

# Multisystemisk terapi og traumepsykologi kan forenes



**REGULERING SATT I SYSTEM** En rolig og regulerende holdning, der voksne unngår å respondere med instinktivt sinne, kreves i alle de sosiale systemene som omgir ungdommen; i hjemmet, på skolen og i fritidsaktiviteter, det kreves hver dag, og over tid, skriver Ida I. Lange-Nielsen og Per Øyvind Svenkerud.

Multisystemisk terapi (MST) lar seg forene med anbefalinger fra litteraturen om utviklingstraumer. Gjennom multisystemisk terapi kan ungdom få hjelp til å regulere seg på flere sosiale arenaer samtidig.

## TEKST

**Ida I. Lange-Nielsen**

**Per Øyvind Svenkerud**

## ILLUSTRASJON

**Steph Hope**

**PUBLISERT 1. oktober 2019**

---

Multisystemisk terapi (MST) er utviklet for atferdsvansker, i en tradisjon som av mange oppfattes å ligge et stykke unna den tradisjonelle traumepsykologien. Tiltaket er kortvarig, familie- og nærmiljøbasert, ofte omtalt som atferdsregulerende, og har vist seg å gi gode resultater i arbeid med ungdom med alvorlige atferdsvansker (Ogden & Hagen, 2006). Behandlingen retter seg mot de sosiale omgivelsene, eller den sosiale økologien, som det heter i MST (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland &

Cunningham, 2013). Som MST-veiledere får vi ofte høre historier om krenkelser, traumeerfaringer og en barndom uten sensitiv omsorg. Likevel er det skrevet lite om hvordan man i MST arbeider med denne gruppen, og litteraturen MST bygger på, har i liten grad anerkjent traumer som mulig årsak til atferdsvanskene. Det er derfor forståelig at kolleger og samarbeidspartnere er usikre på om MST er egnet for ungdom med traumeerfaringer.

Samtidig blir budskapet fra den nye traumepsykologien stadig tydeligere; det er behov for å endre betingelser i barnas sosiale omgivelser. Det er omsorgsgivere, lærere og andre personer barnet møter hver dag, som må være de viktigste endringsaktørene i behandling av barn med omfattende traumeerfaringer (Nordanger & Braarud, 2017). På dette området har MST en spisskompetanse; MST-terapeutene jobber daglig med å få sentrale personer og systemer rundt en ungdom til å kommunisere og samarbeide om hvordan ungdommen skal støttes og møtes på en ny, hensiktsmessig måte. Er tiden nå moden for et tettere samarbeid og en tydelig integrering av de to tilnærmingene? Kan MST tilby en god ramme for traumebehandling?

### **Barndomstraumer og regulering**

Traumeerfaringer i barndommen har vist seg å gi langt mer sammensatte vansker enn traumeerfaringer i voksen alder (van der Kolk, 2005). Traumepsykologer har etter hvert sett det hensiktsmessig å benytte en utviklingspsykologisk forståelse av traumatisering, der arbeid med affektregulering har blitt en bærebjelke i behandlingen. En forutsetning for å utvikle reguleringsevne er omsorgsgiveres tidlige reguleringsstøtte. Omsorgsgiveren må være sensitiv overfor barnets følelsetilstand og forsøke å hjelpe et over- eller underaktivert barn til å regulere seg tilbake til et aktiveringsnivå preget av ro og oppmerksomhet (Nordanger & Braarud, 2017). Utviklings- og traumepsykologien finner støtte i hjerneforskningen; hjernen har et alarmsystem som aktiverer kroppen, og et reguleringssystem som regulerer alarmreaksjoner. Etersom hjernen er bruksavhengig og utvikles gjennom stimulering (Perry, Pollard, Blakely, Baker & Vigilante, 1995), vil erfaringer av å bli regulert utvikle barnets nevralt reguleringssystem. I motsatt fall vil gjentatte erfaringer av trusler stimulere utviklingen av alarmsystemet og hemme utviklingen av reguleringssystemet (Nordanger & Braarud, 2017). Når omsorgsklimaet er preget av hendelser som skaper frykt, samtidig som reguleringsstøtten svikter, oppstår det som omtales som utviklingstraumer, særlig kjennetegnet av reguleringsvansker (Nordanger & Braarud, 2017). Disse barna er ofte trusselorienterte (Shackman, Shackman & Pollak, 2007), har lav terskel for alarmreaksjoner og svak evne til å regulere affekt. Dette kan føre til at affektive tilstander blir uhåndterlige og resulterer i aggresjon (Nordanger & Braarud, 2017). Slike vansker gir utfordringer i sosialt samspill på alle arenaer ungdommen lever livet sitt, og mange utviklingstraumatiserte strever med alvorlige atferdsvansker (Lyttle & Brodie, 2007). Atferdsvanskene, som aggresjon, kriminalitet, rusmisbruk og skolefravær, blir i mange tilfeller de mest framtrædende vanskene. I tillegg ser vi ofte utfordringer knyttet til familieøkonomi, stigmatisering, manglende sosial støtte og samarbeidsproblemer

