

Masteroppgave, Program for Læring i Komplekse Systemer, 2011

**Akuttarbeid med barn og unge i det psykiske helsevern  
fra et kompleksitetsperspektiv**

Christiaan Tromop<sup>1</sup>

Avdeling for Atferdsvitenskap



---

<sup>1</sup> Korrespondanse vedrørende denne artikkelen rettes til [christiaan.tromop@sshf.no](mailto:christiaan.tromop@sshf.no)

### **Abstrakt**

Det psykiske helsevern for barn og unge gjennomgår store endringer, og behandling foregår i større grad på de unges arena og med større delaktighet av nettverket i behandlingen. Det gjelder også for behandling i akuttsituasjoner. Det er lite dokumentert om behandling på de unges arena kan erstatte institusjonsbehandling, selv om erfaringer fra fagfeltet er positive. Dette spørsmålet belyses fra et kompleksitetsperspektiv hvor valg av systemgrenser sees som en avgjørende faktor for effekt av behandling. Artikkelen konkluderer med å peke på sterke sider for begge behandlingsformer. Behandling på unges arena kan dermed ikke erstatte institusjonsbehandling fullt ut, men utfylle den i større grad enn den gjør per i dag.

Oppfatning av psykisk sykdom og psykisk helse har endret seg dramatisk de senere årene, og organisering av barne- og ungdomspsykiatri har vært gjenstand for omfattende endringer. Psykisk helse forstås i denne sammenheng som tilfredsstillende fungering i hverdagen (Svendsen, 2006), og relateres til følelser, tanker og atferd (Madsen, 2010; Skinner, 1953/2000) i forhold til dette. Fenomener som beskrives fra et psykologisk perspektiv, består av mange biologiske - og sosiale komponenter, som har en egen kompleksitetsdynamikk (Byrne, 1998, s. 12).

Det psykiske helsevern for barn og ungdommer er et relativt nytt felt som utvikler seg i høyt tempo med impulser fra barnevern, voksenpsykiatri, og i den senere tid i økende grad av nettverksorienterte modeller. Det er svært ulike oppfatninger om hva som er effektive tiltak, og disse oppfatningene har ulik grad av empirisk støtte, som vektlegges svært ulikt. Det er videre ikke universell enighet om hva som teller som empiri (Ekeland, 2009).

Økt fokus på psykisk helse med desentralisering som hovedprinsipp (Sosial- og helsedepartementet, 1998) har resultert i økning av polikliniske - og ambulante ressurser. I perioden 2000 til 2008 økte antall registrerte konsultasjoner i psykisk helsevern for barn og ungdommer med 223 %. For voksne var økningen 116 % i tilsvarende periode. Helseforetakene har anvendt ambulante ressurser i akuttarbeid med barn og ungdommer og med dette etablert et alternativ til innleggelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

Det er en målsetning at tiltakene i det psykiske helsevern for barn og ungdommer skal være basert på god forskning (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Denne målsetningen bygger på et ønske om at behandlingen som gis skal være så effektiv som mulig, et tema som ble satt på dagsorden så tidlig som på 1950-tallet (se f. eks. Eysenck, 1952). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Hviding, 2006) har publisert en oversikt over nasjonale og internasjonale studier av bruk av nærmiljøbasert behandling av barn og ungdom med alvorlige psykiske problemer. Rapporten konkluderer med at det foreligger best

dokumentasjon for tiltak rettet mot barn og ungdommer med alvorlige atferdsvansker og med antisosial atferd (s. 29). Effekt av ambulant behandling av barn og ungdommer med alvorlige psykiske vansker er mangelfullt dokumentert. Det samme gjelder for barn og ungdommer i akutte psykiske kriser. Resultater fra oppsummert forskning om ambulant behandling i helsevern for barne- og ungdommer er per dags dato utilstrekkelig som grunnlag for å kunne vurdere effekten av ambulant behandling i forhold til institusjonsbehandling for hele denne gruppen.

Ambulant behandling i det psykiske helsevern for barn og ungdommer har en relativ kort historie. Som med de fleste innovative modellene er dokumentasjonen mangelfull og det er enighet om at det er behov for mer systematisk utprøving og dokumentasjon av modellene (Andersson, Sitter, & Ose, 2005; Hviding, 2006; Sosial- og helsedepartementet, 1997).

Barn og ungdommer som er henvist til det psykiske helsevern i en akuttsituasjon, mottar behandling som foregår på institusjon eller på hjemmearena. De to behandlingsformene er ikke bare forskjellig når det gjelder valg av arena for behandling, men også i måten nettverket blir involvert på i behandlingen, og måten behandlingen blir organisert. Hensikten med denne studien er å belyse om ambulant behandling er et godt alternativ til institusjonsbehandling i akuttarbeid i det psykiske helsevern for barn og ungdommer. Med utgangspunkt i akuttarbeid slik det blir praktisert ved Ungdomsklinikken i Aust-Agder, trekkes det opp perspektiver som belyser de to behandlingsformer og effekter de har på problemene som er utgangspunkt for henvisningen. Fokus for studien er systemets betydning for oppstått krise og ønsket endring. Seleksjonsteori, nettverksteori og systemdynamikk i et kompleksitetsperspektiv utgjør de teoretiske rammene for beskrivelsen.

### **Bakgrunn**

I 2006 ble sykehusene i Aust- og Vest-Agder slått sammen og ABUP (avdeling for barn og unges psykiske helse) fikk en felles ledelse. Tidligere etablerte ambulante team var

utgangspunkt for ytterlige satsing. I 2008 ble døgnetenheten i Vest-Agder avviklet og institusjonspersonale gikk over i ambulante stillinger. Forventningen var at de ambulante teamene i all hovedsak skulle gi et behandlingstilbud som alternativ for innleggelse. Døgnetenheten i Aust-Agder betjener begge Agderfylkene. Omorganiseringen er i tråd med statlige føringer for organisering av psykisk helsevern for barn og ungdommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

### **Akutthenvising og ulike behandlingstilbud**

Ved alvorlig bekymring for den psykiske helsa til et barn eller en ungdom kan akutteamet i ABUP kontaktes via en vakttelefon som er betjent på dagtid. Voksne som tar kontakt er akutt bekymret for barnets eller ungdommens tilstand ut fra hva den sier, gjør eller har opplevd. Akuttvurderingen foretas av vakthavende psykolog eller lege. I utgangspunkt deltar foresatte i vurderingssamtale eller deler av den. Formålet med vurderingssamtalen er å få inntrykk av ungdommens styrker og vansker og iverksette tiltak som ivaretar ungdommen og familie, i den krisen som har oppstått. Det finnes ikke objektive kriterier som styrer valg av behandlingstilbud for barn- og ungdommen i krisesituasjoner i vår avdeling. Sentrale momenter for valg av tiltak er henviserens vurdering av ungdommens trygghet, behov og ønsker som henviser eller foresatte og ungdommen har, foresattes omsorgskvaliteter samt tilgang på behandlere og behandlingsplasser. Behandling kan dermed foregå på sykehuset med innleggelse i ungdomsklinikken, eller på ungdommens arena ved et ambulant behandlingstilbud.

