

Foreldrene skal være med



Jeg har alltid tenkt at man ikke skal sende bort et barn som har problemer - man skal ta det til seg.

TEKST

Ole-John Pedersen

ILLUSTRASJON

Anja Dahle Øverbye

PUBLISERT 1. desember 2020

Når ungdom får store nok problemer, legges de inn til psykiatrisk behandling der de kan få intensiv hjelp av eksperter. De tas ut av nærmiljøet sitt og i noen tilfeller også bort fra familien sin. Ekspertene skal finne ut hva som er galt med ungdommen, vurdere alvorlighetsgraden av problemet, stille mest mulig korrekt diagnose og foreslå eller sette i verk effektiv behandling, som helst skal være evidensbasert. Spørreskjema, som skåres via datamaskin, brukes hyppig, gjerne før en har fått en relasjon til ungdommen. Gjennom mitt arbeidsliv som barne- og ungdomspsykolog har jeg hatt vansker med denne medisinske måten å forstå problemer på. Etter mitt syn er det stor forskjell på et beinbrudd og de sammensatte problemene vi møter hos barn og unge. Det burde gjenspeiles i modellene vi jobber etter. Jeg har alltid tenkt at vi mennesker fungerer i relasjon til andre, og at tilhørighet til familie er svært viktig også for ungdommer med problemer. Da bør man ikke bare se på et problem isolert, men også på om det har oppstått i en spesiell kontekst, og hvordan familie og hjelpeapparat har organisert seg rundt problemet. Det blir for meg feil å legge inn ungdommer alene til vurdering og behandling når det oppstår ei krise. Man skal ikke sende bort et barn som har problemer - man skal ta det til seg.

Familie- og nettverkstenkning

Siden 1986 har jeg jobbet innenfor psykisk helsevern for barn og unge i Bodø. Der har familie- og nettverkstenkning hatt en sentral plass innenfor de forskjellige enhetene (Reigstad, 2005). Spesielt har ideene til Harlene Anderson og Harold Goolishian (1988) vært viktige inspirasjonskilder. Anderson og Goolishian beskrev ungdommenes problemer som forstyrrelser i samspill og utvikling. De var mer opptatt av interaksjon mellom ungdommer og de som stod rundt dem, enn å finne ut hva som var galt med ungdommene. Disse perspektivene har vært mye benyttet i Familieenheten (Finne et al., 1994; Pedersen et al., 1996). Å få til gode samtaler mellom ungdom og foreldre har vært et mål. Da jeg arbeidet ved poliklinikken og møtte fortvilt ungdom som snakket om å ta livet sitt, samlet jeg familie, nettverk og ungdommen selv til et møte på kveldstid. Disse møtene resulterte aldri i innleggelse av ungdommen. Når man begynte å snakke sammen, fant man andre løsninger.

Akutteneheten

Akuttenehet for ungdom (heretter kalt Akutteneheten) ble opprettet i 1999 som ei fylkesdekkende avdeling for Nordland med seks plasser. Familie- og nettverkstenkningen stod sentralt da Akutteneheten ble etablert, blant annet i møte med ungdommer som snakket om å ta livet sitt. I tillegg til enkeltrom for ungdommer har enheten leiligheter, der foreldre og søsken kan bo, og gjerne sammen med den innlagte ungdommen.

Ved Akutteneheten har det vært et mål å begrense tvangsbruk. Det illustreres best ved at enheten ble drevet på dispensasjon fra psykisk helsevernforskriften og spesialisthelsetjenesteloven de første fem årene, fordi den verken hadde skjernet avsnitt eller belteseng (Jensen, 2005). Jeg tror at det nære samarbeidet enheten har hatt med foreldrene, er en viktig årsak til at vi har lyktes med å redusere tvangsbruk.

Slik jobbet vi

I perioden 2008–2016 var jeg ansatt ved Akutteneheten som psykologspesialist. En hovedutfordring der var å jobbe med ungdommens plass i familien i løpet av svært kort tid. I arbeidet vårt forsøkte vi å prioritere førstegangsinleggelse. Tanken var å forebygge reinnleggelse, da vi vet at andre gangs innleggelse kan gjøre noe med ens identitet. Ikke sjelden måtte vi likevel, på grunn av kapasitetsproblemer, skrive ut ungdommene før vi hadde fått til det vi ønsket.