mellom flere involverte instanser. Dette kan illustreres i en oppdiktet, men typisk historie om Kristin.

### Kristin

*Kristin er 14 år og bor sammen med mor, stefar og lillesøster på 9. Kristin har et eksplosivt sinne og kan skjelle ut lærere og elever på skolen. Hjemme kan hun også bli fysisk utagerende, særlig mot lillesøster og mor. Barneverntjenesten er bekymret for lillesøsterens sikkerhet. Mor beskriver Kristin som engstelig, alltid på vakt. Selv beskriver Kristin at det ofte svartner for henne. Hun har ingen venner, har mobbet og blitt mobbet på skolen. Skolen har liten tillit til hjemmet, er skeptiske til samarbeid med mor og mener jenta bør plasseres på institusjon, og at hun får bedre hjelp på en spesialskole. I dette får de også støtte fra kommunens Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT). Barneverntjenesten har kjent familien lenge og vet at Kristin ble utsatt for og var vitne til vold fra biologisk far de første seks leveårene. Far har nå besøksforbud. Familien er stigmatisert i lokalsamfunnet, men har god kontakt med en tante som bor lenger unna. Politiet er positive til å samarbeide med familien. Barneverntjenesten har forsøkt å få Kristin til behandling for traumer i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), men Kristin har ikke ønsket å møte til individuelle samtaler der. Barneverntjenesten føler seg presset av skolen til å gripe mer inn og mener at jenta bør plasseres utenfor hjemmet. Men familien har et sterkt ønske om å leve sammen hjemme.*

Her ser vi at Kristins atferdsvansker kan være knyttet til vansker med affektregulering, muligens som et resultat av utviklingstraumer. Samtidig er det en rekke andre problemoppretholdende faktorer og systemiske barrierer, som mobbing, skolens manglende tillit til hjemmet, og PP-tjenestens, skolens og barneverntjenestens ønske om å plassere jenta i spesialinstitusjoner sammen med andre ungdommer med atferdsvansker.

### **Reguleringsstøtte på flere arenaer**

Det finnes lite forskning på metoder som kan vise til effektiv behandling av unge med utviklingstraumer (Nordanger & Braarud, 2017), men ettersom utviklingstraumatiserte strever med regulering, antas styrking av selvreguleringsevnen å være et kjernebehov. Ifølge Nordanger og Braarud (2017) må reguleringssystemet styrkes og alarmsystemet gjøres mindre sensitivt gjennom god reguleringsstøtte. En rolig og regulerende holdning, der voksne unngår å respondere med instinktivt sinne, kreves altså i alle de sosiale systemene som omgir ungdommen; i hjemmet, på skolen og i fritidsaktiviteter, det kreves hver dag, og over tid. En slik holdning og respons kan ses som en spisskompetanse personene i barnets omsorgssystemer må opparbeide seg. Denne oppgaven er så krevende at det samtidig er et behov for et system som opprettholder motivasjonen hos de involverte (Nordanger & Braarud, 2017). Slik vi forstår det, har disse ungdommene behov for multisystemisk reguleringsstøtte, der reguleringsstøtte sikres i de enkelte systemene og i overganger mellom dem. MST, som har spesialisert seg på arbeid i de nære systemene rundt en ungdom, i tillegg til å bygge strukturer som

ivaretar samarbeid og opprettholder motivasjon for endringsarbeidet, bør være godt rustet til å opparbeide en slik spisskompetanse i ungdommens omsorgssystemer.

## **MST og utviklingstraumer**

«Er tiden nå moden for et tettere samarbeid og en tydelig integrering av de to tilnærmingene?»

