes i forhold til angst og depresjon hos foreldrene, for å bedre familiens problemløsningsstrategier eller for å styrke ungdommens sosiale ferdigheter. Individuelle intervensjoner rettet mot foreldrenes problemer brukes bare hvis det framkommer klare indikasjoner på at problemene virker direkte inn på ungdommens atferd eller er til hinder for endring. Et eksempel kan være en far som bruker rusmidler i en grad som gjør at han ikke følger opp avtaler i forhold til ungdommen, eller at depressive tanker hindrer mor i å gjennomføre intervensjoner fordi hun ikke tror at noe nytter. Når det gjelder individualterapeutiske intervensjoner rettet mot ungdom i MST, gjøres de med foreldrene til stede for å sikre generalisering gjennom at foreldrene kan videreføre eller følge opp arbeidet etter avsluttet behandling.

Det er altså foreldrene som er de viktigste forandringsagentene i MST. Terapeuten bestreber seg alltid på å få ungdommen aktivt med i behandlingen, men i saker hvor det ikke lykkes, ser vi likevel positive resultater i form av måloppnåelse. En god relasjon mellom ungdommen og MST-terapeuten er ikke en nødvendig forutsetning for en vellykket behandling, selv om det er en klar fordel at hele familien deltar i behandlingen. At relasjonen mellom ungdommen og *omsorgsgiverne* bedres, er imidlertid en avgjørende forutsetning for varige resultater.

### Behandlingsprinsipper

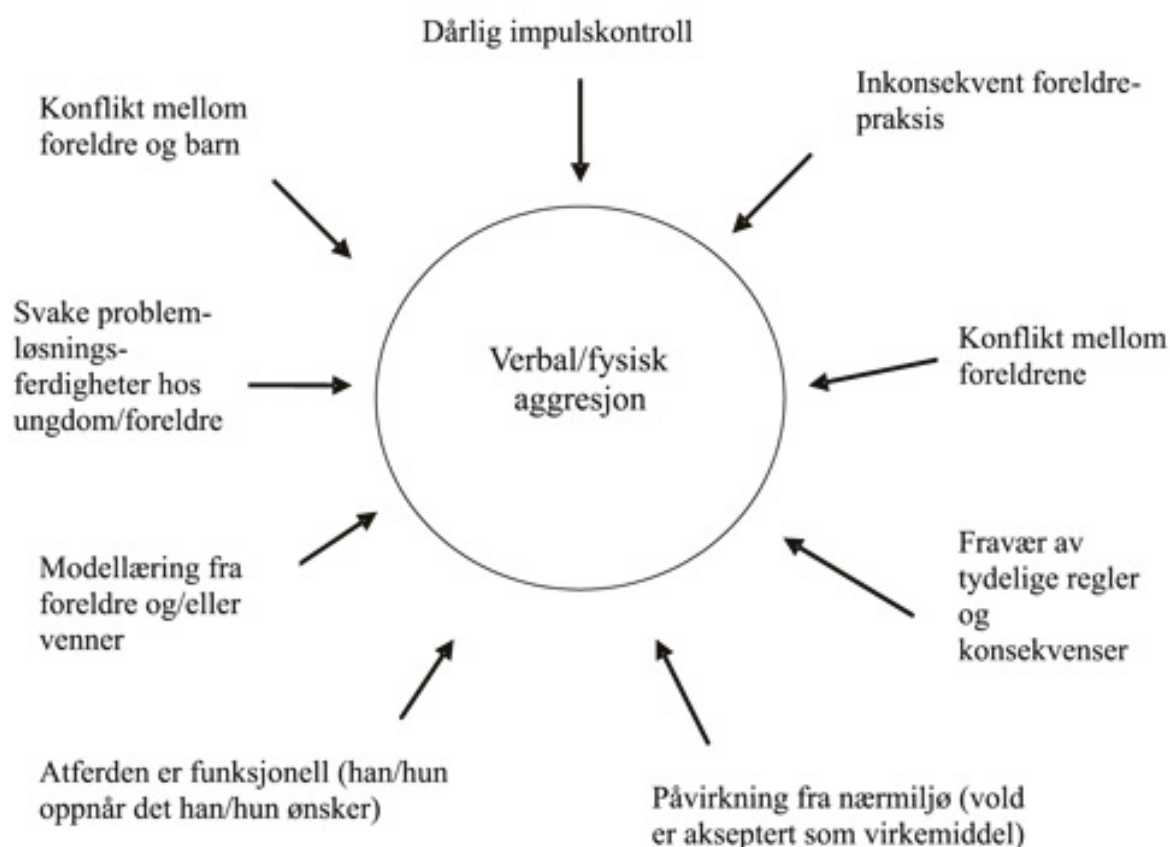
Utformingen, gjennomføringen og evalueringen av MST-intervensjonene bygger på ni hovedprinsipper.

#### ***1. Hensikten med kartleggingen er å forstå sammenhengen mellom de identifiserte problemene og deres bredere systemiske kontekst***

Målet er å forstå hvordan de identifiserte problemene gir mening i lys av ungdommens sosialøkologiske kontekst. Terapeuten innhenter, systematiserer og skriver ned nøkkelpersonenes syn på sterke sider, problemer og behov, og formulerer hypoteser om hvordan det identifiserte problemet henger sammen med sterke sider, problemer og behov i systemene som omgir ungdommen. Et viktig hjelpemiddel her er *analysesirkelen* (figur 2), der et identifisert problem, for eksempel ungdommens aggressive atferd, analyseres gjennom å samle inn informasjon fra alle involverte personer om sannsynlige påvirkningsfaktorer. Disse bidragende faktorene skal defineres konkret. Den aggressive atferden er et multideterminert problem som blir analysert i lys av informasjonen

en har om det sosiale nettverket. Helst gjøres dette sammen med foreldrene for å skape felles forståelse av sammenhenger og av mulige løsninger. Analysen danner utgangspunkt for prioritering av den faktoren / de faktorene det er viktigst å jobbe med her og nå. Figur 2 viser et eksempel på en multisystemisk analyse av aggressiv atferd.