Vi hadde som mål å få begge foreldre med når ungdommene ble innlagt, også når foreldrene ikke bodde sammen. Undersøkelser viser at mødre og fedre ofte ser problemer forskjellig (Moreno et al., 2008), og ikke sjelden var uoverensstemmelser mellom foreldre en del av ungdommens problem. Vi ønsket at foreldrene skulle stå sammen om å hjelpe barna sine.

Innledende samtale

I første samtale møtte vi foreldrene og ungdommene sammen. Vår tanke var at det var trygghetsskapende å gi ungdommene en oversikt over hva som skulle skje under

oppholdet, og at det ville bidra til et godt samarbeid. Vi informerte om at vi kom til å snakke om hva som hadde ført til at ungdommene hadde fått det så vanskelig, og vi ønsket å vite hvordan ungdommene hadde det. For oss var det viktigere å formidle et håp om at noe kunne bli annerledes, enn å formidle bekymring.

«Vi var ikke opptatt av å gjøre hyppige selvmordsvurderinger, selv om vi langt på vei var pålagt å gjøre det»

Vi tegnet opp forskjellige mulige årsaker til at ungdommer kan få problemer: arvelige disposisjoner som utviklingsforstyrrelser og psykiske lidelser, somatiske problemer, miljømessige faktorer som forhold til familie, skole og venner. Traumer ble nevnt spesielt. Vi ønsket å signalisere at vi ville se bredest mulig på problemene.

Ved selvmordsfare gjorde vi det også klart at vi ønsket å vende blikket mot årsakene til selvmordstankene, og at vi ville unngå å ta fra ungdommene kontrollen. Tvang skulle begrenses, og gjensidig tillit bygges.

Familiekart og anamnese

De første dagene brukte vi tid alene med foreldrene for å lage familiekart og anamnese. Vi fikk ofte tilgang til anamneser fra før innleggelsen, og supplerte dem med å spørre foreldrene om følelsesmessige forhold: «Hvordan var det for dere da dere fikk vite at du var gravid?» «Fortell om din opplevelse ved fødselen.» Vi stilte også spørsmål som kunne si noe om barnets plass i familien: «Hvem lignet han på som nyfødt?», «Hvordan fikk hun navnet sitt?» Når vi tegnet familiekartet sammen med foreldrene, la vi stor vekt på deres relasjoner til sine foreldre. «Var du mammagutt eller pappagutt?» «Hvem gikk du til når du skulle ha trøst, og hvem gikk du til når du skulle ha oppmuntring?» Vi forsøkte å se på hva som ble videreført fra generasjon til generasjon, men også å undersøke deres bevisste valg om å gjøre noe annerledes enn før: «Jeg vil aldri at mine barn skal oppleve rus i familien, sånn som jeg gjorde», hørte vi flere foreldre si. Mange foreldre begynte å snakke om følsomme temaer eller familiehemmeligheter (jf. Seltzer, 2003). Den andre forelderen hadde gjerne ant at det var noe som ikke ble snakket om og fikk en ny forståelse av familiedynamikken. Vi var opptatt av barnets plass i familien, og hadde nytte av Rudi Dallos og Arlene Veteres (2014) gode spørsmål om tilknytning. Foreldrene hadde ofte ikke tenkt så mye over relasjonelle mønstre i familien, og vi hadde som mål å komme tilbake til tematikken i de påfølgende familiesamtalene i løpet av innleggelsen.

I gjennomgang av ungdommens historie var vi bevisste på å spørre om positive egenskaper. Vi ønsket å få fram et nyansert bilde. Ungdommens historie ble sammenlignet med foreldrenes, og vi så på likheter og forskjeller.

Familiesamtaler

I den første familiesamtalen der alle var til stede, tok vi gjerne frem familiekartene. De aller fleste barn og unge ser ut til å like denne formen for samtale, og deltar spontant og forbausende aktivt (jf. Alsing, 2014). Ungdommene var interesserte, de supplerte og korrigerende foreldrenes informasjon. I stedet for bare å fokusere på ungdommens problem snakket vi om hvordan de hadde det sammen som familie, og om relasjoner til andre, som for eksempel besteforeldre. Alle fikk sagt sitt, og vi hadde inntrykk av at synspunktene gjerne ble forstått og respektert.

