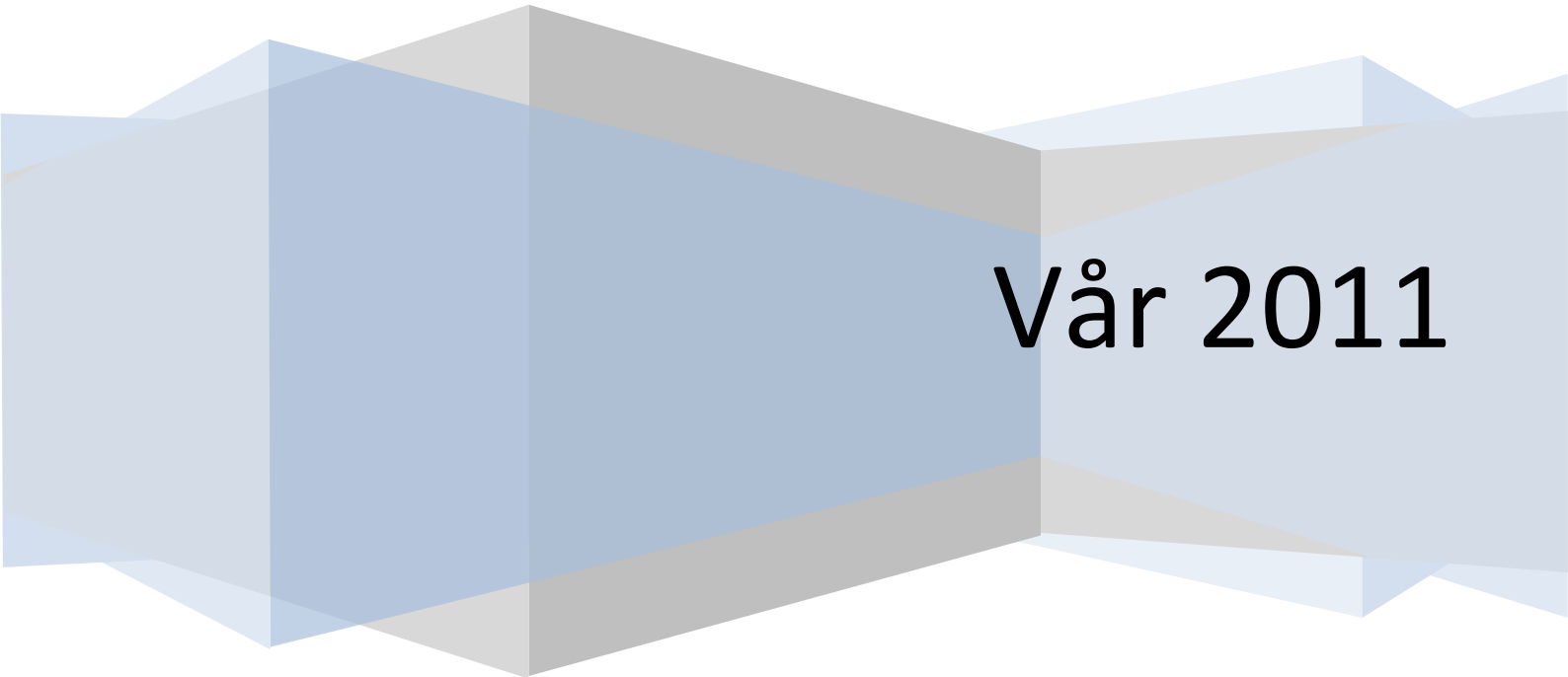


Psykologisk institutt, NTNU

# Fra skolehjem til Parent management training

En historie om forståelse og behandling av  
atferdsvansker i Norge

Kine Bøhagen



Vår 2011

## Sammendrag

Denne oppgaven vil ta for seg utviklingen i forståelsen og behandlingen av atferdsvansker i Norge, fra starten av 1900-tallet og frem til i dag. Atferdsvansker kjennetegnes ved et gjentakende og vedvarende mønster av aggressiv eller utfordrende atferd, for eksempel i form av lyving, stjeling, trusler og vold, med klare brudd på sosiale forventninger i forhold til alder og utviklingsnivå. Psykologisk teori og forskning, samt samfunnsmessige forhold som kan ha hatt en betydning for utviklingen vil bli gjennomgått. Generelt har Norge en lang tradisjon med institusjonsbehandling, som det har vært rettet mye kritikk mot. I den senere tid har man sett en økt satsing på strukturert familie- og nærmiljøbasert behandling, med fokus på samspill med omgivelsene, og disse viser lovende resultater. Begrepsbruk og diagnosesystem ser imidlertid ikke ut til å være i samsvar med dagens behandlingstilnærming. Årsaker til at det har tatt såpass lang tid å utvikle bedre behandlingsmetoder for atferdsvansker vil bli diskutert. Behandling av barn og unge med atferdsvansker utgjør stadig en utfordring for det norske samfunn, og det er viktig at man videreutvikler den kunnskapen man har i dag.



## **Innholdsfortegnelse**

Innledning .....	5
Atferdsvansker .....	9
Litteratur .....	12
Del 1: Fra barneredning til skolehjem – Vergerådstiden.....	14
Del 2: Barne- og ungdomspsykiatrien blir til i Norge .....	27
Del 3: Nye perspektiver i forståelse og behandling av atferdsvansker .....	46
Diskusjon og avslutning .....	62
Referanseliste .....	73



## Innledning

Bastøy var et skolehjem for gutter som eksisterte fra starten av 1900-tallet og frem til midten av 1950-tallet, og nylig ble det laget en film om et opprør som skjedde der i 1915. Det var meningen at Bastøy skulle gi disse guttene en bedre tilværelse, men realiteten var at det minnet mer om et helvete. Umenneskeligheten og lidelsene som blir portrettert i filmen var noe som rystet meg lenge etterpå. Var dette det beste den norske stat hadde å tilby barn og unge med atferdsvansker? Bastøy er dessverre ikke noe særegent eksempel, og det mangler ikke på skrekkehistorier fra andre såkalte oppdrags- og omsorgsanstalter som eksisterte første halvdel av 1900-tallet. De siste tiårene har en rekke skandaler knyttet til barnehjem og andre institusjoner som har hatt ansvar for barn blitt avslørt. Det fortelles om grov omsorgssvikt og overgrep (NOU 2004: 23), og dette har ført til en rekke erstatningssaker. Når det gjelder bortsending av mistilpassede barn, kom den første kritikken mot dette allerede på slutten av 1800-tallet, og etter det har den dukket opp igjen med jevne mellomrom (Thuen, 2008). Man må allikevel helt frem til vår tid før man ser at denne kritikken for alvor ble tatt til etterretning. Man kan undre seg over hvorfor håndtering av vanskeligstilte og mistilpassede barn utgjør en så mørk og dystert del av norsk historie, og hvorfor det har tatt så lang tid før kritikken ble hørt. Dette er noe av det jeg vil forsøke å belyse i denne oppgaven, ved å utforske utviklingen i forståelsen og behandlingen av atferdsvansker i Norge.

På den positive siden har det skjedd en utvikling hvor nærmiljøbaserte tiltak som Parent Management Training og Multisystemisk terapi har fått en mer sentral plass. Historien viser hvordan brennende engasjement hos enkeltpersoner har vært med å forme utviklingen, for eksempel Nic Waal sin innsats, som har gitt henne tittelen ”barnepsykiatriens mor” i Norge (Sommerschild & Moe, 2005). Ser man på første halvdel av 1900-tallet hadde man i mindre grad forskning å støtte seg til når det gjaldt behandling av atferdsvansker, selv om det skal nevnes at det ble gjennomført noen tidlige norske studier på området (Vogt, 1908;

Arctander & Dahlstrøm, 1932; Haugen, 1939). Etter hvert som barne- og ungdomspsykologien og psykiatrien fikk større fotfeste som disiplin, oppsto det også en økt forskningsinteresse på området. For eksempel bidro Bowlby sin forskning og tilknytningsteori til at man i større grad ønsket å satse på tiltak i barnets naturlige oppvekstmiljø fremfor institusjonsbehandling (Thuen, 2008). Andreassen (2003) har samlet en større andel forskning på atferdsvansker, og den tidligste forskningen som blir referert her er fra 1950- og 60-tallet, mens hovedvekten av forskningen er fra 1980- og 90-tallet.

Selv om det har skjedd en utvikling, utgjør alvorlige atferdsvansker stadig en utfordring for behandlingsapparatet, og det er fortsatt områder man mangler forskning på (Andreassen, 2003). Atferdsvansker er en av de vanligste grunnene for henvisning til behandling innenfor barne- og ungdomspsykiatrien (Pedersen et al., 2009). Dette er et alvorlig samfunnsproblem, da det disponerer for økende problemer jo eldre man blir (Kvillo, 2007). Man er i dag opptatt av å bruke evidensbaserte behandlingsmetoder for atferdsvansker, men det er fortsatt behov for forskning som spesifiserer hva som er nødvendige og tilstrekkelige betingelser for endring, for hvem ulike behandlinger fungerer og under hvilke betingelser (Nock, 2003). Det psykologiske perspektivet er bare et av flere perspektiver på atferdsvansker. Pedagogikk og barnevern er to fagområder som er nært knyttet til atferdsvansker, og det er naturlig si noe om disse perspektivene. Det norske samfunnet har gjennomgått store endringer fra starten av 1900-tallet og frem til i dag. Jeg finner det derfor hensiktsmessig å forsøke å relatere utviklingen i forståelsen av atferdsvansker til generell samfunnsutvikling og endring. Ved å gjennomgå historiske fremstillinger av temaer knyttet opp mot atferdsvansker, politiske dokumenter, eldre og nyere forskning, håper jeg å kunne skissere en mest mulig sammenhengende utviklingslinje i forståelse og behandling av atferdsvansker. Fokuset vil være de synspunktene, teoriene, behandlingsformene og tiltakene

som har vært mest sentrale i ulike perioder, og hva som har ført til overgang fra en tilnærming til en annen.

Det virker naturlig å dele opp utviklingen ut fra de ideer, verdier og faglige synspunkter som har preget samfunnet i ulike tidsepoker. Et viktig skille er før og etter barne- og ungdomspsykiatrien ble etablert som fagfelt i Norge på 1950-tallet (Sommerschild & Moe, 2005), en endring som antas å ha hatt en stor påvirkning på forståelsen av atferdsvansker. Ellers har det vært politiske skiftninger og andre samfunnsfaktorer som har preget utviklingen. Grovt sett vil jeg dele utviklingen opp i tre perioder. Den første periode tar for seg tidsrommet 1900 til 1950, med manglende faglig kompetanse og stor tiltro til institusjonsbehandling. Etter 1950-tallet har barne- og ungdomspsykiatrien og utviklingspsykologisk kunnskap fått økt betydning. Den andre perioden tar for seg det som foregikk fra 1950- til 1980-tallet. Nye institusjoner og behandlingsformer kommer til, hvor man blant annet hentet inspirasjon fra USA. Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker ser dagens lys, og man ser en økt satsing på familie- og nærmiljøbaserte tiltak, selv om institusjonsbehandling fortsatt er relativt utbredt. Til slutt vil jeg behandle hovedtrekkene i det som har skjedd fra midten av 1980-tallet og frem til i dag. Man ser i denne perioden en nedtrapping i institusjonsbehandling (Thuen, 2008) og en videre opptrapping av nærmiljøbaserte tiltak. 1990- og 2000-tallet har brakt med seg et økt fokus på evidensbasert behandling gjennom forskning (Kvvello, 2007). I dag har man et vidt repertoar av ulike terapi- og behandlingsformer å velge fra, med mer eller mindre støtte i forskningen. To behandlingsformer for atferdsvansker som har utmerket seg positivt er Parent Management Training og Multisystemisk terapi. Å prøve å redegjøre for alle elementene i utviklingen som har skjedd, vil være utenfor rammene av denne oppgaven. Det er de generelle hovedlinjene i utviklingen som vil være fokus her, eksemplifisert gjennom utvalgte teorier og behandlingsformer.



Det ser ut til å være to utviklingslinjer innenfor behandling som til en viss grad har fulgt hverandre parallelt, hvor den ene handler om utviklingen innenfor institusjonsparadigmet, og den andre om utviklingen innenfor familie- og nærmiljøbaserte tiltak. Spørsmål som vil bli behandlet er hvorfor det ble satset så stort på institusjoner, og hvorfor det vedvarte som hovedtilnærming såpass lenge, til tross for massiv kritikk. Det har blitt spekulert i hvorfor forholdene ved institusjonene ble så kritikkverdige og lite holdbare som de ble. Myndighetene hevdet å ha humanistiske motiv for bortplasseringen, og at dette var det beste for barnet, men stemte egentlig dette? Ser man tilbake på historien, kan det se ut til at vi har et primitivt behov for å fjerne de som avviker fra resten av samfunnet (Wolfensberger & Tullman, 1982). Tiltak i barnets naturlige oppvekstmiljø ble ansett som det mest ønskelige alternativet fra tidlig av, og et annet spørsmål, som henger sammen med det første, er hvorfor det tok relativt lang tid før denne typen tiltak fikk en bredere etablering. Man kan si at endring ofte tar tid, men det bør undersøkes om det har vært faktorer til stede som har forsinket utviklingen innefor denne tilnærmingen. Atferdsvansker er et komplekst problem med ulik alvorlighetsgrad, som kan påvirke ulike arenaer i barns liv. Det kan arte seg på forskjellige måter, og det kan knyttes opp mot en rekke risikofaktorer, samt andre psykiske lidelser (Kvelling, 2007). Utvikling i forhold til klassifisering/differensiering og behandlingfokus blir derfor et viktig tema. Mens man har sett en økt differensiering av behandlingstiltak med fokus på betydningen av samspill, ser man ikke ut til å ha kommet så mye lengre med hensyn til diagnosesystem og begrepsbruk i dag enn det man hadde på starten av 1900-tallet, noe jeg vil forsøke å vise gjennom denne oppgaven. Ulike teorier om atferdsvansker har i varierende grad lagt vekt på indre og ytre forhold ved barnet, eller individet og systemet rundt, og dette er også et relevant element i utviklingen som vil bli belyst.

”Det kan være viktig i forhold til dagens og fremtidens utfordringer å kunne identifisere de ulike utviklingslinjer, premisser og sammenhenger historisk sett. Forståelse av dagen situasjon, samt utsyn og planlegging for fremtiden kan lett bli fragmentarisk og perspektivløst uten en slik historisk forståelse”, skriver Einar Moe i innledningen til sin historiske fremstilling av Nic Waals institutt (2003, s. 3). Intensjonen er å gi en slik historisk forståelse av atferdsvansker gjennom denne oppgaven, slik at man bedre skal forstå situasjonen i dag. Dette leder frem til en todelt problemstilling som lyder:

- 1) Hvordan har utviklingen i forståelsen og behandlingen av atferdsvansker vært i Norge fra starten av 1900-tallet og frem til i dag?
- 2) Hvilke andre samfunnsforhold ser ut til å ha hatt betydning for utviklingen?

Her vil det bli lagt vekt på de to hovedutviklingslinjene som har blitt skissert, og deres begrunnelse i psykologisk og eventuelt annen teori og forskning. Jeg ønsker å fremheve norske pionerer innenfor barne- og ungdomspsykiatri som ser ut til å ha hatt en særlig betydning, ved å bringe internasjonale teorier og erfaringer til Norge. Med samfunnsforhold menes for eksempel politiske retningslinjer, generelle holdninger, endringer i samfunnsstruktur og familieliv. Til slutt vil jeg forsøke å si noe om hvilke utfordringer som gjenstår.

### **Atferdsvansker**

*Atferdsvansker* er et relativt vagt og upresist begrep, og innholdet kan variere. Synonymer som har blitt brukt i ulike sammenhenger er *problematferd*, *atferdsproblemer*, *tilpasningsvansker* og *psykososiale vansker* (Andreassen, 2003), samt antisosial, impulsdrevet, egosvak og utagerende atferd, eller eksternaliserende vansker (Kvelling, 2007). Felles for en del av begrepene som brukes er at de plasserer problemene på individnivå (Andreassen, 2003). Det internasjonale diagnoseklassifiseringssystemet ICD-10, som norske

psykologer forholder seg til, opererer med begrepet *atferdsforstyrrelser* og skiller til en viss grad mellom ulike typer. Atferdsforstyrrelser kjennetegnes ved et gjentakende og vedvarende mønster av dyssosial, aggressiv eller utfordrende atferd. Det foreligger klare brudd på sosiale forventninger i forhold til alder og utviklingsnivå, og det impliserer at det er noe mer alvorlig enn vanlig barnestreker eller ungdomsopprør. Det legges vekt på at det er snakk om et vedvarende handlingsmønster. Eksempler på atferd som kan føre til diagnosen er betydelig grad av vold, trusler, behov for å ødelegge ting, ildspåsettelse, stjeling, lyving, skulking av skolen, utfordrende og provoserende atferd (Statens helsetilsyn, 1999).

Atferdsforstyrrelser kan overlape med andre lidelser. De vanligste komorbide psykiske lidelsene til atferdsvansker er reaktiv tilknytningsforstyrrelse, attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD), Asperger syndrom, og psykisk utviklingshemming (Kvello, 2007). Det er relativt vanlig med mildere uoppmerksomhet og overaktivitet hos barn med atferdsforstyrrelser, og skillet mellom atferdsforstyrrelser og hyperaktivitet ser ut til å være mindre tydelig (Statens helsetilsyn, 1999). Dette kan forklare den nære sammenhengen med ADHD. Både atferdsvansker og ADHD regnes som eksternaliseringsvansker, fordi symptomene (agresjon, antisosial atferd, hyperaktivitet) er rettet mot omgivelsene, i motsetning til internaliseringsvansker som er rettet mot personen selv. Lav selvfølelse og lettere emosjonelle reaksjoner kan imidlertid forekomme (Statens helsetilsyn, 1999). ADHD vil være utenfor fokusområde i denne oppgaven. Ifølge Kvello (2007) er et av de mest karakteristiske kjennetegnene ved atferdsvansker at man har problemer med å utvikle positive og gjensidige relasjoner med andre, og samspillet er preget av mange krenkelsener og konflikter.

Det er vanlig å gradere atferdsvansker fra lette til alvorlige, og alvorlige atferdsvansker fører til store psykososiale konsekvenser, både for personen selv og menneskene rundt (Kvello, 2007). Når det er snakk om alvorlige atferdsvansker hos ungdom og institusjonsplassering, defineres dette gjennom lov om barnevernstjenester. Vedkommende

det gjelder må da ha begått alvorlig eller gjentatt kriminalitet, ha et vedvarende rusmiddelmisbruk, eller vise alvorlige atferdsvansker på annen måte (Jf. Barnevernloven § 4-24). I internasjonal faglitteratur brukes ofte begrepene alvorlige atferdsvansker og antisosial atferd synonymt. Når begrepet antisosial atferd brukes om ungdommers atferd, dreier det seg ofte om lovbrudd, rusmiddelmisbruk, vold eller alvorlig regelbrudd (Andreassen, 2003). Dette samsvarer relativt godt med definisjonen av alvorlige atferdsvansker. Andre begreper som benyttes i den engelske litteraturen er *delinquency* og *conduct disorder* (Andreassen, 2003). *Delinquency* refererer til mer alvorlige atferdsvansker, og det dreier seg ofte om kriminelle handlinger.

Selv om atferdsvansker er et bredt begrep, som omfatter ulike former for atferd som bryter med de sosiale normene i samfunnet, og kan ha forskjellige underliggende årsaker, så er det like fullt et begrep man benytter seg av. Det dreier seg da om en samlebetegnelse på en type vansker med visse spesifikke felles kjennetegn. Det er utviklingen til atferdsvansker på dette generelle nivået som denne oppgaven vil ta for seg. Hvilke begreper som blir brukt vil variere noe, ut ifra hvilke begreper ulike teoretikere selv har operert med, og det er da ment å være implisitt at det handler om ulike begrepsbruk for den samme typen vansker. Noen av temaene som blir gjennomgått vil være mer relevant i forhold til alvorlige atferdsvansker, som utgjør den største utfordringen. En annen faktor som påvirker hvordan atferdsvansker utvises er alder, og ofte vil graden bli mer alvorlig etter hvert som barnet blir eldre (Kvello, 2007), samtidig som dette ikke gjelder for alle barn som utviser atferdsvansker (Andreassen, 2003). Det ser ut til at lignende behandlingsprinsipper går igjen i behandlingsformer på ulike alderstrinn, selv om enkelte faktorer knyttet til alder vil ha betydning. Ifølge Kvello (2007) kan man se symptomer på atferdsvansker allerede fra toårsalderen av, men her vil det i stor grad være fokus på skole- og ungdomsalder, da vanskene ofte vil tre tydeligere frem hos barnet når det begynner på skolen (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 1998).

Atferdsvansker ser ut til å være et større problem hos gutter enn jenter (Pedersen et al., 2009), men utover dette vil ikke kjønn bli nærmere utdypet her.

## Litteratur

Det er mange steder man kan begynne når man skal prøve å skaffe seg oversikt over utviklingen innenfor et større område over en lenger periode. For meg virket det hensiktsmessig å ta utgangspunkt i to norske historiske fremstillinger av to beslektede områder, nemlig barnepsykiatrien og synet på barnet og barndom. Her har Sommerschild og Moe (2005) og Thuen (2008) skrevet to relativt gode fremstillinger respektivt. Sommerschild og Moe (2005) tar for seg opptakten til etableringen av og utviklingen innenfor feltet barne- og ungdomspsykiatri/klinisk psykologi i Norge, fra starten av 1900-tallet og frem til 1980-årene, hvor de selv var aktive deltakere. Denne fremstillingen har gitt referanser til andre nyttige litteraturkilder i forhold til temaet atferdsvansker. En av disse var en doktorgrad (Thuen, 2002) skrevet av professor i pedagogikk Harald Thuen, som videre ledet frem til hans verk "Om barnet" (2008). Her tar Thuen for seg ulike ideologier og forståelser av barndom fra middelalderen til vår tid, med vekt på tre områder: oppdragelse, opplæring og omsorg. Samtidig skildrer han utviklingen innenfor arenaene familie, skole/barnehage, og barnevern. Et annet tema han skriver en god del om er barn med avvik, deriblant atferdsvansker, og hvordan samfunnet har håndtert dette i ulike perioder. Dette er en kilde som har vært til god hjelp, og har gitt referanser til annen relevant teori og forskning. Både Sommerschild og Moe (2005) og Thuen (2008) har ledet frem til fagpersoner som har vært sentrale med sine teorier og behandlingsformer for atferdsvansker. Her kan Hanselmann, Bowlby, Waal og Theophilakis nevnes, og disse vil bli nærmere omtalt.