Figur 2. Et eksempel på en multisystemisk analyse av aggressiv atferd, der vi ser at faktorer fra ulike systemer bidrar til å utvikle og opprettholde atferden



Arbeidet med foreldre–barn-relasjonen eller andre familiære problemer prioriteres først. Det legges for eksempel mest vekt på hvordan ungdommens utagerende atferd påvirkes av foreldrenes oppdragelsespraksis. Deretter rettes oppmerksomheten mot hvordan foreldrenes stress og problemer påvirker oppdragelsen, og hvilke venner ungdommen har.

## **2. Behandlingen vektlegger det positive og bruker styrken i systemet for å oppnå endring**

Terapien bygger på å framheve ungdommens og familiens velfungerende og sterke sider. I all kommunikasjon med og om familien brukes et respektfullt, ikke-nedsettende språk, både i muntlig og skriftlig form. Dermed skapes en kommunikasjonsramme som legger vekt på positive forventninger,

familiens ressurser og støtte fra familiens sosiale nettverk. Dette bidrar til at omsorgspersonenes og ungdommens tro på seg selv styrkes, og motvirker følelsen av håpløshet. Behandlingen preges av en problemløsende holdning, der terapeuten formidler håp om at endring er mulig.

### ***3. Intervensjonene utformes slik at de fremmer ansvarlig atferd og reduserer uansvarlig atferd hos familiemedlemmene***

Et viktig mål for MST er å hjelpe foreldre og ungdom til å handle mer ansvarlig. Foreldrenes ansvar er å gi ungdommen kjærlighet og omsorg, oppdra og veilede, samt hjelpe til å utvikle kompetanse. Når foreldrene ikke ivaretar omsorgen, forsøker en å finne fram til det funksjonelle grunnlaget for dette, og sette inn tiltak som kan bidra til at foreldrene bedre ivaretar dette ansvaret. En enslig forsørger som er yrkesaktiv på fulltid og som har flere barn, bruker kanskje all energi på jobb og barn, og blir lettere sosialt isolert og deprimert. Andre foreldre sliter med tabubelagte problemer som rus og psykiske vansker som har bidratt til at de isolerer seg. Noen ganger kan foreldre trenge noen å dele ansvaret med, andre ganger handler det om å være mer aktiv for å ivareta ansvarsoppgavene på en bedre måte. Foreldre får hjelp til å utvikle aktiv ansvarsfull atferd, gjennom å være tydelig på hvilke regler som gjelder, og overholde disse på en rolig og konsekvent måte. I noen tilfeller kan forsøk på å sette grenser for ungdommen virke mot sin hensikt, hvis foreldrene er altfor autoritære og straffende. Tiltak vil da ta sikte på å hjelpe foreldrene til å utvikle både en mer demokratisk og tydelig foreldrestil (Baumrind, 1968; Steinberg et al., 1994).

For ungdommen handler ansvarlig atferd om å overholde familiens og samfunnets regler, som å komme hjem om natta, holde seg unna kriminalitet og rus, hjelpe til hjemme, gå på skolen og ikke skade andre. Barn lærer å ta ansvar gjennom konsekvent bruk av positive og negative konsekvenser. Regler og konsekvenser gjøres tydelig kjent på forhånd og avstemmes i forhold til handlingene de er en reaksjon på. Familieregler må være forståelige for den unge, som helst bør være med på å formulere dem. Bekreftelse i form av ros og privilegier som er viktige for ungdommen, samt mulighet til å delta på attraktive aktiviteter, er særlig effektivt i arbeidet med å fremme ansvarlig atferd.

### ***4. Intervensjonene er her og nå – og handlingsorienterte, rettet mot konkrete og veldefinerte problemer***

Det forventes at familien arbeider aktivt for å nå målene ved å se etter løsninger som kan fungere her og nå. Klare mål gjør det også mulig for terapeuten og familien å sette klare avslutningskriterier for behandlingen. Intervensjonene er handlingsorienterte i den forstand at de aktiviserer ungdommen og resten av familien i problemløsende arbeid. Dette øker sjansene for at ungdom og foreldre raskt

opplever positive resultater og motiveres til videre innsats for å nå behandlingsmålene, som er rettet mot konkrete, målbare og atferdsbeskrivende problemer

### ***5. Intervensjonene rettes mot problemoppretholdende atferdssekvenser innenfor eller mellom multiple systemer***

I tråd med en familiesystemisk forståelse av atferd ser man i MST på endringer i familiens og barnets samspill med sitt naturlige miljø som nøkkelen til å avhjelpe atferdsvansker. Arbeidet med å restrukturere ungdommens sosiale omgivelser tar utgangspunkt i at atferden i én situasjon kan være funksjonelt relatert til hendelser i andre situasjoner. For eksempel kan atferden hjemme påvirke og påvirkes av handlinger på skolen eller blant venner.

### ***6. Intervensjonene er tilpasset ungdommens modenhet og utviklingsmessige behov***

Hvordan man intervensjoner, vil variere i forhold til ungdommens utviklingsnivå. For eksempel vil intervensjoner i familier med unge tenåringer være rettet mot utvikling av gode tilsyns- og grensesettingsstrategier. For eldre ungdommer kan det derimot være riktig å rette intervensjonene mot å utvikle ungdommens evne til selvstendighet. På samme måte understreker vektleggingen av tilpasning til utviklingsnivå viktigheten av å styrke ungdommens sosiale kompetanse blant jevnaldrende, og å oppnå skolefaglige og yrkesmessige ferdigheter som bidrar til en god overgang til voksenlivet. Oppgavene og forventningene må tilpasses ungdommens utviklings- og funksjonsnivå, og intervensjonene må tilpasses foreldrenes situasjon og behov.

