



## BBC 39: JA, VI KAN UTRETTE UNDERVERKER, MEN IKKE ALLTID

Jeg fikk min første psykologstilling så langt tilbake som i 1985, i det som het HVPU Gjøvik/Toten. HVPU sto altså for "Helsevernet for psykisk utviklingshemmede", og var en fylkeskommunal spesialisthelsetjeneste som besto av institusjoner og ikke minst et "fylkesteam". Det siste var et administrativt og faglig organ. Det administrative gikk særlig ut på inntak og utskrivning. Det faglige gikk ut på veiledning som nok hadde en tendens til å bli av det mer indirekte og forståegpårske slaget. Senere var jeg faktisk i Fylkesteamet i Hedmark. Dette var de siste fire månedene av 1990, før det ble omgjort til habiliteringstjeneste fra 1. januar 1991, som resultat av HVPU-reformen. Jeg husker et "behandlingsmøte" på Heberheimen på Kongsvinger i september 1990. Møtet varte en og en halv time, og på den tiden skulle jeg og vår kjære psykiater Geirmund Skeie gi dem oppskriften på behandling av ikke mindre enn seks klienter med til dels temmelig alvorlig problematferd. Jeg fikk heldigvis fram at man ikke måtte ha overdrevne forventninger til hva som kunne komme ut av 15 minutter, som det altså måtte bli på hver av de seks. Jeg tror de fleste forstår at 15 minutter er litt snau tid til å sette seg inn i bakgrunn og historie, hva problematferden gikk ut på, hvilke funksjoner den kunne ha, hva behandling kunne gå ut på, og om det var rammer til å gjennomføre den. For å tro at noe slikt kan fungere, må man virkelig tro at atferdsanalyse er en "bag of tricks", noe vi vel kjemper iherdig for å få fram at den *ikke* er.

**PRESTESETER - PRESTESETER**  
**HUMØRVELD MED DANS!**

Presteseter aktivitetshus søndag 16. febr. kl. 1700-2030.  
**GAUKOMGUTTA** i kjent stil, underholder og spiller til dans etterpå.

**SANGKORET LANDSLAGET fra S. Land**  
Gratis inngang, utlodning, kaffesalg/matsalg.

Arr: Trivselsrådet i samarbeid med  
**V. Toten Handikaplag og Toten Folkeakademi.**  
**V. Toten Lion Club.**

Denne annonse er betalt av:



**MAGNE SVEEN** A.S.  
AUT. MASKINENTREPRENØR

Annonse fra 1986, tror jeg det var. Bandet "Gaukomgutta" besto stort sett av personer som bodde på mindre institusjoner, og kan være et eksempel på at livet på institusjon ikke trengte å være uforenlig med å delta i samfunnet. Så kan man heller diskutere om det var i en klovnerolle.

Men tilbake til de harde 80-åra, og min første psykologstilling, der årslønnen for øvrig

