

Psykiatriske diagnoser som årsak til ytterligere svekket fungering hos barn og unge

Børge Holden

**Habiliteringstjenesten i Hedmark,
og AFMR Habiliteringstjenesten Lassa**

Sammendrag

Noen diagnoser er riktige, og noen er gale. Det samme gjelder øvrige, mer beskrivende vurderinger. Diagnoser og øvrige vurderinger, særlig når de er gale, kan ha den utilsiktede virkning at de i unødig stor grad senker forventninger til barn og unge. Dette kan gjelde både i opplæring, og i behandling av atferdsforstyrrelser i videste forstand. Artikkelen går gjennom noen grunnleggende forutsetninger for at barn og unge skal fungere optimalt, og noen konsekvenser av at mål settes for lavt. Artikkelen gir også en rekke eksempler på diagnoser, og øvrige vurderinger, som langt på vei har vært gale, og som har senket mål for mye. I forbindelse med eksemplene presenteres det også nye diagnostiske og andre vurderinger, og tiltak som bidro til positiv utvikling.

Stikkord: Psykiatriske diagnoser, behandling, atferd, atferdsanalyse

Innledning

Et økende antall barn og unge er i kontakt med hjelpeinstanser, som pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og barne- og ungdomspsykiatri (BUP). Mange har kontakt med begge instansene, slik at begge vurderinger påvirker forståelsen av dem, og av tiltak og behandling. Det ligger i kortene at PPT tar seg av det pedagogiske, og at BUP tar seg av behandling. PPT stiller ikke diagnoser, men kan gjøre vurderinger som danner grunnlag for diagnoser som BUP stiller. Jeg har faktisk vært borti at PPT har gjort seg opp en mening om diagnose, og har bedt BUP om å stille denne diagnosen, noe BUP har gjort. Barn og unge som er i kontakt med BUP, får som regel en eller flere psykiatriske diagnoser.

En del av diagnosene som stilles i psykiatrien er riktige, men en del er feil. Dette gjelder blant annet ADHD, og kan skyldes at de som diagnostiserer ikke følger diagnosekriteriene, og overser faktorer som utelukker diagnose, i dette tilfellet med overdiagnostisering som resultat (Bruchmüller, Margraf & Schneider, 2012). Generelt er det flere grunner til at det kan gis diagnoser som det ikke

er dekning for:

1. Noen stiller diagnoser som de ikke vet nok om, og kjenner heller ikke godt nok til andre diagnoser som kan være mer aktuelle.
2. Diagnoser stilles noen ganger mot bedre vitende, på grunn av ulike fordeler som diagnoser kan medføre (Attwood, 2007): Dette kan være penger, som hjelpestønad og etter hvert uførepensjon. Det kan også være tjenester, som avlastning og lignende. Ennå finnes det egne tilbud for personer med forstyrrelser innenfor autismespekteret, i praksis autisme og asperger, som det altså trengs diagnose for å få tilgang til.
3. Diagnoser kan også gi et skinn av forklaring, som noen slår seg til ro med. Diagnoser kan derfor stilles for å være til hjelp i så måte.

I alle slike tilfeller kan diagnoser stilles for å hjelpe barnet, den unge og familien på andre måter enn diagnoser er tenkt som.