### ***7. Intervensjonene utformes slik at de krever daglig eller ukentlig innsats av familiemedlemmene***

Familier som henvises til MST, har vanligvis en lang historie med alvorlige problemer. Behandlingstiden i MST er kort, og problemer løses raskere dersom alle familiemedlemmene og andre involverte sammen og samtidig arbeider for å nå behandlingsmålene. Daglig eller ukentlig innsats gjør det også lettere å evaluere og måle framgang og eventuelt korrigere intervensjonsplanen. Familien settes bedre i stand til å mestre sin tilværelse, ettersom de selv leder sin egen endringsprosess.

### ***8. Intervensjonenes effektivitet evalueres kontinuerlig fra flere perspektiver***

De som yter tjenesten, har ansvar for å overvinne hindringer for gode resultater. Når intervensjoner iverksettes som forutsatt, men ikke virker, blir de heller erstattet enn forsterket. Ettersom endringene i ungdommens økologi evalueres fortløpende, får en umiddelbar tilbakemelding om hvor vellykket intervensjonene er. Det forventes raske og målbare resultater, ofte allerede etter én til to uker.

Hvis resultatene uteblir, revurderes problemet og arbeidshypotesen, eller en setter inn alternative intervensjoner.

### ***9. Intervensjonene utformes for å fremme generalisering og langtidsresultater***

Det er viktig å sikre at behandlingsresultatene generaliseres og vedlikeholdes etter at behandlingen er avsluttet. I motsetning til mange tiltak i psykisk helsevern og barnevern er det primært familien selv som står for endringene, med terapeuten som konsulent, rådgiver og støttespiller. Målet er at positive endringer hos ungdommen holder seg over tid og kommer til uttrykk på flere arenaer. For å oppnå dette legges det stor vekt på at arbeidet i familien skal bidra til myndiggjøring av foreldrene gjennom å legge vekt på å utvikle selvhjelpsferdigheter, utvikle familiens kompetanse til å forhandle om og løse nåværende og framtidige problemer, og utnytte beskyttende faktorer i det sosiale nettverket.

Behandlingsprinsippene og den analytiske prosessen styrer det terapeutiske arbeidet gjennom å gi rammer for arbeidet. Det er viktig å understreke at hver enkelt intervensjon må skreddersys i forhold til den enkelte families situasjon, styrker og behov. I de tilfellene hvor MST opplever å ikke kunne hjelpe foreldrene til å ivareta utviklingsbetingelsene for den unge godt nok, blir behandlingen avsluttet og familien henvist tilbake til den kommunale barneverntjenesten.

### **Kasuseksempel**

Vi vil kort illustrere hvordan MST-behandlingen kan se ut gjennom et tenkt eksempel.

Joakim 15 år, bor i en forstad til Oslo. Han er med på gjentatte tyverier, drikker mye øl, røyker hasj og er ute hele natta sammen med antisosiale venner. Atferden involverer både foreldre, venner, skole og nærmiljø. Nærmiljøet har få fritidstilbud for ungdom og har en betydelig kriminell subkultur. Ungdomsklubben og kinoen er lagt ned, og kjøpesenterets spillehall er det naturlige samlingsstedet for ungdom som ikke deltar i organiserte fritidsaktiviteter. Her omsettes stoff, og eldre ungdom kjøper alkohol for yngre. Joakims venner er engasjert i antisosial atferd, som tyverier og rusing. Gutten er i ferd med å falle ut av skolen. Han har betydelige fagvansker, konsentrasjonsproblemer og atferdsproblemer. Han har høyt fravær, og henger etter i flere fag.

Foreldrene ble skilt da gutten var åtte år. Joakim bor sammen med mor og har lite kontakt med far. Foreldrenes samliv bar preg av store konflikter med mye krangling og ufred. Far er i perioder arbeidsledig og har store alkoholproblemer. Dette er med på å forklare at gutten har lite og uregelmessig kontakt med ham. Mors familie bor andre steder i landet, og det er mest telefonisk



kontakt. Far har minoritetsbakgrunn. Kontakten med hans familie ble helt brutt etter skilsmissen mellom foreldrene. Fars foreldre og fire søsken med familier bor i Oslo.

Mor er sosialt isolert, hun mangler nødvendige foreldreferdigheter, føler seg maktesløs og er deprimert. På den positive siden har hun noe utdanning, en bra jobb og er alvorlig bekymret for sønnens atferd. Hun ønsker at han skal holde seg unna trøbbel og fullføre skolegangen.

Joakims antisosiale atferd henger sammen med den sosialøkologiske konteksten han lever i. Hans mor bryr seg om ham, men er ikke i stand til å sørge for tilstrekkelig tilsyn og nødvendige konsekvenser for å få til en endring i forhold til hvem han omgås, og få slutt på kriminell atferd og rusmisbruk. Gutten selv er vant til å kunne gjøre som han vil uten at det får konsekvenser, og motsetter seg mors forsøk på regulering.

Overordnede mål for Joakim:

- 1. La være å bruke rusmidler. Bekreftet av rene urinprøver og mor.
- 2. Følge familiens regler. Bekreftet av mor.
- 3. Gå på skolen og delta aktivt i et tilpasset opplegg. Bekreftet av skolen og mor.
- 4. Delta i positive fritidsaktiviteter og ikke være sammen med kriminelle venner. Bekreftet av mor og politiet.