Som veiledere med ansvar for inntak til MST har vi møtt skepsis til bruk av MST for ungdom der omfattende traumeerfaringer er kjent. MST er utviklet for behandling av atferdsvansker, og hviler blant annet på atferdsteoretiske og familierapeutiske tilnærminger, der forståelse av atferdens funksjon og forsterkningsbetingelser står sentralt (Henggeler et al., 2013). MST holder et ideal om effektiv og målrettet tidsbruk og har en behandlingsslengde på tre til fem måneder. Samtidig vet vi nå at en viss andel av ungdom med atferdsvansker har med seg traumeerfaringer fra barndommen, og MST kan ha behandlet ungdommer med utviklingstraumer fra sin spede begynnelse. I MST har disse ungdommene blitt møtt på lik linje med andre ungdommer. I MST forstås ungdommen som flettet inn i et komplekst nettverk av sosiale systemer, basert på Bronfenbrenners økologiske systemteori (1979). Egenskaper og atferd utvikles og påvirkes av faktorer i mikro-, meso-, ekso- og makrosystemer gjennom livsløpet. Mikrosystemer beskriver systemer ungdommen er i direkte kontakt med, som familie, skole og venner. Mesosystemer består av relasjonen mellom mikrosystemene, som skole-hjem-forhold. Eksosystemer er systemer som ungdommen ikke er i direkte kontakt med, men som påvirkes gjennom forbindelser til mikro- og mesosystemene. Makrosystemer består av mer abstrakte faktorer, som kultur, verdier og økonomi (Bronfenbrenner, 1979), mens kronosystemer utgjøres av mønster av hendelser gjennom livsløpet (Bronfenbrenner, 1986). Disse sammenvevde systemene utgjør ungdommens naturlige økologi. Det er i denne økologien vi i MST forsøker å forstå og behandle ungdommens vansker, i samarbeid med de viktigste aktørene i ungdommens liv. Selv om begreper som utviklingstraumer, reguleringssystem og reguleringsstøtte ikke gjenfinnes i MST-litteraturen, lar de seg enkelt plassere i Bronfenbrenners sosiale økologi; barnets reguleringssystem utvikles gjennom god reguleringsstøtte i barnets mikrosystem over tid. Samtidig vet vi at vold og omsorgssvikt, så vel som omsorgsgivers kapasitet til å gi god reguleringsstøtte påvirkes av faktorer i barnas øvrige økologi, som fattigdom og foreldrenes arbeidssituasjon (Mossige & Stefansen, 2007). Risikofaktorer for utviklingstraumatisering kan dermed gjenfinnes i hele den sosiale økologien. MST-behandlingen bygger videre på ni sentrale behandlingsprinsipper (se figur 1).

# De ni behandlingsprinsippene i MST

## 1. Multisystemisk problemanalyse

Den primære hensikten med kartleggingen er å forstå sammenhengen mellom de identifiserte problemene og deres bredere systemiske kontekst.

## 2. Positivt og styrkefokustert

Behandlingen vektlegger det positive, og bruker systemets styrke for å fremme endring.

## 3. Økt ansvarlighet

Intervensjoner utformes slik at de fremmer ansvarlig atferd og reduserer uansvarlig atferd hos familiemedlemmene.

## 4. Her og nå-fokustert, handlingsorientert og veldefinert

Intervensjoner er her og nå og handlingsfokusterte, rettet mot konkrete og veldefinerte problemer.

## 5. Fokus på atferdssekvenser

Intervensjoner rettes mot atferdssekvenser i eller mellom multiple systemer.

## 6. Tilpasset utviklingsnivået

Intervensjoner skal tilpasses ungdommens modenhet og utviklingsmessige behov.

## 7. Kontinuerlig innsats

Intervensjoner utformes slik at de krever daglig og ukentlig innsats.