Diagnoser skal framfor alt lede til behandling. Men generelt er det beskjeden sammenheng mellom psykiatriske diagnoser og hvilken behandling som bør gis. Dette gjelder særlig diagnoser som er relativt syndromale, det vil si som består av mange kriterier. Da er kriteriene såkalt polytetiske: Man må oppfylle tilstrekkelig mange av dem for å få diagnosen, og det er nesten det samme hvilke man oppfyller. Dermed er det mange måter å oppfylle kriteriene på. Personer med samme diagnose deler altså ikke alt. Da blir det også vanskelig å finne nyttig behandling for alle som har diagnosen (Sturmey, 1996). Problemene er rett og slett for individuelle. Anbefalinger om behandling må derfor bli lite spesifikke, som ulike tilrettelegginger og å slippe visse situasjoner. Selv en riktig diagnose «garanterer» altså ikke riktig behandling. Av den grunn kan jeg være litt kritisk når for eksempel foreldre sier at «Det løste seg da barnet fikk riktig diagnose» og lignende: For det første kan diagnosen være gal – få foreldre har særlig greie på diagnosekriteriene, og går ut fra at den stemmer. For det andre kan tiltakene som er satt i gang, være nyttige og behagelige på tvers av diagnoser. Ofte er det tale om økte ressurser, og tilpasninger, som mange kan profitere på, eller ønske. Dermed har diagnosen neppe hatt særlig annen funksjon enn å øke ressursene. Problemet med uspesifikke anbefalinger basert på diagnose, kan være mindre for mer avgrensede lidelser, som tvangslidelse, fobier, tics og stamming. Da er det gjerne klarere hva riktig behandling kan gå ut på. Uansett må inngående individuelle vurderinger alltid ligge til grunn for behandling. Når diagnoser er gale, er det naturlig nok enda større fare for at anbefalinger om behandling blir lite nyttige, eller direkte uheldige. Unntak fra dette må være slump.

Behandling er ikke bare basert på diagnoser, men også på andre vurderinger av barnet eller den unge. Da spør det hvor presise vurderingene er, og om mål og metoder som baseres på vurderingene, bidrar til optimal utvikling.

Før jeg går videre, må jeg presisere at en del får behandling som er terapeutisk for de væremåtene som førte til diagnosen. Men *riktige* diagnoser etterfulgt av *riktige* tiltak er ikke tema her. Tvert imot er jeg opptatt av at diagnoser, og øvrige vurderinger, kan virke negativt, ved å senke forventninger og krav så mye at barnet eller den unge ikke får utviklet sine anlegg. Jeg tar ikke stilling til hvor ofte det skjer, men konstaterer at det forekommer, og bør tas på alvor. I fortsettelsen tar jeg opp temaet generelt, før jeg gir eksempler fra praksis.

Den generelle verdien av mestring

Atferd må stimuleres, akkurat som kroppen

En kropp som brukes og som anstrenger seg litt, blir vanligvis sunn og sterk. Kroppen fungerer, og

kan yte. Det samme gjelder for atferd: For å bli velfungerende mennesker, må vi lære grunnferdigheter som oppmerksomhet, konsentrasjon og tålmodighet. For å lære dette, må vi etterleve krav om å høre etter, være rolige og å vente, og få dette forsterket. Dette er viktig for alt fra å kunne løse oppgaver til å lære sosial oppførsel. For å bli velfungerende mennesker, må vi også venne oss til situasjoner som er kjedelige, og til og med litt skremmende, som mange nye situasjoner kan oppleves som. Også her må adaptiv atferd forsterkes. Vi må lære å holde på med ting, og være i situasjoner, som vi ikke ser nytten av. Etter hvert ser de fleste at mange situasjoner som var kjedelige eller ubehagelige, var nødvendige for å lære teoretiske, praktiske og sosiale ferdigheter, og trygghet, som trengtes for å bli gagns mennesker.

Det er også nærliggende å tenke på viktige konsekvenser av manglende læring på de nevnte områdene:

1. Å konsentrere seg, og å arbeide oppgaver som krever mental anstrengelse og som er lite lystbetonte, blir uvant. I verste fall blir slike oppgaver og situasjoner direkte ubehagelige, og utløser forsøk på unngåelse og unnslippelse.
2. Situasjoner som i utgangspunktet er litt skremmende, forblir skremmende. I verste fall ender det med sterk unngåelse av situasjoner som det er svært viktig å delta i.

Resultatet kan bli at personen blir passiv og unnvikende på viktige områder i livet.