Behandlingsplanen fokuserer på å styrke mors foreldreferdigheter og utvikle effektive oppdragerstrategier. Terapeuten tilbyr trening i foreldreferdigheter og jobber mot å utvikle et godt støttesystem i familiens naturlige miljø (utvidet familie, kolleger, naboer, foreningsliv etc.). Kognitive intervensjoner og medisiner rettes mot mors depresjon. Det utforskes nærmere i samarbeid med mor, om far og hans familie kan engasjeres i forhold til gutten. Ettersom det forekommer vold og utagering, blir det allerede tidlig i behandlingen jobbet med å etablere rutiner som forebygger opptrapping av konflikter og stopper utagering. Det gjøres gjennom å lage sikkerhetsplaner for familien, som involverer personer i det uformelle nettverket.

Etter hvert begynner mor å bruke eksplisitte tilsyns- og oppdragerstrategier, for eksempel innfører hun innetider og regler rettet mot språkbruk og rusing. Hun knytter konsekvenser til sønnens regelbrudd, slik som belønning for rene urinprøver og tap av privilegier for urene prøver. Når mors ferdigheter er mer innarbeidet, innfører hun med støtte fra det sosiale nettverket og terapeuten intervensjoner som tar sikte på å hjelpe Joakim bort fra den antisosiale vennegruppa han vanker i,

gjennom å gi sanksjoner, og engasjere ham i forhold til positive venner. Hun hjelper ham til å finne fram til aktiviteter han mestrer og har lyst til å delta i, og legger til rette for slik deltakelse gjennom å bidra økonomisk, koble ham opp mot andre som deler samme interesse, og tilby skyss eller penger til buss. Det undersøkes også om noen i familiens naturlige nettverk kan ta Joakim med på gjøremål og tilby aktiviteter eller småjobber som han kan tjene penger på. Sammen med gutten settes mål i forhold til å bedre faglig og sosial fungering på skolen. Sentralt i dette arbeidet er å styrke samarbeidet mellom skole og hjem, gjennom hyppig kontakt, og at mor knytter konsekvenser og privilegier til fungering på skolen, slik som fravær, lekser, deltakelse i undervisningen og å følge skolens regler.

Resultater blir ukentlig evaluert fra flere perspektiver. Ett eksempel kan være at mor rapporterer at sønnen har kommet hjem til avtalt tid fire av fem kvelder i løpet av uka, og at han har rene urinprøver. Joakim uttrykker misnøye med at han ikke får være ute om kvelden, men sier de har det koseligere hjemme. Skolen kan fortelle at gutten ikke sovner i første time lenger, at han deltar mer i undervisningen, og at kontakten med mor er god. Behandlingen avsluttes når de overordnede målene er nådd, som oftest etter fire til fem måneder.

### **Kvalitetssikringsrutiner**

MST har et av de mest omfattende kvalitetssikringssystemene vi har i barnevern og psykisk helsevern. Målet er å sikre at behandlingsmodellen i størst mulig grad følges. Et av de viktigste kravene til behandlingsintegritet er at programmet er basert på en spesifikk teoretisk behandlingsteori, og at det er en manual som beskriver terapien (Greenwood, 1994, ref. i Andreassen, 2003). MST har en håndbok som beskriver det teoretiske og forskningsbaserte grunnlaget for metoden, den multisystemiske analysemodellen og de ni behandlingsprinsippene som styrer behandlingen (Henggeler et al., 1998).

Forskning på implementering av evidensbaserte behandlingsmodeller viser til viktigheten av at man etter opplæring kan forsikre seg om at terapeutene følger metoden slik den er beskrevet (Backer, David & Soucy, 1995a, ref. i Blueprints for Violence Prevention, 2004). Implikasjoner av denne forskningen er at høy behandlingsintegritet er avgjørende for gode resultater med vanskelige kliniske populasjoner og at tradisjonell opplæring og veiledning ikke er tilstrekkelig for å oppnå høy behandlingsintegritet. For å oppnå best mulig resultater må oppfølging av behandlingsintegritet «institusjonaliseres», og ansatte må få kontinuerlig opplæring.

Grunnleggerne av MST har forsket på effekten av de kvalitetssikringsinstrumentene programmet bruker for å måle behandlingsintegritet (Schoenwald & Henggeler, 2004). De finner at høy grad av etterfølgelse av behandlingsprinsippene gir best behandlingsresultater. MST bruker store ressurser på undervisning, veiledning og konsultasjon for å hjelpe terapeutene til i størst mulig grad å følge analysemodellen og behandlingsprinsippene. I tillegg kommer måling – ved hjelp av validerte tester – av om modellen følges av terapeut og veileder, samt månedlig resultatrapportering og halvårlige programevalueringer.

Opplæringen er intensiv og kontinuerlig. Den begynner med en ukes grunnleggende opplæring av hele teamet. Videre gir veilederen ukentlig gruppeveiledning på alle saker, og individuell veiledning hvis det er spesielt behov for det. Målet med den kliniske veiledningen er å legge til rette for terapeutens egen tilegnelse av de teoretiske og praktiske ferdighetene som kreves for å følge behandlingsmodellen. MST-konsulenten, som har inngående kjennskap til MST og bred klinisk/terapeutisk kompetanse, gir i tillegg ukentlig telefonkonsultasjon til hvert behandlingsteam for å kvalitetssikre det kliniske arbeidet. Terapeuter og veiledere har individuelle utviklingsplaner. Kvartalsvise vedlikeholdsseminarer skal sikre at teamene får en kontinuerlig opplæring i det teoretiske og metodiske grunnlaget, og videreutvikle nødvendige kliniske ferdigheter.

I tillegg til det kliniske arbeidet med familiene skal teamet kontinuerlig arbeide med å skape gode samarbeidsrutiner med samarbeidsinstanser. Ledelsen i vertsorganisasjonen er en viktig premissleverandør for dette samarbeidet. Henvisende instanser og samarbeidspartnere trenger informasjon og opplæring i hva MST er, for at de ungdommene som trenger denne hjelpen, skal få tilgang til den.