Love, regler og retningslinjer utarbeidet av norske myndigheter utgjør rammene man en hver tid må forholde seg til, og de har dermed vært med å forme den faglige utviklingen,

ved å legge føringer for hvordan man skal tenke om atferdsvansker og handle som fagperson. Når det gjelder lover har særlig vergerådsloven av 1896, spesialskoleloven av 1951, barnevernloven av 1953, lov om psykisk helsevern av 1961, og lov om barnevernstjenester av 1992 vært av betydning. Ellers har jeg brukt to offentlige utredninger om barnevernet (NOU 2000:12; NOU 2004:23), som har tatt opp problematikk knyttet til atferdsvansker, samt evaluert ulike tiltak. Når det gjelder valg av politiske og offentlige dokumenter, har jeg forsøkt å velge de som i størst grad kan si noe om hvilke forståelser og behandlingsmetoder for atferdsvansker som har rådet i de norske samfunn på ulike tidspunkter. Sommerschild og Moe (2005) og Thuen (2008) har også vært en hjelp til å finne eldre litteratur, deriblant tre norske studier knyttet til behandling av atferdsvansker (Vogt, 1908; Arctander & Dahlstrøm, 1932; Haugen, 1939). Dette er jeg takknemlig for, da klinisk barnepsykologi og -psykiatri er et relativt nytt fagfelt, og det er vanskelig å finne eldre kilder av denne typen om atferdsvansker. Samtidig kan man se at den formen for vansker hos barn, som man i dag refererer til når man snakker om atferdsvansker, var noe man var opptatt av allerede på 1700 og 1800-tallet (Thuen, 2008), selv om man ikke hadde psykologiske teorier og behandlingsmetoder knyttet til dem.

To andre kilder som har vært til nytte er Kvello (2007) sin bok om atferdsvansker, og Andreassen (2003) som har oppsummert et større volum forskning på atferdsvansker og institusjonsbehandling. Ellers har det blitt gjort spesifikke litteratursøk knyttet til temaer som har kommet frem i kildene nevnt ovenfor. Databasene som har blitt brukt er PsycNet, tilhørende den amerikanske psykologiassosiasjonen (APA), NTNUs Universitetsbiblioteksbase, Norske Psykologforenings tidskriftbase, og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets nettsider. PsycNet er hoveddatabasen for internasjonal psykologisk forskning, og har blitt brukt til å finne supplerende informasjon og forskning knyttet til ulike temaer som har blitt behandlet, samt å søke opp artikler som har blitt funnet

underveis. Universitetsbiblioteksbasen har også blitt brukt en del til å finne referanser fra hovedkildene som har blitt nevnt, og til å gjøre søk på spesifikke temaer. Norsk Psykologforenings tidskriftbase inneholder nyere norsk psykologisk forskning, og ble brukt til å finne artikler om PMTO og Multisystemisk terapi. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets nettsider ble brukt til å finne informasjon om retningslinjer for behandling av atferdsvansker i Norge i dag, samt artikler som omtaler behandlingsmetoden MultifunC. Det har blitt brukt mange norske kilder, i og med at dette er en oppgave som skal ta for seg utviklingen av forståelsen og behandlingen av atferdsvansker i Norge, samtidig som det har blitt gjort forsøk på å få med viktige internasjonale kilder som kan knyttes til den norske utviklingen.

## **Del 1: Fra barneredning til skolehjem - Vergerådstiden**

### *Bakgrunn*

Middelalderen blir ofte regnet som en mørk tid, og dette gjelder også i synet på barnet. Selv om man i dag vet lite om barndom i middelalderen, tyder det kildematerialet man har på at det var harde vilkår for barn på denne tiden (Rudberg, 1983; Thuen, 2008). Ifølge Thuen (2008) var denne tidsepoken preget av den rådende kristne troen som førte med seg et underdanighetssyn på barnet, noe Rudberg (1983) også poengterer. En hver form for opptrinn fra barnet skulle bli slått hardt og konsekvent ned på. Dette kan spores tilbake til *arvesynden*, hvor barnet ble betraktet som ondt fra fødselen av, og det måtte derfor tuktes og formanest til kristen tro (Mortensen Vik, 2008). Middelalderen ble avløst av opplysningstiden, som ofte regnes som den moderne tids gjennombrudd. I denne perioden ser man et skifte i forståelsen av barnet, med Lockes oppdagelsesoptimisme og Rousseaus fokus på barnets egenart (Thuen,

2008). Et spørsmål som ble satt på dagsorden i denne perioden var hvordan man skulle ta seg av de barna som av ulike grunner falt utenfor.

Det var i denne perioden den filantropiske bevegelsen hadde sin blomstringstid, og som etablerte en rekke barneinstitusjoner i Norge på 1800-tallet (Thuen, 2008). Disse var basert på frivillighet og privat initiativ, og representerte et alternativ til de tidligere *tukthusene*, hvor man skulle *tuktes* til den rette livsførsel (NOU 2004: 23). Filantropibegrepet kommer fra det greske uttrykket *fil antropos* som betyr ”venn av mennesket”. Det var først og fremst nestekjærlighet og rettferdighet, fremfor vitenskap, som utgjorde ankerfeste for den filantropiske bevegelsen (Thuen, 2002). Disse institusjonene gikk under fellesbetegnelsen *barneredningen*, og inspirasjonen var hentet fra blant annet USA og England (Thuen, 2002). Barneredningsinstitusjonene kunne ha ulike formål, enten de var ment som rene omsorgstiltak, eller grep inn med oppdragelsestiltak og overtakelse av foreldreansvar der det var behov for dette (Thuen, 2008). Som Thuen (2002) viser i sitt doktorgradarbeid, vokste barneredningen frem parallelt med industrisamfunnet og byene. Gatebarn ble et økende problem, og det var synet av disse fattige barna i gatene som trigget barneredningsinitiativet. Thuens beskrivelser av barnas bakgrunn og vansker, gir en opplevelse av at det ofte er snakk om barn som i dag ville fått diagnosen atferdsforstyrrelse (Sommerschild & Moe, 2005). De institusjonene som var beregnet for de eldre barna ble først kalt *redningsanstalter* og senere *oppdragelsesanstalter*, og kan sammenlignes med dagens barnevernsinstitusjoner (Thuen, 2008).

Den første redningsanstalten i Norge ble opprettet på Grønland i 1841 (Thuen, 2002), og fikk senere navnet Toftes Gave. Flere institusjoner fulgte, og ved inngangen til 1900-tallet eksiterte det oppdragelsesanstalter rundt omkring i landet (Thuen, 2008). Disse skulle ikke være straffeanstalter, men ha fokus på forbedring og forebygging. Det sto sentralt i barneredningen at man ikke bare skulle yte omsorg, men også gi barna en *oppdragelse*



(Thuen, 2002). De fleste barna som kom til redningsanstaltene ble innskrevet på bakgrunn av vedtak i den kommunale fattignemnda. Den gjennomsnittlige oppholdstiden var på 3-5 år, men for enkelte var den adskillig lengre (NOU 2004: 23). Et alternativ til institusjonsplassering var plassering i fosterhjem. Begge alternativene ble sett på som en familieerstatning og ekspanderte utover 1800-tallet. Selv om oppdragelsesinstitusjonene hadde som siktemål å fungere som et "hjem" for barna, var det kritikere som mente at dette var vanskelig å få til i praksis, deriblant samfunnsforskeren Eilert Sundt. Han mente at de manglet den nærheten en familie kunne gi, og at den beste oppdragelsen for et barn var i en familie. Gjaldt dette for barn i alminnelighet, så gjaldt det særlig for vanartede barn, mente Sundt (1870). Videre mente han at institusjoner kunne virke direkte mot sin hensikt ved at barna påvirket hverandre negativt, og at man ikke evnet å møte dette med annet enn formaninger, advarsler, kjeft og fysisk straff. Videre pekte han på at institusjonsbarna var mer utsatt for sosial stempeling, noe som kunne svekke selvaktelsen deres (Sundt, 1870).

Når det gjelder ideologien som lå bak barneredningen, kan den i stor grad spores tilbake til pedagogen Johan Heinrich Pestalozzi (Sommerschild & Moe, 2005). Hans institusjonsideal som han realiserte på slutten av 1700-tallet, lå i å skape en familieorganisert jordbrukskoloni, hvor barna kunne bli avholdt og knytte seg til voksne forbilder (Thuen, 2002). De skulle trenes opp i ettertankens kunst gjennom samtaler på tomannshånd, og læres opp i praktiske gjøremål. Dette skulle skje ved "hjerterets, hodets og håndens samvirke" (Sommerschild & Moe, 2005). Et annet ideal kom fra Robert Young, som grunnla det filantropiske selskap i England (Thuen, 2002). Han var preget av samtidens nyttetenkning, og ville bygge en rasjonell anstalt som klassifiserte barna etter bakgrunn og hvilken atferd de viste. Med bakgrunn i Young og Pestalozzi sine tanker, var det to institusjonsmodeller som preget institusjonsutviklingen i Norge. Dette var *kasernemodellen* og *familiemodellen*, etter de to teoretikerne respektivt (Thuen, 2008), og selv om man ønsket å oppnå det samme, sto de i

en viss grad i motsetning til hverandre. Den første tok etter mønsteret av en militær organisasjon, mens den andre ønsket å etterligne en familieoppdragelse. I kaserneinstitusjonene kunne barna bli tiltalt med nummer, hilse på militært vis og marsjere. Man la vekt på orden og disiplin med tilhørende straffe- og belønningssystem. Mens i familieinstitusjonene ble forstanderen nærmest sett på som en husfar, tilsvarende som i den føydale storfamilien (Thuen, 2008). Karakteristisk for de to modellene var at de utviklet seg gjennom praksis, og en del institusjoner fant gjennom årene sin form i en krysning mellom de to modellene (Thuen, 2002). Noe som skulle bli karakteristisk for utviklingen i Norge var at oppdragelsesinstitusjonene tok utgangspunkt i den opprinnelige familiemodellen, men etter hvert tenderte de stadig mer mot den militære modellen (NOU 2004: 23; Thuen, 2002).

### *Vergerådsloven*

Institusjonsplassering av barn og unge med tilpasningsvansker, eller som på andre måter var vanskeligstilte, hadde begynt å bli vanlig på 1800-tallet. Dette var en tid hvor liberalismen var rådende i politikken, og det var ønskelig at staten og det offentlige skulle vise tilbakeholdenhet til fordel for det private initiativ (Thuen, 2002). Ved overgangen til 1900-tallet skulle man se en endring i den politiske tenkningen, og Norge gikk over til å bli en sosialstat. Man hadde på 1800-tallet blitt opptatt av barns behov for å få beskyttelse av staten i forbindelse med barnearbeid, som var svært utbredt (Thuen, 2008). Der hvor det tidligere hadde vært vanskelig å gripe inn med offentlig tiltak overfor enkelt individer, skulle dette nå i større grad legitimeres, både i den hensikt å beskytte individet selv og for å verne samfunnet. *Vern og beskyttelse* ble sentrale begrep i norsk barnepolitikk, og dette førte til innføringen av det første offentlige barnevernet i verden (Thuen, 2008). Dette ble regulert gjennom Vergerådsloven av 1896 som trådte i kraft i 1900. Vergerådsloven var preget av idealistiske og progressive tanker om hva som var til barnets beste (Sommerschild & Moe, 2005). Med denne loven ble intensjonen om å gi oppdragelse og opplæring fremfor straff lovfestet, og

dette gjaldt særlig for barne- og ungdomskriminalitet (NOU 2004: 23). Her møter man også for første gang begrepet behandling av forsømte barn (Sommerschild & Moe, 2005), og man la vekt på forebyggende arbeid.

Vergerådsloven skilte mellom to typer institusjoner: barnehjem, som var en samlebetegnelse for ulike typer døgninstitusjoner, og skolehjem/tvangsskoler, som var en fortsettelse av oppdragsanstaltene (NOU 2004: 23). Vergerådene besto av prest, dommer, lege og kvinner fra kommunestyret, og man tenkte at denne sammensetningen ivaretok ulike hensyn knyttet til sakkyndighet, lokal kunnskap og rettssikkerheten til barna og foreldrene. Vergerådene hadde myndighet til å gripe inn overfor barn og foreldre med advarsler, omsorgsovertakelse, og bortplassering i institusjon eller fosterhjem (Thuen, 2008). For barn som var utsatt for omsorgssvikt eller var foreldreløse, foretrakk man fosterhjems plassering eller barnehjem. For de barna med mer omfattende problemer, inkludert atferdsvansker, og som dermed kunne ha skadelig påvirkning på andre barn, var det mulig å benytte institusjons plassering dersom man anså alle parter som best tjent med dette. De barna man mente det var nødvendig å bortplassere fordelte seg på tre grupper: de som hadde begått straffbare handlinger, de som led av dårlig oppdragelse eller omsorgssvikt, og de som viste såpass dårlig oppførsel at det ikke nyttet for hjem eller skole å gripe inn (NOU 2004: 23). Det ble til en vis grad tilrettelagt for mer familiefokuserte tiltak, ved at vergerådene kunne pålegge foreldrene å iverksette tiltak overfor sine egne barn, det være i form av refselse eller mer omfattende tilsyn (Thuen, 2008). Det var videre et viktig prinsipp å gi hjelp så tidlig som mulig, og loven hadde derfor en bestemmelse om at man kunne gripe inn overfor barn man så på som i faresonen. Det var altså en intensjon om å forebygge, selv om forebygging som fagterm i dag har et annet innhold (Thuen, 2008).

## *Skolehjem*

Bakgrunnen for skolehjem var at man ønsket å gi forsømte barn både undervisning og skjermede hjem (Sommerschild & Moe, 2005). Disse var på mange måter vergerådsreformens hjertebarn, og flere av oppdragelsesanstaltene fra 1800-tallet ble omgjort til statlige skolehjem (NOU 2004: 23). Bastøy skolehjem ble opprettet like etter at Vergerådsloven trådte i kraft, og var ment å være statens mønsteranstalt, planlagt og bygd fra grunnen av. Etter hvert ble ytterligere fem skolehjem opprettet (Thuen, 2008). Man skilte mellom *vanlige* og *særlige* skolehjem, eller ”mildere” og ”strengere” som de også ble kalt. De vanlige skolehjemmene kunne ta imot barn mellom 6 og 18 år (Dahl, 1978), og minimumsopphold var på et år. De særlige skolehjemmene var forbeholdt barn og unge mellom 12 og 21 år som hadde begått grovere forbrytelser, eller på annen måte viste at de var ”i sær grad sædelig forkomne” (Vergerådsloven, § 20, ref. i NOU 2004: 23). Det ble bestemt at Bastøy skulle fungere som et særlig skolehjem for gutter, og Toten skolehjem for jenter. Dette skillet ble imidlertid opphevet i 1915 (NOU 2004: 23). Isteden fikk de samme institusjonene anledning til å opprette *særavdelinger* for spesielt vanskelige barn og unge. Ved Bastøy ble det bygd en egen bygning for formålet, med innretninger for isolering, kontroll og overvåking (Thuen, 2008). Ved siden av skolehjem eksisterte det tvangsskoler. Dette var et alternativ for barn under 16 år som hadde begått straffbare handlinger, forsømt skolen eller vist særlig dårlig oppførsel (Thuen, 2008). Tvangsskolene var kommunale og ment å være et midlertidig oppholdssted, med et maksimumsopphold på seks måneder, men denne grensen ble etter hvert utvidet til ett år. Til sammen ble det opprettet seks tvangsskoler, og det var ikke uvanlig at skolehjemsbarn hadde bakgrunn i tvangsskolene (NOU 2004: 23). Ifølge Befring (2007) ble det aldri lagt særlig vekt på tvangsskolene i praksis.

Innholdsmessig bar skolehjemmene hovedsakelig preg av å ha mange likhetstrekk med de tidligere oppdragelsesanstaltene. Hverdagen for barna besto av en veksling mellom arbeid,

skole og måltider fra tidlig morgen til kveld, men i praksis så det ut til at arbeid i større grad ble prioritert enn skole (NOU 2004: 23). I den grad man kan snakke om behandling, var det miljøskifte man la vekt på. Et trekk som hang igjen fra tidligere oppdragsanstalter, var den sterke posisjonen til bestyreren ved skolehjemmene. Han hadde blant annet myndighet til å bestemme hvor lenge barna skulle være plassert i skolehjemmet, og om et barn skulle plasseres i særavdeling (Thuen, 2008). Mange av oppdragsinstitusjonene hadde allerede fra 1800-tallet blitt plassert på øyer, som var et særegent fenomen i norsk pedagogikk (Befring, 1983). En begrunnelse for dette var at de ble mer rømningssikre på denne måten, samtidig som at oppdragsarbeidet kunne foregå skjermet og uforstyrret (Thuen, 2008), noe som vedvarte da man gikk over til statlig styring.

### *Kritikk*

Skolehjemmene forsøkte å kombinere familie- og kasernmodellen (NOU 2004: 23), men de fikk stadig mer preg av å være tvangsanstalter med bestyrere som forlangte nådeløs disiplin (Sommerchild & Moe, 2005). Ifølge Sommerchild & Moe (2005) og Befring (1983) kan det se ut til at barneredningen var i bedre hender da den var basert på frivillig initiativ og enkelt menneskers engasjement. ”Kjærlighetens ånd skulle åpenbare seg i alle forhold innen anstalten” (Thuen, 2002, s. 282) het det seg ved Toftes Gave i 1860- og 70-årene. Videre peker Dahl (1978) på at det var vanskelig å opprettholde familiemodellen på grunn av manglende midler. Det krevde små institusjoner med et stort antall voksne i forhold til barn, og da ble det lettere for nye institusjoner i større grad å ta form av den militære kasernmodellen. Denne utviklingen førte til mye kritikk mot institusjonsbehandling, både i det offentlige rom og i fagmiljøer, under vergerådsloven virketid. Den første kritikken kom etter at en tidligere ansatt ved Bastøy skolehjem ga ut romanen ”Under loven” i 1907, som rettet søkelyset mot inhumane forhold og avstraffelser, samt manglende kompetanse og ressurser ved skolehjemmene (Thuen, 2002). Dette utløste den såkalte ”skolehjemssaken”,

som førte med seg en bred offentlig debatt om skolehjemmenes virksomhet. Anstaltene ble anklaget for manglende innlevelse og omsorg, samt å være preget av en hard mannskultur (Thuen, 2008).

I 1908 ble Skolehjemskomiteen nedsatt (Sommerschild & Moe, 2005). Vitneforklaringene som ble opptatt i forkant av dette, utgjør et viktig kildegrunnlag for vurdering av forholdene ved skolehjemsinstitusjonene på starten av 1900-tallet. Disse bekrefter langt på vei kritikken, og forteller om elendige materielle forhold, isolat i kjellere, og avstraffelse (NOU 2004: 23). I tillegg hadde psykiateren Ragnar Vogt gjort en utredning av skolehjembarnas psykiske tilstand, hvor han påpekte at det kunne påvises ”sjelelige abnormiteter” hos et stort antall av barna (Vogt, 1908). Han hevdet at skolehjemmene hadde gått langt bort fra idealet om å være en anstalt for barn med sosiale tilpasningsvansker. Her kommer det tydelig frem at man skilte mellom barn som først og fremst hadde psykiske vansker og barn som hadde sosiale tilpasningsvansker. Skolehjemmene var ment for den siste gruppen, mens tilbudet til den første gruppen var heller manglende. Innstillingen fra skolehjemskomiteen inneholdt forslag om strengere regler for opptak og behandling av barn i skolehjemsinstitusjonene, og kompetanseheving hos personalet (NOU 2004: 23). Vogt luftet tanken om både psykiatrisk barnehospital og kurs i barnepsykiatri for personalet ved skolehjemmene (Vogt, 1908). De endringene som ble gjort begrenset seg til at aldersgrensen for å skrives inn i skolehjem ble hevet til ni år, samt at man opphevet skillet mellom mildere og strengere skolehjem, noe som fikk liten betydning i praksis. Ellers vegret myndighetene seg mot å gjøre større endringer i innholdet (NOU 2004: 23). Man fortsatte å bygge ut skolehjemssektoren, og dette førte til at uroen vedvarte.

Den neste kritikkbølgen kom på slutten av 1930-tallet, hvor fokus igjen ble rettet mot de dårlige forholdene ved barne- og skolehjemmene (Thuen, 2008), blant annet gjennom Gabriel Scott sin roman ”De vergeløse. Et barns historie” fra 1938. Toftes Gave og Bastøy ble

beskrevet som konsentrasjonsleirer i pressen, og mishandling, utnyttelse og mangelfull undervisning var gjennomgående temaer (NOU 2004: 23). Istedenfor å komme styrket ut av oppholdet, sto mange svært dårlig rustet i møtet med samfunnet etter endt institusjonsopphold. 1930-årene førte også med seg en ny type kritikk, basert på empiriske og faglige kartlegginger (Thuen 2008). Disse omfattet både etterundersøkelser av vergerådsbarna og psykiatriske undersøkelser av skolehjemselevne. Det hadde tidligere blitt gjennomført enkelte mindre undersøkelser av vergerådsbarna, deriblant Vogt sin undersøkelse, men det var byråsjef Signy Arctander og overlege Sigurd Dahlstrøm som gjennomførte den første større etterundersøkelsen (NOU 2004: 23). Hovedformålet var å se om vergerådstiltakene hadde fungert forebyggende på kriminalitetsondet og vært samfunnstjenlige. Undersøkelsen tok for seg alle barn bortsatt av Oslo vergeråd mellom 1900 og 1928, som til sammen omfattet 2762 barn, 1800 gutter og 962 jenter (Arctander & Dahlstrøm, 1932).