## 8. Evaluering og ansvarlighet

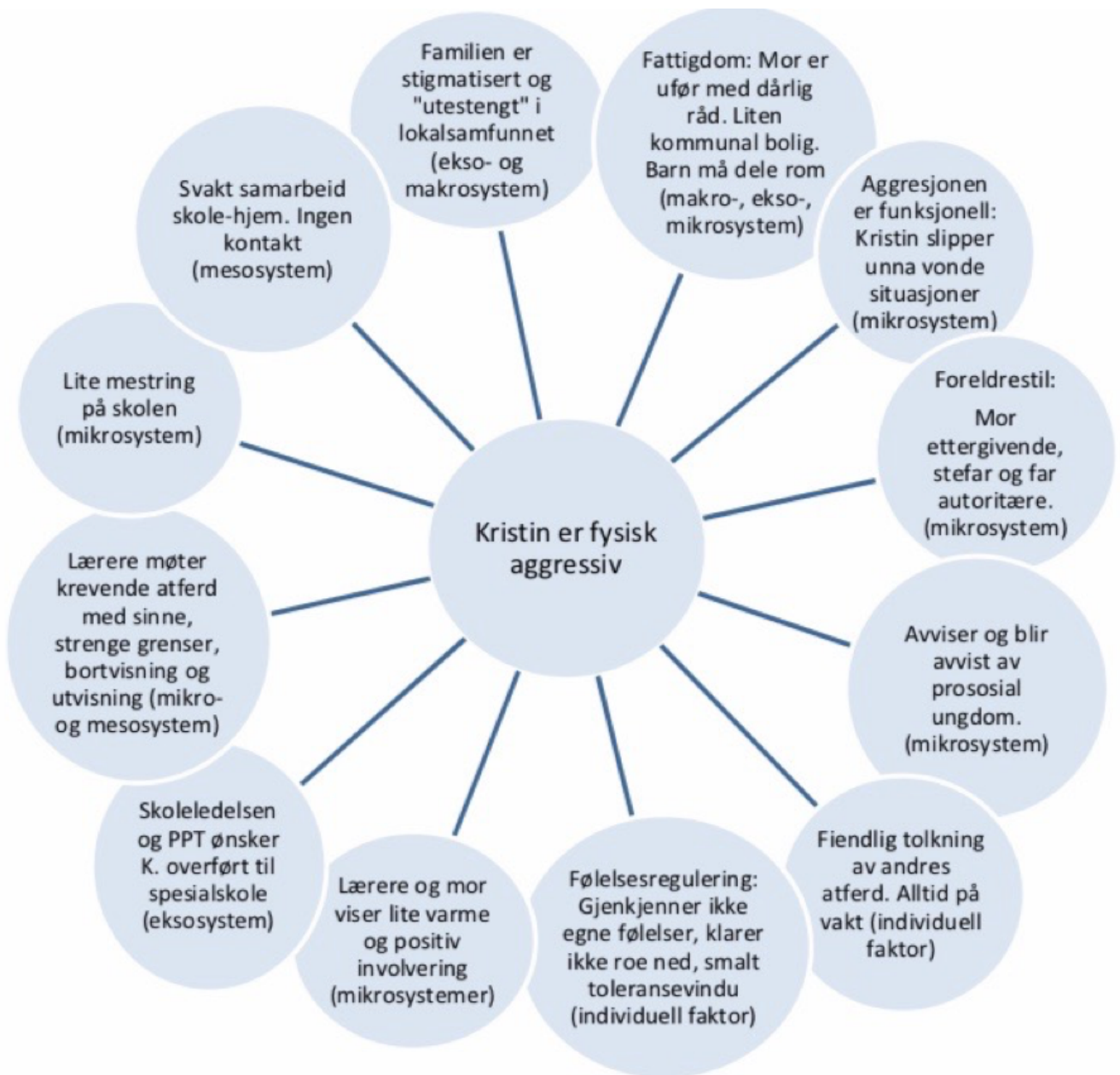
Intervensjonenes effektivitet evalueres kontinuerlig fra multiple perspektiver.

## 9. Generalisering

Intervensjoner utformes for å fremme generalisering og langtidsresultater.

**FIGUR 1** Behandlingsprinsipper fremstilt etter Henggeler et al. (2013). Norsk versjon gjengitt med tillatelse fra NUBU.

Gjennom en multisystemisk problemanalyse kartlegger terapeuten risiko- og beskyttelsesfaktorer i ungdommens økologi. Terapeuten vurderer blant annet samspill mellom ungdom og nøkkeldeltakere i mikrosystemene, mesosystemene, som foreldre-hjem-samarbeid, og eksosystemene, som foreldres arbeidsplass. Kartleggingen i MST fokuseres mot problemopprettholdende faktorer, som samles i analyser. I eksempelet om Kristin kunne den multisystemiske kartleggingen ha resultert i en analyse som vist i figur 2.



**FIGUR 2** Eksempel på multisystemisk analyse av opprettholdende faktorer. Traumatiske erfaringer, uavhengig av om disse er kjent, kan indirekte gjenfinnes som problemoppretholdende faktorer ved ungdommen (reguleringsvansker, høyt aktiveringsnivå, tendens til fiendtlige feilattribusjoner) eller ved omgivelsene (som autoritær eller neglisjerende foreldrestil).