### **Evalueringresultater**

MST er en evidensbasert behandlingsmodell for arbeid med alvorlige atferdsvansker hos ungdom. Tabell 4 beskriver krav til evidensbaserte metoder, og definerer hva som menes med evidens i denne sammenhengen.

Argumenter for å bruke evidensbaserte metoder er at det er viktig å unngå unyttige eller skadelige intervensjoner på kort eller lang sikt, at det er uetisk å utsette barn og familier for metoder som en ikke kjenner effekten av, og at det for tiden ikke finnes gode alternative måter å identifisere effektive og forsvarlige metoder på.

Forskningen på de fleste evidensbaserte metoder er effektstudier, som ofte utføres i en universitetskontekst, med metodeutviklerne selv som faglige tilretteleggere og veiledere, og med godt kvalifisert personell til det kliniske arbeidet. Når metoden implementeres utenfor denne konteksten, i samfunnet for øvrig, og forskningen er en replikasjon av den opprinnelige studien, kalles dette effektivitetsstudier. Da er det ikke lenger metodeutviklerne selv som er hovedaktører. Mange effektivitetsstudier viser resultater som ikke er like gode som i effektstudiene. De kontrollerte betingelsene og grad av behandlingsintegritet er ofte større i et universitetsmiljø i en eksperimentell sammenheng ved overføring til en annen arena. Faktorer som nærhet til utviklerne, organisasjon, klima, kultur og finansiering påvirker hvordan modellen implementeres og driftes.

MST er en godt validert behandlingsmodell (Kazdin & Weisz, 1998). I perioden 1992 til 1998 ble det publisert 78 artikler fra forskere tilknyttet Family Services Research Center ved Medical University of South Carolina. Åtte randomiserte kliniske utprøvinger er gjennomført i USA, og flere er under gjennomføring. Studiene viser resultater i form av redusert internalisering og eksternalisering hos ungdom (Borduin et al., 1995; Henggeler et al., 1997), reduserte symptomer på psykiske problemer hos foreldre (Borduin et al., 1995), økt støtte, samhold og tilpasning, færre konflikter og redusert fiendtlighet i familien (Borduin et al., 1995), færre plasseringer utenfor hjemmet og reduksjon i rearrestasjoner varierende mellom 25 og 70 % (Henggeler, Melton & Smith, 1992; Henggeler et al., 1993, 1997), reduksjon i lovbrudd i oppfølgingsundersøkelse etter fire og 14 år (Borduin et al., 1995; Schaeffer & Borduin, 2005).

I metaanalyser av resultatstudier vises det til at det er vanskeligere å oppnå gode resultater i behandling av antisosial atferd enn i behandling av andre problemer hos ungdom (Weisz, 1997). Basert på foreliggende forskning konkluderte Rutter, Giller og Hagell (1998) med en forventet reduksjon på cirka 12 % i framtidige lovbrudd som resultat av behandlingstiltak. En metaanalyse av Curtis, Ronan og Borduin (2004) underbygger at MST gir gode resultater for målgruppen.

I en ny metaanalyse av åtte MST-studier har Littell og kolleger konkludert med at det er prematurt å trekke konklusjoner om MSTs effektivitet sammenlignet med andre tjenester (Littell et al., 2005). Ogden og Hagen (2006b) mener derimot at dette er en metaanalyse som ikke egner seg som grunnlag for å vurdere hvor effektiv MST er i arbeidet med alvorlige atferdsproblemer, særlig i de nordiske landene. Dette begrunnes med at den inneholder for få og heterogene studier (Ogden & Hagen, 2006b).

Den norske evalueringsstudien viser at MST forebygger plasseringer utenfor hjemmet (Ogden & Halliday-Boykins, 2004). Den viser reduksjon i ungdommens internaliserte (angst, depresjon) og eksternaliserte (utagering) atferdsproblemer i intervensjonsperioden. MST fører også til økning av ungdommens sosiale kompetanse. Foreldrenes vurdering av behandlingstilbudets effektivitet og kvalitet var i MST-gruppens favør. Tilbudet engasjerer og motiverer de foresatte, med få behandlingsavbrudd og positive brukervurderinger.

Resultatene viste at MST-enhetene varierte med hensyn til effektivitet, og behandlingsresultatene samvarierte med kvaliteten på implementeringen. Oppfølgingsstudien etter to år viser at resultatene har vart over tid, at MST dermed førte til bedre resultater enn de eksisterende tilbudene som barnevernstjenesten gav til ungdom med alvorlige atferdsproblemer (Ogden & Hagen, 2006a).

Den norske evalueringsundersøkelsen er den første kontrollerte evalueringsstudien av MST som er gjennomført utenfor USA. Det er en av de første replikasjonene der programmets opphavspersoner ikke var involvert, og der evaluatørene ikke deltok i behandlingen eller i veiledning og konsultasjon av teamene.

De norske behandlingsresultatene bekrefter altså resultatene fra USA. Videre har vi erfart at det har vært behov for svært få tilpasninger av selve behandlingsmetoden i Norge. Felles erfaringer både i USA og i Norge er at det har vært utfordrende å skape forståelse og aksept for å benytte MST framfor institusjonsbehandling og fengsling (USA). Det som har bydd på utfordringer i å implementere en amerikansk modell, har vært organisatoriske forhold, for eksempel norske arbeidstidsordninger, arbeidsmengde, produksjonskrav, forståelse og aksept for intensiv kvalitetssikring over tid. På den annen side har det i Norge vært politisk vilje til å støtte og tilrettelegge for en omfattende nasjonal implementering av MST.