Resultatene viste at 32,9 prosent av guttene og 4,8 prosent av jentene hadde blitt straffet etter at de var utskrevet fra vergerådet. Så man bare på skolehjemmene, var tallene henholdsvis 50 prosent og 19 prosent. Tilbakefallsprosenten økte med tidsrommet som hadde gått siden utskrivning, og sammenlignet med fosterhjemsbarn hadde institusjonsbarn neste tre ganger så høy tilbakefallsprosent. Når det gjelder resultatet for skolehjemsbarna, forklarte Arctander og Dahlstrøm (1932) dette med at de fleste hadde kommet relativt sent i behandling, og at det var snakk om de vanskeligste barna som var uegnet for familiebehandling eller fosterhjem. Samtidig påpekte de faren ved at barna påvirker hverandre når de blir samlet på et sted, og at man i større grad bør differensiere behandlingen ut ifra barnas psykiske egenart. Arctander og Dahlstrøm (1932) mente resultatene deres kunne ha en viss nytte for samfunnet, og det så ut til at vergerådsarbeidet ble mer effektivt med årene. Undersøkelsen er imidlertid begrenset av at man fokuserte mest på en faktor.

I 1936 sendte administrasjonen ved Toftes Gave en anmodning til myndighetene om at alle skolehjemsbarn skulle bli undersøkt av en psykiater (Kirke- og undervisningsdepartementet, 1939). Til sammen ble 168 gutter og 62 jenter ved Toftes Gave, Bastøy og Bærum skolehjem undersøkt av lege Einar Haugen. Haugen (1939) utførte grundige undersøkelser av barna både fysisk, psykisk og evnemessig. Han fant at påfallende mange av barna var ”sjelelig defekte” eller ”abnorme”, deriblant i form av psykotiske og psykopatiske trekk, samt reaktive forbigående ustabile tilstander. Evnemålingen som ble gjennomført med standardiserte prøver viste at 67 prosent av barna falt inn under kategorien ”åndssvake”. Disse resultatene ville nok vært mindre valide i dag (NOU 2004: 23), men de viser at det ble gjort lite forundersøkelser av barna. Haugen (1939) konkluderte med at det bare var 25 prosent av barna som oppfylte de opprinnelige forutsetningene for skolehjemsbehandling. En stor del hørte hjemme under åndssvakeforsorgen, mens resten enten burde få psykiatrisk behandling, overføres til fosterhjem eller skrives ut. Haugen (1939) påpekte også mangelen på andre alternative institusjoner, og at mange av barna derfor fortsatt må være i skolehjem i en overgangsperiode. Han anbefalte en grundig utredning av barna før det fattes et endelig vedtak, og en større grad av differensiering i skolehjemmene, både i forhold til alder, evnenivå og psykiske trekk. Videre foreslo han et observasjonshjem med psykiatrisk kompetanse og poliklinikk, plassert sentralt hvor man kan observere barna før man bestemmer tiltak. Haugen mente (1939) at man bør stille større krav til skolehjemmenes kompetanse, deriblant i psykologi og psykopatologi, og at man bør etablere et effektivt ettertilsyn av tidligere skolehjemslever. Det er klare likhetstrekk mellom disse konklusjonene og det Vogt kom frem til. Haugens forslag og anbefalinger kom til en viss grad til uttrykk i Skuleheimsnemndas innstilling av 1939 (Kirke- og undervisningsdepartementet, 1939), som la viktige føringer for det videre reformarbeidet (NOU 2004: 23). Rett etter dette brøt andre verdenskrig ut, noe som førte til en midlertidig stopp i dette arbeidet.



## *Oppsummering og diskusjon*

Synet på og behandlingen av atferdsvansker i første del av 1900-tallet var i stor grad preget av de store statlige institusjonene. Man la vekt på sosialt ansvar fremfor moralsk individuelt ansvar (Thuen, 2008), og gjennom vern og beskyttelse skulle man skape et bedre liv for vanskeligstilte barn. De trengte oppdragelse og utdanning, ikke straff, og det var staten som skulle sørge for dette gjennom vergerådene og skolehjemmene. Fokuset på oppdragelse og utdanning viser en nær tilknytning til pedagogikkfaget. Hvordan kunne disse gode intensjonene utvikle seg til å bli en lidelse for mange av barna? Slik det ofte er, finnes det ingen enkle svar, men et komplekst samspill av faktorer. Det har blitt nevnt at manglende midler kan være en årsak til at man fikk mer militærpregede anstalter. En annen faktor er at selv om barns rettigheter ble et viktig tema ved overgangen til 1900-tallet, hadde man en lang tradisjon med fysisk avstraffelse av barn. Idealer som det lydige barnet og streng disiplin hang stadig igjen (Hertzberg, 1903), samtidig som man så økt opposisjon og motstand mot dette (Thuen, 2008). I Storbritannia hevdet Friedlander (1947) at tiltak overfor unge lovovertridere i første del av 1900-tallet, ofte har artet seg mer som en mildere form for straff enn et forsøk på oppdragelse og reformering, selv om det siste har vært hensikten. Hun mener dette tjener som et godt eksempel på at innføring av nye reformer ikke uten videre fører til radikale endringer. Ideal og virkelighet og teori og praksis trenger derfor ikke å være i overensstemmelse.

Dette var en periode hvor psykologi fortsatt var et nytt felt. Den eksperimentelle psykologien hadde blitt etablert i 1870-årene (Tetzchner, 2001), og ved overgangen til 1900-tallet hadde man begynt å fatte interesse for barn og ungdoms utvikling (Thuen, 2008). Det tar imidlertid tid å bygge opp en kunnskapsbase på et slikt omfattende område, og derfor hadde man fortsatt lite utviklingspsykologisk kunnskap å forholde seg til. Freud utarbeidet sine psykoanalytiske teorier på starten av 1900-tallet, som fikk mange tilhengere og ble

videreutviklet i ulike retninger. Her vektla Freud barndommens betydning for den videre personlighetsutviklingen, og han utviklet sin egen behandlingsmetode, psykoanalyse, basert på teoriene sine (ref i Larsen & Buss, 2005). Innen barnepsykologi fikk psykoanalysen som teori og behandlingsmetode først og fremst betydning for de introverte og nevrotiske barna, som var den andre store gruppen av ”problembarn” (Sommerschild & Moe, 2005).

Atferdsvansker ble i stor grad sett på som et sosialt problem knyttet til dårlige oppvekstvilkår, heller enn en psykisk lidelse. Gjennom å endre de ytre forholdene rundt barnet antok man at man kunne endre barnets atferd, mens man var mindre opptatt av barnets indre liv. Det så ut til å eksistere en forestilling om at man kunne skille mellom de barna som i hovedsak hadde ytre tilpasningsvansker, og de som hadde indre psykiske lidelser. Samtidig kommer det frem, gjennom Vogts (1908) og Haugens (1939) undersøkelser, at flere av skolehjemsbarna hadde vansker av mer psykisk art. Dette tegner til sammen et bilde av manglende psykologisk kunnskap og kompetanse.

Der man tradisjonelt har begrunnet vergerådsloven og andre lignende reformer i ønsket om en høyere grad av humanisme, mener Dahl (1978) at dette ikke er tilstrekkelig. Hun mener bakgrunnen for barnevernets etablering må ses i forhold til hvorfor det ble etablert akkurat på det tidspunktet det ble gjort. Ifølge Dahl (1978) var barnevernet i Norge både en importert idé fra Europa, og en reaksjon mot den økende ungdomskriminaliteten i forbindelse med byveksten. Samtidig hadde folkeskolelovene blitt vedtatt i 1889, som la grunnlaget for den obligatoriske skolen, og økte kravene til det sosiale og pedagogiske nivået. Dette førte til et behov for å skille ut de elevene som vanskeliggjorde undervisningen, eller utøvet uheldig sosial innflytelse på sine medelever (Dahl, 1978). Dahl (1978) hevder at det var behovet for å skille ut de sosialt og atferdsmessig mistilpassede barna fra skolen som var det mest påtrengende behovet, samtidig som man ville ha de bort fra strafferetten. Ved siden av vern av barna, hadde man et samfunnsvern å ta hensyn til (Thuen, 2008). Selv om man begrunnet

plasseringen til øyer med et behov for skjerming, er det vanskelig å se bort fra at man samtidig kunne beskytte samfunnet mot de utagerende barna. Det ligger et paradoks i at man sendte barna med tilpasningsvansker ut av samfunnet, for at de bedre skulle tilpasse seg det samme samfunnet som de ble sendt bort fra.

Goffman (1967) har beskrevet hvordan isolerte heldøgnsinstitusjoner av denne typen, som han kaller *den totale institusjon*, kan utvikle sin egen indre kultur med krenkelsesprosesser og belønningssystemer, uten at det har så mye å gjøre med den opprinnelige hensikten med institusjonen. Dette ser ut til å ha skjedd i de norske skolehjemsinstitusjonene, og kombinert med manglende statlig tilsyn og ressurser har det ført til at forholdene ble så lite holdbare som beskrevet (NOU 2004: 23). Selv om man på et bevisst nivå hevdet at intensjonen med skolehjemsinstitusjoner var å hjelpe barn og unge med atferdsvansker, kan det ha ligget en del ubevisste negative holdninger bak planleggingen, og det trengte ikke nødvendigvis å være barnas behov som ble tatt mest hensyn til.

Wolfensberger og Tullman (1982) mener dette ofte har vært tilfelle når man har hatt med samfunnets avvikere å gjøre. Det er naturlig at man undertrykker disse negative holdningene i den grad de står i kontrast til mer høytstående verdier og idealer, som man opererer med på et bevisst nivå (Wolfensberger & Tullman, 1982). Det skal ikke glemmes at vergerådsloven ga mulighet for fosterhjemsplassing og familietiltak, men det ser ut til å ha vært en større tiltro til skolehjemsplassing for ”de vanskelige barna”. I den sammenheng kan det være verdt å nevne to studier som ga støtte til fosterhjemsplassing (Hopkins & Haines, 1931; Goldfarb, 1943). Generelt har faktorer som preget utviklingen innen institusjonsbehandling fått størst oppmerksomhet her. Fosterhjemplassing er et tema som ikke vil bli nærmere behandlet, da det blir utenfor rammene av oppgaven.

## **Del 2: Barne- og ungdomspsykiatrien blir til i Norge**

I perioden etter andre verdenskrig skjedde det en del viktige endringer innenfor barnevernet i Norge, samtidig som barne- og ungdomspsykiatrien ble etablert som et eget fagfelt. Barne- og ungdomspsykiatrien hadde sin bakgrunn i mentalhygiene og sosialmedisin, samt WHO's utvidede helsebegrep som ble vedtatt i 1946 (Sommerschild & Moe, 2005). Det nye helsebegrepet la vekt på mentalt og sosialt velvære ved siden av fravær av sykdom (WHO, 2009). To nye lover ble etablert: spesialskoleloven av 1951 og barnevernloven av 1953, som erstattet den gamle vergerådsloven (NOU 2004: 23). Ved siden av de nye lovene, ble det etablert nye ordninger som fikk betydning for barnefamiliene, deriblant barnetrygd og folketrygd. I årene som fulgte ble det bygd opp et nettverk av trygder som la grunnlaget for velferdsstaten (Sommerschild & Moe, 2005; Thuen, 2008).

### *Barnevernsloven*

Den nye barnevernsloven var forankret i nyere utviklingspsykologi, hvor man hadde satt fokus på det emosjonelle båndet mellom barn og foreldre. Her fikk særlig John Bowlby sitt arbeid om tilknytning stor internasjonal oppmerksomhet, og dette førte til økt bevissthet rundt de emosjonelle skadene barn kunne påføres ved institusjonsopphold (Thuen, 2008). Barnevernsloven førte med seg et nytt syn på hvordan barnevernsarbeid skulle utføres, og forebygging, veiledning og behandling erstattet språkbruk som fordømmelse, advarsler og fjerning fra hjemmet (Hagen, 2000). Viktige endringer var satsing på forebyggende arbeid og tiltak i det naturlige familiemiljøet, bedre tilsyn med barnevernsinstitusjoner, og bedre ettervern (Hagen, 2000). Generelt så det ut til at loven ga større tiltro til familien, og at den la et bedre grunnlag for samarbeid med foreldre. Reformen signaliserte for øvrig en sterk tiltro til sakkyndige undersøkelser, psykologisk og psykiatrisk råd og veiledning, og barnevernsnemndene ble pålagt et særlig ansvar for å gi foreldrene veiledning, ved siden av å

skaffe seg innsikt i barnets vansker og situasjon (NOU 2004: 23). Med den nye barnevernsloven ønsket man å nedtone bruken av institusjonsplassering, men man så fremdeles et omfattende behov for dette. Her etterlates man med et inntrykk av at institusjonene fikk vide og liberale rammer å forholde seg til i utforming av retningslinjer for den daglige praksisen ved institusjonene (NOU 2004: 23). Dermed så ikke den nye barnevernsloven ut til å føre til store endringer i institusjonspraksisen (Befring, 2007). Selv om den hadde mange tilhengere, deriblant mentalhygienebevegelsen, viste det seg vanskelig å leve opp til forventingen om et bedre barnevern i praksis (Hagen, 2000).

### *Child Guidance-klinikker*

Barne- og ungdomspsykiatrien har som nevnt sine røtter i mentalhygienebevegelsen, som kan spores tilbake til USA på starten av 1900-tallet. I 1909 grunnla juristen Clifford Beers sammen med tre innflytelsesrike personer innenfor psykiatri og psykologi, John Dewey, Stanley Hall og Adolf Meyer, den nasjonale komiteen for mentalhygiene i USA (Sommerschild & Moe, 2005). Her la man vekt på forebygging av sinnssykdom og kriminalitet, og betegnelsen *mentalhygiene* kommer av assosiasjonene til forebyggende kroppslig hygiene. I 1899 hadde man opprettet de første egne ungdomsdomstolene i USA, Juvenile Courts, med bakgrunn i at man ønsket å møte unge lovovertridere med rehabilitering fremfor straff (Binder, 1987). En videreutvikling av denne tenkemåten var opprettelsen av Child Guidance-klinikker, som skulle gi familier tidlig hjelp og behandling for å forebygge mer alvorlige vansker (Waal, 1991). Vider ønsket man i større grad å kartlegge bakgrunnen til unge lovovertridere, og den første klinikken ble åpnet i Boston i 1921 (Sommerschild & Moe, 2005). Den faglige kompetansen besto av psykiater, psykolog og sosionom, og det ble etter hvert stiftet en egen forening for de tre profesjonene, The American Orthopsychiatric Association. Dette var med på å etablere teamtilnærmingen i barne- og ungdomspsykiatrien, og den nye metoden ble raskt ansett som vellykket (Sommerschild & Moe, 2005). Den

mentalhygieniske bevegelsen og Child Guidance-klinikkene spredde seg internasjonalt (Waal, 1991). Den norske psykiateren Sigurd Dahlstrøm dannet Mentalhygienisk Forening i Norge i 1931, og foreningen opprettet et kontor for poliklinisk rådgivning i Oslo i 1947 (Sommerschild & Moe, 2005). Her jobbet man diagnostisk med barn og unge etter Child Guidance-modellen. Dette var en tilnærming som skulle komme til å spre seg, og en som ble inspirert av den nye metoden var Nic Waal (Waal, 1991). Dette vil bli nærmere omtalt etter hvert.

Det nye synet på barnevern var inspirert av den britiske psykiateren og psykologen John Bowlby sine studier av det han kalte *maternal deprivation* (Bowlby, 1966). Det som kanskje er mindre kjent er at Bowlby i 1944 gjennomførte en studie av 44 unge tyver. Studiet ble gjennomført ved en Child Guidance klinikk i London, og et aspekt Bowlby var særlig interessert i var hvordan erfaringer tidlig i livet med foreldrene kunne føre et barn inn på en antisosial løpebane. Han kommer frem til fem mulige etiologiske faktorer: genetikk, lengre separasjon fra mor eller fostermor tidlig i livet, ambivalente eller engstelige mødre, fedre som åpent hater barna sine, og nylige traumatiske hendelser. Han hevder at det er lengre separasjon fra mor som er den mest spesifikke og frekvente årsaken til kriminalitet blant disse ungdommene, mens de andre faktorene ser ut til å være viktige årsaker til ustabilitet og mistilpasning hos barn generelt (Bowlby, 1947). Dette var med å danne grunnlaget for hans tilknytningsteori (Sommerschild & Moe, 2005). Året før hadde Zucker (1943) funnet at unge kriminelle hadde svekket emosjonell tilknytning til foreldrene sine. På initiativ fra FN ønsket man å granske forholdene for barn som var plassert på institusjoner av ulik art, og Bowlby påtok seg oppgaven å gjennomføre en studie av dette (Thuen, 2008). Han kom frem til at oppvekst og plassering på institusjoner kan skade barnets mentale helse, på grunn av manglende morsomsorg (Bowlby, 1966).

Bowlby mente at tilstrekkelig omsorg for depriverte barn er en oppgave som må tas alvorlig, da den er viktig for å fremme mental og sosial velferd, og her hadde de fleste land fortsatt mye å lære. Det at man i så mange land tolererte såpass dårlige institusjonsforhold, anså han som forårsaket av manglende psykologisk og psykiatrisk kompetanse, samt en manglende overbevisning hos myndigheter, barnevern og offentligheten om viktigheten av morskjærighet for et barns mentale helse (Bowlby, 1966). Dette stemmer overens med det som har blitt foreslått som årsaker til de negative forholdene ved de norske oppdragelsesinstitusjonene. Selv om Bowlbys forskning til en viss grad ble tatt til etterretning i den nye barnevernsloven, ser det ut til at man gjorde mindre for å bedre forholdene ved institusjonene. Dette var fortsatt det eneste reelle alternativet for en stor andel av barnevernsbarna, så her kunne man muligens i større grad vektlagt institusjonenes omsorgsfunksjon, og å gjøre det beste ut av den faktiske situasjonen. Bowlby videreutviklet sine teorier om tilknytning gjennom 1960- og 1970-årene (Sommerschild, 2005). Det generelle målet for oppdragelsen var å skape trygge barn, og Bowlbys tilknytningsteori står fortsatt sentralt i utviklingspsykologien (Tetzchner, 2001).

### *Spesialskoler*

Bakgrunnen for spesialskoleloven var ”St. melding om skuleheimsskipnaden”, som ble fremmet i 1950 på bakgrunn av den tidligere nevnte skolehjemsutredningen fra 1939 (Hagen, 2000). Her konkluderte man med at skolehjemmene skulle fritas fra å ta imot elever som var karakteravvikere, sinnssyke, psykopater eller evneveike, men kun ta imot ”normale” barn med tilpasningsvansker som skyldtes forhold ved oppvekstmiljøet (St.meld. nr 26 (1950)). Det tyder på at man i praksis fortsatt antok at man kunne skille mellom psykiske lidelser og tilpasningsvansker. Med spesialskoleloven endret skolehjemmene navn til «*Spesialskoler for barn og unge med tilpasningsvansker*» (senere atferdsvansker). De skulle videre høre inn under *Direktoratet for spesialskolene*, som allerede administrerte

spesialskolene for døve, blinde, evneveike og talehemmede (Hagen, 2000). På denne måten ble atferdsvansker likestilt med psykisk utviklingshemming og sansedefekter, noe som antas å ha sin bakgrunn i den *heilpedagogiske* tilnærmingen som den sveitsiske psykologen Hanselmann utviklet i mellomkrigstiden (Thuen, 2008). Heilpedagogikken skulle være et slags sosialmedisinsk fag, der pedagogikken var basert på medisinske vurderinger av fysiske, psykiske og sosiale forhold (Simonsen, 2007). Dette gjorde Hanselmann til en formidler mellom biologisk-medisinske og psykologisk-pedagogiske synspunkter (Gregersen, 1934). Ifølge Simonsen (2007) ble den heilpedagogiske tilnærmingen fulgt opp gjennom spesialskoledirektoratet, mens Thuen (2008) mener at heilpedagogikken ikke fikk noen dyptgripende betydning i Norge.

Hanselmann utviklet en egen teori om vanskelige barn. Han så atferdsvansker som en form for utviklingshemning, og han vektla at årsaksbildet er sammensatt (Hanselmann, 1934). Han kategoriserte og beskrev ulike psykiske disposisjoner og miljøfaktorer, som kan forklare hvorfor et barn blir vanskelig. Selv om man kategoriserer årsaksfaktorer på en noe annen måte i dag, er Hanselmanns (1934) teori et godt eksempel på et tidlig forsøk på en mer systematisk forklaringsmodell for atferdsvansker. I behandlingen la Hanselmann (1934) vekt på en helhetlig forståelse av det vanskelige barnets personlighet, og at dette krever lengre observasjon og kontakt. For å kunne vekke og styrke samfunnsfølelsen i barnet og redusere dets selvhevdelsestrang, må oppdrageren selv etterstreve det samme, da oppdrageren og barnet påvirker hverandre gjensidig. Det så ikke akkurat ut til å være tilfelle ved de norske institusjonene. Hanselmann (1934) var enig i at den beste måten å oppdra det vanskelige barnet på nytt var ved å anbringe det i nye omgivelser, men han var også til en viss grad positiv til oppdragelsesrådgivningskontor. Hanselmann var ikke noen selvstendig skapende forsker, og heilpedagogikken var heller ikke noen selvstendig vitenskap, men den ga et utvidet perspektiv i synet på og behandlingen av vanskelige barn (Gregersen, 1934). Denne



utvidede tilnærmingen til atferdsvansker ble etter hvert tatt opp av flere fagpersoner, deriblant Redl og Wineman i USA og Waal i Norge, noe som vil bli utdypet senere i teksten.