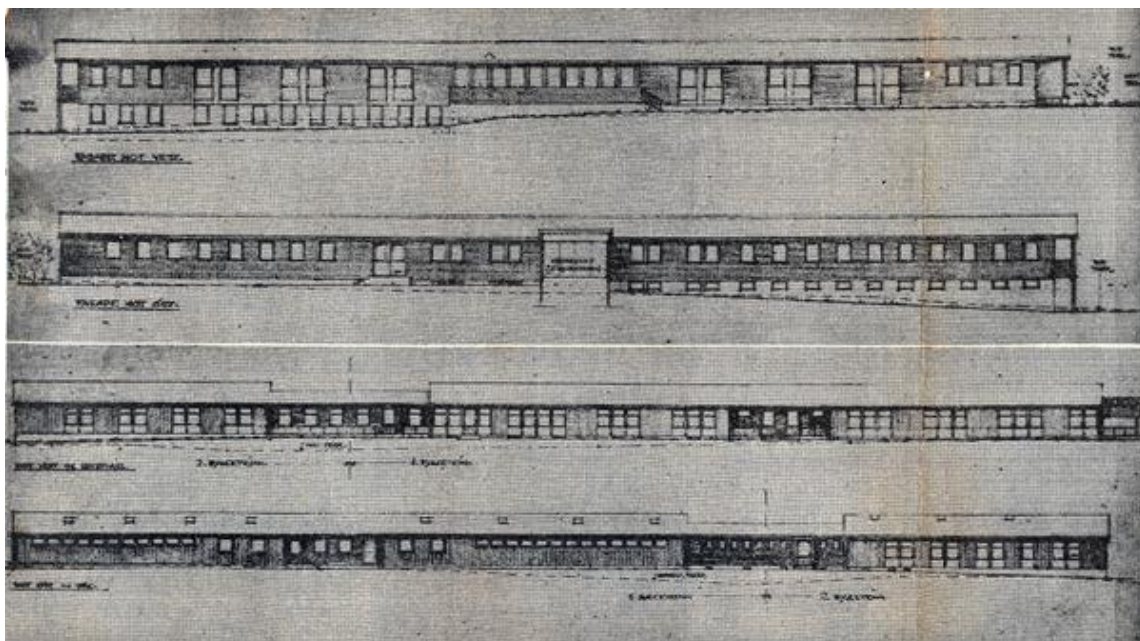
var den nette sum av kr. 128000,-, noe ”de unge” i dag nok vil steile over. HVPU hadde stillinger for veiledere, som psykologer, på de største institusjonene. På Åkershagan i Stange, med over 300 beboere, var det vel i perioder én psykolog, og sjelden mer enn to. Det nye med min stilling i Gjøvik/Toten, som var en av Opplands fem ”HVPU-regioner”, var at man opprettet en psykologstilling i et såpass lite miljø. Det var fem institusjoner med 15–25 plasser, et dagsenter for barn, et dagsenter for voksne, og en rekke personer som bodde her og der i ”treningsboliger” og lignende. Når det gjelder det siste, var jo dette på den tiden da man mente at alle kunne trene seg opp til alt, og at all trening ville være en endeløs strøm av framgang som ville føre rett til himmels og til den evige lykke som et normalisert og selvstendig menneske.



”Denne paviljongen, som blir ferdig om kort tid, kan ikke tas i bruk på grunn av personalmangel. Det samme er tilfelle med en annen paviljong som ligger bak denne. Den brukes nå til hybler for sommervikarer.” Dette sto i Hamar Dagblad 7. juli 1972, og handler selvfølgelig om Åkershagan sentralhjem. Jeg vil legge til at begrepet ”paviljong” var temmelig ”in”. Det skulle vel høres litt bedre ut enn ”avdeling”, litt mer hjemmekoselig, liksom.

Da har jeg gitt et omriss av hva jeg hadde begitt meg ut på. Men det jeg vil fram til, er hva som var motivasjonen for å opprette stillingen. Det hadde seg nok slik at en del beboere hadde alvorlig problematferd, eller ”atferdsavvik” som det gjerne het på den tiden. Den trengte man hjelp til å forholde seg til, og aller helst til å behandle med godt resultat. Og så var det dette med opplæring og opptrening, som altså var veldig i vinden: Beboerne skulle bli mest mulig normale og selvstendige, og leve ute i samfunnet mest mulig som andre folk. Men mange hadde nok overdrevne forventninger til hvor normale og selvstendige personene skulle bli, og trodde nok at det skulle bli lettere å trappe ned bemanningen og oppfølgingen enn det som regel viste seg å være. I den forbindelse glemmer jeg ikke faren til en godt voksen kvinne. Han var mildt hoderystende til planene om at datteren skulle flytte til en treningsbolig, og mente at ”Detta bli’tte gåend”. Men det gikk, selv om bemanning og oppfølging var like omfattende som inne på den lille institusjonen, som før øvrig het Gaukom og ble omtalt i en BBC sommeren 2010.