Når det velges et døgnbehandlingstilbud, er dette som regel begrunnet med et behov for trygghet eller ro som ikke kan gis i den daglige omsorgssituasjonen, eller det oppgis et ønske om observasjon av spesialister ved igangsetting eller endring av medisinsk behandling. Behandlingen, i samarbeid med ungdommens familie, består av miljøterapi, samtaler og medisinsk undersøkelse (Madsen, 2010). Metodene som anvendes har liten grad av allment

anerkjent empirisk støtte. Oppfølging av spesialister er meget tett. Samarbeidet med det øvrige nettverket begrenses blant annet fordi fysisk avstand og turnusarbeid gjør det krevende å organisere treffpunkter. Behandlingstiden varierer fra ett døgn opptil flere måneder, men er som regel kortvarig. Tall fra Bupdata (ABUPs dokumentasjonssystem), viser i perioden mai 2009 til mai 2010, for døgnbehandling i Aust-Agder en gjennomsnittlig behandlingsperiode av 41 dager.

Ambulant behandling kan også beskrives som arenafleksibel behandling. Som regel møter behandleren på barnets arena. Denne arenafleksibilitet gir gode muligheter for større delaktighet av nettverket i behandlingen. Det akuttambulante teamet i Aust Agder består av sju behandlere: en psykologspesialist, to psykologer, tre barnevernpedagoger og en vernepleier. Teamet kjennetegnes ved stor variasjon i tilnærming som styres av både faglige - og personlige preferanser. Dette gjelder valg av arena, antall personer som inkluderes i behandling og faglig ståsted. Arbeidsmåten preges av stor grad av samarbeid med andre instanser, lett tilgjengelighet og fleksibilitet (Furre, 2006) og bygger i stor grad på metoder med godt dokumentert empirisk støtte. Behandling opprettholdes som regel utover krisefasen, for å øke stabilitet og forebygge ny krise. Gjennomsnittlig behandlingstid ved ambulant behandling i Aust-Agder, i perioden mai 2009 til mai 2010 var 89 dager (Bupdata).

### **Teoretiske perspektiver på krise og krisebehandling**

Krisen som har oppstått er som regel ikke forutsett av verken ungdom eller voksne, selv om man muligens kunne ha sett indikatorer at ”grensen var nådd”. Overgangen fra orden til uorden kan ha skjedd gradvis eller plutselig. Krisen preges av bekymring for uforutsigbar atferd, ofte i form av trussel om suicid, og bekymring for grenser for egen mulighet til å kunne påvirke situasjonen.

## Vitenskapsforståelse

Forståelsen av krisen slik den manifesterer seg er en utfordring også fra et vitenskapelig perspektiv. Naturvitenskapen har med en reduksjonistisk tilnærming bidratt til store vitenskapelige gjennombrudd med beskrivelse av lineære - og mekaniske prosesser. Den viser sin styrke i determinerte, ordnede prosesser, som er forutsigbare og kan gjentas, men har begrenset anvendelighet når prosesser er komplekse (Cooper & Geyer, 2007).

Naturvitenskapen har derfor vært til lite hjelp i forståelse av det som lever, blant annet menneskelige atferd. Likevel har naturvitenskapens suksess medført at dens metoder også ble anvendt i vitenskapsområder preget av mer komplekse fenomener som sosiologi, medisin og psykologi. Metoder som er brukt i naturvitenskapen blir derfor også anvendt i det psykiske helsevern for barn og ungdommer, side om side ved humanvitenskapen. Dette gjøres til tross for at menneskelig atferd i sin kompleksitet ofte er uforutsigbar.

Den humanvitenskapelige kulturen er skeptisk til å overlate beskrivelse av virkeligheten til mekanistiske, naturvitenskapelige modeller. En slik mekanisk beskrivelse reduserer virkelighetens mangfold og dynamikk, som medfører at vesentlige aspekter forsvinner fra helheten. Snow (2001) beskrev dette dilemma i "De to kulturer".

Naturvitenskapen - med blant andre atferdanalysen - er derimot skeptisk til bruk av mentale prosesser som forklaring av menneskelig atferd (Eikeseth & Svartdal, 2003). Denne skepsis har medført at human- og naturvitenskapen har en egen kultur, med eget språk, virkelighetsoppfatning og kriterier for gyldig kunnskap. Dette er problematisk fordi begge tilnærmingene tar utgangspunkt i samme virkelighet. Dette dilemma er beskrevet av flere, blant annet av Dougher (1995).

Whewell (1840) var den første som brukte begrepet "consilience", kunnskapens enhet, for å beskrive en tenkt enhet eller forming av kunnskap fra ulike kunnskapsdomener. Han beskriver hvordan induksjon, det å slutte fra en rekke enkelttilfeller til det allmenne leder

til consilience når dette skjer samtidig med induksjon i andre klasser eller nivåer. Begrepet er gjort tilgjengelig for et stort publikum av Wilson (1998), samtidig som han har utvidet begrepet. Ikke bare kan samme forklaringsmodell ligge til grunn for forskjellige fenomener, men han mener at det er et begrenset antall naturlover som styrer vår virkelighet.

Krisen slik den blir presentert i en akutthenvendelse kan forstås og tilnærmes med fokus på forskjellige reduksjonsnivåer, fra atom- og gennivå til kultur og språk. Den kan betraktes som en individuell mental – eller fysisk krise, en systemkrise eller en følge av kulturelle og – sosiale roller. Hvert reduksjonsnivå er representert av sin egen vitenskapsgren som er avhengig av de andre grenene. Kompatibilitet mellom de forskjellige reduksjonsnivåer er fremdeles begrenset, spesielt på de mer komplekse nivåer. En helhetlig forståelse er derfor i liten grad vitenskapelig forankret og må snarere sees som et filosofisk ideal. I klinisk praksis er det likevel tilstrekkelig med en analyse som strekker seg til det nivået som muliggjør manipulering av omgivelsesvariabler (Hayes & Brownstein, 1986). En tilnærming som integrerer både generelle lover og prinsippene, og individuelle egenskaper vil kunne benytte seg av begge perspektivene som styrende for den mest effektive praksis.