### *Innstilling om psykisk barnevern*

Bærum og Bastøy skolehjem ble i 1953 omgjort til Bjerketun og Foldin *verneskoler*. Disse skulle ha ansvaret for barn og unge som trengte medisinsk-psykiatrisk behandling, og barn og unge med såpass store tilpasningsvansker at de ikke kunne være i spesialskole (Thuen, 2008). Verneskolene fikk en levetid på 10-15 år. Til tross for ansettelse av fagpersoner i ledende stillinger, arbeidet resten av personalet etter de gamle pedagogiske metodene, og forsøk på å implementere nye behandlingsmetoder førte til konflikter og uro (Hagen, 2000). Psykiatrisk og psykologisk kompetanse var mangelvare i barnevernet, og i 1952 ble Utvalget for psykisk barnevern nedsatt, med representanter fra barnepsykiatrien, spesialskolene, skolepsykologien og sosialsektoren (Hagen, 2000). Utvalget leverte sin innstilling i 1956, og Sommerschild og Moe (2005) regner dette som en milepæl i utviklingen av barne- og ungdomspsykiatrien. Utvalget fastslo at det psykiske hjelpetilbudet til barn og unge var for lite i forhold til behovet (Hagen, 2000). Det ble blant annet anbefalt å bygge ut barnevernsklinikker etter Child Guidance-modellen, slik at barna kunne bo hjemme i det miljøet de skulle tilpasse seg (Sommerschild & Moe, 2005). I 1950 ble den første barnepsykiatriske klinikken opprettet ved Rikshospitalet, og i 1955 ble landets første barnevernsklinikk opprettet i Tønsberg (Sommerschild & Moe, 2005). Vedeler og Sommerschild (2005) forteller levende om etableringen av klinikken i Tønsberg, som de selv var med på, og etableringen av klinikken ved Rikshospitalet er også beskrevet av Sommerschild (2005).

Hensikten bak opprettelsen av dette utvalget var at man ønsket å bistå de nye barnevernsnemndene og spesialskolene i arbeidet med de utagerende barna (Sommerschild &

Moe, 2005). Etter all kritikken som var blitt rettet mot skolehjemmene før krigen brøt ut, så man altså et behov for å tenke nytt i behandlingen av barn og unge med atferdsvansker. Etter hvert ble også barn med mer internaliserte vansker inkludert i målgruppen, og på mange måter fungerte Innstilling om psykisk barnevern som en innføring i barne- og ungdomspsykiatrisk virksomhet (Sommerschild & Moe, 2005). Mens utviklingen innen barne- og ungdomspsykiatrien i stor grad har fulgt de retningslinjene som ble trukket opp av utvalget, kom det ingen flere barnevernsklinikker for å bistå barnevernet (Hagen, 2000). Det ble imidlertid etter hvert opprettet en rekke barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (Sommerschild & Moe, 2005). Dette var en betegnelse som kom med lov om psykisk helsevern i 1961, hvor barnevernsklinikkene ble omdøpt til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, populært kalt BUP (Thuen, 2008). Selv om barnevernet til en viss grad samarbeidet med andre instanser, ble ikke dette samarbeidet formalisert (Hagen, 2000)

### *Stortingsmeldinger om atferdsvansker og spesialskoler*

Det samme året som lov om psykisk helsevern trådte i kraft, kom det en stortingsmelding om barn og ungdom med atferdsvansker (St.meld. nr 51 (1960-61)). Denne kom i sammenheng med den kraftige økningen i ungdomskriminalitet som man opplevde fra midten av 1950-tallet og utover 1960-tallet (Hagen, 2000). Lovovertrедelser av unge ble i stor grad behandlet av barnevernsnemndene, men enkelte var ikke fornøyd med denne behandlingen, og dette aktualiserte det gamle spørsmålet om straff versus behandling (Hagen, 2000). I stortingsmeldingen la man vekt på at barn og unge med atferdsvansker er en heterogen gruppe, og at dette legger føringer for hva slags behandling man bør satse på. Man mente derfor det er viktig å sikre en grundig utredning og relevant behandling ut i fra denne, samt tiltak for å skape eller gjenopprette nødvendig grad av tilpasning til samfunns og familiemiljøet (St.meld. nr 51 (1960-61)). Generelt burde man satse på en mer differensiert medisinsk, psykologisk og pedagogisk behandling, og straffereaksjoner bør bare brukes der

hvor formålet er å få den unge til å respektere samfunnets regler. Dette er en noe vag formulering, men det viser at fokuset i større grad var på behandling enn straff. Man la vekt på at en hver reaksjon overfor barn og unge med atferdsvansker bør fokusere på å styrke egen mestring av problemer senere i livet, og at det er viktig med raske reaksjoner for å begrense skadeomfang, både for samfunnet og den unge (St.meld. nr 51 (1960-61)). Det ble lagt vekt på at økt ungdomskriminalitet bare er et av utslagene atferdsvansker gir, og at man mangler statistikk over andre typer utslag (St.meld. nr 51 (1960-61)). Videre tydet undersøkelser på at skille mellom lovovertrедere og lovlydige ungdommer er mindre enn antatt, og at å begå lovbrudd er noe mange ungdom har gjort (Andenæs, 1959, ref. i St.meld. nr 51 (1960-61)), noe også Waal påpeker (Auestad & Haavardsholm, 1969).

Man så et behov for å gi barn og unge med atferdsvansker et bedre psykiatrisk-psykologisk tilbud som kunne erstatte verneskolene. Det var også ønskelig å vurdere metodene for behandling ved spesialskolene, med sikte på å styrke miljøterapiarbeidet og det psykiatrisk-psykologiske tilbudet (St.meld. nr 51 (1960-61)). Et bedre ettervern er noe som blir vektlagt, blant annet gjennom ungdomshjemsinstitusjoner, som kan ses på som en slags forlenging av spesialskoler og behandlingshjem, samt tettere samarbeid mellom institusjonene og kommunene, og støttekontaktordninger. Man antok at det fortsatt var et relativt stort behov for institusjoner, inntil man fikk bygd ut det nærmiljøbaserte tilbudet med den nødvendige kompetansen (St.meld. nr 51 (1960-61)). I forbindelse med det forebyggende arbeidet, ønsket man å bygge ut en familierådgivningstjeneste, som kunne gi støtte og råd til foreldre i barneoppdragelsen. Videre blir det trukket frem at det er viktig med samarbeid med foreldre og skolen i forbindelse med barns atferdsvansker, og at man bør sette inn nødvendige tiltak i skolen. Dessuten mente man at det burde gjøres en innsats for å få barna med på sunne aktiviteter (St.meld. nr 51 (1960-61)). Dette var mange gode tanker, men igjen så det ut til å være vanskelig å få det hele omsatt til praksis.

Spesialskolene ble tema for en stortingsmelding på midten av 1960-tallet, og ved siden av den vanlige undervisningen ble det lagt vekt på at *pedagogisk behandling* var et viktig aspekt ved spesialskolene, som igjen stilte særlige krav til kompetanse (St.meld. nr 42 (1965-66)). Den pedagogiske behandlingen skulle ta utgangspunkt i det enkelte barns utvikling, og søke å utnytte barnets funksjonsstyrke og kompensere for dets svakhet, et behandlingsprinsipp som ikke er ukjent i våre dager. Det ble også lagt vekt på en grundig utredning av barn som ble vurdert plassert i spesialskoler, og det ble foreslått å bygge flere observasjonsavdelinger med nødvendig faglig kompetanse (St.meld. nr 42 (1965-66)). Når det gjelder kompetansebehovet regnet man med å møte dette med en nyetablert toårig utdanning i spesialpedagogikk tilpasset de ulike spesialskolene. Disse tiltakene er i stor grad sammensvarende med Hanselmanns heilpedagogiske tilnærming. Samtidig gikk man inn for utbygging av spesialskoler som eksternatskoler i den utstrekning det var mulig, slik at barna kunne ha mulighet til å bo hjemme (St.meld. nr 42 (1965-66)), noe som var i tråd med barnevernsloven. For enkelte barn så man imidlertid fremdeles et behov for miljøskifte, samt at spredt befolkning enkelte steder gjorde det nødvendig med internatskoler. Til tross for intensjoner om å utbedre det faglige og materielle innholdet i spesialskolene, ble det ifølge Hagen (2000) i liten grad fulgt opp, og det var fortsatt mangel på tverrfaglighet.

*Nic Waal: en pioner i norsk barnpsykiatri*

I 1953 ble det etablert et institutt som skulle bli viktig for den videre utviklingen i barne- og ungdomspsykiatrien og psykologien i Norge (Moe, 2003). Kvinnen som sto bak var Nic Waal, som var en av de første barnpsykiaterne her i landet, og hun har blitt kalt barnpsykiatriens mor av særlig to hovedgrunner. Hun hadde en vesentlig innflytelse på utformingen av barnpsykiatrien i Norge, med forankring i nyere utviklingspsykologi og moderne tenkning innen barne- og ungdomspsykiatri hentet fra blant annet USA og Storbritannia. Hun bidro til at fagområdet fikk en klar psykososial profil med vekt på

tverrfaglighet, og samarbeid med foreldre og viktige institusjoner i barnets nærmiljø. Den andre grunnen var at hun grunnla Nic Waals Institutt sammen med nære medarbeidere, som skulle bli toneangivende når det gjaldt utdanning av barnepsykiatriske teamarbeidere i Norge. Det nye ved den videreutdanningsmodellen som ble utviklet her, var at den var bygd opp som en helhetlig, integrert utdanning over tre år med variert klinisk praksis (Moe, 2003).

Nic Waal hadde en bakgrunn som psykoanalytiker, og var i stor grad preget av psykoanalytisk teori (Waal, 1991). Hun var opptatt av sosialmedisin og forebyggende arbeid (Sommerschild & Moe, 2005). En gruppe barn hun engasjerte seg sterkt i var barn med alvorlige atferdsvansker, og hun skrev flere artikler om dette i Dagbladet på slutten av 1950-tallet (Auestad & Haavardsholm, 1969). Waal mente at det manglet kunnskap og erfaring om denne typen avvik i lærebøkene. Hun var særlig inspirert av den østerrikske psykoanalytikeren og pedagogen Fritz Redl, som ledet et lite behandlingshjem for 5 kriminelle gutter i Detroit, USA (Auestad & Haavardsholm, 1969). Ifølge Redl og Wineman (1951) var noe av årsaken til at det eksisterte mindre kunnskap om barn med alvorlige atferdsvansker at ingen ønsket å ha noe med disse barna å gjøre, fordi de er så vanskelige å håndtere. De blir gitt opp av samfunnet. Waal hadde også erfaring fra den svenske behandlingstinstitusjonen "Barnebyen Skå" for asosiale barn og unge, hvor hun hadde vikariert som overlege (Waal, 1991). Dette arbeidet opplevde hun som veldig lærerikt, og hun fikk en forståelse for hvorfor omverdenen kunne bli mistroisk og fordømmende i møte med sterkt avvikende barn, og de som forsøker å behandle dem (Auestad & Haavardsholm, 1969). Waals psykoanalytiske forklaring var at det handlet om frykt og at man må undertrykke lignende tendenser hos en selv, og disse irrasjonelle faktorene hemmet utvikling på feltet.

Waal mente at årsaken til at barn blir asosiale og kriminelle er komplisert, hvor flere faktorer er vevd inn i hverandre. Noen har i stor grad blitt påvirket av negative ytre forhold på en slik måte at de ikke innordner seg uten videre når disse blir rettet på. Man kan skremme et

barn fra å stjele gjennom straff. Det skapes dermed en ytre kontrollmekanisme, men hvis barnet ikke har kapasitet til å forstå hvorfor det blir straffet, skapes det ikke nødvendigvis en indre akseptert kontroll (Auestad & Haavardsholm, 1969). Når barnets asosiale handlinger blir oppdaget, vil det avhengig av de voksnes reaksjon ofte skape skyldfølelse og angst hos barnet, som igjen kan skape indre usikkerhet og mindreverdsfølelse. Straff som oppdragelsesmidler kan bevirke mistenksomhet og kontaktløshet, mente Waal. Jo mer hard straff man får og jo tidligere i barndommen man får den, jo mer likegyldig kan man bli (Auestad & Haavardsholm, 1969). Ifølge Waal manglet ikke asosiale barn moral og evne til skyldfølelse. Hun undersøkte 60 asosiale barn ved Barnbyn, og kom frem til at 2/3 av dem hadde skyldfølelse, noe psykologiske prøver også viste. På Nic Waal Institutt var det lignende forhold blant det asosiale klientellet, og det var bare et fåtall som kunne betegnes som psykopater (Auestad & Haavardsholm, 1969). Waal mente asosiale barn ofte er mer umodne enn andre barn. I likhet med Redl og Wineman, bygde Waal sine teorier på psykoanalytisk tankegodt og kliniske erfaringer. Et annet felles trekk var vektleggingen av umodenhet, hvor Redl og Wineman (1951) fremhever at aggressive barn har lavere frustrasjonstoleranse og en manglende utviklet kontrollmekanisme. De er enig om at asosiale og aggressive barn ofte har en "egosvak" struktur (Auestad & Haavardsholm, 1969; Redl & Wineman, 1951). Waals tanker om moral og evne til skyldfølelse er i overensstemmelse med Redl og Wineman (1951) sin beskrivelse av en underutviklet samvittighet fremfor en manglende samvittighet.

Waal la vekt på tålmodighet og forståelse i behandlingen av asosiale barn og unge. Hun understreket viktigheten av en grundig utredning, slik at man kunne skille ut de som for eksempel kunne ha nytte av arbeidsskole fra de som trengte mer krevende behandlingsopplegg, for dermed å unngå tilbakefall (Auestad & Haavardsholm, 1969). Videre mente Waal at årsaken til tilbakefall måtte studeres nærmere, slik at samfunnet kunne ha et mer solid grunnlag for å ta avgjørelser om hvilke tiltak som skulle bygges ut. Som flere andre

var Waal kritisk til autoritære anstalter, og mente disse bare bidro til mer opposisjon blant de unge. Dette ga liten mulighet til å redusere skjult skyldfølelse og bidra til modning. Det var derfor viktig å ha åpne anstalter med rom for handlingsfrihet og indre motivasjon (Auestad & Haavardsholm, 1969). Hun mente det var tydelig at straff ikke er til hjelp, og at man må satse mer på forskning rundt hvilke indre strukturer disse unge har og hva som skal til for å hjelpe dem (Auestad & Haavardsholm, 1969). Hun så en større villighet til å legge forholdene til rette for dette i USA og Sverige. Det Nic Waal manglet på vitenskapelighet tok hun igjen i personlig engasjement, som gjenspeiles i anekdoter fra henne kliniske praksis (Auestad & Haavardsholm, 1969). Hennes teorier og behandlingsanbefalinger kan virke noe generelle, men det essensielle er at hun i større grad la vekt på barn med atferdsvanskers indre psykiske liv enn man hadde gjort tidligere.

### *Psykiatriske behandlingshjem*

I USA var Redl og Wineman (1952) opptatt av at barn med alvorlige atferdsproblemer trenger en omfattende behandlingstilnærming, og de beskriver behandlingshjem hvor man i større grad viser aksept for deres atferdssymptomer enn det man har gjort på de tradisjonelle oppdragelsesinstitusjonene. De beskriver videre teknikker for å styrke disse barnas selvfølelse og håndtere vanskelig atferd, som også kan brukes av foreldre og lærere (Redl & Wineman, 1952). Deres teknikker for håndtering av vanskelig atferd bærer klare likhetstrekk med dagens foreldreopplærings intervensjoner som parent management training, som vil bli beskrevet nærmere senere i teksten. Psykiatriske behandlingshjem, var noe som også ble etablert her i landet. Ikke lenge etter åpningen av barnepsykiatrisk klinikk ved Rikshospitalet, så man et behov for å gi enkelte av barna en mer omfattende behandling (Sommerschild, 2005). Dette gjaldt ikke minst for barn og unge med atferdsvansker, og spesialskolene så ikke ut til å være noe godt alternativ. Ved Nic Waal Institutt opplevde man behandlingen av asosiale ungdom som særlig utfordrende og ressurskrevende, og man så at de trengte mer omfattende sosial

støtte og oppfølging (Moe, 2005). Psykiatriske behandlingshjem kunne i større grad møte dette utvidede behovet. Allerede i 1950 ble det første behandlingshjemmet opprettet på privat initiativ på Tjøme, og modellen var den tidligere nevnte ”Barnebyen Skå” utenfor Stockholm, som skulle bli en inspirator for flere norske behandlingshjem (Vedeler, 2005). I 1955 ble det etablert et behandlingshjem på Sogn like utenfor Oslo, i tilknytning til barnepsykiatrisk klinikk ved Rikshospitalet, og flere fulgte (Sommerschild, 2005)

Et gjennomgående trekk i utviklingen var at behandlingshjemmene var basert på pionerånd og innsatsvilje. De var tilknyttet sentrale institusjoner, som innebar regelmessig tilsyn og kontakt med barnepsykiater og psykolog der hvor behandlingshjemmene selv ikke hadde slikt personale (Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske behandlingshjem, 1965). Ved behandlingshjemmene la man vekt på å møte barna med forståelse, gi de individuelt tilpasset behandling etter deres behov og forutsetninger, og legge til rette for indre vekst. Man hadde som siktemål å bedre barnets tilpasning og selvkontroll gjennom trygghet og støtte, og samarbeid med foreldrene var viktig. Videre hadde de egne skoler med individuelt tilpasset undervisning (Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske behandlingshjem, 1965). Behandlingshjemmene tilførte miljøterapi til repertoaret av behandlingsformer for barn med atferdsvansker, gjennom bevisst bruk av positive og negative tilbakemeldinger, og tilpassede krav og reaksjoner (Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske behandlingshjem, 1965). Behandlingshjemmene ble opprettet i en periode preget av behandlingsoptimisme, og så ut til å hente sin inspirasjon fra den nye barnepsykologien og psykoanalysen (Vedeler, 2005). Ifølge Sommerschild (2005) hadde de første behandlingshjemmene noe eget ved seg, som ikke er så lett å gjenskape i offentlige institusjoner. Som relativt små enheter kom behandlingshjemmene nærmere idealet om å fungere som en familieerstatning. Her fikk barna en opplevelse av kontinuitet, forutsigbarhet og personlig engasjement, med naturlig forventning fra de voksne om å ta hensyn til det



hjemlige fellesskapet (Sommerschild, 2005). Det man ser her er i stor grad i overensstemmelse med Redl og Wineman (1952) og Waal (Auestad & Haavardsholm, 1969) sine behandlingstilnærminger for barn med atferdsvansker.

Samtidig krevde behandlingshjemmene mye energi og tid av det voksne personalet. De fleste behandlingshjemmene som ble etablert på 1950-tallet fikk en relativt kort levetid, på grunn av dårlig økonomi og materiell standard, små muligheter for utdanning av miljøpersonalet, og lang avstand til tilsynsinstitusjonene (Vedeler, 2005). Med lov om psykisk helsevern av 1961, gikk behandlingshjemmene over til å bli offentlige institusjoner knyttet til poliklinikkene. Dermed ble økonomi og administrasjon mer standardisert, samtidig som man satset på en systematisk utdanning av miljøterapeuter. Dette førte til betydelige faglige endringer i behandlingshjemmenes indre liv, og gjorde det lettere å skape et stabilt sosialt miljø for barna (Vedeler, 2005). Det skjedde en enorm økning i antallet psykiatriske behandlingshjem fra starten av 1960-tallet til midten av 1970-tallet, og de erstattet etter hvert verneskolene (Vedeler, 2005). Flere behandlingshjem eksisterer fortsatt i dag som psykiatriske døgninstitusjoner for barn og unge. Man har med årene økt samarbeidet med foreldre, og noen behandlingshjem tilbyr familierapi. Selv om det var mye positivt ved behandlingsopplegget ved behandlingshjemmene, var de ikke uten sine kriser, som for en del av behandlingshjemmene førte til nedleggelse. Blant annet har det vært utfordrende å balansere behovet for struktur og kontroll med gode terapeutiske relasjoner, noe som kunne skape frustrasjon i institusjonstilværelsen både for barna og personalet (Vedeler, 2005).

### *SSBU og Theophilakis*

I 1963 ble *Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri* (SSBU) åpnet. Senteret ble oppfattet som den lenge etterspurte institusjonen for diagnostisering, med en egen observasjonsavdeling for ungdom (Hagen, 2000). SSBU fungerte som ankerfeste for de nye

poliklinikkene som forsøkte å finne sin form og sitt faglige grunnlag, og gjennom et godt samarbeid bidro SSBU til å gi poliklinikken den faglige tyngden de trengte (Theophilakis, 2005). Ved SSBU la man vekt på familie, skole og nærmiljø som viktige støttespillere i behandlingen, og man tilbød diagnostisk utredning og langtidsbehandling (Magnussen, 2005). Man så etter hvert at for de fleste pasientene var det mer hensiktsmessig med kortere innleggelse, med økt kontakt med hjemmemiljøet og poliklinikkene, og det ble også åpnet for å viderefølge til behandlingshjem (Magnussen, 2005). Utagerende tenåringer utgjorde en stor andel av pasientgruppen ved SSBU (Magnussen, 2005), og en av medarbeiderne som særlig interesserte seg for denne gruppen var psykologen Mary Theophilakis. Hun la vekt på lav selvvurdering og dårlig selvbilde som en underliggende faktor ved atferdsvansker, og at alle har behov for en bekreftelse eller anerkjennelse av seg selv som en verdifull person (Theophilakis, 1974). Dette gjelder både direkte i form av ros og oppmuntring og indirekte ved å leve i en etablert, meningsfylt sammenheng med omgivelsene. Problemet for barn og unge med atferdsvansker er at de ofte blir bekreftet svært negativt av omgivelsene, og deres leting etter positiv selvbekreftelse kan føre til at de søker sammen med andre i samme situasjon, slik at man danner såkalte gjenger (Theophilakis, 1974).