I familiesamtaler forsøkte vi å unngå å bruke hvorfor-spørsmål, som ofte representerer en lineær forståelse av hvordan årsak og virkning henger sammen. Sirkulære og refleksive spørsmål er mer egnet til å framkalle en følelse av allianse i familier (Dozier et al., 1998). «Hva tror du at din far ville ha svart på spørsmålet?» «Hvilke tanker får dere om det hun sier?» Når vi gikk gjennom familiekart og anamnese i familiesamtalene, var vi blant annet opptatt av å få fram de gode historiene om både foreldre og barn, inspirert av Wenche Seltzers (1988) tilnærming. For eksempel: En familie hadde dårlig økonomi og boforhold, og var uglesett i nærmiljøet. Foreldrenes vanskelige bakgrunn var kjent, men det var ikke kjent at faren ved to anledninger hadde reddet menneskeliv. Da faren fortalte om hendelsene til sin sønn, gråt de begge. Det å ha en pappa som er livredder, er noe å være stolt av.

Vi var ikke så redde for å la foreldrene fortelle om egne vanskeligheter og heller ikke om familiehemmeligheter. Det skapte gjerne en følelse av nærhet mellom de voksne og ungdommene, og gav også ungdommene en ny forståelse av familien sin. Unni Fauske (2014) mener at ungdommer ønsker oppmerksomhet i familieterapi, men ikke å være i fokus hele tiden. Det er i tråd med vår erfaring. Vi forsøkte dog å unngå at foreldrene fikk så mye plass at ungdommene ble usynlige (jf. Nilsson & Trana, 2000).

En eller begge av ungdommenes kontaktpersoner i avdelingsmiljøet var med i familiesamtalene, og dette åpnet muligheter for å bruke reflekterende prosesser (Andersen, 1987). Da stoppet vi opp underveis, og stab og miljøpersonale delte sine tanker med hverandre med familien til stede, fortrinnsvis med et positivt fokus. Vi forsøkte å bruke et hverdagslig språk framfor fagterminologi, for ikke å skape avstand til familien. Bruk av refleksjon åpnet for å se flere sider av et problem og flere mulige måter å takle det på. Familien kunne så finne ut om noe var relevant for dem.

Invitasjon av familie og nettverk

Akutteneheten har egne barneansvarlige som ivaretar søsken (jf. Helsedirektoratet, 2010). Småsøsken var gjerne med ved innleggelse av ungdommer, fordi de kom i følge med foreldrene. Anne-Beth Grøndahl (2011) hevder at voksne undervurderer hva barn får med seg av problematiske hendelser i familien, og hvor mye tristhet, engstelse og bekymring dette vekker hos barna. Småsøsken oppfatter ofte seg selv som aktører i brorens eller søsterens problem (jf. Stern, 1985). Vi mente det var viktig at de yngre søsknene fikk oversikt over situasjonen. I våre samtaler med småsøsken til stede kom det også fram positive egenskaper ved familien som vi ikke hadde snakket om, og småsøsken kunne gi beskrivelser som de andre i familien opplevde som svært treffende.

Også storesøsken hadde vi spesiell nytte av å invitere. De så vi på som eksperter på å vokse opp i familien, men med lengre fartstid enn den innlagte ungdommen. Vi hadde gjerne egne søskensamtaler, og opplevde også flere ganger at det var lettere for de innlagte ungdommene å snakke i familiesamtaler når de hadde storesøsken ved sin side.

Vi hadde en intensjon om å besøke ungdommene heime etter utskriving. I praksis fikk vi det sjelden til, fordi det ble for tidkrevende. Derfor inviterte vi gjerne andre til Bodø: tanter, onkler, besteforeldre, nære venner, kjærester, lærere og kontaktpersoner i hjelpeapparatet. Hvem som skulle inviteres, valgte vi ut i samarbeid med ungdommene og foreldrene.

Sikkerhet eller trygghet?

Mange ungdommer ble innlagt hos oss grunnet suicidfare. Jeg tenkte ofte på hvordan det ville ha vært dersom ungdommen var min sønn eller min datter. Som far ville jeg ha vært mest mulig involvert i den hjelpen barnet mitt skulle få. Den anledningen fikk foreldre ved Akuttenheten. Vi erfarte at foreldrenes tilstedeværelse trygget både ungdommen og personalet.