Forståelsen i det psykiske helsevern blir formalisert i en eller flere diagnoser som beskriver pasientens aktuelle tilstand. Diagnosesystemet (World Health Organization, 2009) er et klassifiseringssystem som grupperer pasientens symptomer. I tillegg kvalifiseres spesifikke utviklingsforstyrrelser, intelligens, somatiske sykdom og psykososiale forhold (Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner, 1999). Årsaken til symptombilde og forhold mellom årsak og effekt, som ofte knyttes til diagnosebegrepet er lite kjennemerkende for diagnostikk i det psykiske helsevern. Få diagnoser har sin bakgrunn i årsaksforklaringer. Man kan for eksempel stille schizofrenidiagnosen dersom pasienten oppfyller visse symptomer og tegn, uten at man dermed forstår hvorfor pasienten har fått symptomene. Organiske kroppslige psykoser, rusutløste psykoser og posttraumatiske



tilstander får derimot sin diagnose ikke bare etter symptombylde, men også etter årsaksforholdene.

Tharp og Wetzel (1969) beskriver hvordan tradisjonell behandling i psykisk helsevern har som mål å endre pasientens indre tilstand, med tanke på å lette de synlige symptomer. Et eksempel på dette er reduksjon av angst. Den medisinske modellen i psykisk helsevern bygger på somatisk behandling, til tross for begrenset kunnskap om hvordan den indre tilstand henger sammen med de synlige symptomer og begrenset kunnskap om sammenheng mellom behandlingsmetode og den indre tilstand. Metoden påvirker pasientens omgivelser når behandling medfører endret atferd hos pasienten og påvirker forståelse av hva som skaper endring. Slik behandling foretas av profesjonelle behandlere og bidrar – slik Tharp og Wetzel beskriver - til diskvalifisering av andre i barnets naturlige omgivelser.

I dette faglige spenningsfelt blir de første initiativer til ambulant behandling tatt, en behandlingsmåte som i kort tid vokser ut til en betraktelig del av det psykiske helsevern, også for barn og ungdommer. Inspirert av blant annet Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell (Bronfenbrenner, 1980) og miljøterapeutiske tradisjoner (Andersen, 1997), flyttes behandling fra institusjon til ungdommens naturlige omgivelser. Ambulant behandling er derfor ikke bare et arenaskifte, men også en behandlingsform som i større grad inkluderer ungdommens naturlige omgivelser i behandlingen. Dette medfører flere aktører og økt kompleksitet.

### **Komplekse adaptive systemer**

Akutthenvendelser gjelder problematikk på flere arenaer og på flere nivåer som står i relasjon til hverandre. Fysiske forutsetninger, omsorgsbetingelser, vennskaps- og andre relasjoner, hendelser og opplevelse av dem mellom for- og framtid utgjør et kompleks samspill hvor små endringer i en av delene kan ha stort utslag på alle nivåer. Endringer kan

komme plutselig, og det kan være vanskelig for ungdommer og foresatte å forstå hvordan den problematiske situasjonen kunne oppstå.

Kompleksitet og tilstøtende begreper er en relativ nykommer i vitenskapen, spesielt i den humanvitenskapelige kultur (Byrne, 1998). Kompleksitetsteori har sine røtter i forskjellige vitenskapelige verdener, blant annet økonomi, kybernetikk, matematikk og informatikk. Slik Axelrod og Cohen (1999) påpeker, har de forskjellige vitenskapelige områder egen beskrivelse av kompleksitet samtidig som det brukes samme gjennomgående temaer og begreper. Kompleksitetsteori må derfor betraktes som en teori under utvikling. Den utvikler seg i et forsøk å forklare fenomener hvor lineær forståelse ikke kan gi tilfredsstillende svar fra et naturvitenskapelig ståsted, og har ifølge Axelrod & Cohen (1999) potensial til å integrere de to ståsteder. Når vi betrakter barn eller ungdommer og deres nettverk i en krise som et komplekst adaptivt system, gir dette muligheter til å forstå dynamikk og betingelser for endring i systemet på lik linje med andre komplekse adaptive systemer. Dette gir ikke bare en naturvitenskapelig forklaringsmodell for fenomener som tidligere tilhørte det humanvitenskapelige domene, men også mulighet til å anvende kompleksitetens lovmessigheter i behandling av problematikk i det psykiske helsevern.

Et komplekst adaptivt system kjennemerket ved "strong interactions among its elements, so that current events heavily influence the probabilities of many kinds of later events" (Axelrod & Cohen, 1999, s. 7). Et kompleks adaptivt system kan dermed bare forstås i et historisk perspektiv.

Complex systems have a history. Not only do they evolve through time, but their past is co-responsible for their present behavior. Any analyses of complex systems that ignores the dimension of time is incomplete, or at most a synchronic snapshot of a diachronic process (Cilliers, 1998, s. 4).

Atferd hos et kompleks adaptivt system er en følge av hvordan de individuelle elementene (agenter) responderer på sine omgivelser, uavhengig av bevissthet om dette. Denne interaksjonen med sine omgivelser – som også inkluderer andre agenter – følger en strategi, er målrettet og forsterkes av sine suksesskriterier. Ved at agenter følger en bestemt strategi blir også konteksten for de andre agenter endret. Uteblivelse av suksess kan medføre kopiering og utprøving av andre strategier, ved å ta utgangspunkt i strategier fra andre agenter eller samlinger av agenter som har kontakt med hverandre, populasjoner. Denne endringen utfordrer til ny atferd som igjen skaper konteksten for andre agenter. Dette medfører at bestemte typer strategier blir mer vanlig og andre typer blir mindre vanlig. Når for eksempel en aggressiv strategi for å oppnå oppmerksomhet ikke gir ønsket resultat, øker sjansen for kopiering og utprøving av en ny strategi. Dette forutsetter at en slik strategi er tilgjengelig for kopiering innenfor populasjonen.

Et komplekst system kjennetegnes ved emergente egenskaper: underliggende prosesser har sin egen dynamikk som styrer egenskaper på et overordnet nivå, og egenskaper på dette overordnede nivå er nye egenskaper som ikke finnes på det underordnede nivå (Axelrod & Cohen, 1999). Etablering av ungdomsgjenger kan for eksempel, forstås ut fra forekomsten av aggressive strategier hos sine medlemmer. Paul Cilliers (1998) påpeker at dette feilaktig kan gi inntrykk av noe mystisk, og understreker at en slik forklaring er unødvendig for å forklare systemets komplekse atferd.

Kontakten innenfor populasjonen er ikke tilfeldig men følger bestemte mønstre som oppstår over tid (Rihani, 2002). Denne dynamikken ligger til grunn for selvstyring og selvorganisering som kjennetegner komplekse adaptive systemer. Ungdommer som foretrekker bruk av aggressive strategier, søker følgelig innpass i miljøer som har høy grad av aksept for slike strategier. Vi finner samme dynamikk i organer, individer, sosiale nettverk eller andre organisasjoner; dynamikken er den samme, uavhengig av systemets nivå.