Theophilakis (1974) mente at man så en tilsynelatende mangel på vanlig samvittighet hos barn og ungdom med atferdsvansker, som hun knyttet til dårlig selvbilde og en sterk uforløst skyld. Denne skyldfølelsen er av en primitiv og ikke-erkjent karakter, knyttet til den man *er*, og angst for straff, bli forkastet eller ikke å bli bekreftet. Når disse barna på ulike måter provoserer omgivelsene, er det delvis for å få svar på hvem de er (Theophilakis, 1974). Hun fremstilte et slags paradoks ved at barn og unge med atferdsvansker for det første har en dyp uforløst skyld, mens de på det ytre plan fremstår som skyldfrie ved at de ikke vedkjenner seg noe ansvar for det de gjør, da det truer hele deres person. Ifølge Theophilakis (1974) viste dette en viktig kjensgjerning, at et menneske må ha noe det oppfatter som godt og verdifullt

hos seg selv for å kunne tilskrive seg noe negativt. Det er behov for en likevekt. Barn og unge med atferdsvansker mangler holdepunkter for hvordan de skal oppnå positiv bekreftelse, og dette ser ut til å ha sammenheng med foreldrenes sosioøkonomiske status og deres egen mangel på positiv bekreftelse. I behandling la Theophilakis (1974) vekt på gjensidig å definere grensene for behandlingsrelasjonen og hva slags virkelighet man deler. Hun problematiserte behandlingsmotivasjon, ved at det for det meste er behandleren som setter rammene og vilkårene for behandlingen, mens den behandlingstrengende parten forventes å tilpasse seg disse. Hun mente at man ikke tar nok hensyn til hva det krever å gå i behandling, og at man fort la ansvaret på klienten hvis man ikke møtte opp. Theophilakis (1974) vektla derfor samarbeid med foreldrene. Hun var i likhet med Redl og Wineman (1951;1952) og Waal (Auestad & Haavardsholm, 1969) inspirert av psykoanalytisk teori, og man kan se klare paralleller i deres teorier.

### *Manglende samhandling*

Et viktig poeng som ble nevnt i St.meld. nr. 51 (1960-61) var å prøve å få til bedre samhandling mellom de ulike organene som har ansvar for barn og unge med atferdsvansker. Det ble imidlertid ikke tatt noe initiativ til å etablere et formelt samarbeid, og hver sektor definerte selv hvilket ansvar de skulle ta. Slik systemet var lagt opp var ansvaret for barn og unge med atferdsvansker fordelt mellom spesialskolene, den nyetablerte barne- og ungdomspsykiatrien og de sosiale barnevernsinstitusjonene (Hagen, 2000). Spesialskolene lå under Kirke- og utdanningsdepartementet, mens de to andre lå under Sosialdepartementet, og i tillegg lå en viss del av ansvaret under strafferetten og Justisdepartementet (St.meld. nr 51 (1960-61)). Da mange barn og unge med atferdsvansker befant seg i en gråsoner, kunne det føre til at de ble en kasteball mellom de ulike instansene (Hagen, 2000). Theophilakis (1974) mente det har vært en tradisjon i psykiatrien, med å ”sette bort” eller henvisse visse problemer til bestemte instanser, hvorpå samfunnet forøvrig har beskjeftiget seg lite med disse. Ved å

”sette bort” forgrenede samfunnsproblemer til forskjellige og adskilte instanser, har man fått instanser og institusjoner som alle arbeider ut fra sine ideologier, retningslinjer og prioriteringer, og som har vært lite innstilt på å ta hensyn til hverandre. Dette har ført til et ulikt tilbud med manglende samhandling, og at viktig innsikt om hvilke behandlingsformer som fungerer har gått tapt (Theophilakis, 1974). Theophilakis (1974) hadde tiltro til økt desentralisering av hjelpetiltakene i små enheter, bedre koordinering, og mindre isolering av mennesker på ulike institusjoner.

### *Oppsummering og diskusjon*

Perioden etter krigen og frem til 1980-årene var fortsatt preget av institusjonstilnærmingen til behandlingen av atferdsvansker. Det var først på 1980-tallet at man så en tilbakegang i bruken av institusjoner (Thuen, 2008). Samtidig hadde man fått en ny disiplin i Norge, barne- og ungdomspsykiatrien, med sin vektlegging av barne- og ungdomspsykologisk kunnskap, og dette fikk betydning for synet på atferdsvansker. Psykoanalytisk teori kom i større grad inn i forklaringsmodeller for atferdsvansker, blant annet gjennom Waal og Theophilakis, som blant annet var inspirert av Redl og Wineman. Bowlby (1947) fremhevet at psykoanalysen siden sine tidligste dager har lagt vekt på den kritiske viktigheten av barnets tidligste erfaringer, men at det likevel har vært lite systematisk utforskning av hvilke faktorer som kan være skadelige for et barns tidlige utvikling. I sin studie mente han å kunne vise at man var avhengig av psykoanalytisk utforskning for å belyse ungdomskriminalitet (Bowlby, 1947). Man begynte å se atferdsvansker mer som psykososiale vansker, hvor indre psykisk strukturer og prosesser spilte en vesentlig rolle, fremfor å se det som rene sosiale tilpasningsvansker. Dette kom også frem i innstillingen fra Utvalget for psykisk barnvern. Selv om man så atferdsvansker som knyttet til lav sosioøkonomisk status og lav intelligens (Levy, 1931; Redl & Wineman, 1951), så begynte man å se at det var nødvendig å utvide forståelsen.

Man møter for første gang begrepet atferdsvansker, og selv om de eksisterende forklaringsmodellene i stor grad befant seg på individnivå, begynte man også å se nærmere på familiefaktorer. Den nye barnevernsloven fremhevet tiltak og behandling i barnets naturlige familiemiljø som det mest ønskelige. Sammen med lov om psykisk helsevern av 1961, førte dette til utbygging av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, som kunne tilby denne typen behandling (Hagen, 2000). Disse fikk en viktig forankring i SSBU (Theophilakis, 2005). Man var inspirert av Child Guidance-modellen fra USA, med sin vektlegging av det forebyggende arbeidet. Når det gjelder familiemiljøet, har flere studier lagt vekt på betydningen av dette for utviklingen av atferdsvansker (Moulton, 1931; Levy, Rosenthal og Lurie, 1943; Curry, Autry & Harris, 1980; Freeman & Savastano, 1970; Kolarikova, 1962; Oltmanns, Broderick & O'Leary, 1977; Peretti, 1980). Man så en økt interesse for familie- og nærmiljøbaserte tiltak i den internasjonale forskningen, og på 1970-tallet ble det publisert flere studier som viste at denne typen behandling har en effekt for barn og unge med atferdsvansker (Coe & Black, 1976; Karoly & Rosenthal, 1977; Martin, 1977; Michaels & Green, 1979; Patterson, 1974; Reiter & Kilmann, 1975; Walter & Gilmore, 1973; Webster, 1974; Webster et al., 1979; Woodward, Santa-Barbara, Levin & Epstein, 1978).

Barn og unge med alvorlige atferdsvansker ble sett på som en tung gruppe å jobbe poliklinisk med, da man opplevde at de trengte noe mer (Moe, 2005). Det så ikke ut til at spesialskolene var noe ideelt alternativ heller, da de hadde sine problemer, ikke minst i forhold til differensiering. Det så ut til å være vanskelig å opprettholde segregasjonssystemet man hadde lagt opp til med ulike spesialskoler og verneskoler, og det førte til at mange barn allikevel ble feilplassert (Thuen, 2008). Til tross for nye signaler og intensjon om endring i spesialskolene (St.meld. nr 51 (1960-61); St.meld. nr 42 (1965-66)), fortsatte utviklingen stort sett i samme spor som før, og spesialskolene mistet etter hvert sin funksjon (Hagen, 2000). Ifølge Thuen (2008) var det fortsatt en manglende politisk handlekraft, og barn ble fremdeles

utsatt for dårlig behandling i institusjonene, noe som førte til ny kritikk (NOU 2004: 23). Fagpersoner som Waal og Theophilakis var heller ikke akkurat positive til denne typen behandlingstilstander, men behovet for tiltak overfor barn og unge med atferdsvansker var der fortsatt (Hagen, 2000). Et alternativ ble behandlingshjem, hvor man la større vekt på miljøterapi enn ved de tradisjonelle spesialskolene, samtidig som de tilbød psykoterapi. Dette så ut til å bli en mer vellykket behandlingsform enn spesialskolene og vernetilstandene, hvor man hadde hatt vanskeligheter med overgangen til nye behandlingsmetoder. Noe av årsaken til dette kan være at behandlingshjemmene var et nytt behandlingskonsept med opphav i den nye barne- og ungdomspsykiatrien. De var derfor ikke belastet av fortiden på samme måte. Videre differensierte de mer mellom ulike typer vansker, og hver enhet hadde et mindre antall plasser (Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske behandlingshjem, 1965).

Det kan se ut som ungdomskriminaliteten på 1950- og 60-tallet bidro til en økt bevissthet rundt atferdsvansker som samfunnsproblem, og at det bidro til at man satte inn mer ressurser for å forsøke å gi barn og unge med atferdsvansker en mest mulig hensiktsmessig behandling. Thuen (2008) fremhever paradokset i at økningen i ungdomskriminalitet skjedde omtrent samtidig som den nye barnevernsloven trådte i kraft, og det ble stilt spørsmål ved om forebyggende arbeid fremfor økt bruk av institusjoner var den rette oppskriften. Det kan imidlertid ha vært flere faktorer som bidro til denne negative utviklingen, og det virker litt forhastet å bruke det som argument mot nærmiljøbasert arbeid med barn og unge med atferdsvansker. Det har skjedd en rekke endringer i samfunnet, hvor blant annet det tidligere behovet for ungdommens arbeidsinnsats har blitt drastisk redusert (NOU 1985: 3). I stedet for å gå rett fra barn til voksen, har man fått en ungdomsfase med sin egen kultur. Andre endringer er knyttet til familielivet, med færre arbeidsoppgaver og plikter, mer opplæring utenfor hjemmet, og en kraftig økning i antall skilsmisser, samt svekkelse i det lokale miljøet og sosial kontroll (NOU 1985: 3). Det kan på mange måter se ut til at ungdom opplevde en

slags rastløshet. Ifølge Theophilakis (1974) har fokuset på intrapsykiske og familiære årsaksfaktorer knyttet til atferdsvansker, gått på bekostning av å se på betydningen av samfunnsmessige forhold. Dette har man i stor grad overlatt til sosiologien og sosialpsykologien, og dette opplevde hun som en faglig begrensning innen den kliniske psykologien. Hun tok derfor til ordet for et mer kritisk syn på samfunnet og dets rolle (Theophilakis, 1974).

### **Del 3: Nye perspektiver i forståelse og behandling av atferdsvansker**

#### *Samhandling og forebygging*

På midten av 1980-tallet sto det å skape samordning og helhet i systemet fortsatt på dagsorden (NOU 1985: 18). Ungdomskriminaliteten førte til at det fortsatt var et behov for å finne effektive alternativer til strafferettslige reaksjoner, og en offentlig utredning om tiltak for ungdom med atferdsvansker (NOU 1985: 3) ble gjort. Ifølge Public Health-perspektivet skal tiltaksapparatet organiseres etter fem prinsipper: innsats på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet), koordinasjon, kontinuitet, komprehensivitet og evaluering (NOU 1985: 3). Public Health-perspektivet så ut til å være nokså manglende i behandlingen av atferdsvansker, med lite samarbeid mellom ulike instanser og utydelig ansvarsfordeling. Ut ifra dette perspektivet ble det foreslått en modell med gradvis opptrapping av koordinerte tiltak på ulike arenaer ut ifra graden av vansker, hvor langtidsbehandling utenfor hjemmet kommer inne som et av de siste trinnene (NOU 1985: 3). I 1992 ble lov om barnevernstjenester vedtatt, som var en videreføring av barnevernsloven av 1953. Dette hadde sammenheng med at svakhetene ved den forrige loven hadde blitt mer tydelig (NOU 2000: 12). Blant annet gjaldt det vanskeligheter med å komme inn på et tidlig tidspunkt, og det forebyggende barnvernsarbeidet, som virker å ha vært nedprioritert (NOU 1985: 18). Den nye loven skulle bidra til forsterkning av tidlige tiltak og forebyggende arbeid (NOU 2000: 12).

Lov om barnevernstjenester kom parallelt med et nasjonalt handlingsprogram for styrking av barnevernet (Hagen, 2000). Programmet lyktes i stor utstrekning, og Hagen (2000) mener dette kan forklares med at staten for første gang i historien gikk inn med store midler for å styrke barnevernet, samtidig som det var klare direktiver for handling, med rapporteringsplikt tilbake om hva som var utført.

Loven omhandler *særlige tiltak for barn med alvorlige atferdsvansker*, hvor det fortsatt er tilgang til å plassere barn og unge i institusjoner for lengre behandling, men her er kriteriene strenge (barnevernloven, § 4-24 – 4-26). Videre antas det at dette er en marginal gruppe. Noe av begrunnelsen for dette ligger i at det ofte har vist seg å være en sammenheng mellom atferdsavvik og omsorgssvikt, men det trenger ikke å foreligge omsorgssvikt for at man skal kunne iverksette tiltak (NOU 2000: 12). Det syntes å ha vært en nøktern holdning blant fagfolk i forhold til hva det er mulig å oppnå i arbeidet med barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Man har lenge vært på leting etter effektive og etisk forsvarlige tiltak, men både i barnevernet og i barne- og ungdomspsykiatrien ser mangel på nødvendige ressurser og kompetanse ut til å ha vært et vedvarende problem (NOU 2000: 12). Dette kan ha gjort det lett å støtte seg til institusjonsbehandling, selv om det på ingen måte forsvarer bruken av dette. Andreassen (2003) er enig i at Norge generelt har hatt vanskeligheter med å utvikle gode tiltak for unge med alvorlige atferdsvansker. Manglende faglige evalueringer har ført til at det iverksettes en rekke tiltak som man ikke kjenner virkningene av, noe som heller ikke kan kalles forsvarlig (Andreassen, 2003). Her ser det imidlertid ut til å være en endring på gang.

### *System og samspill*

Det har etter hvert skjedd et skifte i konseptualiseringen av psykopatologi hos barn, med anerkjennelsen av to generelle prinsipper (Henggeler et al., 1986). Det første er at barn er en del av mange systemer, som påvirker deres atferd både direkte og indirekte, og disse systemene utgjør til sammen et større system (Bronfenbrenner, 1980). Det andre er at atferd



foregår i en relasjonskontekst, hvor partene påvirker hverandre gjensidig. Dette er i overensstemmelse med en transaksjonsmodell, som legger vekt på at ulike faktorer ved barnet og barnets miljø påvirker hverandre gjensidig (Tetzchner, 2001), og brukes som utgangspunkt for å forstå normal utvikling og utviklingen av ulike vansker hos barn i dag. Generelt anerkjenner man at atferdsvansker må forstås gjennom sammensatte prosesser, og at ulike individuelle, familie- og øvrige miljøfaktorer spiller en rolle (Forgatch & Patterson, 2010). Det gir implikasjoner for behandlingen av atferdsvansker, og har ført til spørsmål rundt hvem man skal rette behandlingstiltak mot (Kazdin, 1989). Det har blitt åpnet mer for behandling av systemet rundt barnet, og to behandlingsmetoder man har valgt å satse på i Norge er Parent Management Training – Oregonmodellen og Multisystemisk terapi (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2000; 2001).

### *PMTO*

I USA var man tidlig ute med foreldretrening som tiltak for barn med atferdsvansker, og flere studier viste lovende resultater (Eyberg & Johnson, 1974; Karoly & Rosenthal, 1977; LeBow, 1973; Patterson, 1974a; 1974b; Walter & Gilmore; 1973). Dette ledet frem til etableringen av Parent Management Training (PMT) som behandlingsform for atferdsvansker. Det har etter hvert blitt gjennomført en rekke studier av denne typen tiltak, og i dag er PMT en av de mest understøttede og veletablerte behandlingsmetodene på området (Brestan & Eyberg, 1998; Nock, 2003). Parent Management Training – Oregon Model (PMTO) er en standardisert PMT-modell utviklet i Oregon. PMTO bygger på sosial interaksjonslæringsmodell, hvor man forener de to teoretiske retningene sosial interaksjon og sosial læring, som har røtter tilbake til behaviorismen. Ifølge denne modellen lærer man hverandre bestemte reaksjonsmønstre gjennom en gjensidig formingsprosess (Forgatch & Martinez, 1999). Det vil si at problemet ligger i et tvingende samspillsmønster mellom

foreldre og barnet, hvor problematferd hos barnet og ineffektiv oppdragelsesstil hos foreldrene forsterker hverandre gjensidig (Forgatch & Patterson, 2010). Behandlingen tar sikte på å endre dette mønsteret. PMTO-modellen sier at det er mange faktorer som kan bidra til å forårsake atferdsvansker, inkludert individuelle, familie- og miljøfaktorer, men det er foreldre og etter hvert jevnaldrende som er de mest proksimale sosialiseringensagentene (Forgatch & Patterson, 2010). Forskning på barns temperamentsstil og samspill med omsorgspersoner, har ført til utviklingen av begrepene ”match” og ”mismatch”, hvor det første beskriver et samspill hvor omsorgspersonene klarer å tilpasse seg barnets forutsetninger på en god måte, og det sistnevnte et samspill hvor omsorgspersonene ikke klarer dette (Kvelling, 2007). Selv om samspillet forstås som forårsaket av faktorer både ved de voksne og barnet, ansvarliggjør man ofte voksne ved tiltak, noe man gjør i PMTO også.

Sentralt i behandlingen står prinsipper hentet fra operasjonell betingning (Tetzchner, 2001), og foreldrene lærer å endre dysfunksjonelle strategier, med økt bruk av positive læringsstrategier/belønning for å fremme prososial atferd, og betinget bruk av milde former for negative konsekvenser ved negativt atferd (Forgatch & Patterson, 2010). Det er viktig at terapeuten sikrer at belønningssystemet fungerer før foreldrene begynner å ta i bruk konsekvensverktøyene (Aspeland, 2007). Formålet med PMTO er å forsterke fem sentrale foreldreferdigheter: grensesetting og disiplin, tilsyn, problemløsning, positiv involvering og ferdighetsoppmuntring, som man antar vil ha en positiv effekt på barnets atferd (Forgatch & Patterson, 2010). Behandlingen er strukturert og foregår både i grupper og individuelt. Det varierer i hvilken grad barna blir inkludert i behandlingen (Forgatch & Patterson, 2010). Ogden og Amlund Hagen (2008) gjennomførte den første randomiserte kontrollstudien av PMTO i Norge, som også var den første gjennomført utenfor USA. De fant at i de familiene som fikk PMTO-behandling, opplevde foreldrene mindre eksternaliserende problemer hos barna, og barnas lærere rapporterte om bedre sosial kompetanse, sammenlignet med de som

fikk vanlig behandling, som oftest i form av familierapi eller eklektisk behandling. PMTO var mer effektiv som behandlingsform for de yngste barna (4-8 år) enn de eldre barna (8-12 år), noe som kan ha sammenheng med at de eldre barna har en lenger historie med negativ interaksjon med foreldrene, og at de tilbringer mer tid utenfor hjemmet (Ogden & Amlund Hagen, 2008). Generelt tyder resultatene på at PMTO er å foretrekke fremfor mer tradisjonell poliklinisk behandling.

### *Multisystemisk terapi*

Når barn blir eldre tilbringer de mer tid med jevnaldrende. Atferdsvanskene vil ofte bli mer alvorlige (Kvelling, 2007), og det blir vanskeligere bare å ta utgangspunkt i foreldrene for å endre atferden. På 1970-tallet begynte man å utvikle en mer strukturert nærmiljøbasert tilnærming for ungdom med alvorlige atferdsvansker (Henggeler & Schaeffer, 2010), som skulle bli til det som i dag er kjent som Multisystemisk terapi (MST). MST er et behandlingsalternativ for ungdom mellom 12 og 18 år, og de som står bak metoden er Scott Henggeler og hans kolleger ved Medical University of South Carolina i USA (Christensen & Mauser, 2007). Henggeler et al. (1986) gjennomførte det første kliniske studiet av multisystemisk behandling, og fant støtte for denne behandlingsformen fremfor alternativ behandling. Det var en signifikant positiv endring i familieinteraksjonen, og en reduksjon i ungdommenes atferdsvansker (Henggeler et al., 1986). Henggeler og Schaeffer (2010) mener man tidligere har manglet tiltak med empirisk støtte, som fokuserer på kjente risikofaktorer for antisosial atferd hos ungdom, og samtidig har en tilstrekkelig bred problemkonseptualisering. MST-tilnærmingen ser på individet som flettet inn i et komplekst nettverk av sammenhengende systemer, som omfatter faktorer ved individet, familien, og omgivelsene rundt (f.eks. jevnaldrende, skole og nabolag). MST fokuserer på hvilke faktorer i dette nettverket som direkte og indirekte bidrar til atferdsproblemene, og de kan være i

relasjonen mellom den unge og det komplekse systemet den unge befinner seg i, eller mellom de ulike systemene (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 2000).

Derfor vil det i behandlingen ofte være nødvendig å intervensere i flere av systemene for å oppnå gode resultater.

Behandlingen foregår intensivt i ungdommens nærmiljø, og det jobbes med å endre negativ samhandling i familien, samt mellom ungdommen/familien og systemene rundt (Henggeler et al., 2000). I likehet med PMTO forsøker man å styrke ferdigheter og ressurser hos foreldrene, men også hos den unge (Henggeler & Schaeffer, 2010). MST-terapeuten jobber mer indirekte med ungdommen, ved å styrke foreldrene og hjelpe de å løse de vanskene de møter i oppdragelsen av barna sine, men kan også jobbe direkte med ungdommen (Henggeler & Schaeffer, 2010). På denne måten kan foreldrene hjelpe ungdommene til bedre å mestre sine omgivelser gjennom mer prososial atferd. De blir oppmuntret til å forsterke omgang med prososiale venner, og redusere kontakt med antisosiale venner, samt fremme bedre rutiner for skolearbeid (Henggeler et al., 2000). Videre jobber man med å styrke nettverket rundt familien. Et viktig prinsipp ved MST-behandling er at man er opptatt av styrker hos den unge og systemet rundt, og at man aktivt bruker disse i behandlingen. Dette bidrar til mer positive forventninger hos familien, og en bedre relasjon med terapeuten (Henggeler et al., 2000).