### **Implementering av MST i Norge**

Flere forhold førte fram til beslutningen om å styrke behandlingstilbudet for ungdom med alvorlige atferdsproblemer i Norge: Det var underdekning av behandlingstilbud for barn og unge med atferdsproblemer og få plasseringsalternativer, det var manglende effektivitet og kvalitet i eksisterende tiltak, og det var mangel på behandlingsfaglig kompetanse og opplæringstilbud.

Samtlige fylkeskommunale barnevern fikk tilbud om opplæring og kvalitetssikring dersom de ønsket å opprette MST-team. 17 av 19 fylkeskommunale barnevern takket ja til tilbudet og etablerte i løpet av høsten 1999 og 2000 MST-team. Fra starten ble det opprettet et tett samarbeid mellom MST Services i South Carolina, og leder for implementeringen i Norge. All opplæring og konsultasjon foregikk på engelsk. Fra våren 2001 ble det ansatt norske medarbeidere som fikk opplæring i konsultasjonsmetodikken, og som etter hvert kunne overta konsultasjon av teamene på norsk. Det ble også satt i gang et omfattende arbeid med å bearbeide materiell til norsk.

I januar 2004 overtok staten ansvaret for det fylkeskommunale barnevernet. Det statlige barnevernet fikk et direktorat, Bufdir, og en etat, Bufetat, som er organisert i fem regioner tilsvarende helseregionene. Alle barnevernsregionene har i dag MST-team plassert i de mest befolkningstette områdene, til sammen 25 team. Teamene er selvstendige driftsenheter innenfor sin region i Bufetat.

MST er et frivillig spesialisttilbud innenfor Bufetat, for ungdom som bor hjemme og hvor kommunen fatter vedtak om hjelpetiltak etter lov om barneverntjenester (1992). Mer enn 3000 ungdommer og deres familier har til nå fått tilbudet. Henvisninger går via Fagteam i Bufetat fra barnevernet i kommuner eller bydeler.

I 2003 ble Atferdssenteret, som er et randsonesenter ved Universitetet i Oslo, opprettet. Gjennom å integrere forskning og praksis skal Senteret utvikle tverrfaglig kunnskap og styrke kompetanse i arbeidet med å forebygge og intervensere i forhold til alvorlige atferdsproblemer blant barn og unge i Norge. Senteret består av tre avdelinger: et forskningsavdeling, et utviklingsavdeling for barn og et utviklingsavdeling for ungdom. Utviklingsavdelingen for ungdom har det overordnede faglige ansvaret for alle MST-teamene i Norge, og har ansvaret for all opplæring og kvalitetssikring av metoden.

Atferdssenteret ved Utviklingsavdelingen for ungdom har tett samarbeid med ledelsen i Bufdir og Bufetat for å utvikle en god organisatorisk ramme rundt MST. Å organisere et behandlingsarbeid der den faglige myndigheten ligger i en annen organisasjon enn den administrative ledelse som har det personaladministrative ansvaret for teamene, er uvanlig og krever et tett samarbeid. Til hjelp i dette arbeidet finnes det en organisasjonsmanual som er oversatt, bearbeidet og utviklet til norske organisatoriske og faglige forhold (Christensen & Mauseth, 2004).

I tabell 5 presenteres faktorer som er viktige for en vellykket implementering, og som har vært retningsgivende for implementeringen av MST i Norge. For det første ble programmet anbefalt av en ekspertgruppe i forbindelse med Norges forskningsråds konferanse om alvorlige

atferdsproblemer i 1997. Det ble tatt en overordnet beslutning i Barne- og familiedepartementet om støtte til en landsomfattende implementering, noe som ga en bred politisk og finansiell støtte til programmet. Det ble foretatt organisasjonsevalueringer hos vertsorganisasjonene, som i 1999–2000 var det fylkeskommunale barnevernet. De måtte ha en plan for implementeringen som var i overensstemmelse med forutsetningene i metoden. Det ble holdt informasjonsmøter for alle samarbeidspartnere, og det ble stilt tydelige krav til kompetanse hos både veiledere og terapeuter. For veiledere gjelder krav om spesialistkompetanse som psykolog, eller annen relevant utdanning på mastergradsnivå. For terapeuter kreves, gjelder minimum treårig høyskole- eller universitetsutdanning i helse- eller sosialfag med videreutdanning innenfor en klinisk disiplin, og bred klinisk erfaring. Det er etablert en overordnet faglig organisasjon med ansvar for organisatorisk samarbeid med vertsorganisasjonene, opplæring og kvalitetssikring, Atferdssenteret.

---

**Tabell 5. Viktige faktorer for en vellykket implementering (NIH, State of the Science Conference Statement, 2004)**

---

- En overordnet organisasjonsledelse som klart uttrykker mål og visjon for programmet
  - Plan for programimplementering
  - Programmet kan implementeres med høy grad av behandlingsintegritet
  - Effektiv organisering: økonomiske ressurser og tydelig støtte i organisasjonen
  - Kvalifisert personale: klare faglige kriterier for rekruttering av ansatte
  - Gode administrative og tekniske støtteordninger: lokaler, teknisk utstyr som pc, tilgang til Internett, transport, gode lønns- og arbeidsbetingelser
  - Opplæring: gode opplæringsmuligheter og oppfølging
  - Uavhengige forskere/evaluatorer
- 

## Diskusjon

Vold og kriminalitet påvirker oss alle. Muligheten for å hindre vold og kriminalitet er et tema av stor interesse og byr på utfordringer for behandlere så vel som for samfunnet som helhet, fordi det har store menneskelige og samfunnsmessige omkostninger. I denne artikkelen har vi belyst at utfordringene med å hindre utvikling av alvorlige atferdsproblemer og kriminalitet, inkluderer mange samfunnsmessige arenaer, som familie, skole, nærmiljø og lovregulering.