## Nettverk

Et komplekst system defineres av summen av sine deler og ved de intrikate relasjoner mellom delene. Nettverksteori spiller derfor en viktig rolle i kompleksitetsteori. Måten et system er organisert, dets struktur, gir systemet sine iboende egenskaper. Med egenskaper kan man tenke på fordeling, klynger, egenskapene av forbindelser, sårbarhet og robusthet. Systemets organisasjon styrer muligheter og begrensninger for intervensjoner. Ved kartlegging av et nettverk er vi derfor spesielt oppmerksom på hvordan elementene er forbundet med hverandre. (Barabási, 2003).

Fordeling av elementene i et komplekst system kjennetegnes ved eksponentiell fordeling. De fleste elementene, noder har noen få forbindelser, men noen få noder har veldig mange forbindelser. En slik fordeling kalles for et skalafritt nettverk. Slike fordelinger markerer faseoverganger fra uorden til orden; systemet er i ferd med å organisere seg. Skalafrie nettverk oppstår når forbindelser blir styrt av preferanser: "preferential attachment". Forbindelser mellom delene er ikke tilfeldige men blir styrt av agentens strategi. Det knyttes forbindelser til elementer som støtter en valgt strategi. Antall forbindelser et element har, hvor mange ganger det er valgt av andre elementer, øker sjansen for framtidige forbindelser. Denne dynamikken foregår på forskjellige nivåer i et komplekst system.

Antall elementer i et kompleks system øker graden av kompleksitet. Mennesker skiller seg ifølge Cooper og Geyer fra andre komplekse systemer med sin bevissthet:

This ability to be self-aware, to understand aspects of the world around them, to be aware of their history and to evolve interpretations of themselves and their surroundings makes human beings fundamentally different from all other life forms and physical phenomena (2007, s. 29).

Endring i et system med mange relasjoner påvirker mange elementer. Det kan være utfordrende å velge systemavgrensninger som er hensiktsmessige. Ved for snevre

avgrensninger utelukker vi betydningsfulle relasjoner; ved for romslige grenser blir systemet u håndterlig komplisert. Observasjon, forståelse og behandling av ungdommene i sine naturlige omgivelser gir mulighet for involvering av flere betydningsfulle relasjoner i behandlingen, og resulter dermed i mer omfattende endringer. Behandling blir med dette i mindre grad rettet mot de individuelle symptomene og i større grad mot betingelser som forårsaker utilfredsstillende fungering i hverdagen.

Når vi forstår henvist ungdom som del av et kompleks system, er ikke bare ungdommens forankring i systemet relevant, men også hva som betinger endring for elementene han eller hun er forbundet med. Som eksempel kan skolevegring i dette perspektiv sees som et resultat av biologiske betingelser, sosiale ferdigheter eller i sammenheng med foresattes integrering i samfunnet, lokalmiljøets holdninger til deltagelse i samfunnet, trender i skoleverket, spesialundervisningens betydning, eller hvordan samhandling mellom elevene foregår. Valg av elementene som er ønskelig å involvere i behandlingen er avhengig av omfang av endringer man etterstreber. Ved døgnbehandling blir ungdommen løftet ut av sine naturlige omgivelser og observert, forstått og behandlet innenfor institusjonens rammer. Institusjonsbehandling blir som regel begrunnet med behov for sikkerhet, eller observasjon av atferd uten påvirkning av impulser fra de naturlige omgivelser.

### **Seleksjon**

Familier som henvender seg til ABUPs vakttelefon opplever at kjente strategier ikke lenger er tilstrekkelig for å handtere den akutte krise som de står oppe i. Akuttarbeid i psykisk helsevern for barn og ungdommer handler om å bistå involverte med å finne hensiktsmessige strategier som gir forutsetninger for videre vekst og utvikling.

Seleksjon handler om hvilke agenter og hvilke strategier som videreføres og på denne måten skaper endring i komplekse adaptive systemer (Axelrod & Cohen, 1999, s. 117).

Begrepet er brukt for å forklare endring i komplekse systemer på arts -, individ- og kulturelt

nivå. I et kompleksitetsperspektiv forutsetter seleksjon samhandling og variasjon mellom agentene. Når seleksjon gir et resultat som tilfredsstillende suksesskriterier, har agenten eller strategien adaptert. Når ungdommen slutter å forsvare seg, men sier ”unnskyld” i stedet, har strategien adaptert. Suksesskriterium kan ha vært lærerens velvilje, eller unngåelse av en aversiv stimulus. Adapsjon er et verdinøytralt begrep og avhengig av hvilke suksesskriterier som benyttes.

Naturlig seleksjon er begrepet som brukes for å forklare seleksjon på artsnivå, slik det ble presentert av Darwin i hans evolusjonsteori. Individuer varierer etter genetisk arv og miljøfaktorer. Seleksjon foregår ved at agenter som er best tilpasset, viderefører sine egenskaper i større grad enn andre agenter. Ideen om naturlig seleksjon er en av grunnsteinene for biologi, og har stor grad av vitenskapelig aksept. Naturlig seleksjon forklarer hvordan celler i samspill med sine omgivelser har utviklet seg til livsformer med sine naturlige variasjoner som vi kjenner dem i dag. Et eksempel på dette er variasjon i oppmerksomhet. Noen individer har et bredt oppmerksomhetsspekter og får med seg alt, mens andre har mulighet til å holde fokus over lengre tid. I samspill med sine naturlige omgivelser, spesielt i skolealderen, har individer som har mulighet til å holde fokus over lengre tid, generelt bedre forutsetninger til å møte forventninger som stilles i skolen. Werner Nebelung (2006) viser i denne sammenheng til mangfoldets betydning:

Hvem vet om Amerika hadde vært oppdaget, for ikke å snakke om kolonisert, hvis det ikke hadde vært noen rastløse og kreative sjeler som hadde behov for å oppdage hva som var på den andre siden. Kanskje har det ”å leve uten filter” også noen fordeler?

Aksept for mangfold vinnes ved åpenhet, kunnskap og forståelse.

Egenskaper som var betydningsfull i fylogenesen har ikke samme betydning i dag (Baum, 2005). Bred oppmerksomhet innfrir sjelden suksesskriterier i skolesituasjonen og alternative strategier blir utforsket og etablert avhengig av forsterkningsregimet.

Språk kan være en hindring for å forstå atferd. En gjennomført dualisme, det vil si, antagelse at det finnes en verden utenfor den naturlige verden er utførlig diskutert av Skinner (1976). I hverdagsforståelse er dette uproblematisk, men blir i en vitenskapelig tilnærming et intetsigende sirkulært resonnement. Problemet er knyttet til begreper som mental, vilje og selvbestemmelse: hendelser som ikke har skjedd, kan ikke påvirke aktuell atferd. Radikal behaviorisme tilbyr en alternativ og vitenskapelig måte å forstå menneskelig atferd på (Baum, 2005). Denne forståelsen er betydningsfull for intervensjoner som foretas i det psykiske helsevern.