Et annet problem man har sett i forbindelse med tradisjonell behandling er manglende behandlingsoppmøte, og man så et behov for å overkomme barrierer knyttet til levering av behandling (Henggeler & Scaheffer, 2010). Derfor er MST-behandling tilpasset den enkelte families behov ved at man avtaler strukturerte møter på tidspunkter som passer den, samt at man har telefonkontakt. Det var dette Theophilakis (1974) etterlyste i behandlingen av barn og unge med atferdsvansker. Terapeuten er tilgjengelig 24 timer i døgnet, hele uken. En MST-

terapeut har ansvar for tre til fem familier, og behandlingen foregår intensivt over tre til fem måneder. Det er vanlig med hyppigere møter i starten av behandlingen (Henggeler et al., 2000). Hver familie forholder seg til en terapeut, noe som bidrar til en mer integrert behandling (Henggeler & Schaeffer, 2010). Terapeuten formulerer spesifikke hypoteser om årsakene til atferdsvanskene, som i større eller mindre grad kan testes ut. Man setter opp overordnede mål og delmål orientert mot situasjonen her og nå, og ulike spesifikke tiltak knyttet til de ulike systemene, kan iverksettes for å nå disse (Henggeler et al., 2000). MST er ikke en strengt manualbasert behandlingsform, men representerer et strukturert behandlingsopplegg med klare behandlingsprinsipper, hvor man benytter seg av empirisk støttede intervensjoner (Henggeler & Schaeffer, 2010). MST har et omfattende kvalitetssikringssystem, og bruker store ressurser på undervisning, veiledning og konsultasjon for terapeutene (Christensen & Mauseth, 2007).

MST har blitt støttet som behandlingsform for alvorlige atferdsvansker, fremfor andre typer behandling, i flere studier med ulike positive effekter (Borduin et al., 1995; Curtis, Ronan, Heiblum & Crellin, 2009; Henggeler, Melton & Smith, 1992; Schaeffer & Borduin, 2005). I en norsk studie fant man at MST ga mer positive effekter enn vanlig barnevernsbehandling, i form av mindre eksternaliserende og internaliserende vansker, økt sosial kompetanse, og større tilfredshet hos familien (Ogden & Halliday-Boykins, 2004). MST-behandling ser ut til å være effektiv for de fleste ungdommer i Norge, uavhengig av kjønn (Ogden & Amlund Hagen, 2009). Christensen og Mauseth (2007) peker på at det har vært behov for få tilpasninger av metoden til norske forhold, men man har hatt noen utfordringer i forhold til norske arbeidstidsordninger. Ut ifra foreliggende evidens, mener de at MST bør være foretrukket behandlingsform for ungdom med alvorlige atferdsvansker i Norge, og prøves før eventuell institusjonsbehandling. MST er imidlertid svært krevende behandlingsmetode, både for terapeuten og i forhold til implementering og vedlikehold. Her

er det en helt ny kompetanse som skal bygges opp (Christensen & Mauseth, 2007). Metoden krever at det finnes en voksenperson som kan fungere som foreldre eller foresatt, noe som ikke alltid vil være tilfelle, men selv med manglende omsorgskompetanse hos foreldrene kan man bruke MST (Henggeler et al., 2000).

### *Ytre versus indre forhold*

Det er klare likhetstrekk mellom PMTO og MST i vektleggingen av foreldrenes rolle og potensial til å endre negativ atferd hos barna sine. Effekter måles i stor grad i form av ytre endringer (mindre antisosial atferd, økt sosial kompetanse, mer positiv samhandling med foreldre og andre), mens det ser ut til å ha vært mindre fokus på den unges indre opplevelse. Man kan tenke seg at en mer positiv indre tilstand og økt velvære følger med de ytre endringene, samtidig som det kunne vært ønskelig med mer fokus på dette i disse behandlingstilnærmingene. Dette var noe man var mer opptatt av i den psykoanalytiske tilnærmingen, som Waal og Theophilakis var representanter for. Mer fokus på indre psykisk velvære er noe man har vært opptatt av i behandlingen av andre grupper, blant annet psykisk utviklingshemmede (Dykens, 2006). Både PMTO og MST viser til gode resultater i form av mer positiv samhandling og mindre atferdsvansker. Det er mulig at en mer positiv selvopplevelse er noe som følger med de andre endringene, og mer positiv bekreftelse fra foreldrene og andre, men det kunne allikevel vært ønskelig med et mer eksplisitt fokus på dette.

Tidlige fagpersoner som jobbet med barn med atferdsvansker, så en manglende utviklet ego-kontroll og samvittighet eller moral hos disse barna. Dette er i overensstemmelse med at man i dag knytter atferdsvansker til dårlig emosjonsregulering, da spesielt i forhold til regulering av aggresjon, som har erstattet kontrollbegrepet (Kvillo, 2007), og manglende utviklet empati og moral (Chandler & Moran, 1990; Cohen & Strayer, 1996; Hastings, Zahn-

Waxler, Robinson, Usher & Bridges, 2000). Ifølge Kvello (2007) har barn og unge med atferdsvansker betydelig vansker med å kjenne på egne følelser, og å tolke andre sine, som er knyttet til emosjonsregulering og empati. Emosjonsregulering handler om hvordan emosjoner gis uttrykk og påvirker atferd, og er en viktig del av barnets sosialisering, samt i forståelsen av normal utvikling og utviklingen av vansker (Kvello, 2007). Som en del av tilknytningen mellom barn og omsorgsgiver, tematisert av Bowlby, spiller foreldre en sentral rolle i barnets tidlige emosjonsregulering, og i å gjøre det i stand til å gjøre dette selvstendig senere (Sroufe, 1995). Empati kan defineres som evnen til å forstå og dele andres emosjonelle tilstand (Eisenberg & Strayer, 1987), mens moral dreier seg om forståelsen av hva som er riktig og galt (Tetzchner, 2001). Både emosjonsregulering, empati og moral er en viktig del av samhandling og sosial kompetanse. Det at PMTO og MST fører til mer positiv samhandling og bedre sosial kompetanse, tyder på at de også har en positiv effekt på emosjonsregulering, empati og moral.

### *Barnets medvirkning*

Mot slutten av 1900-tallet har barnets selvstendighetsrettigheter i større grad blitt satt på dagsorden. Her har FNs barnekonvensjon av 1989 vært sentral, som ble ratifisert av Norge i 1991, og inkorporert i norsk lov i 2003 (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2006). Dette er en internasjonal avtale som har til hensikt å gi alle barn og unge under 18 år et særskilt menneskerettighetsvern (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2003). I 1981 ble det innført en ny barnelov, som ved siden av barns vernerettigheter fremhevet barnets selvstendighet, og Norge ble det første landet i verden som innførte et eget barneombud (Thuen, 2008). Aldersgrensen for barns rett til å bli hørt ble satt til 12 år, men i 2003 ble den senket fra 12 til 7 år (Barnelova, § 31). Når barn har fylt 12 år skal man imidlertid legge særlig vekt på deres mening. Ifølge Thuen (2008) har barnet i større grad blitt

en medvirkende aktør i forhold til å ta avgjørelser om eget liv. I henhold til dette kan det nevnes at MST har blitt kritisert for ikke å møte ungdommen som en selvstendig aktør under behandlingen (Christensen & Mauseth, 2007). Samtidig mener Christensen og Mauseth (2007) at ved å jobbe innenfor en ramme hvor samarbeid, myndiggjøring, respekt, aksept og tillit blir vektlagt, legges det et grunnlag for positive resultater for både ungdommen og resten av familien. Når det gjelder behandlingsmetoden PMTO, antas det at barnets innflytelse vil øke når det negative samspillet avtar, noe som gir et bedre grunnlag for at barnet får utfoldet sin egenart (Apeland, 2007). Hensikten med foreldrearbeidet i begge tilnærmingene er å gjøre de bedre rustet til å fremme selvstendig positiv mestring hos barna sine.

#### *En mest mulig normaliserende og kvalitetssikret behandling*

*Normalisering* har etter hvert fått en viktig rolle som veiledende prinsipp i utformingen og utføringen av tjenester for personer som avviker fra resten av samfunnet (Wolfensberger & Tullman, 1982). Wolfensberger og Tullman (1982) definerer normalisering som å bruke kulturelt validerte virkemidler for å etablere eller opprettholde positivt validerte sosiale roller. Personer med avvik har ofte blitt devaluert og behandlet dårlig, noe som har svekket deres verdighet, tilpasning, vekst og kompetanse. Dette ser ut til i stor grad å ha vært gjeldende for barn og unge med atferdsvansker tidligere, selv om dette ikke har vært den eksplisitte intensjonen. Med normalisering legger man vekt på læring av ferdigheter og vaner som gjør det lettere å tilpasse seg et vanlig liv i samfunnet (Wolfensberger & Tullman, 1982). Historien viser at dette var hensikten fra starten av, men at dette ikke nødvendigvis ble fulgt opp fordi andre faktorer kom i veien. I dag ser det ut til at det blir gjort en større innsats for at det skal være samsvar mellom teori og praksis. Man jobber mer strukturert, samtidig som man forsøker å gi den unge en så normal oppvekst som mulig, gjennom å legge behandlingen til nærmiljøet. I 2003 ble det åpnet et eget norsk atferdssenter. Atferdssenteret skal gjennom å



integreere forskning og praksis utvikle tverrfaglig kunnskap, og styrke kompetanse i arbeidet med å forebygge og intervensere i forhold til alvorlige atferdsproblemer blant barn og unge (Christensen & Mauseth, 2007). Blant annet har Atferdssenteret det overordnede faglige ansvaret for opplæring og kvalitetssikring av metoder som PMTO og MST. Dette gir et godt grunnlag for normalisering, kunnskapsutvikling og kvalitetssikring.

### *Mismatch mellom begrep/diagnose og behandlingsteori*

Når man opererer med begreper som atferdsvansker, -problemer og -forstyrrelser, impliserer man fremdeles at dette langt på vei er en homogengruppe, selv om man har kunnskap som viser det motsatte. I ICD-10 opererer man med atferdsforstyrrelser begrenset til familien, usosialisert atferdsforstyrrelse, sosialisert atferdsforstyrrelse og opposisjonell atferdsforstyrrelse. Ved siden av dette har man hyperkinetisk atferdsforstyrrelse og blandede atferds- og følelsesmessige forstyrrelser (Statens helsetilsyn, 1999). Ifølge Kvello (2007) er aggresjon og regelbrytende atferd to komponenter som ofte er knyttet til atferdsvansker. Tackett, Krueger, Sawyer og Graetz (2003) fant at disse ikke nødvendigvis er overlappende, og diskuterer om man på bakgrunn av dette bør skille mellom to andre varianter av atferdsvansker, som i så fall vil ha implikasjoner for behandling. Ut ifra det man vet om kompleksiteten ved atferdsvansker, hvordan de kan være forårsaket av eller knyttet til ulike faktorer, samt utspille seg på forskjellige måter, burde det finnes et klassifiseringssystem som gjenspeilet dette. Det å skille mellom ulike grader og typer av atferdsvansker, viser at man fortsatt opererer på et nivå hvor man tilskriver problemet til individet, men i behandlingslitteraturen har man sett en økt bevissthet om at atferdsvansker foregår i et samspill mellom barnet og omgivelsene rundt, sammen med differensiering i forhold til alder og ulike tiltak man kan benytte. Her ser ikke klassifiseringssystemet ut til å ha fulgt opp.

### *Skilsmisser og atferdsvansker*

I dag er det slik at atferdsvansker ikke trenger å være knyttet til fattigdom og dårlige sosiale kår. Det norske samfunnet har sett en betydelig velferdsøkning i siste halvdel av 1900-tallet, men atferdsvansker er fortsatt et relativt stort problem. Det tyder på at andre samfunnsfaktorer kan ha betydning i dag. Fra midten av 1960-tallet og frem til midten av 1990-tallet har det skjedd en kraftig økning i antall skilsmisser (St.meld. nr 25 (1996-97)). Barn av skilte foreldre kommer dårligere ut enn barn som ikke har skilte foreldre på en rekke områder (Amato, 2001). Emery (1982) mener at det er flere faktorer knyttet til ekteskapskonflikt/skilsmisse som kan forårsake atferdsvansker hos barnet, blant annet svekkede foreldreferdigheter (Bond & McMahon, 1984; Forehand, Thomas, Wierson, Brody, & Fauber, 1990). Faktorer som kan påvirke utfallet er barnets alder (Allison & Furstenberg, 1989) og hvor alvorlig konflikten er (Forehand, McCombs, Long, Brody, & Fauber, 1988). Ekteskapskonflikter kan hindre foreldre i å være til stede og gi barna sine tilstrekkelig støtte (Shelton & Harold, 2008). Shelton og Harold (2008) fant at eksternaliserende vansker kunne være en måte barna forsøkte å få oppmerksomhet fra foreldrene på, samt gjenopprette relasjonen. Økt involvering fra foreldre kan redusere både internaliserende og eksternaliserende vansker hos barna (Day & Padilla-Walker, 2009). Når det er tilfelle at foreldrene ikke er tilstrekkelig involvert i barna sine, bør også behandlingen være rettet mot foreldrene, og det å styrke deres evne til å møte barnet på en adekvat måte.

### *Nye perspektiver på institusjonsbehandling*

Det er mange empiriske holdepunkter for at PMTO og MST er gode behandlingsmetoder, som evner å møte mye av den komplekse problematikken knyttet til atferdsvansker. Begge metodene krever imidlertid at man har en eller to foreldre eller foresatte som stiller opp, og er villig til å gjøre en innsats for å endre negativt samspill og

reducere atferdsvanskene til barna sine. Dette er ikke alltid tilfelle, og for unge med såpass alvorlige atferdsvansker som kriminalitet og rusmisbruk, kan institusjonsplassering enkelte ganger være det eneste alternativet. På bakgrunn av dette har Andreassen (2003) gått inn og sett på den forskningen man har som omhandler institusjonsbehandling av unge. Han mener generelt at dette er et forsømt forskningsområde, og at det er behov for å systematisere den kunnskapen som eksisterer, samt å gjøre videre empiriske undersøkelser. Det finnes ikke noen standard eller universell ”institusjonsbehandling”, og hva slags behandling man får har i stor grad vært basert på antakelser om hva som fungerer (Quay, 1987). Disse antakelsene påvirkes av faktorer som ideologi, etikk, sosial bakgrunn, klinisk erfaring og kostnader (Andreassen, 2003). Andreassen (2003) konkluderer med at det er en rekke trekk både ved institusjonen og den unge som er avgjørende for i hvilken grad institusjonsbehandling er effektiv. Det er derfor viktig å finne ut mer om hvem som kan profitere på denne typen behandling, og under hvilke betingelser.

Når det gjelder behandlingens innhold, ser det ut til å være likheter mellom det som fungerer både i og utenfor institusjoner. Den mest lovende institusjonsbehandlingen er basert på en kognitiv atferdstilnærming, med fokus på å styrke ulike mestrings- og sosiale ferdigheter. Den kognitive atferdstilnærmingen er en annen strukturert behandlingsform av nyere dato. Den tar i større grad utgangspunkt i faktorer ved barnet eller ungdommen som opprettholder atferdsvanskene, i form av negativ tankestil, forhøyet trusselovervåking og svekket emosjonsregulering (Lochman, Powell, Whidby & Fitzgerald, 2006), der hvor PMTO og MST er mer rettet mot faktorer ved foreldrene og systemet rundt. Ellers er det mange likheter mellom forståelsen og målet for behandlingen, med vektlegging av omgivelsenes betydning, å se konsekvenser av atferd (Andreassen, 2003), og atferdsendring (Mørch, 2011). En viktig komponent er å legge til rette for prososial atferd, og hindre sosial spredning av antisosial atferd, og dette har mye med gruppesammensetning å gjøre. Det kan for eksempel

være uheldig at man blander personer med ulik grad av problematferd (Andreassen, 2003). Dette viser at institusjonsbehandling ikke nødvendigvis trenger å være negativt, men at man fremdeles har en del å gå på i forhold til optimalisering og differensiering av denne typen behandling.

På bakgrunn av det man fant i denne forskningsgjennomgangen ble det opprettet seks nye behandlingstinstitusjoner for ungdom med atferdsvansker, hvor man prøver ut en ny strukturert behandlingsmodell kalt "Multifunksjonell Behandling i Institusjon og Nærmiljø", forkortet "MultifunC" (Andreassen, 2006). MultifunC består av et tidsbegrenset opphold i institusjon (6-8 måneder) fulgt av en integrert oppfølging i hjemmemiljøet, og total behandlingstid beregnes til ca. 10-12 måneder. Fokus i behandlingen er atferd, holdninger og ferdigheter hos ungdommene, samt relasjoner til jevnaldrende, foreldre/familiefungering, og fungering i skole eller arbeidssituasjon (Andreassen, 2006). I likhet med PMTO og MST, legges det vekt på forsterking av positiv atferd (Samuelsberg, 2008). Generelt er det å implementere et nytt behandlingsopplegg utfordrende, og sammen med en særlig krevende pasientgruppe, har ikke dette vært mindre gjeldende for MultifunC-institusjonene. Flere av institusjonene har imidlertid hatt en positiv utvikling, og har etter hvert fått etablert gode behandlingsrutiner, hvor ungdommen selv i størst mulig grad blir inkludert i arbeidet, med økende kompetanse hos personalet. Selv om det er for tidlig å si noe om effekten av behandlingen, virker dette lovende (Andreassen, 2006). Et annet poeng er at personalet opplever det positivt og meningsfullt å jobbe systematisk på denne måten (Samuelsberg, 2008). De mener det er en stor forskjell fra hvordan man har jobbet tidligere ved institusjoner, og med støtte fra forskningen gir det en ekstra faglighet og trygghet. Ikke minst opplever de at det gir ungdommene en trygghet, og at de blir sett (Samuelsberg, 2008). Det ble startet en effektstudie av MultifunC i 2010 (Bufetat, 2009), og det blir spennende å se hva resultatet av denne blir.

### *Tilbake til samhandling*

I 2011 er bedre samhandling i helse- og omsorgssektoren noe som fortsatt står på agendaen med ”Samhandlingsreformen” (St.meld. nr 47 (2008-2009)). Det henvises til at koordinering av helse- og omsorgstjenester ikke er god nok, samt at det fremdeles er behov for mer tidlig innsats og forebygging. Noen som ofte vil ha behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester er barn og unge med atferdsvansker. Regjeringen ønsker videre å styrke kommunens rolle. ”Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging” heter det i stortingsmeldingen (St.meld. nr 47 (2008-2009)). Det er viktig å ha fokus på å utvikle en samlet tjeneste, hvor man utnytter de enkelte faggruppers kompetanse og ressurser. Det at man vil legge ansvaret for helse- og omsorgsoppgaver i større grad til kommunene, begrunnes blant annet i at kommunene allerede har ansvar for andre oppgaver som skole, barnevern og sosiale tjenester, og at dette legger bedre til rette for samhandling. Dette vil sannsynligvis gjøre det lettere å iverksette koordinerte tiltak på ulike arenaer for barn og unge med atferdsvansker på et tidlig tidspunkt.

### *Oppsummering og diskusjon*

1990- og 2000-tallet har ført med seg en økt strukturering av familie- og nærmiljøbaserte tiltak for barn og unge med atferdsvansker, noe som eksemplifiseres her gjennom PMTO og MST. I tillegg er Norge i samarbeid med Sverige midt inne i et prøveprosjekt med strukturert institusjonsbehandling (Andreassen, 2006), som beskrevet ovenfor. Norske fagfolk var tidlig ute med å få PMTO og MST til Norge, noe som blir omtalt i Forgatch og Patterson (2010) og Henggeler og Schaeffer (2010). Norge har altså gjort vesentlige grep for å bedre behandlingsvilkårene for barn og unge med atferdsvansker. Begge initiativene kan ses i sammenheng med en økt opptatthet av at metodene man bruker i hjelpe-

og behandlingsapparatet skal være evidensbaserte (Kvvello, 2007). PMTO og MST har blitt støttet gjennom amerikanske studier, og MultifunC består av tiltak som man har funnet best effekt for i forskning (Andreassen, 2003), med klare likhetstrekk med det man fokuserer på i PMTO og MST. Videre har man gått inn for å bekrefte at disse effektene gjelder for norske forhold, med effektstudier for PMTO og MST allerede gjennomført med positive resultater. Dette er gode nyheter, og oppfordrer til videre arbeid med å spre disse metodene. En effektstudie for MultifunC er også på vei. I forbindelse med ”Opptappingsplanen for psykisk helse”, som var en åtteårig plan for å styrke det psykiske helsetilbudet i Norge (St.prp. nr 63 (1997-98)), har man sett en økning i det psykiske helsetilbudet til barn og unge. En vesentlig høyere andel av ressursveksten enn opprinnelig planlagt har gått til poliklinisk og ambulant virksomhet, fremfor døgnbasert behandling (Pedersen et al., 2009). Dette bør anses som en positiv utvikling, da det tyder på at man har satset mer på behandling i nærmiljøet.

Forståelsen av atferdsvansker har i større grad blitt flyttet til samspillet mellom barnet og omgivelsene. Man er ikke lenger så opptatt av enkelt faktorer, men hvordan ulike faktorer virker sammen i å forårsake atferdsvansker. Dessuten har man sett en økt oppmerksomhet mot barnet og familiens styrker, og hvordan man kan bruke disse i behandlingen av atferdsvansker. Det satses i større grad på frivillighet og inkludering, og de nye metodene er preget av optimisme i forhold til hva foreldre og barn sammen kan oppnå med riktig hjelp. Det at behandlingsapparatet har tiltro til deres kompetanse som foreldre, selv om de kanskje har kommet litt dårlig ut, vil nok oppleves som svært positivt for de fleste foreldre. Og ut ifra det man vet om barns tilknytning til foreldrene sine, er det viktig for barnet, selv om det alltid vil være tilfeller hvor det ikke egner seg å jobbe med foreldrene. En økt bevissthet om hvordan atferdsvansker kan skapes gjennom negativt samspill mellom barn og foreldre, og andre risikofaktorer knyttet til barnet eller ungdommens miljø, er viktig i forhold til det å

forebygge atferdsvansker. Dette er noe som har stått på den norske dagsorden lenge, og svært relevant i forbindelse med Samhandlingsreformen.