Ved akuttinstitusjoner forsøker man å overvåke og kontrollere for å sørge for at pasienter ikke kommer til skade. Denne sikkerhetstilnærmingen handler ofte om institusjonens behov for ikke å gjøre noe galt, men er ikke nødvendigvis den som hjelper ungdommene best. De trenger blant annet å lære seg å takle kriser, uten å tenke at selvmord er den eneste veien ut. Tormod Stangeland (2012) skiller mellom sikkerhet og trygghet i møte med pasienter med selvmordsfare. Han hevder at trygghet handler om mer enn å skjerme ungdommen fra fare, og knytter begrepet opp mot betydningen av trygg tilknytning (f.eks. Ainsworth, 1972): «Trygge ungdommer vet at de har en plass hos andre der de hører til, at andre gir dem vennligsinnet oppmerksomhet og vil hjelpe dem når de trenger det» (s. 141). Vi erfarte at foreldrene gjerne var mindre opptatt av sikkerhet enn det vi var. Dessuten gjorde deres tilstedeværelse sannsynligvis ungdommene tryggere og reduserte behovet for å tenke sikkerhetstiltak og tvang. At foreldre var til stede, gjorde også oss tryggere. Foreldre er i utgangspunktet de som kjenner sine barn best, og det var godt å ha dem med på laget i vanskelige vurderinger, for eksempel om ungdommene skulle få fri utgang alene.

Å relatere versus vurdere

Ungdommene som drev med selvskading, strevde gjerne med å sette ord på sine problemer og følelser. Flere hadde sannsynligvis opplevd traumer som de ikke maktet å fortelle om. En av dem, med en rekke innleggelser hos oss bak seg, ble innlagt på nytt like før hun fylte 18. Da var hun klar til å fortelle om overgrepene hun hadde vært utsatt for. Når vi hadde hypoteser om at ungdommer hadde vært utsatt for traumer, unnlot vi å presse dem til å fortelle. Vi mente at det ville være respektløst. Traumer hadde vi allerede nevnt i første samtale, og tegningen av mulige årsaker til problemene var gjerne hentet fram igjen underveis i oppholdet.

Selv om vi forsøkte å behandle ungdommene med respekt, unngikk vi ikke at noen selvskadet og drev med selvmordsnær atferd. Vi samarbeidet da med foreldrene om hvordan vi skulle forholde oss til atferden. Foreldrene kunne så følge opp selvskadingen etter at ungdommen var skrevet ut. Vårt inntrykk var at søkelyset på familiære forhold syntes å gjøre ungdommene mindre opptatt av relasjonen til andre ungdommer med problemer. Foreldre og barn fikk dessuten tid til å gjøre ting sammen som de kanskje ikke hadde prioritert i en travel hverdag heime.

Vi var ikke opptatt av å gjøre hyppige selvmordsvurderinger, selv om vi langt på vei var pålagt å gjøre det. Generelt tenkte vi at det var viktigere å relatere enn å vurdere (jf. Anderson & Goolishian, 1992). Vår tanke var at det var bedre å møte ungdommene med interesse for hvordan de hadde det, enn å signalisere at vi var eksperter som skulle finne ut hva som feilte dem, og hvor syke de var. Vi erfarte at det var lettere for ungdommer å snakke når vi unnlot å møte dem med ei formell og vurderende holdning.

Et spørsmål vi likevel gjerne stilte i familiesamtaler, var: «Hvordan hadde det blitt for deg dersom han/hun hadde tatt livet sitt?» Vi oppfattet det som et spørsmål om relasjon, og ikke som et vurderende spørsmål. Kvalitativ forskning peker også på at pasienter som har vært innlagt grunnet selvmordsforsøk eller alvorlige selvmordstanker, ønsker at behandlere og miljøpersonale er opptatt av relasjonene deres (Hagen et. al., 2020).

Kim Larsen (2010) skriver om det urealistiske i å predikere selvmord på individnivå, om falske positive og falske negative når en vurderer ut fra kjente risikofaktorer på gruppenivå. Ved Akuttenheten registrerte vi at noen psykologkollegaer la inn mange ungdommer grunnet suicidfare, mens andre med tilsvarende jobber sjelden eller aldri gjorde det. Med andre ord: Selvmordsvurderinger er langt fra objektive. Når vi gjorde våre vurderinger sammen med foreldrene, som kjente sine barn best, var det svært sjelden at vi vurderte suicidfaren som stor. Erfaringene våre sammenfaller med erfaringene ved BUPA Ungdomsseksjonen for øyeblikkelig hjelp i Drammen, der de så at den psykologiske betydning av å oppleve at de nærmeste bryr seg og har omsorg samtidig som de passer på, var vel så effektiv for å redusere risikoen for nye selvmordsforsøk som en innleggelse (Baklund et al., 2011).

Sluttord

Ved Akuttenheten hadde vi et håp om at når foreldre og ungdommer begynte å snakke sammen, ville de fortsette med det etter utskriving. De ville kanskje få en sterkere følelse av nærhet seg imellom. Vi ønsket å nå noen av de ungdommene som syntes at de hadde et vanskelig forhold til familien, og som ikke følte seg sett, som hadde behov for å føle tilhørighet og å bli bekreftet. Hvorvidt vi lyktes med dette, er vanskelig å vurdere, men vi tok det som et godt tegn når ungdommer ikke ble innlagt på nytt.