### **Systemdynamikk**

Systemdynamikk er en metode som øker forståelse av hvordan kompleks adaptive systemer oppfører seg over tid, med utgangspunkt i tilbakekoblingsløkker, buffere og strømmer (Sterman, 2000). Små endringer i en del av et komplekst adaptivt system kan ha ringvirkninger langt utover den delen av organisasjonen hvor endringer foretas. Det er typisk for komplekse adaptive systemer at effekter oppstår andre steder enn årsaken som initierer prosessen og er forsinket i tid. Høy grad av kompleksitet øker sjansen for uforutsigbarhet og overraskende atferd. Dynamikk i slike systemer kan derfor være vanskelig i tilnærme seg intuitivt. I akutthenvendelser er denne mangel på forståelse en sentral del av problemstillingen. Forvirringen medfører begrensede muligheter til å velge hensiktsmessige handlingsalternativer. Kartlegging av sentrale elementer i et historisk perspektiv hjelper å se dynamikk og velge tiltak som kan bidra til økt stabilitet.

Vår biologi setter grenser for hvilken informasjon vi har tilgang til og hvor mye informasjon som kan bearbeides (Payne, Samper, Bettman, & Luce, 2008). Nobelprisvinner Herbert Simon beskrev dette fenomenet som “the principle of bounded rationality”:

The capacity of the human mind for formulating and solving complex problems is very small compared with the size of the problem whose solution is required for

objectively rational behavior in the real world or even for a reasonable approximation to such objective rationality (1957, s. 198).

Komplekse systemer er selvstyrende systemer og selvstyringen baseres på sin feedbackstruktur. Effektiv og målrettet styring av komplekse systemer er avhengig av en forståelse av dynamikk i slike systemer og feedback som gir mulighet til regulering. Symptomene som terapeuter blir konfrontert med i en vurderingssamtale kan være resultat av forskjellige prosesser. En kartlegging som setter aktuell situasjon i et historisk perspektiv er eneste mulighet til å få forståelse for hvorfor akkurat denne person har fått akkurat disse problemene. Uenighet om målene er et grunnleggende kjennemerke av enhver krisetilstand. Etersom effekt av tiltak i stor grad er avhengig av hvordan involverte vurderer tiltakene (Stacey, 1996) er det avgjørende at det etterstrebes stor grad av enighet om tiltakene.

I en krisesituasjon er derfor systemet dette barn eller denne ungdom er en del av, relevant for å kunne forstå og behandle krisen. I en akutthenvendelse står ofte en enkel hendelse sentralt, selv om atferden kan ha pågått over tid og ha vært en utfordring for ungdommen og nettverket. Tidligere har jeg påpekt betydningen av det historiske perspektivet. I dynamiske og komplekse systemer er tilbakekoblingsløkker ikke alltid tydelige, og betydningen for systemets dynamikk må som regel tolkes. (Serman, 2000). Det er lang avstand mellom teoretisk atferd av systemer, slik Serman beskriver dette, og forståelse av hverdagsproblematikk slik den presenteres i akuttsituasjoner. Kompleksiteten som dynamiske systemer representerer er utfordrende for behandlere og involverte. Menneskets ”begrensede rasjonalitet” medfører at vi undervurderer eksponentiell vekst og tenderer til en lineær forståelse. Denne barrieren må overkommes før ny atferd kan læres (Bentall, 2004; Serman, 2000).



## Krise

Ordet krise har sin opprinnelse i det greske κρίσις (krisis), et juridisk begrep som betyr: “a separating, power of distinguishing, decision, choice, election, judgment, dispute. En krise kan betraktes som en trussel, samtidig som den skaper muligheter for endring. Roberts (2005) definerer krise som:”An acute disruption of psychological homeostasis in which one’s usual coping mechanism fail and there exists evidence of distress and functional impairment” (s. 516). I tillegg til en intens traumatisk, farlig eller stressende episode nevner Roberts personens opplevelse av episoden samt muligheten til å håndtere dette som avgjørende momenter.

### Krisematriksen

Fra et kompleksitetsperspektiv markerer krisen grenser i et system hvor elementene er i ferd med å organisere seg på nytt. Stacey (1996) beskriver krise som et system i kaos. I sin modell, krisematriksen, viser Stacey fem forskjellige tilstander et system kan være i, sett i forhold til en bestemt sak. Han trekker fram forhold mellom sikkerhet om avgjørelser som skal tas og enighet om hva som skal gjøres, som avgjørende for systemets tilstand. Sikkerhet viser til situasjoner hvor årsak og effekt er kjent, enighet viser til måten målsetninger skal oppnås (Cooper & Geyer, 2007, s. 66).

**Enighet om mål og visshet om effekt.** Når det er stor enighet om mål, og årsak og effekt har en linear kausalitet, er det ingen ting som står i veien for å gjennomføre tiltak som tidligere har vist tilfredsstillende resultater. Når det er stor enighet og stor visshet, preges systemet av orden. Det er forutsigbart og lett å kontrollere. Det er ikke nok at en eller to personer i systemet er overbevist om hva som bør gjøres, det skal være enighet hos alle i systemet. Dette setter fokus på kvalitet i dialogen og det er relevant å spørre om grunnlaget for enigheten, samtidig som en bør sikre at alle involverte deler denne enigheten. Systemet kan betraktes som enkelt (Cooper & Geyer, 2007). Under slike forutsetninger kan den

tekniske ekspert utføre sine standardiserte oppgaver. Behandling under slike omstendigheter kjennetegnes av diagnostisk konsensus og gjennomføring av standardisert eller manualstyrt behandling.

**Enighet om hvordan effekter oppnås, men uenighet om dette er ønskelig.** Her kan man for eksempel tenke på medisinsk behandling ved en diagnostisert ADHD og standpunkter hos involverte parter om anbefalt behandling i forhold til denne diagnosen. Både ungdommen og foresatte kan ha motforestillinger. Forhandling og kompromiss er nøkkelord i tilnærmingen. Problemstillingen framstår som komplisert: det er usikkert om behandler kommer i posisjon til å gjennomføre behandling.

**Enighet om hva man ønsker å oppnå, men uenighet om hvordan dette skal gjøres.** Et eksempel er en ungdom som ikke går på skole. Det er enighet hos ungdom og foresatte at tilstedeværelse på skole er ønskelig, men uenighet om dette skal oppnås gjennom regelsetting, belønning eller øking av sosiale ferdigheter. I slike situasjoner er det viktig å gjøre vurderinger med fokus på målene og i en fortløpende dialog mellom involverte parter.