I tillegg til de ni behandlingsprinsippene styres MST-behandlingen av en sirkulær analytisk prosess: Terapeuten og familien begynner med å lage overordnede mål for behandlingen, basert på atferden ungdommen er henvist for. Deretter lager de multisystemiske analyser med prioriterte problemoppretholdende faktorer, før de sammen utvikler delmål og intervensjoner basert på de prioriterte faktorene.

Med utgangspunkt i analysen av Kristin (figur 2) kunne et av delmålene lyde: «Mor og lærer skal hjelpe Kristin å regulere følelser i konfliktsituasjoner.» En intervensjon kunne være å sammen med familien lage en trygghetsplan som konkret beskriver hvordan nøkkelpersoner rundt Kristin bør opptre for å unngå at konflikter eskalerer. Her kunne mor få i oppgave å sette ord på Kristins følelser, opptre med rolig kroppsspråk og

stemme, og framstå tydelig og omsorgsfull (se figur 3). Ettersom øving på konkrete situasjoner og rollespill står sentralt i MST, kunne en intervensjon være at terapeuten sammen med mor og andre nøkkeldeltakere skulle øve på å håndtere eget sinne og forholde seg mer følelsesmessig nøytrale i situasjonen.

Atferd Kristin	Hva skal en gjøre?	Hvem har ansvaret
<ul style="list-style-type: none"> <li>- virker overaktivert</li> <li>- hever stemmen</li> <li>- er brå i bevegelsene</li> <li>- truer og kjefter</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dempe uro med kropp, stemme og ord: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vis med kropp og holdning at du er vennlig og rolig, pust rolig hold normalt stemmeleie</li> <li>- Hjelp til med å identifisere Kristins følelser: er hun skuffet, føler seg urettferdig behandlet frustrert, redd eller annet?</li> </ul> </li> <li>2. Sette grense på vennlig og bestemt måte; «Jeg forstår at du føler deg skuffet, men trusler og kjefting er ikke greit for meg»</li> <li>3. Lag forutsigbarhet og alternativer for at Kristin skal kunne hente seg inn, gi tid og lag avstand; «Nå er vi på første steg i trygghetsplanen vår. Nå kan du velge mellom å få være litt alene, spille ball sammen med meg, eller ringe tante. Når du føler deg rolig kan vi, hvis du vil, diskutere dette videre»</li> <li>4. Få Lillesøster vekk fra situasjonen, til annet rom, eller ut av huset med stefar. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sørg for å holde deg selv rolig, pust med magen, tell inni deg, slapp av i muskler</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mamma</li> <li>2. Mamma</li> <li>3. Mamma</li> <li>4. Stefar hvis hjemme, hvis ikke mamma</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ingen tegn til å roe seg ned</li> <li>- truer, bruker skjellsord eller stygge kallenavn</li> <li>- truende bevegelser, går tett opp til</li> <li>- Kristin roper</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gjenta med rolig kropp og stemme forslag til følelse, sette grense, vis handlingsalternativer</li> <li>2. Si til Kristin at nå er vi på nivå 2 i trygghetsplanen vår, og jeg vil ringe nettverksperson/MST (MST vil spørre om alle stegene er fulgt, om lillesøster er skjermet/i sikkerhet, og gjenta de neste stegene i planen).</li> <li>3. Ring nettverk, få støtte, tante kan snakke med Kristin hvis Kristin ønsker det.</li> <li>4. dersom situasjonen ikke roes umiddelbart skal nettverk(nabo) tilkalles.</li> <li>5. Sørg for å holde deg selv rolig, pust med magen, tell inni deg, slapp av i muskler.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mamma</li> <li>2. Mamma</li> <li>3. Mamma</li> <li>- MST</li> <li>4. Mamma/tante/Kristin</li> <li>5. Mamma</li> <li>6. Mamma</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kristin blir fysisk aggressiv:</li> <li>- gjør hærverk, løper mot deg eller lillesøster, klyper, slår, sparkes, lugger</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nettverk kommer. Er tilstede, har ingen oppgaver utover å være til stede.</li> <li>2. Ring politiet: Informer om situasjonen og avtale med MST, og be dem komme i hensikt å dempe konflikt</li> <li>3. Politiet kommer og er tilstede inntil situasjonen har roet seg ned</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nabo</li> <li>2. Mamma</li> <li>3. Politiet</li> </ol>
<p>I etterkant, når Kristin og andre er helt rolige og viser ingen tegn til sinne og frustrasjon</p>	<p>Snakk med Kristin om hva som skjedde, om hvordan det føltes og om mamma kunne har gjort noe annerledes for å forhindre at det eskalerte på den måten. Var det noe mamma ikke forstod?</p>	<p>Mamma</p>

FIGUR 3 Et eksempel på en trygghetsplan slik den kunne sett ut for Kristin

Selv om MST ikke tradisjonelt har benyttet begreper fra traumefeltet, vil vi argumentere for at trening på en slik trygghetsplan tilsvarer en konkret øvingsoppgave i å gi ungdommen god reguleringsstøtte. Samtidig inkluderer planen typiske MST-tiltak som tydelig grensesetting og sikkerhetstiltak, som å skape fysisk avstand til ungdommen og involvere nettverk.