Det mest vanlige behandlingstiltaket vi har hatt for den målgruppen vi har beskrevet, er institusjonsplassering. Evaluering av institusjonsbehandling for ungdom med alvorlige atferdsvansker viser imidlertid at det er store begrensninger når det gjelder reduksjon av problemer etter utskrivning fra institusjon (Andreassen, 2003). Selv der det er påvist til dels store atferdsendringer hos ungdommer under institusjonsoppholdet, har endringene i liten grad vedvart når ungdommene

har vendt tilbake til omgivelsene de kom fra. Innenfor forskningsfeltet hersker det stor enighet om at fungering inne på institusjon ikke predikerer fungering etter avsluttet opphold. Forskningen viser tilbakefall av atferdsvanskene i løpet av to år etter utskriving (Rutter et al., 1998). Det å samle ungdom med alvorlige atferdsvansker i institusjon eller andre tiltak, som spesialklasser, grupper etc., øker risikoen for smitteeffekt gjennom at det utvikles en negativ kultur preget av antisosiale holdninger og atferd, der antisosial atferd og antisosiale handlinger blir positivt bekreftet av jevnaldrende (Dishion et al., 1999; Dishion & Kavanagh, 2003). Slik «avvikstrening» bidrar til dårlige behandlingsresultater og er et alvorlig etisk problem.

Atferdsendringer etter institusjonsopp- hold kan ikke bestå uten støtte i ungdommens omgivelser. De fleste ungdommer med antisosial atferd har venner med tilsvarende vansker. Det er lite sannsynlig at de etter et institusjonsopp- hold heller vil kontakte prososial ungdom og bli akseptert av disse, framfor å oppsøke de gamle vennene sine i det kriminelle nettverket. Systemene rundt ungdommen må dyktiggjøres til å støtte opp om og videreføre endringer hvis de skal bli varige. Gode relasjoner med voksne og deltakelse i prososiale aktiviteter er i så måte viktig.

Et annet etisk problem knyttet til institusjonsplassering av denne målgruppen er at mange ungdommer har vært plassert i tiltak som en ikke kjenner effekten av, eller som ikke har kompetanse til å mestre deres problemer. Det er også kjent at det er høy grad av behandlingsavbrudd gjennom rømninger, og at institusjonen skriver ut ungdommer på grunn av den problematferden som de er plassert der for. Internasjonale studier har vist at 30–50 % forlater institusjonen før planlagt tid (Scholte, 1997, ref. i Andreassen, 2003; Vinnerljung, Sallnäs & Westermarck, 2001). Slike undersøkelser finnes ikke for norske institusjoner, men det er rimelig å anta at vi har sammenlignbare forhold her.

MST blir ofte kritisert for å være en behandlingsmetode hvor foreldre lærer å bruke effektive kontrollteknikker slik at de får lydige barn som innordner seg. MST har også blitt kritisert for at ungdommen ikke blir møtt som en selvstendig aktør under behandlingen. Vi vil da understreke at det er ungdommens situasjon og utviklingsbetingelser som står i sentrum for behandlingen, og at varig bedring er avhengig av endret samspill og et bedret emosjonelt klima i familien. Det er selvfølgelig viktig at ungdommen blir tilstrekkelig sett og positivt bekreftet, og at de intervensjonene som settes inn, ivaretar ungdommen. Ved å jobbe innenfor en ramme hvor samarbeid, myndiggjøring, respekt, aksept og tillit blir vektlagt, ser vi at det legger grunnen for positive resultater for både ungdommen og resten av familien.



Til tross for gode behandlingsresultater og høy grad av tilfredshet hos dem som har mottatt MST i Norge (Ogden & Hagen, 2006a; Ogden & Halliday-Boykins, 2004), velges fremdeles ofte institusjonsbehandling og spesielle gruppetilbud som tiltak for alvorlig atferdsvanskelig ungdom. En mulig årsak kan være ideologisk fundert, gjennom et individuelt perspektiv på ungdommens utviklingsbehov og manglende tro på foreldres evne og mulighet til å ivareta disse. Delvis kan det også forstås gjennom at vi tidligere ikke har hatt gode nok tilbud til disse familiene. I tillegg er MST en utradisjonell metode, som ikke har vokst ut av et aktivt fagmiljø innenfor de aktuelle tjenesteområdene, men hvor beslutningen om å implementere MST i Norge ble tatt på politisk nivå. Dette kan være noe av grunnen til at det tar lengre tid for fagmiljøene og barneverntjenesten å endre den tradisjonelle tenkningen om hva som er nyttig behandling for denne gruppen (Ferrer-Wreder et al. 2004).

Ifølge lov om barneverntjenester er det en plikt til å ha forsøkt tjenester som gir hjelp til familien i hjemmet, før man plasserer barn utenfor hjemmet. MST er et kortvarig behandlingstilbud, tre til fem måneder, til forskjell fra institusjonsplassering, som ofte varer fra ett til tre år. Tatt i betraktning de store menneskelige omkostningene ved å splitte ungdom og familie over lang tid, de negative resultatene fra behandlingsforskningen, og de store økonomiske omkostningene ved plassering utenfor hjemmet, mener vi bestemt at MST bør være en foretrukket behandling for langt flere familier enn i dag.

Det er videre viktig å legge merke til at det er få eksklusjonskriterier i MST, og at det derfor er et tilbud til de fleste familier som har ungdom med de alvorligste atferdsvanskene. Når man setter dette opp mot at de norske resultatdataene viser svært få avbrudd i behandlingen, og at 70 til 85 % av familiene når de fleste av målene de satte for behandlingen, er det vanskelig å forstå at dette er et alternativ som kan stå uprøvd før man utsetter ungdom for plassering utenfor hjemmet.