## **Diskusjon og avslutning**

Denne oppgaven har tatt for seg utviklingen i forståelsen og behandlingen av atferdsvansker i Norge, fra starten av 1900-tallet, med opptakt på 1800-tallet, og frem til i dag. Det ser ut til at den norske offentligheten ble gjort oppmerksom på denne typen vansker samtidig med industrialiseringen på 1800-tallet, med dårlige kår for mange barn i byene. Noe av det som er interessant når man ser tilbake på historien til atferdsvansker i Norge, er hvor tidlig ute man var med tenkemåter og behandlingstilnæringer som utgjør grunnlaget for hvordan man forstår og behandler atferdsvansker i dag. Hanselmann utarbeidet en omfattende teori om hvordan atferdsvansker kan være knyttet til ulike faktorer, hvor Redl og Waal fulgte opp denne måten å forstå atferdsvansker på, som et sammensatt problem. Dette er i overensstemmelse med nåværende teorier og transaksjonsmodellen, som utgjør dagens grunnlag for å forstå atferdsvansker og barns utvikling generelt (Tetzchner, 2001).

Sommerschild og Moe (2005) mener man kunne se spor av dagens behandlingsfokus allerede hos Pestalozzi i barneredningens tidligste år. På 1920-tallet ble det etablert Child Guidance-klinikker i USA, som etter hvert kom til Norge, og disse blir ansett som forløperen til dagens barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (Sommerschild & Moe, 2005). Det ble lagt vekt på tidlig intervensjon og familieveiledning, og dette er fortsatt høyst relevante behandlingselementer. På den andre siden kan det være grunn til å spørre hvorfor det har tatt relativt lang tid før denne forståelsen og behandlingstilnærmingen ble mer bredt etablert i praksis. Her kan flere faktorer se ut til å ha bidratt.

Institusjonsbehandling, med varierende innhold, har vært den rådende behandlingsmetoden for atferdsvansker det meste av 1900-tallet. Da Vergerådsloven ble vedtatt, var det med optimisme og stor tiltro til at oppdragelsesanstalter i form av skolehjem var det beste for disse barna. På denne måten fikk man fjernet dem fra et uheldig oppvekstmiljø, og plassert dem i skjermede omgivelser. I og med at utgangspunktet var at atferdsvanskene skyldtes dårlige ytre forhold, ble det antatt at ved å endre disse ville vanskene avta. Samtidig skulle skolehjemmene gi barna den oppdragelsen de manglet, og reformere barna til å tilpasse seg det samfunnet de ble tatt bort fra. Det var oppdragelse de trengte, og ikke straff. Men beretninger fra oppdragelsesinstitusjonene forteller en annen historie om barn som måtte lide, mens myndighetene lenge bare sto på sidelinjen. Det ble gjort utredninger som viste at forholdene ikke var holdbare, med blant annet for dårlige undersøkelser av barna, samt manglende psykologisk kunnskap og tilsyn, men lite ble gjort for å følge opp resultatene. Når det gjelder det at barna ble utsatt for hard disiplin ved institusjonene, må dette ses i sammenheng med den generelle barneoppdragelsen, hvor idealet om det lydige barnet stadig hang igjen. Kombinert med faktorer som isolasjon og særegne indre prosesser, har sannsynligvis dette gjort at tilværelsen ved institusjonene blitt spesielt ille. Videre trekker Dahl (1978) frem manglende ressurser som noe kan ha bidratt til at det ble mer fokus på kontroll og disiplin, enn omsorg og kjærlighet. Det var først 50 år senere det ble gjort endringer med nytt lovverk, men heller ikke de fikk større betydning i praksis for institusjonene. Institusjonsbehandling ble nedtonet, og skolehjemmene skiftet navn til spesialskoler. Samtidig ble det gjort et forsøk på å skille ut de med mer psykiske vansker med etablering av verneskoler, som var en mindre suksess. Fortsatt manglet det mer spesifikke retningslinjer for hvordan institusjonene skulle utformes innholdsmessig, og det var fremdeles behov for kompetanseheving. Antakelsen om at institusjonene tilbyr et miljø som kan redusere atferdsvansker i seg selv har eksistert frem til nyere tid (Quay, 1987).



Det som har kommet frem i denne oppgaven, bekrefter langt på vei at institusjonsbehandling av barn og unge med atferdsvansker har vært et relativt mørkt kapittel i norsk barnevern- og psykiatrihistorie. Det at man tidlig begynte å sende barn med atferdsvansker på institusjon, har sannsynligvis sammenheng med at det var slik man tradisjonelt hadde tatt seg av samfunnets avvikere. Med institusjonsplassering forsøkte man å balansere barnevern og samfunnsvern, men enkelte hevder at det var samfunnsvernet som veide tyngst, selv om man hevdet å ha de beste intensjoner for disse barna. Norge hadde akkurat fått et nytt skolesystem da Vergerådsloven trådte i kraft. Kunne det være, slik Dahl (1978) hevder, at det var det å hindre barna med atferdsvansker i å skape problemer i skolen, som var myndighetenes hovedgrunn til å plassere de på institusjoner? Hvis dette var tilfelle, ville det være mindre sannsynlig at myndighetene uttrykte dette eksplisitt. Ifølge Wolfensberger og Tullman (1982) sin teori, er det mulig at det lå mer ubevisste negative holdninger bak utarbeidingen av vergerådsloven, men at det var naturlig å undertrykke disse til fordel for mer høytstående verdier og idealer. Dette er innenfor psykoanalytisk teori sitt territorium, og det er interessant å sammenstille dette med Waal sin teori om at det var knyttet til undertrykking av lignende impulser hos en selv. Det er fristende å trekke en parallell til Jungs teori om *det kollektive ubevisste*, som noe som nedarves gjennom generasjoner (ref i Larsen & Buss, 2005), og at disse negative holdningene potensielt kunne være en del av dette.

Til myndighetenes forsvar eksisterte det lite psykologisk kunnskap å støtte seg til da vergerådsloven ble vedtatt. Da barnevernsloven av 1953 ble utarbeidet, hadde man noe mer kunnskap å støtte seg til, men samtidig så det ut til å være manglende vilje til videre kunnskapsutvikling om atferdsvansker og å bruke denne. Redl og Wineman (1951) mente at årsaken til dette var at samfunnet ikke ønsket å ha noe med disse barna å gjøre. Wolfenberger og Tullman (1982) mener at samfunnets reaksjoner overfor avvikende personer kan deles inn i to kategorier: fysisk eller sosial distansering og forsøk på å endre personen eller samfunnet.

Hensikten med institusjonsbehandling har vært å forsøke å endre disse barna, slik at atferden deres i større grad er i samsvar med samfunnets normer, men de ble også fysisk og sosialt distansert. Det at de ble behandlet som annerledes på denne måten kan ha ført til at de opprettholdt et avvikende syn på seg selv, noe som kan ha økt samfunnets stigmatisering av dem fremfor å redusere den (Wolfenberger & Tullman, 1982). På denne måten kan det oppstå en ond sirkel.

I motsetning til de andre institusjonene, var de psykiatriske behandlingshjemmene et barn av den kliniske barnepsykologien og psykiatrien. Som små behandlingseenheter var de preget av forhold som var mer normaliserte, med en familiær, forståelsesfull atmosfære, miljøterapi, og samarbeid med foreldre, og de så ut til å skape et bedre behandlingsgrunnlag for atferdsvansker. Behandlingshjemmene var ikke uten sine utfordringer. De krevde mye av personalet, og det å balansere terapeutiske relasjoner med kontroll og struktur var ikke alltid like lett, ifølge Vedeler (2005). Samtidig var det et initiativ til å gi barn med atferdsvansker et bedre tilbud enn det som eksisterte, og det viste engasjement hos fagfolk og frivillige, som det har blitt insinuert at manglet. Det ble kanskje ikke gjennomført noen systematiske evalueringer av behandlingen, men det bør allikevel regnes som et viktig skritt i retning av en bedre institusjonsbehandling. Akkurat som barneredningsanstaltene fra 1800-tallet, var behandlingshjemmene i starten basert på frivillig initiativ, men hvor staten kom inn og tok over ansvaret. Dette ser ut til å ha vært en mer positiv overgang (Vedeler, 2005) enn da staten tok over barneredningsanstaltene. Det var først på 2000-tallet det ble tatt initiativ til å systematisere den kunnskapen man har om institusjonsbehandling av unge med atferdsvansker, og det ble konkludert med at det fortsatt er en del kunnskap man mangler (Andreassen, 2003). Det bør nevnes at en mulig grunn til at forbedring av institusjonsbehandling har blitt nedprioritert de siste tiårene, er at man ønsket å prioritere det nærmiljøbaserte behandlingstilbudet for atferdsvansker. Det er imidlertid fortsatt de som vil

ha behov for institusjonsbehandling, da særlig ungdom med alvorlige atferdsvansker, fordi betingelsene for nærmiljøbasert behandling mangler. I den forbindelse er MultifunC-prosjektet et svært positivt initiativ, som så langt virker lovende.

Under vergerådslovens virke hadde man stor tiltro til staten som barns beskytter og hjelper, og mindre tiltro til foreldrene. Igjen kan dette ha hatt sammenheng med mangel på kunnskap om barns utvikling og barnepsykopatologi. Men selv når man tydelig så at staten sviktet denne rollen, gjorde man lite for å endre praksis. Allerede på slutten av 1800-tallet hevdet Sundt at den beste oppdragelsen for et barn var i en familie, og rundt 80 år senere kom den første Child Guidance-klinikken til Norge, omtrent samtidig med Bowlbys forskning og hans vektlegging av den emosjonelle tilknytningen mellom barn og foreldre. Spørsmålet er om man kunne ha gjort mer i perioden i mellom for å etablere behandling i nærmiljøet med fokus på foreldreveiledning. Allerede i 1923 ble det foreslått å opprette en Child Guidance-klinikk i Norge, og 1930 ble det tatt initiativ til at de psykiatriske sykehusene som eksisterte skulle opprette poliklinikker i samarbeid med vergerådene (Waal, 1991), men dette ble tydeligvis nedstemt. Det er ikke uvanlig å være skeptisk til nye metoder som man har mindre kunnskap om, noe som kan ha vært med å bidra til at man ikke var moden for denne typen behandling på daværende tidspunkt. Waal var imidlertid tidlig ute med å adoptere metoden i sitt kliniske arbeid, og NWI spilte en viktig rolle i etableringen av familietilnærmingen i norsk barne- og ungdomspsykiatri (Waal, 1991). Ved NWI opplevde man vanskeligheter med å jobbe poliklinisk med barn og unge med atferdsvansker (Moe, 2005), men dette så ut til å være forårsaket av manglende samarbeid med systemet rundt barnet. Barne- og ungdomspsykiatriske klinikker begynte å vokse frem rundt omkring i landet, men det så ut til at man trengte mer kunnskap om hva som var den mest hensiktsmessige måten å legge opp nærmiljøbasert behandling på. Det kan virke som det har vært vanskelig å se forbi

utfordringene, og at dette til en viss grad har hemmet utviklingen. Fortsatt støttet man seg i stor grad til institusjonsbehandling, sannsynligvis fordi man hadde lengre erfaring med dette.

Om utviklingen i nærmiljøbaserte tiltak for atferdsvansker gikk tregt i starten, skal Norge ha anerkjennelse for å ha vært tidlig ut med å implementere nye evidensbaserte, strukturerte behandlingsmetoder, som PMTO og MST, fra USA. Det som har vært savnet av systematisk kunnskapsutvikling om atferdsvansker og evaluering av tiltak tidligere, er en større del av den norske barnepolitiske agendaen i dag, ikke minst gjennom Atferdssenteret. Dette er en positiv utvikling. Nock (2003) etterlyser mer forskning på hva som er nødvendige og tilstrekkelige betingelser for endring i behandling av atferdsvansker, samt på hva som fungerer for hvem, og forhåpentligvis gir dette et godt utgangspunkt for det videre arbeidet. Intensjonen fra starten av var å endre barnas atferd gjennom behandling, men innholdet og betingelsene har forandret seg en del. Nådeløs disiplin, bestyrere med uendelig makt, mange års behandlingstid, og isolering på øyer har lite å gjøre med det man driver med i dagens behandlingstilbud. Dette har blitt erstattet med størst mulig grad av inkludering i nærmiljøet, styrking av foreldreferdigheter, strukturerte og tidsavgrensede behandlingsprogram. Generelt ser det ut til å være et større fokus på normalisering og å tillegge personen sosial verdi, gjennom mindre bruk av virkemidler som fremhever annerledeshet, og Wolfenberger og Tullman (1982) mener det øker sjansen for at vedkommende vil forsøke å leve opp til dette.

Det har gjennom det 19. århundre og starten av 2000-tallet blitt gjennomført en rekke reformer i form av lover og politiske vedtak, som har påvirket synet på og behandlingen av atferdsvansker. Befring (2007) påpeker at reformer ikke er noe som blir gjennomført en gang for alle, men en krevende, kontinuerlig pågående prosess. Man ser at virkningen av flere tidligere reformer ikke har vært i tråd med intensjonene, og her ligger det verdifull læring. Implementering av nye reformer krever vedvarende innsats og oppfølging for at endring skal

skje, noe som delvis ser ut til å ha vært manglende. Utviklingen de siste tiårene kan imidlertid tyde på at man har blitt mer bevisst på dette, hvor man har investert krefter og ressurser i å strukturere kunnskap, utforme tydeligere retningslinjer for behandling, og etablere kvalitetssikrings- og oppfølgingssystemer. Det har blitt antydnet at vi har et primitivt behov for å sette bort samfunnets avvikere. Skulle det stemme, ser det i alle fall ut til at det arbeides aktivt imot dette, og heller møte dem med forståelse og inkludering så langt som mulig.

Det har blitt nevnt en del samfunnsfaktorer som kan ha hatt betydning for forståelse og behandling av atferdsvansker. Theophilakis (1974) var opptatt av at man ikke må overse betydningen av samfunnsmessige forhold, noe hun mente det var en tendens til å gjøre. Et samfunn er stadig i endring, og dette vil kunne påvirke forståelsen av atferdsvansker, for eksempel at antallet skilsmisser har økt kraftig siden 1960-tallet, og at ungdomskultur er et relativt nytt fenomen. Ifølge Theophilakis har man ofte vært mest opptatt av indre psykiske og familiefaktorer, og dette har gått på bekostning av å ha et mer kritisk blikk rettet mot samfunnet. Et unntak som har kommet til senere er MST, hvor man er noe mer fokusert på det øvrige systemet rundt ungdommen. Madsen (2010) har nylig skrevet en bok om dette, hvor han tar for seg den kliniske psykologien generelt, og han mener psykologer har mye å gå på i forhold til å være mer orientert mot samfunnet, fremfor bare å være orientert mot individet. Et annet samfunnsmessig forhold i forbindelse med atferdsvansker, er hvordan det norske samfunn har lagt opp ansvarsfordeling mellom ulike områder. Barn med atferdsvansker har ofte havnet i gråsonen mellom ulike samfunnsinstanser (Hagen, 2000), hvor manglende samarbeid og informasjonsdeling mellom instansene kan ha svekket arbeidet med atferdsvansker (Theophilakis, 1974). Økt samhandling er noe som er høyst aktuelt i disse dager med ”Samhandlingsreformen” (St.meld. nr 47 (2008-2009)). Det er positivt å se at myndighetene tar grep for å bedre legge til rette for koordinerte tjenester til barn og unge med atferdsvansker på et lavest mulig behandlingsnivå.

Forståelsen og behandlingen av atferdsvansker ser ut til å ha beveget seg fra fokus på ytre sosiale forhold, til mer fokus på indre psykiske forhold, tilbake til fokus på ytre sosiale betingelser, forent med barnepsykologisk kunnskap. Fokuset på ytre sosiale forhold besto først i dårlige materielle levekår og manglende oppdragelse, og man anså det som nødvendig å fjerne barnet fra disse forholdene. I takt med den norske velferdsøkningen har dårlige materielle levevilkår fått mindre betydning, og når man snakker om fokus på ytre betingelser i dag, menes barnets samspill med omgivelsene. Behandling er rettet mot å endre negativt samspill og fremme prososial atferd i barnets naturlige miljø, fremfor å fjerne det fra miljøet. I mellom disse fokusene hadde man en periode preget av psykoanalytisk teori, hvor man i større grad var opptatt av barnets indre psykiske strukturer. Psykoanalytiske tilnærminger har i dag mindre støtte i forskningen (Nock, 2003), så Bowlby sin spådom har ikke gått i oppfyllelse. Selv om atferdsvansker handler mest om eksternalisering, burde ikke barnets indre psykiske opplevelse være irrelevant som behandlingsfokus. Det virker imidlertid som tiltakene som benyttes i PMTO og MST indirekte kan føre til en mer positiv selvopplevelse hos barnet, og at det er lite sannsynlig at man kan øke sosial kompetanse og bedre samspill uten samtidig å påvirke barnets indre opplevelse.

Når PMTO og MST blir særlig omtalt, er det for at disse behandlingsmetodene kan illustrere den generelle utviklingen som har skjedd i behandling av atferdsvansker i de senere årene. Kognitiv atferdsterapi har blitt nevnt som en tilnærming hvor man jobber mer med barnets indre tankeprosesser og regulering, og Webster-Stratton og Hammond (1997) fant at det å legge til kognitiv atferdsterapi til PMT ga en bedre effekt enn hver av tilnærmingene alene. Ifølge Mørch (2011) kan både PMTO og MST regnes som å være innenfor den kognitive atferdstilnærmingen i mer bred forstand, selv om man er mer atferdsorientert. Om det er hensiktsmessig å kombinere PMTO og MST med mer kognitivt arbeid med barnet eller ungdommen, er et spørsmål det kan være interessant å undersøke nærmere. Skolen har vært

en arena som har blitt knyttet mye til atferdsvansker, ikke minst ved at institusjonene fikk navn som *skolehjem* og *spesialskoler*. Man vektla barn med atferdsvansker sitt behov for skolegang og opplæring under tilpassede forhold, selv om det viste seg at dette ikke nødvendigvis ble fulgt opp i praksis. Barn med atferdsvansker er fortsatt en stor utfordring i skolen (NOU 2000: 12), og derfor er det viktig med tiltak som er rettet inn mot denne arenaen. Dette er en viktig del av MST, mens i PMTO antar man at det arbeidet man gjør med foreldre har en effekt som kan overføres til skolen. I Webster-Stratton og Hammond (1997) sin studie så ikke dette ut til å være tilfelle. Dette tyder på at for en del barn vil det være nødvendig med mer skolerettede tiltak.

Fra tidlig av ble det etterlyst bedre differensiering av barn med atferdsvansker, og det er noe man fortsatt ser ut til å mangle i stor grad i dag. Gjennom fokus på samspill og systemet rundt barnet, har man fått en utvidet forståelse av atferdsvansker, men man har fortsatt til gode å se det komme til uttrykk i begrepsbruken. Når man opererer med begrepet *atferdsvansker* eller diagnosen *atferdsforstyrrelser*, kan det gi et større inntrykk av homogenitet enn det som er tilfelle, og det tilsier at man tilskriver problemet til barnet eller ungdommen. Hvorfor kan man ikke kalle det for *samspillsvansker* isteden? Videre vet man at det kan opptre sammen med for eksempel omsorgsvikt, psykisk utviklingshemming og ADHD (Kvelling, 2007). På mange måter er atferdsvansker mer som et symptom på et underliggende problem, som blir opprettholdt i et sosialt system og i mer eller mindre grad kan skyldes individuelle faktorer ved barnet, enn en psykisk lidelse i seg selv som kan tilskrives til individet. Slik diagnosesystemet er i dag, er det siste det man forholder seg til. Dette tyder på en mismatch, da diagnosesystemet og begrepsbruken ikke ser ut til å bygge på samme forklaringsmodell som behandlingsmetodene. Klassifiseringssystemet i ICD-10 viser at man har forsøkt å differensiere atferdsvansker, men spørsmålet er om det er den mest hensiktsmessige måten å gjøre det på. Det virker urettferdig at det er barnet som får problemet

”hengt” på seg, selv om det er utbredt oppslutning om at problemet ligger i samspillet mellom barnet og omgivelsene rundt. Et annet problem er at hjelpeapparatet fort kan bli mer opptatt av å jobbe med symptomlette, heller enn med de underliggende mekanismene (Kvillo, 2007), noe som kan svekke utfallet av behandlingen. Man har ofte brukt vage termer i forbindelse med barnepsykopatologi, og det er et område hvor forskningen generelt ser ut til å ha ligget etter (Kazdin, 1989). På den positive siden fremhever Kazdin (1989) at det har blitt utviklet utredningsinstrumenter som måler psykopatologi langs ulike dimensjoner, noe som bedre får frem kompleksiteten i barns vansker enn hvis man bare opererer med kategorier. Det er viktig at man har et klassifiseringssystem som behandlere kan ha nytte av, slik Achenbach og Edelbrock (1978) poengterte.