Når man har så store mengder ubehandlet problematferd, og så store vyer for hvor normale og selvstendige folk skal bli, trenger man selvfølgelig noen til å hjelpe seg. Den nevnte gangen ble det altså meg, en pur ung og nyutdannet psykolog. Oppgaven var stor, selv om jeg fikk gjort en del her og der, sammen med noen dyktige personer. Selv om tidsånden var litt spesiell, og litt naiv, er det også veldig mye godt å si om tankegangen som rådde, som enkelt kan oppsummeres med at *ingen var nødt til å bo på institusjon*. Det var en del prøving og feiling, men alt i alt ble det skapt et momentum som gjorde av HVPU-reformen var umulig å stoppe. Da den var et faktum, var et av de store lykketreffene etter min mening at man satset mye på de relativt små bofellesskapene, eller ”kollektivene” som noen ennå kaller dem, der personer fikk sin mer eller mindre permanente bolig.

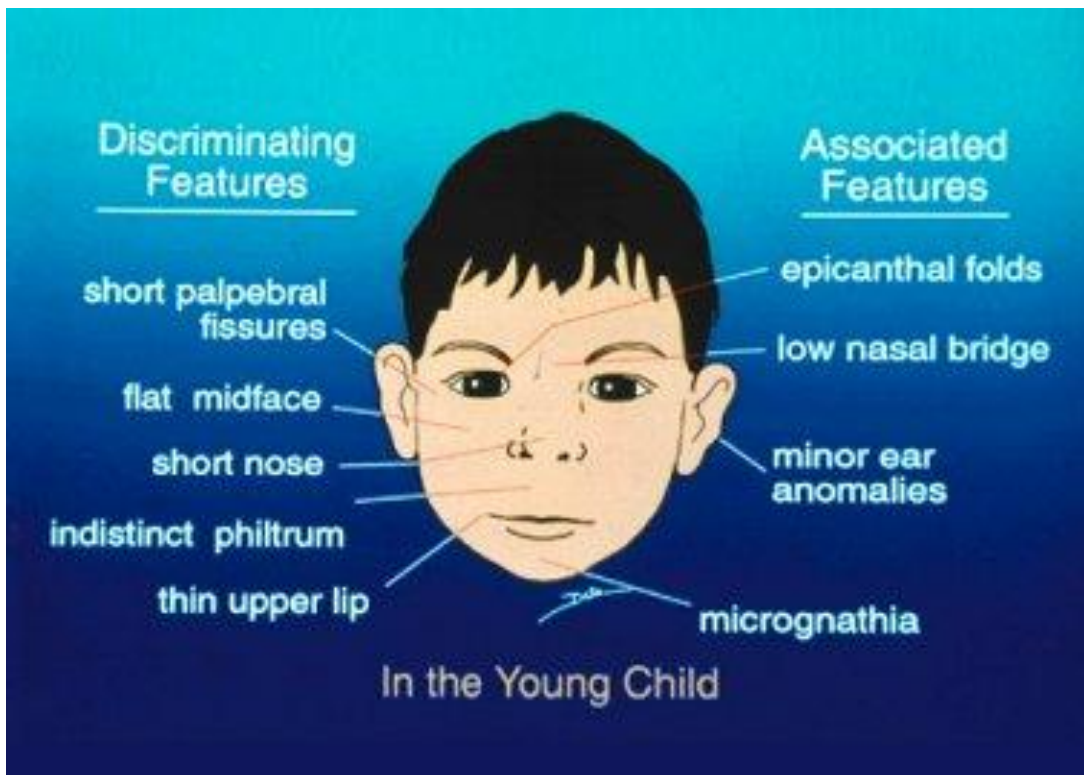


"Den øverste tegningen er av observasjonsavdelingen, fasaden øverst mot vest og nederst mot øst. Denne avdelingen gir plass til 29 pasienter. I den ene delen av bygningen blir det en kjelleretasje. De to nederste tegningene er av barnepaviljongen og fysikalsk behandlingsavdeling. Det er arkitekt MNAL Håkon Noodt, som er byggets arkitekt." Dette sto i Hamar Arbeiderblad 29.april1960, og også disse, før øvrig relativt konsentrasjonsleirlignende tegningene, gjelder selvfølgelig Åkershagan. Det er nok greit at slike steder tilhører historien, og selv dagens "omsorgsghettoer" er nok *langt* bedre enn dette.