**Et system er i kaos når det preges av både uenighet og uvisshet.** Samlende krefter er svake, kommunikasjon i systemet er i ferd med å forsvinne. Systemet er i ferd med å miste sin sammenheng og gå i oppløsning. Fra et nettverksperspektiv minsker antall forbindelser og elementer kan miste sin sammenheng med resten av systemet. Kaos truer og tradisjonelle tilnærminger kommer til kort. Forklaringer og foreslåtte løsninger bærer preg av forenkling. I en krisesituasjon hvor sammenheng og kontroll forsvinner, er det sterke krefter som trekker i retning av orden. Løsninger tar ikke høyde for usikkerhet og uenighet, og blir med dette lite effektive. Samtidig er det lite erfaring tilgjengelig som er til hjelp. Utfall av slike situasjoner er meget vanskelige å forutse, og vi forsøker derfor å unngå slike situasjoner. Det første behov er å skape struktur og sammenheng. I de naturlige omgivelser skjer dette med meget

tett oppfølging fra behandlere med hyppige besøk og høy grad av tilgjengelighet. Ved innleggelse medfører dette hyppig eller kontinuerlig tilsyn.

**Den komplekse sone.** Det er i dette område ny utvikling skjer. Usikkerhet er såpass stor at situasjonen krever en løsning samtidig som det er uenighet om hvordan dette skal gjøres. Systemet balanserer utnyttelse av potensialet i det eksisterende – eksploatering - og utvikling av det nye – eksplorering - (Axelrod & Cohen, 1999). Å gi opp gamle strategier uten å vite at nye strategier virker, innebærer en risiko. Et ønske om å ta en slik risiko forutsetter endrede betingelser i form av for eksempel ny informasjon. En familie som forsøker nye kommunikasjonsstrategier kan oppleve at konfliktnivå går ned og stressnivå reduseres.

Forskjellige tilstander av systemet krever forskjellige tilnæringsmåter. Mangel på stabilitet, som i en krisesituasjon, medfører uforutsigbar atferd. Dette skaper også ustabilitet i systemene rundt ungdommen. Nødvendig stabilisering skjer ved å skape trygge rammer rundt ungdommen ved skjerming fra sine naturlige omgivelser eller ved å støtte de naturlige omgivelsene slik at de kan oppnå større grad av enighet om mål og sikkerhet om effekt.

### **Evidensbasert praksis**

Innledningsvis har jeg nevnt at det forventes at behandling i det psykiske helsevern for barn og ungdommer er basert på god forskning. Samtidig er slik dokumentasjon mangelvare. På grunnlag av ovennevnte argumenter dannet The American Psychological Association (APA) en arbeidsgruppe som skulle avklare evidensbasert praksis betydning og implikasjoner og kom fram til følgende definisjon: "Evidence-based practice in psychology is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences" (Goodheart, Levant, Barlow, Carter, & Davidson, 2006, s. 273).

Psykologiske tjenester er mest effektiv når de responderer til pasientens spesifikke problemer og sin styrke, personlighet, sosiokulturelle kontekst og preferanser. Anvendelse av forskningsbevis innebærer alltid sannsynlighetsavvik. Det er derfor vesentlig at pasientens framgang observeres fortløpende slik at behandling kan tilpasses ved behov. I atferdsanalysen blir en kvantitativ tilnærming til observasjon foretrukket (Eikeseth & Svartdal, 2003). En slik observasjon er rettet mot fysiske fenomener som kan kvantifiseres på en pålitelig måte. Selv om dette er utfordrende i anvendt atferdsanalyse bør det likevel etterstrebes. (Baer, Wolf, & Risley, 1968).

Evidensbasert praksis er i sin kjerne en tilnærming til kunnskap og en strategi for å forbedre resultater og bygges på et objektiv - og vitenskapelig troverdig grunnlag (Ollendick & King, 2004). For å oppnå dette brukes randomiserte kliniske forsøk når det er mulig. Evidensbasert praksis blir ofte brukt som mandat for effektiv og etisk behandling og status som evidensbasert praksis metode medfører store gevinster, blant annet økonomiske. Evidensbasert praksis impliserer at det er i all hovedsak spesifikke tekniske operasjoner som er grunnlag for endring. Dette er omdiskutert, noe jeg kommer tilbake til i avslutningen.

Ollendick og King (2004) gir en oversikt over psykososiale behandlingsformer for et utvalg av problemer som barn og ungdommer presenterer. De inkluderer behandlingsformer med effekt dokumentert gjennom 2 studier og deler dem i 2 grupper, ”godt etablert” og ”antageligvis effektiv”. Bare manualbaserte behandlinger som bygger på atferdsbehandling og kognitiv – atferdsterapi betraktes som godt etablert. Dette betyr ifølge Ollendick og King at effekter av andre behandlingsformer er usikre eller udokumenterte.

### **Behandling**

Når barn eller unge blir henvist for akuttvurdering, gjelder dette en krise som involverer barnets relasjoner i sine naturlige omgivelser. Bakgrunn for krisen og måten den arter seg er meget variert. Et barn i krise er derfor også et system i krise. Problemene for

barnet har oppstått i samspill med sine naturlige omgivelser og må derfor også finne sin løsning i samspill med de samme omgivelser. Målsetting med henvendelsen er å vurdere systemets tilstand og dynamikk, samt gjør en vurdering av tiltak som kan øke stabilitet i systemet. Kartlegging og vurdering av systemets tilstand er grunnlag for igangsetting av tiltak.

Kompleksitetsteori viser at forhold mellom enighet om mål, og måten dette gjennomføres, skaper forutsetninger for læring av ny kunnskap. All endring i et system, endrer forutsetninger for resten av systemet. I helsevern for barn og unge skapes ofte endring som følge av betingelser i relasjonen med behandleren. Hvis en ungdom som resultat av dette lærer, for eksempel, nye sosiale ferdigheter, slutter han fort med det hvis ikke resten av hans nettverk ser betydning av dette og viser det. Det er derfor like viktig at nettverket endrer sitt handlingsmønster. En forutsetning for dette er at nettverket har mulighet til å være deltager i prosessen. Når nettverket får hjelp til å endre betingelser for atferd, en tilnærming som er kjennemerke for Multisystemisk Terapi (MST) (Huey et al., 2004), men også i det ambulante team, medfører dette endring av atferd i hele systemet. På denne måte sikrer man forankring av atferden i barnets naturlige omgivelser. I tillegg øker dette nettverkets handlingsrepertoar og reduserer avhengighet av hjelpeapparat (Tharp & Wetzel, 1969).

Både døgn- og ambulant behandling understreker betydningen av kontakt med barnets naturlige omgivelser. Forutsetninger for ambulante behandlere er likevel bedre for arbeid i systemet på grunn av større mobilitet, fleksibilitet og tilgjengelighet og mulighet til å følge prosessen over tid.