Hvis vi avslutningsvis skal rette et kritisk blikk mot MST som behandlingsmetode, er det at den er svært krevende å implementere og vedlikeholde. Vi har erfart at det er en stor utfordring å implementere en ny metode i så stort omfang, innenfor en tjeneste som ikke tidligere har hatt ansvar for behandling utenfor institusjon. Det er en helt ny kompetanse som skal bygges opp både klinisk og organisasjonsmessig. Kunnskapen og kompetansen må også utvikles i kommunene hos dem som skal henvise ungdom videre til behandling. Til tross for omfattende kvalitetssikring vil det være utfordrende å opprettholde behandlingsintegriteten over terapeutgenerasjoner og å rekruttere fagpersoner som er villige til å følge så krevende kvalitetssikringsrutiner. Vi opplever ofte press i

forhold til å lempe på kravene om kvalitetssikring og å tilby tjenesten til andre målgrupper enn dem den er påvist effektiv for.

Bernadette Christensen  
 Atferdssenteret, Klingenberggt. 4  
 Pb 1565 Vika, 0118 Oslo  
 Tlf 24 14 79 27  
 E-post bernadette.christensen@atferd.unirand.no

## Referanser

- Andreassen, T. (2003). *Behandling av ungdom i institusjoner. Hva sier forskningen?* Oslo: Kommuneforlaget.
- Baumrind, D. (1968). Authoritarian vs. authoritative parental control. *Adolescence*, 3, 255–272.
- Biglan, A. (2004). *Helping adolescents at risk. Prevention of multiple problem behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Blueprints for violence prevention, Report* (2004). Boulder, CO: University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence. Blueprints Publications.
- Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R. & Blaeske, D. M. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 569–578.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Burns, B. M. (2000). Foredrag MST International Conference, Savannah, USA.
- Christensen, B. & Mauseth, T. (2004). Multisystemisk terapi. *Organisasjonsmanual*. Atferdssenteret, Oslo.
- Curtis, N. M., Ronan, K. R. & Borduin, C. M. (2004). Multisystemic treatment: A meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411–419.
- Dishion, T. J. & Kavanagh, K. (2003). *Intervening in adolescent problem behavior – A family-centered approach*. New York: The Guilford Press.

- Dishion, T. J., Mc Cord, J. & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54, 755–764.
- Elliott, D. S., Huizinga, D. & Ageton, S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Feder-Wreder, L., Stattin, H., Lorente, C. C., Tubman, J. G. & Adamson, L. (2004). *Successful prevention and youth development programs. Across borders*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Fossum, S. & Mørch, W. T. (2005). «De utrolige årene» – empirisk dokumentert og manualisert behandling av atferdsforstyrrelser hos små barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 195–203.
- Hagen, K. A. & Ogden, T. (2006). Evaluering av multisystemisk behandling i Norge. *Norges Barnevern*, 2, 3–12.
- Henggeler, S. W., Borduin, C. M., Melton, G. B., Mann, B. J., Smith, L., Hall, J. A., Cone, L. & Fucci, B. R. (1991). Effects of multisystemic therapy on drug use and abuse in serious juvenile offenders: A progress report from two outcome studies. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 1, 40–51.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Scherer, D. G. & Hanley, J. H. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 821–833.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B. & Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 953–961.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Smith, L. A., Schoenwald, S. K. & Hanley, J. H. (1993). Family preservation using Multisystemic treatment: Long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders. *Journal of Child and Family Studies*, 2, 283–293.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Kazdin, A. & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19–36.

- Littell, J. H., Popa, M. & Forsythe, B. (2005). Multisystemic therapy for social, emotional and behavioural problems in youth aged 10–17. *Report 05:01, Nordic Campbell Center*  
*www.nc2.net*
- Ogden, T. & Hagen, K. A. (2006a). Multisystemic treatment of serious behaviour problems in youth: Sustainability of effectiveness two years after intake. *Child and Adolescent Mental Health*, 3, 142–149.
- Ogden, T. & Hagen, K. A. (2006b). Virker MST? Kommentarer til en systematisk forskningsoversikt og meta-analyse av MST. *Nordisk sosialt arbeid*, 26, 222–233.
- Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway. Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9, 76–82.
- Rutter, M., Giller, H. & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people: The main messages from a major new review of the research*. London: Cambridge University Press.
- Schaeffer, C. M. & Borduin, C. M. (2005). Long term follow-up to a randomized, clinical trial of multisystemic therapy with serious violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 445–453.
- Schoenwald, S. K. & Henggeler, S. W. (2004). A public health perspective on the transport of evidence-based practices. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (4), 360–363.
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T. & Duckert, M. (2005). Parent Management Training – Oregonmodellen. Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 587–597.
- State of the Science Conference Statement. Preventing violence and health – risking social behaviors in adolescents* (2004). National Institutes of Health, [www.nih.gov](http://www.nih.gov)
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S. & Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65, 754–770.
- Swenson, C. C., Henggeler, S. W., Taylor, I. S. & Addison, O. W. (2004). *Multisystemic therapy and neighborhood partnerships: Reducing adolescent violence and substance abuse*. New York: The Guilford Press.
- Vinnerljung, B., Sallnäs, M. & Westermark, P. K. (2001). *Sammanbrott vid tonårsplasseringar – om ungdomar i fosterhem och på institution*. CUS, Stockholm: Modin-Tryck AB.

Weisz, J. R. (1997). Effects of interventions for child and adolescent psychological dysfunction: Relevance of context: Developmental factors, and individual differences. I S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti & J. R. Weisz (Eds.), *Developmental psychopathology. Perspectives on adjustment. Risk and disorder* (ss. 3–23). Cambridge: Cambridge University Press.