Når det gjelder urealistiske forventninger til hva fagpersoner på atferdsområdet kan utrette, tror jeg at dette er tilfelle ganske generelt, uansett hvor man oppretter stillinger for psykologer og andre. Jeg tror at politikere, og andre som bestemmer opprettelser og utvidelser av ulike behandlingstilbud, enten det er poliklinikker på DPS-er, poliklinikker i barne- og ungdomspsykiatrien, behandlingsteam i regi av Bufetat, ruspoliklinikker eller hva som helst, tror at de som fyller slike stillinger, kan utrette mer enn de faktisk kan. Opprettelser og utvidelser kan nok gi en følelse av å gjøre noe, og kanskje mer enn man faktisk gjør, selv om mye av behandlingen er god: For eksempel kom jeg nylig borti et eksempel på meget vellykket behandling på en sengeavdeling på en DPS: Jeg fikk henvist en pasient for at jeg skulle vurdere en rekke hypoteser som de hadde om henne. De mente at hun kunne ha "undeliggende kognitive vansker", og det var liten tvil om at det var noe i retning asperger de hadde i tankene. De hadde gjort en rekke observasjoner som de ville ha mitt syn på, som at hun hadde et papegøyeaktig språk, og at empati var relativt lært, det vil si lite autentisk. Jeg hadde en lang samtale med henne og hennes far, og fikk utelukket omtrent alt som DPS hadde lurt på. Pasienten tok det litt tungt at DPS hadde hatt mistanker om så mye rart, men syntes å være enig i at det var bra at de hadde gått grundig til verks. Grunnen til DPS' bekymring var særlig at hun hadde hatt liten framgang i løpet av sitt opphold på DPS. Hovedproblemet var sosial fobi, og hun hadde "respondert" dårlig på trening i form av eksponering. Men hun hadde trent på egen hånd etter at hun hadde blitt utskrevet fra sengeavdelingen, og brukt det som hun hadde lært om dette på DPS, med veldig stort hell. Hun hadde altså klart seg bedre enn DPS hadde fryktet, noe som i seg selv bidro til å utelukke DPS' bekymringer. Alt i alt virker det på meg som DPS har gjort en veldig god jobb, som også innebar en fornuftig medikasjon som hun var veldig fornøyd med.

Men forventningene kan altså være for store til hva behandling skal utrette. Jeg tenker blant annet på en politiker som snakket om behandlingstilbudet til unge med rusproblemer og andre atferdsproblemer i form av selvskading, drop-out fra skole og annet. Han mente åpenbart at noen samtaler med en psykolog ville fikse det meste for de fleste. Det vet jeg ikke

om *jeg* har like stor tro på, og alt i alt er nok effekten av mye av behandlingen neppe så god som en del synes å tro. Dette skyldes noe så enkelt som at noen behandlere ikke kan, eller er villige til å bruke, de mest effektive metodene som finnes. Men når man ikke når fram, skyldes det nok en del ganger at problemene har kommet for langt – veldig få problemer blir lettere å løse etter hvert som de baller på seg. Som om ikke dét er nok, kan det nok også skyldes en faktor som det ikke er så hyggelig å tenke på: Utgangspunktet er ikke det beste, og for dårlig til å oppnå så gode resultater som man håper på. Da tenker jeg blant annet på en del barn og unge som barnevernet tar seg av i foreldrehjem eller fosterhjem. Med ”utgangspunktet er ikke det beste”, mener jeg selvfølgelig at grov omsorgssvikt fra dag én kan ha satt varige spor. Barnet er rett og slett for preget av understimulering, manglende grenser, brutale og uforutsigbare former for grensesetting, dårlig kosthold og andre uheldige faktorer. Kosthold skal forresten ikke undervurderes: Riktig mat er viktig både for utvikling av hjerne og kropp, og for atferd her og nå. Jeg kommer i hu et søskenpar som bodde i fosterhjem. De hadde samvær med sine foreldre en ettermiddag i uken. Da fikk de så mye godteri at det tok minst en dag før de var tilbake til normalen. Dette sier nok en del om hvordan kostholdet var før de flyttet i fosterhjem.