I likhet med mange andre områder har det vært både positive og negative elementer i utviklingen i forståelsen og behandlingen av atferdsvansker. Det ser ut til at en del barn har fått lide under dårlige institusjonsforhold, særlig den første delen av 1900-tallet, og at man har brukt en del tid på å utvikle kunnskap og endre behandlingspraksis. Her kan blant annet generelle negative holdninger til atferdsvansker i samfunnet vært en bidragsfaktor. På den andre siden finnes det norske ildsjeler som har engasjert seg i arbeidet med barn med atferdsvansker, og kjempet for at de skal bli møtt med større forståelse. Og de siste tiårene har man sett et økt norsk initiativ til å ta i bruk behandlingsmetoder med støtte i forskningen, samt systematiske evalueringer av disse. Enkelte oppgaver gjenstår fortsatt, blant annet å sikre at et størst mulig antall får tilbud om nærmiljøbaserte evidensbaserte metoder. Videre bør man i større grad spesifisere betingelsene for at ulike behandlingsmetoder skal ha effekt, og hva som er hensiktsmessige kombinasjoner av behandlingstiltak. En annen utfordring er å få på plass en begrepsbruk og et klassifiseringssystem som stemmer overens med teoriutvikling og behandling. Behandlere bør generelt ikke glemme å ha et åpent øye rettet mot samfunnet de lever i, og om det er tilrettelagt for at de kan hjelpe barn med atferdsvansker på en mest mulig



hensiktsmessig måte. Det offentlige har hele tiden argumentert for at ulike behandlingstiltak skulle være til barnets beste, og i dag stemmer det i større grad overens med den behandlingspraksisen man møter. Sammenlignet med forholdene tidligere, ser det ut til å være en mer aktiv og optimistisk holdning i arbeidet med atferdsvansker, med vektlegging av behandlingskvalitet. Dermed er det heller mindre sannsynlig at barn og unge vil bli utsatt for de samme overgrepene som de ble på Bastøy og andre institusjoner.

## Referanseliste

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85(6), 1275-1301.
- Allison, P. D. & Furstenberg, F. F. (1989). How marital dissolution affects children: Variations by age and sex. *Developmental Psychology*, 25(4), 540-549.
- Amato, P. R. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 15(3), 355-370.
- Andreassen, T. (2003). *Behandling av ungdom i institusjoner: hva sier forskningen?* Oslo: Kommuneforlaget.
- Andreassen, T. (2006). *MultifunC- Institusjonsbehandling av ungdom med atferdsvansker*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Lastet ned 13. mai 2011, fra Regjeringen <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/kampanjer/familia/familia-32006/diverse-saker/multi-func---institusjonsbehandling-av-u.html?id=536464>
- Apeland, A. (2007). De voksnes allierte eller barnets? Parent Management Training – Oregonmodellen. I H. Haavind & H. Øvreeide (Red.). *Barn og unge i psykoterapi. Terapeutiske fremgangsmåter og forandring* (s. 78-108). Oslo: Gyldendal.
- Arctander, S & Dahlstrøm, S. (1932). *Hvordan går det våre vergerådsbarn? En statistisk studie bygget på erfaringer fra Oslo vergeråd 1900-1928*. Oslo: Norsk forening for sosialt arbeid.
- Auestad, A. M. & Haavardsholm, B. (Red.). (1969). *Nic Waal: Utvalgte faglige skrifter*. Oslo: Nic Waals Institutt.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (1998). *Om det kommunale og fylkeskommunale arbeidet med barn og unge med atferdsvansker*. Rundskriv Q-12/98. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Lastet ned 26. april 2011, fra Regjeringen <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/rundskriv/1998/rundskriv-om-det-kommunale-og-fylkeskomm.html?id=278856>

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2000). *Barnevernet i Norge: Tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer*. NOU 2000: 12. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Lastet ned 28. mars 2011, fra Regjeringen <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2000/nou-2000-12.html?id=117351>

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2000). *Rundskriv om bruk av Multisystemisk Terapi (MST) overfor barn og ungdom med alvorlige atferdsvansker*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Lastet ned 5. mai 2011, fra Regjeringen <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/rundskriv/2000/bruk-av-multisystemisk-terapi-mst.html?id=108644>

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2001). *Om implementering av metoden Parent Management Training (PMT) i Norge*. Rundskriv Q-16/01. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Lastet ned 5. mai 2011, fra Regjeringen <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/rundskriv/2001/rundskriv-om-implementering-av-metoden-p.html?id=108821>

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2003). *FNs konvensjon om barns rettigheter*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Lastet ned 9. mai 2011, fra Regjeringen

[http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns\\_barnekonvensjon.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf)

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2004). *Barnehjem og spesialskoler under lupen: Nasjonal kartlegging av omsorgssvikt og overgrep i barnevernsinstitusjoner 1945-1980*. NOU 2004: 23. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Lastet ned 2. februar 2011, fra Regjeringen <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2004/nou-2004-23.html?id=387932>

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2006). *FNs barnekonvensjon*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Lastet ned 10. mai 2011, fra Regjeringen [http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/tema/barn\\_og\\_ungdom/fns\\_barnekonvensjon.html?id=1038](http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/tema/barn_og_ungdom/fns_barnekonvensjon.html?id=1038)

Barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester m.v. av 17. juli 1992 nr. 100*.

Befring, E. (1983). *Skole- og atferdsproblem i omsorgspedagogisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Befring, E. (2007). Søkelys på institusjoner for barn. I E. Simonsen & B. H. Johnsen (Red.). *Utenfor regelen: spesialpedagogikk i historisk perspektiv*. (s. 217-233). Oslo: Unipub Forlag.

Binder, A. (1987). An historical and theoretical introduction. I H. C. Quay (Red.). *Handbook of juvenile delinquency* (s. 1-32). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Bond, C. R. & McMahon, R. J. (1984). Relationships between marital distress and child behavior problems, maternal personal adjustment, maternal personality, and maternal parenting behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(3), 348-351.

- Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M., & Williams, R. A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(4), 569-578.
- Bowlby, J. (1947). *Forty-four juvenile thieves: their characters and home-life*. London: Baillière, Tindall & Cox.
- Bowlby, J. (1966). *Maternal care and mental health*. New York: Schocken Books.
- Brestan, E. V. & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*(2), 180-189.
- Bronfenbrenner, U. (1980). *Opvækst og miljø*. København: Gyldendal.
- Bufetat (2009). *MultifunC*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Lastet ned 13.mai 2011, fra Bufetat <http://www.bufetat.no/barnevern/atferd/multifunc/>
- Chandler, M. & Moran, T. (1990). Psychopathy and moral development: A comparative study of delinquent and nondelinquent youth. *Development and Psychopathology, 2*(3), 227-246.
- Christensen, B. & Mauseth, T. (2007). Multisystemisk terapi: familie- og nærmiljøbasert behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44*(9), 1095-1106.

- Coe, W. C. & Black, D. R. (1976). An exploratory study evaluating a behavioral approach to disrupted family interactions. *Corrective & Social Psychiatry & Journal of Behavior Technology, Methods & Therapy*, 22(4), 46-49.
- Cohen, D. & Strayer, J. (1996). Empathy in conduct-disordered and comparison youth. *Developmental Psychology*, 32(6), 988-998.
- Curry, J. F., Autry, B., & Harris, H. J. (1980). Structural family assessment with status offenders. *Corrective & Social Psychiatry & Journal of Behavior Technology, Methods & Therapy*, 26(2), 39-44.
- Curtis, N. M., Ronan, K. R., Heiblum, N., & Crellin, K. (2009). Dissemination and effectiveness of multisystemic treatment in New Zealand: A benchmarking study. *Journal of Family Psychology*, 23(2), 119-129.
- Dahl, T. S. (1978). *Barnevern og samfunnsvern: om stat, vitenskap og profesjoner under barnevernets oppkomst i Norge*. Oslo: Pax Forlag.
- Day, R. D. & Padilla-Walker, L. M. (2009). Mother and father connectedness and involvement during early adolescence. *Journal of Family Psychology*, 23(6), 900-904.
- Dykens, E. M. (2006). Toward a positive psychology of mental retardation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 185-193.
- Eisenberg, N. & Strayer, J. (Eds.). (1987). *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press.
- Emery, R. E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92(2), 310-330.

- Endringslov til barnelova. (2003). *Lov om endringer i lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre m.v. av 20. juni 2003 nr. 40.*
- Eyberg, S. M. & Johnson, S. M. (1974). Multiple assessment of behavior modification with families: Effects of contingency contracting and order of treated problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*(4), 594-606.
- Forehand, R., McCombs, A., Long, N., Brody, G., & Fauber, R. (1988). Early adolescent adjustment to recent parental divorce: The role of interparental conflict and adolescent sex as mediating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(4), 624-627.
- Forehand, R., Thomas, A. M., Wierson, M., Brody, G., & Fauber, R. (1990). Role of maternal functioning and parenting skills in adolescent functioning following parental divorce. *Journal of Abnormal Psychology, 99*(3), 278-283.
- Forgatch, M. S. & Martinez, C. R. Jr. (1999). Parent management training: A program linking basic research and practical application. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 36*(10), 923-937.
- Forgatch, M. S. & Patterson, G. R. (2010). Parent Management Training – Oregon Model: An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. I J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Red.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (s. 159-178). New York: Guildford Press.
- Freeman, B. & Savastano, G. (1970). The affluent youthful offender. *Crime & Delinquency, 16*(3), 264-272.

- Friedlander, K. (1947). *The psycho-analytical approach to juvenile delinquency*. London:  
Routledge & Kegan Paul
- Goffman, E. (1967). *Anstalt og menneske: den totale institution socialt set*. København:  
Paludan.
- Goldfarb, W. (1943). Infant rearing and problem behavior. *American Journal of  
Orthopsychiatry*, 13, 249-266.
- Gregersen, M. B. (1934). Forord. I H. Hanselmann. *Oppdragelsesvanskeligheter: deres  
aarsaker og deres bekjæmpelse*. (s. 7-11). København: Levin & Munksgaard forlag.
- Hagen, G. (2000). *Barnevernet under velferdsstaten* (vedlegg til NOU 2000: 12). Oslo:  
Statens forvaltningstjeneste.
- Hanselmann, H. (1934). *Oppdragelsesvanskeligheter: deres aarsaker og deres bekæmpelse*.  
København: Levin & Munksgaard forlag.
- Hastings, P. D., Zahn-Waxler, C., Robinson, J., Usher, B., & Bridges, D. (2000). The  
development of concern for others in children with behavior problems. *Developmental  
Psychology*, 36(5), 531-546.
- Haugen, E. (1939). *Psykiatriske undersøkelser av elevene ved Toftes gave, Bastøy og Bærum  
skolehjem*. Oslo: Kirke- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1997). *Åpenhet og helhet*. St.meld. nr. 25 (1996-97). Oslo:  
Helse- og omsorgsdepartementet. Lastet ned 19. mai 2011, fra Regjeringen  
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-  
25\\_1996-97.html?id=191086](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086)
- Helse- og omsorgsdepartementet (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006  
Endringer i statsbudsjettet for 1998*. St.prp. nr. 63 (1997-98). Oslo: Helse- og  
omsorgsdepartementet. Lastet ned 11. mai 2011, fra



<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Lastet ned 11. mai 2011, fra Regjeringen <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Henggeler, S. W., Rodick, J. D., Borduin, C. M., Hanson, C. L., Watson, S. M., & Urey, J. R. (1986). Multisystemic treatment of juvenile offenders: Effects on adolescent behavior and family interaction. *Developmental Psychology*, 22(1), 132-141.

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(6), 953-961.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2000). *Multisystemisk behandling av barn og unge med atferdsproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget.

Henggeler, S. W. & Schaeffer, C. (2010). Treating serious antisocial behavior using multisystemic therapy. I J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Red.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (s. 259-276). New York: Guilford Press.

Hertzberg, N. (1903). *Barnets kristelige Opdragelse*. Oslo: Selskabet til kristelige andagtsbøgers udgivelse.

Hopkins, C. D. & Haines, A. R. (1931). A study of one hundred problem children for whom foster care was advised. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1, 107-128.

- Karoly, P. & Rosenthal, M. (1977). Training parents in behavior modification: Effects on perceptions of family interaction and deviant child behavior. *Behavior Therapy*, 8(3), 406-410.
- Kazdin, A. E. (1989). Developmental psychopathology: Current research, issues, and directions. *American Psychologist*, 44(2), 180-187.
- Kirke- og undervisningsdepartementet (1939). *Tilråkning om Skuleheimsskipnaden*. Oslo: Kirke- og undervisningsdepartementet.
- Kirke- og undervisningsdepartementet (1950). *Om skuleheimsskipnaden*. St.meld. nr. 60 (1950). Oslo: Kirke- og undervisningsdepartementet.
- Kirke- og undervisningsdepartementet (1966). *Om utbygging av spesialskolene*. St.meld. nr. 42 (1965-66). Oslo: Kirke- og undervisningsdepartementet.
- Kolarikova, O. (1962). The factor of family background in the etiology of difficult children. *Sbornik Prací Filosofické Fakulty Brněnské U.*, 11, 107-115.
- Kvelling, Ø. (2007). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Larsen, R. J. & Buss, D. M. (2005). *Personality psychology. Domains of knowledge about human nature*. New York: McGraw-Hill.
- LeBow, M. D. (1973). The behavior modification process for parent-child therapy. *The Family Coordinator*, 22(3), 313-319.

- Levy, J. (1931). A quantitative study of the relationship between intelligence and economic status as factors in the etiology of children's behavior problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1, 152-162.
- Lochman, J. E., Powell, N. R., Whidby, J. M., & Fitzgerald, D. P. (2006). Aggressive children: cognitive-behavioral assessment and treatment. I P. C. Kendall (Red.). *Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures*. New York: Guilford Press.
- Lurie, L. A., Levy, S., Rosenthal, F. M., & Lurie, O. B. (1943). Environmental influences; the relative importance of specific exogenous factors in producing behavior and personality disorders in children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 13, 150-162.
- Madsen, O. J. (2010). *Den terapeutiske kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Magnussen, F. (2005). Ungdomspsykiatri som nytt arbeidsfelt – Beretning om ungdomspsykiatrisk klinikk på SSBU. I H. Sommerschild & E. Moe (Red.). *Da barnpsykiatrien kom til Norge – Beretninger ved noen som var med* (s. 124-135). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martin, B. (1977). Brief family intervention: Effectiveness and the importance of including the father. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(6), 1002-1010.
- Michaels, K. W. & Green, R. H. (1979). A child welfare agency project: Therapy for families of status offenders. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 58(3), 216-220.
- Moe, E. (2003). *Nic Waals Institutt – Pionerer og aktører i norsk barne- og ungdomspsykiatri gjennom 50 år*. Oslo: Nic Waals Institutt.

- Moe, E. (Red.). (2005). Nic Waals Institutt blir til – Beretning om pionertiden ved Nic Waals Institutt. *Da barnepsykiatrien kom til Norge – Beretninger ved noen som var med* (s. 85- 100). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mortensen Vik, B. (2008). *Mellom vitenskap og tradisjon - Kunnskap om barneoppdragelse og familie i Norge 1890 – 1950*. Akademisk avhandling, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Moulton, B. E. (1931). Some causes of delinquency in relation to family attitudes. *American Journal of Orthopsychiatry, 1*, 73-177.
- Mørch, W. (2011). Kognitiv atferdsterapi for barn med atferdsvansker. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 48*(1), 40-45.
- Nock, M. K. (2003). Progress review of the psychosocial treatment of child conduct problems. *Clinical Psychology-Science and Practice, 10*(1), 1-28.
- Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske behandlingshjem (1965). *Psykiatriske behandlingshjem for barn og ungdom* (brosjyre). Oslo: Br. Tengs Boktrykkeri.
- Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health, 9*(2), 77-83.
- Ogden, T. & Amlund Hagen, K. (2008). Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(4), 607-621.

- Ogden, T. & Amlund Hagen, K. (2009). What works for whom? Gender differences in intake characteristics and treatment outcomes following multisystemic therapy. *Journal of Adolescence*, 32(6), 1425-1435.
- Oltmanns, T. F., Broderick, J. E., & O'Leary, K. D. (1977). Marital adjustment and the efficacy of behavior therapy with children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(5), 724-729.
- Patterson, G. R. (1974a). Retraining of aggressive boys by their parents: Review of recent literature and follow-up evaluation. *The Canadian Psychiatric Association Journal*, 19(2), 142-158.
- Patterson, G. R. (1974b). Interventions for boys with conduct problems: Multiple settings, treatments, and criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(4), 471-481.
- Pedersen, P. B. (Red.), Jensberg, H., Kalseth, J., Kaspersen, S. L., Halsteinli, V., Ose, S. O., & Sitter, M. (2009). *SAMDATA sektorrappport for det psykiske helsevernet 2008*. SINTEF Rapport A12373. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn. Lastet ned 10. mai 2011, fra SAMDATA <http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Sektorrapport-psykisk-helsevern-2008/>
- Peretti, P. O. (1980). Etiology of delinquency: Functional analyses of value-orientation dimensions. *Corrective & Social Psychiatry & Journal of Behavior Technology, Methods & Therapy*, 26(4), 193-199.
- Quay, H. C. (Red.). (1987). Institutional treatment. *Handbook of juvenile Delinquency* (s. 244-265). New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Redl, F. & Wineman, D. (1951). *Children who hate: the disorganization and breakdown of behavior controls*. New York: The Free Press.
- Redl, F. & Wineman, D. (1952). *Controls from within: techniques for the treatment of the aggressive child*. New York: The Free Press.
- Reiter, G. F. & Kilmann, P. R. (1975). Mothers as family change agents. *Journal of Counseling Psychology*, 22(1), 61-65.
- Rudberg, M. (1983). *Dydige, sterke, lykkelige barn: ideer om oppdragelse i borgelig tradisjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Samuelsberg, R. (2008). *MultifunC, en meningsfull jobb med unge*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Lastet ned 13. mai 2011, fra Regjeringen [http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/kampanjer/familia/barnevern-2/et-  
apent-barnevern-multifunc-en-meningsf.html?id=539927](http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/kampanjer/familia/barnevern-2/et-apent-barnevern-multifunc-en-meningsf.html?id=539927)
- Schaeffer, C. M. & Borduin, C. M. (2005). Long-Term Follow-Up to a Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With Serious and Violent Juvenile Offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 445-453.
- Shelton, K. H. & Harold, G. T. (2008). Interparental conflict, negative parenting, and children's adjustment: Bridging links between parents' depression and children's psychological distress. *Journal of Family Psychology*, 22(5), 712-724.
- Simonsen, E. (Red.). (2007). *Helbredelsespedagogikk, heilpedagogikk og spesialpedagogikk. Utenfor regelen: spesialpedagogikk i historisk perspektiv*. (s. 95-113). Oslo: Unipub Forlag.

- Sommerschild, H. (Red.). (2005). Frihetsgaven – Beretning om barnepsykiatrisk klinikk ved Rikshospitalet. *Da barnepsykiatrien kom til Norge – Beretninger ved noen som var med* (s. 79-84). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sommerschild, H. & Moe, E. (Red.). (2005). *Da barnepsykiatrien kom til Norge – Beretninger ved noen som var med*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sosialdepartementet (1961). *Om barn og ungdom med adferdsvansker*. St.meld. nr. 51 (1960-61). Oslo: Sosialdepartementet.
- Sosialdepartementet (1985). *Tiltak for ungdom med atferdsvansker*. NOU 1985: 3. Oslo: Sosialdepartementet.
- Sosialdepartementet (1985). *Lov om sosiale tjenester mv*. NOU 1985: 18. Oslo: Sosialdepartementet.
- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional development. The organization of emotional life in the early years*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Statens helsetilsyn (1999). *ICD 10, psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Sundt, E. (1870). *Om fattigforholdene i Christiania - fra den ved Christiania repræsentantskabs beslutning af 9de september 1868 nedsatte kommitte*. Oslo.
- Tackett, J. L., Krueger, R. F., Sawyer, M. G., & Graetz, B. W. (2003). Subfactors of DSM-IV conduct disorder: Evidence and connections with syndromes from the Child Behavior Checklist. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 31(6), 647-654.

Tetzchner, S. (2001). *Utviklingspsykologi. Barne og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Theophilakis, M. (1974). *Skjulte sirkler: erfaringer fra behandling av barn og ungdom med atferdsproblemer*. Oslo: Universitetsforlaget.

Theophilakis, M. (2005). Livet på et barnepsykiatrisk flaggskip – Beretning fra barnepsykiatrisk klinikk på SSBU. I H. Sommerschild & E. Moe (Red.). *Da barnepsykiatrien kom til Norge – Beretninger ved noen som var med* (s. 136-142). Oslo: Universitetsforlaget.

Thuen, H. (2002). *I foreldrenes sted: barneredningens oppdragelsesdiskurs 1820-1900: eksempelet Toftes Gave*. Oslo: Pax Forlag.

Thuen, H. (2008). *Om barnet: oppdragelse, opplæring og omsorg gjennom historien*. Oslo: Abstrakt forlaget.

Vedeler, G. H. (2005). Behandlingshjemmene. I H. Sommerschild & E. Moe (Red.). *Da barnepsykiatrien kom til Norge. Beretninger ved noen som var med* (s. 246-256). Oslo: Universitetsforlaget.

Vedeler, G. H. & Sommerschild, H. (2005). Norges første barnevernsklinikk. Tilbakeblikk ved to fra det første teamet. I H. Sommerschild & E. Moe (Red.). *Da barnepsykiatrien kom til Norge. Beretninger ved noen som var med* (s. 101-106). Oslo: Universitetsforlaget.

Vogt, R. (1908). Lov om forsømte børn og psykiatriens stilling dertil. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 28, 293-301.



- Waal, H. (1991). *Nic Waal: det urolige hjerte*. Oslo: Pax Forlag.
- Walter, H. I. & Gilmore, S. K. (1973). Placebo versus social learning effects in parent training procedures designed to alter the behavior of aggressive boys. *Behavior Therapy*, 4(3), 361-377.
- Webster, C. T. (1974). Group therapy for behavior-problem children in a rural junior high school. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 53(10), 653-657.
- Webster, C. D. et al. (1979). The child care worker in the family: Some case examples and implications for the design of family-centered programs. *Child Care Quarterly*, 8(1), 5-18.
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 93-109.
- Wolfensberger, W. & Tullman, S. (1982). A brief outline of the principle of normalization. *Rehabilitation Psychology*, 27(3), 131-145.
- Woodward, C. A., Santa-Barbara, J., Levin, S., & Epstein, N. B. (1978). Aspects of consumer satisfaction with brief family therapy. *Family Process*, 17(4), 399-407.
- World Health Organization (2009). *Basic Documents*. Genève: WHO press. Lastet ned 30. mars 2011, fra WHO <http://apps.who.int/gb/bd/>
- Zucker, H. J. (1943). Affectional identification and delinquency. *Archives of Psychology* (Columbia University), 286, 60.