I tillegg til å øve inn planen i familiesystemet kunne tilsvarende trygghetsplan gjennomføres sammen med nøkkeldeltakere i andre mikrosystemer, som lærere ved skolen og ledere av fritidsaktiviteter. Erfaringsmessig er dette et omfattende arbeid som krever psykoedukasjon, motivering, plan for iverksetting og oppfølging i tillegg til øvelse i forkant. I tillegg møter vi ofte systemiske barrierer, som skoleledelsens motstand mot samarbeid med familien, og vice versa. Dersom dette også var tilfelle i Kristins situasjon, ville det være nødvendig å jobbe med motivasjon og samarbeidsevne hos skole og hjem for at de skulle kunne forplikte seg til en felles plan. Etter øvingen

ville trykghetsplanen kunne prøves ut i en konfliktsituasjon. MST-teamet, som er tilgjengelig 24/7, ville kunne støtte nøkkeldeltakere i situasjonen, og terapeuten ville ha gjennomgått hendelsen i etterkant som en samspillssekvens, for å evaluere og tilpasse planen. I dette arbeidet ville MST-teamet parallelt ha jobbet med systemer som opprettholder innsats og motivasjon hos de nærmeste nøkkeldeltakerne. Eksempelvis kunne MST-teamet forankre skoleintervensjoner hos skolens ledelse med en plan for oppfølging. I familien ville terapeuten ha identifisert støttespillere som kunne motivere, gjennom eksempelvis faste telefonsamtaler. I mange tilfeller ville det også være nødvendig å bygge opp sosial støtte, lete etter avlastning i belastende oppgaver, eller lete i offentlig hjelpeapparat etter mer økonomisk støtte (Henggeler et al., 2013). MST-teamet jobber altså med å sikre reguleringsstøtte i flere av mikrosystemene, og bygge støttesystemer i ekso- og mesosystemene i et forsøk på å sikre nettopp multisystemisk reguleringsstøtte rundt ungdommen. Arbeid med reguleringsstøtte rundt ungdommer som utøver vold, krever også tilgjengelighet og kompetent støtte i å håndtere vanskelige situasjoner. Til dette har MST et kvalitetssikringssystem med en døgntilgjengelig veileder, en ekstern MST-fagkonsulent og ukentlig teamveiledning som styrker hele MST-teamet i kliniske vurderinger og beslutninger.

### **En ramme for traumebehandling?**

Ettersom talspersoner i den nye traumepsykologien anser individuell behandling av utviklingstraumatiserte som utilstrekkelig, og argumenterer for å involvere flere av arenaene ungdommene lever livet sitt på (Nordanger & Braarud, 2017), synes MSTs sosialøkologiske tilnærming å gi et godt grunnlag for behandling av utviklingstraumer. Et sosialøkologisk rammeverk virker forenlig med den nye traumepsykologien, og bringer inn en kompleksitet som også favner utfordringer i de ytre delene av barnets økologi.

**«Slik vi forstår det, har disse ungdommene behov for multisystemisk reguleringsstøtte, der reguleringsstøtte sikres i de enkelte systemene og i overganger mellom dem»**

En utfordring er likevel at traumeperspektivet i liten grad er til stede i litteraturen metoden bygger på. I MSTs håndbok er ikke begrepene om utviklingstraumer eller regulering tatt i bruk, og traumer framstilles ikke som en risikofaktor. Potensielle konsekvenser av traumer er hovedsakelig beskrevet som symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Henggeler et al., 2013). Dokumentasjonen og kommunikasjon om traumebehandlingen i MST kan dermed stå i fare for å begrenses til kartlegging av traumeerfaringer, PTSD-screening og henvisning til BUP, som kan tilby traumefokusert