Systemets tilstand er definert ved forhold mellom enighet om mål og strategier. Vellykkede tiltak forutsetter at berørte elementer er i en tilstand som gir mulighet for endring. Tiltak og strategi må ta hensyn til denne tilstanden. Det er ikke uvanlig at hovedvekt av behandlingen ligger på andre elementer i systemet enn hos henvist ungdom. En slik forståelse

åpner også for samarbeid og en aksept av at endringer i systemet styres av andre behandlere. En kan for eksempel tenke på samlivsterapi for foreldre, kurs til lærere eller støtte til fotballtrening. Betydning av omsorgssituasjonen for barn og unges fungering medfører i mange saker behov for samarbeid mellom barnevernet og ABUP. Overlappende behandling bør gi mulighet for mer effektiv bruk av behandlingsressurser, men forskjellig teorigrunnlag, vektlegging av fenomener på forskjellige reduksjonsnivåer og medfølgende årsaksforklaring kan gå på bekostning av denne effektiviteten. I de tilfellene hvor samarbeidspartner også er henvisende innstans, kompliseres dette ytterligere og konstruktiv dialog (Ulland & Bertelsen, 2010) som ivaretar fenomener på forskjellige reduksjonsnivåer, kan være krevende.

Antall elementer i systemet, relasjoner mellom elementene, samt antall reduksjonsnivåer som er berørt, definerer systemets kompleksitet. Barn og unge som blir henvist til akuttvurdering presenterer meget variert problematikk som berører individet og dets naturlige omgivelser i ulik grad. Beskrivelse av symptomer og igangsetting av tiltak som gir oppslutning om mål og tiltak blir sjelden problematisk; utfordringen ligger i å gi behandling som matcher presentert problematikk. At forskjellig dynamikk, som involverer forskjellig reduksjonsnivåer, kan medfører samme symptombilde kompliserer dette ytterligere og begrenser anvendbarhet av standard behandlingsmetoder.

### **Fortrinn og begrensninger ved standard metoder**

Krav om evidens gjør seg i større grad gjeldende og medfører begrensning av metoder som er legitimt å anvende. Dette gjelder også behandling av problematikk som barn og ungdommer blir henvist for. Duncan og Miller (2006) peker på standardmetoders begrensninger og trekker fortrinnene til de empirisk støttede metodene i tvil. For å kunne få status som standardmetode skal metoden være bedre enn placebo eller ordinær behandling i minst to kliniske forsøk. Dette gjelder ifølge Duncan og Miller for de fleste systematisk anvendte behandlingsformer. De konkluderer at å gi behandling i gjennomsnitt er fire ganger

mer effektiv enn ikke å gi behandling, og to ganger mer effektiv enn placebo. De fleste standardbehandlingsundersøkelser blir utført av metodens grunnleggere, og opp til 40 % av effekten kan tilskrives troskapseffekter, eller bias i retning av egen modell. Ifølge Duncan og Miller er det derfor langt mer støtte for at andre faktorer har betydning, enn for at det er den spesifikke metoden som anvendes som er viktig, når effekten av behandling vurderes.

Det beskrevne forhold mellom natur- og humanvitenskapene som preger psykisk helsevern for barn og unge, er også en av bakgrunnene for uenighet om hvilke krav som skal stilles til dokumentasjon for effekt av behandling, og om antagelser om hvordan behandling kan gjennomføres. Begrensning av behandlingsformer som er legitimt å anvende i behandling av psykisk problematikk, begrenser variasjon i behandling som kan tilbys (Ulland & Bertelsen, 2010). I en fase hvor ambulant behandling utvikler seg er behov for variasjon og kommunikasjon stor, slik at vellykkede strategier kan integreres i metoden.

Bruk av behandlingsmetoder følger den medisinske tradisjon. Presenterte symptomer definerer problematikk og behandling er rettet mot reduksjon av symptomene. Symptomene blir betingelser for ny atferd og skaper en egen dynamikk. Har man for eksempel angst eller er nedstemt, finnes det godt dokumenterte metoder som reduser angst eller nedstemthet. Dette er en lineær forståelse som i liten grad tar høyde for konteksten og det historiske perspektivet som er ansvarlig for symptomene. Når angst eller depresjon skyldes manglende forutsetninger til å innfri for eksempel skolens forventninger, er det viktig at behandling inkluderer de delene av systemet som er involvert i dette, og tilrettelegger for endring her. Problematikk med lav grad av kompleksitet kan behandles i den medisinske tradisjon. Øker graden av kompleksitet må behandlingen tilpasses denne komplekse virkelighet. Dette krever en behandling som er fleksibel og involverer de deler av systemet som er en del av denne problematikken.

### **Fortrinn og begrensninger ved ambulant behandling.**

Systemets dynamikk gir utslag i ulik stabilitet, hvor presentert krise markerer en status med høy ustabilitet. Barn eller ungdommer i krise er del av et system i krise. Barnets relasjoner: foresatte, naboer, venner, lærere, klassekamerater og profesjonelle hjelpere, er berørt av dette. Rett tiltak tar høyde for grad av kompleksitet og grad av stabilitet i systemet.

Døgnbehandling skaper som regel rask stabilitet for barn og ungdom ved å endre pasientens betingelser. Reduserte krav, generell oppmerksomhet og større grad av struktur og forutsigbarhet øker stabilitet på individuelt nivå. Dette kan være påkrevd når en slik stabilitet ikke kan etableres i barnets naturlige omgivelser. Muligheten for å endre betingelser for resten av systemet er likevel begrenset og ikke udelt positive. For nettverket fører innleggelse umiddelbart til økt stabilitet, samtidig som sjansen for avhengighet av ytre betingelser for selv å kunne etablere slik stabilitet, øker. Dette medfører at pasienten ved utskrivning møter en hverdag som i all hovedsak betinges av samme forutsetninger som før innleggelse.

Ambulant behandling som involverer den unges nettverk har gode forutsetninger til endring av systemet som ungdommen er en del av. Når systemet selv endrer unges betingelser, blir endringer en integrert del av systemets fungering, uavhengig av hvor i systemet betingelser endres. Endringer er på denne måte bedre forankret og mer robust. En betingelse for endring er systemets tilstand, blant annet definert ved grad av stabilitet. I ambulant behandling oppnås ønsket stabilitet ved avklaring av handlingsalternativer og tilpasset tilgjengelighet av behandlere.

Presentert problematikk ved akuttvurderinger er meget variert men fellesnevneren er at systemet rundt ungdommen er i ubalanse. Fra et kompleksitetsperspektiv sees dette i sammenheng. Dette komplekse samspill har en egen dynamikk og forstås ulikt, påvirket av hvor i systemet men befinner seg, og i hvor stor grad men er berørt av systemets ubalanse. Behandling av presentert problematikk innebærer derfor endring i hele systemet. I en slik



situasjon forutsetter endring derfor enighet om mål og visshet om effekt av behandlingsmetode hos relevante aktører i ungdommens nettverk. Krisen har oppstått for de slik konsensus ikke er tilstede, og dialog står derfor sentralt i denne fasen av behandlingen.