Det er kanskje ”farlig å si”, men jeg har inntrykk av at dette er en gjenganger blant barn som adopteres fra visse europeiske land, i tillegg til at det selvfølgelig forekommer også blant norskfødte. Men jeg har inntrykk av at ”det forskes lite på dette”. Kanskje temaet er en smule ubehagelig? Ellers er det vel ting som er ”farlig å si”, vi nettopp bør si noen ganger.

Når det gjelder faktorer som kan bidra til at behandling neppe kan føre helt fram, tenker jeg kanskje enda mer på en faktor som kan være enda mer dystert: At de biologiske forutsetningene ikke er det beste. Én ting er at barnet kan ha skader på nervesystemet, som følge av for eksempel at mor var ruset i løpet av svangerskapet, eller at ernæringen etter fødselen har vært så som så. En annen ting er at det genetiske grunnlaget for atferd ikke er det beste. I en ”Nei til sortering”-tid er det kanskje farlig å si slikt, for alle er jo like mye verd. Men at utgangspunktet for å utvikle normal intelligens, moral og emosjonell stabilitet kan være så som så, er det ingen tvil om. Det er selvfølgelig ufordelaktig å ha levd som gatebarn i

Rio før man adopteres av norske mønsterforeldre. Men når en oppvekst preget av trygghet, stimulering og rimelige grenser, til og med hjulpet av fornuftige tiltak i regi av Bufetat, ikke fører til særlig normal fungering, må man kunne lure på om de biologiske forutsetningene er de beste. Både blant norske foreldre som er gjengangere som "leverandører" av barn til barnevernet, og blant utenlandske foreldre til barn som adopteres til Norge, er det nok en overhyppighet av svak biologi. Hvis man vil adoptere barn som skal ha gode muligheter for en normal utvikling, er det nok en del land man bør styre unna. Det spørres om ikke dette problemet er litt "underkommunisert", på grunn av manglende kunnskaper eller manglende vilje til å innse eller informere om at det faktisk er slik. Uansett er det nok en del adoptivforeldre som får seg en overraskelse. Selv møtte jeg en gang en kvinne som hadde ikke mindre enn fire adoptivbarn. Ingen av dem er nok kommende skattebetalere. I stedet vil de kreve kostbare tiltak, trolig så lenge de lever. Det var nok ikke dette hun hadde tenkt seg.

## F91 Atferdsforstyrrelser

Forstyrrelse kjennetegnet ved gjentatt og vedvarende dyssosial, aggressiv eller utfordrende atferd med klare brudd på sosiale forventninger og normer i forhold til alderen. Atferdsforstyrrelsen er mer alvorlig enn vanlige barnestreker eller opprørstrang i ungdomsårene. Atferdsmønsteret varer ved over tid (seks måneder eller mer). Symptomer på atferdsforstyrrelser kan også være symptomatiske for andre psykiatriske tilstander, som i så fall får diagnostisk forrang.

Eksempler på atferd som diagnosen baseres på, omfatter uttalt slåssing eller tyrannisering, grusomhet overfor andre mennesker eller dyr, alvorlig ødeleggelsestrang, ildspåsettelse, stjeling, gjentatt lusing, skoleskulking eller rømning, uvanlig hyppige eller alvorlige raserianfall og ulydighet. Hvis disse atferdstrekkene er markerte, er hvert av dem tilstrekkelige for å stille diagnosen, mens enkeltstående dyssosiale handlinger ikke er nok.

### F91.3 Opposisjonell atferdsforstyrrelse

Atferdsforstyrrelse, vanligvis hos yngre barn, primært kjennetegnet ved markert trass, ulydighet, nedbrytende atferd som ikke omfatter kriminelle handlinger eller mer ekstreme former for aggressiv eller dyssosial atferd. De overordnede kriteriene for F91.- må være oppfylte. Alvorlige barnestreker eller ulydighet er ikke alene tilstrekkelig for å stille denne diagnosen. Kategorien skal brukes med forsiktighet, særlig for større barn, fordi kliniske atferdsforstyrrelser vanligvis innebærer dyssosial eller aggressiv atferd som er mer enn ulydighet, trass eller fiendtlighet.