Etter å ha jobbet innenfor psykisk helsevern for barn og unge i mer enn 30 år er jeg bekymret for utviklinga i fagfeltet. Vi skal i dag helst redusere ungdommers problemer til noe vi kan jobbe målrettet og individrettet med etter en medisinsk modell.

Utredningsplaner og behandlingsplaner vektlegges. For enkelte ungdommer kan det være bra, men de fleste jeg møter i mitt virke, har svært sammensatte problemer, og vi er avhengige av tiltak også på de sosiale og relasjonelle områdene for å hjelpe dem. En fare med rådende tenkning er at vi blir for opptatt av relasjonen mellom terapeut og klient og glemmer familiens og nettverkets betydning. For som mine gode kollega i Familieenheten Inger Finne brukte å spørre: «Hvem er det som feirer jul med barna?»

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 12, 2020, side 878-883

TEKST

Ole-John Pedersen

KONTAKT: ojp001@online.no

ILLUSTRASJON

Anja Dahle Øverbye

+ [Vis referanser](#)

Ainsworth, M.D.S. (1972). Attachment and dependency: A comparison. I Gewirtz, J.L. (red.),
Winston and Sons.

Alsing, H.C. (2016). Å gå i hi (kikomori). Uortodoks familierapeutisk behandling ved skolevegring.
, (3), 201-219.

Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work.
(4), 415-428.

Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and
evolving ideas about the implications for clinical work. (4), 371-393.

Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. I
McNamee, S. & Gergen, K.J. (red.),
(s. 25-39). Sage Publications, Inc.

Baklund, L., Nilssen, K., Ristvedt, L. & Zeiner, P. (2012). Hvordan organisere et akutt tilbud for
ungdom i selvmordsrisiko? , (3), 22-27.

Dallos, R. & Vetere, A. (2014). Systemic therapy and attachment narratives: Attachment narrative
therapy. , (4), 494-502.

Dozier, R.M., Hicks, M.W., Cornille, T.A. & Peterson, G.W. (1998). The effect of Tomm's
therapeutic Questioning styles on therapeutic alliance: A clinical analog study. ,
(2), 189-200.

Fauske, U. (2014). Hva mener barn er nyttig hjelp i familierapi? , (3), 226-
244.

Finne, I. (1988). Personlig kommunikasjon.

Finne, I., Balmбра, S., Pedersen, O.-J., Willumsen, L. & Sårheim, S. (1994). Nå gjelder det Astrid.
(4), 232-243.

- Grøndahl, A.-B. (2011). Barna har en plass i familievernet. , (2), 124-134.
- Hagen, J., Hjelmeland, H. & Knizek, B.L. (2020). Suicidalitet er relasjonell. (2), 131-132.
- Helsedirektoratet (2010). Rundskriv IS-5.
- Jensen, G. (2005). I SINTEF Helse STF78 A055010: 29-50.
- Larsen, K. (2010). Selvmordsforebygging: Balansegang mellom realisme og optimisme. (10), 906-907
- Moreno, J, Silverman, W.K., Saavedra, L.M. & Phares, V. (2008). Fathers' ratings in the assessment of their child's anxiety symptoms: A comparison to mothers' ratings and their associations with paternal symptomatology. , (6), 915-919.
- Nilsson, M. & Trana, H. (2000). Fra opplevd dilemma til mulige løsninger i terapeutiske samtaler med barn og deres foreldre. , (6), 541-551.
- Pedersen, O.-J., Balmbra, S., Finne, I. & Mevik, K. (1996). «... men det er nok blitt bedre nå?» En etterundersøkelse med familier som har vært innlagt i familieavdelingen, BUPA, Bodø. , (4), 189-201.
- Reigstad, B. (2005). Nordland. «Fra flo og fjære, til fjell og dypen dal». I Sommerschild, H. & Moe, E. (red.), (s. 312-320). Universitetsforlaget.
- Seltzer, W.J. (1988). Myths of destruction. A cultural approach to families in therapy. , (3-4), 17-34.
- Seltzer, W.J. (2003). Familiehemmeligheter: Tause fortellinger fra terapirommet. Gyldendal.
- Stangeland, T. (2012). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. , (2), 138-144
- Stern, D.N. (1985). Basic books.