Bruk av standardmetoder forutsetter stor grad av enighet i systemet om mål ved behandling og hvordan dette skal gjennomføres. Dette er ikke tilfelle i akuttsituasjoner, og i dette stadium er en første prioritet å øke stabilitet i systemet. Valg av systemgrensene og dialog innenfor dette systemet ansees som betydningsfull, ikke bare for stabilisering i akuttfasen, men også for effekt av behandlingen.

Med utgangspunkt i et kompleksitetsperspektiv mener jeg derfor at behandling som involverer relevante aktører i ungdommens nettverk gir gode forutsetninger for endring, mens behandling som utelukkende forholder seg til individet i all hovedsak medfører midlertidig endring, eller opprettholder status quo. I noen tilfeller er dette også en viktig oppgave i det psykiske helsevern og jeg vil derfor konkludere med at det psykiske helsevern for barn og unge har behov for begge deler.

### Referanser

- Andersen, A. J. W. (1997). *Uten fasit : perspektiver på miljøterapi*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Andersson, H. W., Sitter, M., & Ose, S. O. (2005). *Psykisk helsevern for barn og unge : behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet*. Oslo: SINTEF Helse.
- Axelrod, R. M., & Cohen, M. D. (1999). *Harnessing complexity : organizational implications of a scientific frontier*. New York: Free Press.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*(1), 91-97.
- Barabási, A.-L. (2003). *Linked : how everything is connected to everything else and what it means for business, science, and everyday life*. New York: Plume.
- Barrett, P. M., & Ollendick, T. H. (Eds.). (2004). *Empirically Supported Treatments for Children and Adolescents: Advances Toward Evidence-Based Practice*. Blacksburg.
- Baum, W. M. (2005). *Understanding behaviorism : behavior, culture and evolution* (2nd ed.). Oxford: Blackwell.
- Bentall, R. P. (2004). *Madness explained : psychosis and human nature*. London: Penguin Books.
- Bronfenbrenner, U. (1980). *Opvækst og miljø*. København: Gyldendal.
- Byrne, D. S. (1998). *Complexity theory and the social sciences : an introduction*. London: Routledge.
- Cilliers, P. (1998). *Complexity and postmodernism : understanding complex systems*. London: Routledge.
- Cooper, H., & Geyer, R. (2007). *Riding the Diabetes Rollercoaster : a new approach for health professionals, patients and carers*. Oxford: Radcliffe Publ.

- Dougher, M. J. (1995). A Bigger Picture: Cause and Cognition in Relation To Differing Scientific Frameworks. *Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychology*, 26(3), 215-219.
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2006). *Treatment Manuals Do Not Improve Outcomes*. Washington, D.C.: APA Press.
- Eikeseth, S., & Svartdal, F. (2003). *Anvendt atferdsanalyse : teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ekeland, T.-J. (2009). Hva er evidensen for evidensbasert praksis? In H. Grimen & L. I. Terum (Eds.), *Evidensbasert Profesjonsutøvelse* (pp. S. [145]-168). Oslo: Abstrakt Forlag.
- Eysenck, H. J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 5.
- Furre, A. (2006). *Kartlegging og vurdering av ambulante tjenester for barn og unge i psykisk helsevern*. Oslo.
- Goodheart, C. D., Levant, R. F., Barlow, D. H., Carter, J., & Davidson, K. W. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-284.
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1342.
- Hayes, S. C., & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, Behavior-Behavior Relations, and a Behavior Analytic View of the Purpose of Science. *The Behavior Analyst*, 9(2), 175-190.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *St.prp. nr. 1 (2008-2009) for budsjettåret 2009*. Oslo: Departementet.
- Huey, S. J., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G., et al. (2004). Multisystemic Therapy Effects on Attempted Suicide by

- Youths Presenting Psychiatric Emergencies. *Journal for the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(2), 183-190.
- Hviding, K. (2006). *Ambulante psykiatriske helsetjenester til barn og ungdom som alternativ til institusjonsbehandling*.
- Madsen, B. (2010). Ungdomsklinikken i Arendal. Retrieved 13. november 2010, 2010, from <http://www.sshf.no/artikkel.aspx?m=1863&amid=23120>
- Nebelung, W. (2006). Flere unge med ADHD? *Agderposten*. Retrieved from <http://www.sshf.no/artikkel.aspx?m=242&artID=2010>
- Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner. (1999). *Kodebok for BUP : en oppslagsbok for BUP-ansatte om: bruken av Bupdatasystemet, administrative rutiner og koding, lover, forskrifter og rundskriv* ([2. utg.] ed.). Oslo: Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner.
- Payne, J. W., Samper, A., Bettman, J. R., & Luce, M. F. (2008). Boundary Conditions on Unconscious Thought in Complex Decision Making. *Psychological Science*, 19(11), 6.
- Rihani, S. (2002). *Complex systems theory and development practice : understanding non-linear realities*. London: Zed Books.
- Roberts, A. R. (2005). *Crisis intervention handbook : assessment, treatment, and research* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Simon, H. (1957). *Administrative Behavior; a Study of Decision-Making Process in Administrative Organizations* (2nd. ed.). New York: MacMillan.
- Skinner, B. F. (1953/2000). *Science and human behavior*. New York: Gryphon.
- Skinner, B. F. (1976). *About behaviorism*. New York: Vintage Books / Random House.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Åpenhet og helhet : om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. [Oslo: Departementet.

Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 : endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Departementet.

Stacey, R. D. (1996). *Complexity and creativity in organizations*. San Francisco, Calif.: Berrett-Koehler.

Sterman, J. D. (2000). *Business dynamics : systems thinking and modeling for a complex world*. Boston: Irwin McGraw-Hill.

Svendsen, L. F. H. (2006). Patologisering av menneskelivet. *Samtiden: Tidsskrift for politikk, litteratur og samfunnsspørsmål*(1).

Sykes, J. B. (Ed.). (1979). *The Concise Oxford Dictionary*. London.

Tharp, R. G., & Wetzel, R. J. (1969). *Behavior modification in the natural environment*. New York: Academic Press.

Ulland, D., & Bertelsen, B. (2010). Kunnskapssyn og etikk i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(2), 8.

Whewell, W. (1840). *The philosophy of the inductive sciences : founded upon their history*. London: Parker.

Wilson, E. O. (1998). *Consilience : the unity of knowledge*. New York: Knopf.

World Health Organization. (2009). *ICD-10 : International statistical classification of diseases and related health problems* (10th revision, 2008 edition ed.). Geneva: World Health Organization.