kognitiv atferdsterapi (TF-CBT), i tråd med MST-håndbokens anbefalinger (Henggeler et al., 2013). Slik kan MST underkommunisere sitt eget sentrale endringsarbeid med traumatiserte i form av multisystemisk reguleringsstøtte. Samtidig ser vi at MST Norge innlemmer kunnskap om utviklingstraumer, og arbeider aktivt for at denne kunnskapen skal komme inn i arbeidet i alle MST-teamene: I 2018 ble utviklingstraumer, reguleringsstøtte og samregulering satt opp som grunnkunnskaper hos alle MST-terapeuter, det ble påpekt at traumatiske oppvekstbetingelser kan føre til vansker som ikke fanges opp i en PTSD-screening, og at traumer og påfølgende konsekvenser bør innlemmes i de multisystemiske analysene. Slike retningslinjer kan styrke MST-teamenes evne til å ivareta kjernebehov hos utviklingstraumatiserte, men svekkes av at de kun eksisterer som et tilleggsnotat, fremfor å være integrert i MSTs teoretiske forståelse av atferdsvansker eller i verktøyene for multisystemisk kartlegging.

Samtidig mener vi det er noen fordeler med MSTs måte å jobbe med regulerings- og samspillsvansker på, uten å knytte disse til traumer og omsorgssvikt. Mange vil kunne ha traumeerfaringer som ikke er kjent. I tillegg kan det være problematisk å snakke om utviklingstraumer når man jobber multisystemisk med en rekke samarbeidspartnere. Dersom barndomstraumer er uttalt årsak til reguleringsvansker, vil mange kunne forhåndsdomme foreldrene for å ha påført barnet krenkelser eller tillatt krenkelser fra andre. Mange ungdommer ønsker heller ikke å dele sine mest smertefulle erfaringer med lærere, fotballtrenere, politi, naboer og andre nøkkeldeltakere. I tillegg erfarer vi at mange ungdommer med alvorlige atferdsvansker strever med reguleringsvansker uten at det nødvendigvis er knyttet til traumatiserende oppvekstbetingelser. Vi mener derfor det kan være en styrke å kunne jobbe med reguleringsstøtte med et tydelig her-og-nå fokus, slik MST gjør, uten å knytte dette til traumatiske hendelser.

En annen mulig utfordring i MSTs møte med utviklingstraumatiserte kan være den korte behandlingstiden. Utviklingstraumatiserte har behov for intensiv reguleringsstøtte langt utover den perioden MST-teamet er involvert. MST bygger på forskning som viser at de største endringene skjer i løpet av de første fem månedene i terapi, og at faren for å svekke nøkkeldeltakernes selvdrevenhet og kraft som endringsaktører er større enn den potensielle gevinsten ved å fortsette behandlingen (Henggeler et al., 2013). MSTs oppgave er å gi foreldre og andre viktige personer i ungdommens økologi forståelse og ferdigheter slik at de kan møte kommende utfordringer og drive endringsprosessen videre. Samtidig kan det innvendes at forskningen MST bygger på, ikke spesifikt har studert behandling av utviklingstraumatiserte, men ungdom med atferdsvansker generelt. I tillegg gjør behandlingstiden MST avhengig av andre systemers videreføring av endringsarbeidet for å kunne lykkes.

Noe av skepsisen til MST blant traumepsykologer kan også ligge i MSTs fokus på selve atferden, atferdens funksjon, bruk av atferdsterapeutiske intervensjoner og grensesetting overfor traumatiserte ungdommer. MSTs begrepsbruk og atferdsorienterte tilnærming kan tilsynelatende mangle sensitivitet, dybde og forståelse av atferd som smerteuttrykk. Samtidig er MST utviklet for å behandle

ungdom med et alvorlig og skadelig atferdsuttrykk, som ofte gjør situasjonen kaotisk og akutt. Ungdommens familie og skole kan oppleve å være hjelpeløse i en krisesituasjon, der våre ungdommer står i fare for å miste både omsorgsbasis og skoleplass eller utsette seg selv for situasjoner som er skadelige, og potensielt gir nye traumeerfaringer dersom ikke atferden endres raskt. Når flere nøkkelpersoner, med ulike perspektiver og meninger på ulike arenaer må samhandle i en slik krisesituasjon, erfarer vi det som nødvendig at språk og intervensjoner er så tydelige og konkrete som mulig, og at et fokus på observerbar atferd er til hjelp.