Hovedkriteriene for barne- og ungdomsdiagnosen Atferdsforstyrrelser, der opposisjonell atferdsforstyrrelse er en utfordrende undertype. Jeg sier ikke at det er umulig å gjøre noe under slike omstendigheter, men oppgaven trenger ikke å være utpreget takknemlig.

Begrenset effekt av behandling blir altså heller ikke bedre av at den ofte settes inn for sent. Forebygging lider dessverre av en utbredt menneskelig skrøpeligheit: Vi er "laget slik" at vi gjerne skyver ting foran oss. Generelt har vi en ufattelig evne til å løse problemer som de opplever som nødvendige å løse, en egenskap som har gitt oss et ordtak som "Nød lærer naken kvinne å spinne". Men når det kommer til problemer som kan oppstå, og i så fall om ganske lang tid, er de fleste av oss noen ordentlige sløvinger: Vi håper det beste, og venter i det lengste. Vi kan se en femåring som oppfører seg antisosialt, og tenker ikke på at tilsvarende antisosial atferd hos en femtenåring vil være den rene katastrofe. Vi ser en uheldig livsstil som vil svekke personens funksjonsevne, i form av nedsatt fysisk funksjonsevne, manglende læring av viktige ferdigheter, unngåelse av alt som er anstrengende eller som kan vekke den minste angst og "You name it", men lar det skure. Til og med barn som har hatt

kontakt med spesialisthelsetjenester siden de var små, kan jevnt og trutt ha en negativ utvikling inntil skadene er mer eller mindre ugjenopprettelige. Én ting må vi være klar over: Dess lengre det har gått, jo mer drastiske virkemidler kan det trenge for å gjøre noe med det. Dette kan stille oss overfor vanskelige valg mellom å bruke metoder som ikke er kjekke å bruke, og å måtte akseptere en utvikling som ikke er god.

## F60.2 Dyssosial personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelse kjennetegnet ved likegyldighet for sosiale forpliktelser og uttalt mangel på forståelse for andres følelser. Det foreligger stor diskrepans mellom atferd og gjeldende sosiale normer. Atferden er ikke særlig påvirkelig av negative erfaringer, herunder straff. Pasienten har lav frustrasjonstoleranse og lav terskel for aggresjonsutbrudd, herunder voldshandlinger. Det er en tendens til å bebreide andre, eller til å gi plausible rasjonaliseringer for den atferden som bringer pasienten i konflikt med samfunnet.

Når jeg stiller en atferdsforstyrrelsesdiagnose, presiserer jeg ofte at det trolig vil gli over i en "dyssosial" personlighetsforstyrrelse, som ikke er noe annet enn et fint ord for det som også kalles psykopati. Betegnelsen "dyssosial" er altså et godt eksempel på en diagnostisk eufemisme.

Det er en lang vei fra min første psykologstilling til behandlingsrealisme, så hva er min moral? Hvis vi ikke handler i tide, kan det være begrenset å oppnå, også der det hadde vært mulig å gjøre temmelig mye hvis vi hadde kommet i gang tidlig. Dét er lett å forstå. Men noen ganger kan det være vanskelig å oppnå så mye som vi ønsker, selv når utgangspunktet tilsynelatende er godt. Alle forstår at det kan være begrenset å oppnå for personer med store lærevansker. Men også personer som ikke har store lærevansker, kan ha en lang vei å gå, på grunn av forstyrrelser blant annet i temperament og empati, og liten interesse for gode verdier. Når barn og unge vokser til, kan også lav behandlingsmotivasjon være en faktor. Da må vi stikke fingeren i jorden, og være realistiske når det gjelder hva det går an å få til. Men vi må selvfølgelig aldri gi opp håpet om at alle klienter, uansett hvor vanskelige de kan virke, kan bli en solskinnshistorie...

18. mars 2013

Børge Holden



Det stunder til påske, så kanskje noen turistreklameplakater fra 1936 kan få opp stemningen?