MST bruker grensesetting for å beskytte sårbare ungdommer, men forsøker å lære opp nøkkelpersoner i å sette grenser på en skånsom, varm, regulerende og traumesensitiv måte. Å skape avstand til ungdommen i en konfliktsituasjon brukes dersom ikke forsøk på regulering når fram, og det er behov for tiltak som hindrer skade. MSTs bruk av forsterkningssystemer med belønning og konsekvenser benyttes ikke i forbindelse med følelsesregulering, men for å skape motivasjon for rask endring av atferd, som kan være nødvendig for å hindre ytterligere problemutvikling, tap av skolegang eller omsorgsbasis, eller dersom terapeuten og familien vurderer uheldige forsterkningsbetingelser som avgjørende opprettholdende faktorer for et alvorlig problem. Vi mener derfor at MSTs fokus på atferd, atferdens funksjon og bruk av atferdsterapeutiske tiltak ikke nødvendigvis er i konflikt med en traumesensitiv tilnærming der reguleringsstøtte er kjernen i behandlingen. Tvert imot kan MSTs rammer bidra til å dempe voldsomme atferdsuttrykk tilstrekkelig og hindre kollaps i ungdommens økologi, og slik gjøre det mulige å tilby multisystemisk reguleringsstøtte i tråd med sentrale anbefalinger i nyere traumelitteratur.

## **Krever samarbeid**

**«Litteraturen MST bygger på, har ingen tydelige beskrivelser av traumer som årsak til atferdsvansker»**

Slik vi ser det, er ingen av de sentrale elementene i MST på kollisjonskurs med en traumesensitiv tilnærming, slik den beskrives av Nordanger og Braarud (2017). I tillegg mener vi at MSTs sosialøkologiske tilnærming kan tilføre en helhetlig og fleksibel ramme for oppøving av følelsesregulering på flere av ungdommens arenaer og i overgangene mellom disse i hverdagen.

Samtidig mener vi MST ville stå stødigere i sin tilnærming til traumer dersom behandlingen integrerte nyere kunnskap om barndomstraumer og reguleringsvansker i sin felles håndbok. På dette området er det klare begrensninger ettersom MSTs håndbok og organisasjonsmanual revideres sjelden og beslutninger om hva som skal og ikke skal inkluderes, tas av MST Services i USA. Likevel tror vi at både Bufdir og NUBU, som faglig støtter og kvalitetssikrer MST i Norge, kan bidra til en felles forståelse,

praksis og kommunikasjon om reguleringsvansker og utviklingstraumer internt, gjerne i samarbeid med viktige aktører på traumefeltet. Da vil traumepsykologene og MST få muligheten til å enes om hvordan traumeerfaringer og reguleringsvansker opprettholder atferdsvansker, og hvordan vi med god støtte kan tilby det beste fra de to perspektivene: kvalitetssikret multisystemisk reguleringsstøtte.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 10, 2019, side 746-754*

#### TEKST

**Ida I. Lange-Nielsen**, psykolog og MST veileder, Buskerud

KONTAKT: [ida.i.lange.nielsen@gmail.com](mailto:ida.i.lange.nielsen@gmail.com)

**Per Øyvind Svenkerud**, psykologspesialist og MST-veileder, Agder

#### ILLUSTRASJON

**Steph Hope**, illustratør

+ Vis referanser

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723>

Research perspectives. *Developmental psychology*, 22, 734-742. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.22.6.723>

Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D., Cunningham, P.B.

(2013). *Multisystemisk terapi for barn og unge med alvorlige atferdsvansker*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lyttle, S. & Brodie, S. (2007). Child abuse and its relationship to conduct disorder. Hentet 22. mars 2018 fra <http://www.priory.com/psych/abuse.htm>

Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge*. (NOVA Rapport <https://doi.org/10.7577/nova/rapporter/2007/20>

20/07). Hentet 29. april 2019 fra <https://www.bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=071734368>

Nordanger, D.Ø. & Braarud, H.C. (2017) *Utviklingstraumer – Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget

Ogden, T. & Hagen, K.A. (2006). Multisystemic treatment of serious behaviour problems in youth: Sustainability of effectiveness two years after intake. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(3), 142-149. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2006.00396.x>

Perry, B.D., Pollard, R., Blakely, T., Baker, W. & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaption and 'use-dependent' development of the brain. *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-291. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199524\)16:4<271::AID-IMHJ2280160404>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199524)16:4<271::AID-IMHJ2280160404>3.0.CO;2-B)

Shackman, J.E., Shackman A.J. & Pollak, S.D. (2007). Physical abuse amplifies attention to

threat and increases anxiety in children. *Emotion*, 7(4). <https://doi.org/838-852>. 10.1037/1528-3542.7.4.838

Siegel, D.J. (2012). *Developing Mind* (2. utg.). New York: Guilford Publications.

van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>