Det er grunn til å tro at slike problemer er vanlige i samfunnet: Til enhver tid regner man med at 15–20 % av barn mellom tre og 18 år har nedsatt funksjon som følge av symptomer på psykiske lidelser som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser. Ca. halvparten, eller rundt 70000 barn, har så alvorlige symptomer at de oppfyller kravene til en psykiatrisk diagnose (Mathiesen, 2009). Det er vanskelig å vite hvorfor det er slik. Men mange som har levd en stund, vil mene at oppdragelse har blitt snillere. Det er bra at den strengeste oppdragelsen har blitt redusert, men noen barn har blitt kastet ut med badevannet, som at barn og unge skal gjøre nytte for seg, oppføre seg pent og ikke bare gjøre det de liker. Lignende strømninger ser ut til å ha preget skolen, der vekten på ledelse og disiplin gikk av moten for noen tiår siden. I tillegg har barnevernet stadig med å henge å fingrene i. Dette tyder på økt forekomst av omsorgssvikt. Uansett kan det virke som vi blant annet har fått flere utagerende barn og unge. Den 28. februar 2012 hadde NRK to ulike innslag om at lærere må håndtere fysisk utagerende elever helt ned i første klasse. Dette var temmelig uhørt for bare få år siden.

Noen obligatoriske ord om forsiktighet

Skolefolk, og andre som arbeider med barn og unge, samt foreldre, kan bli provosert når man sier at det stilles for lave forventninger og krav til noen barn og unge. Noen er enige, men tilføyer «men ikke for mye». Forbeholdet kan avsløre en redsel for mulige, negative sider ved å stille krav. Noe kan gå galt, og det må vises forsiktighet. Men det er få som vil ha «for mye» av noen ting – det ligger i ordet «for». Det er også en risiko ved ikke å ta noen risiko, og «Den som intet våger, intet vinner». Forsiktighetsregler må ikke bli overdrevne, og lamme handling.

Men jeg legger ikke skjul på at det finnes groteske eksempler på at for eksempel skoleelever har opplevd for høye forventninger og krav: Også i nyere tid har jeg for eksempel vært borti skoleelever med lett utviklingshemning som har fullført nesten hele grunnskolen, uten at lærevanskene har blitt oppdaget fullt ut. Slikt skal ikke skje, og man kan spørre om hva skole og PPT hadde gjort. Også i behandling av atferdsforstyrrelser, fra utagering til angst og unngåelse, er det selvfølgelig mulig å sette for høye mål. Derfor vil jeg komme med en selvfølgelig forsikring: Ingen bør oppleve forventninger og krav som de ikke har forutsetninger for å oppfylle. Forventninger og krav skal også følges opp med hjelp til å oppfylle dem, når barnet eller den unge trenger det. Målet må være trivsel basert på å ha gjort noe aktivt for å trives.

Generelt bør det være mulig å finne ut hvor en elev står, og hva som er rimelige forventninger og krav i opplæring. Det finnes mange redskaper, og observasjoner av barnet eller den unge gir ofte svar. Lærere og foreldre er normalt gode informanter. Også i behandling bør for høye mål kunne unngås. Hvis mål for opplæring eller behandling viser seg å være for store, bør det være mulig å justere dem før det skjer stor skade.

Diagnosers mulige negative følger

Enten en diagnose er riktig eller gal, kan det være et problem at en diagnose fungerer som en forklaring på personens atferd, for ikke å si unnskyldning. Nylig var jeg borti en gutt med en feil psykiatrisk diagnose som brukte diagnosen som unnskyldning for antisosial atferd. Han hadde satt seg inn i diagnosen, og er ikke den eneste. Mange forklares også hva diagnoser går ut på. Men mitt hovedpoeng er at *faginstanser* som PPT og BUP, samt skole, noen ganger bruker en diagnose som begrunnelse for å senke mål unødige mye.

Noe av grunnen til dette kan ligge i de psykiatriske diagnosene selv: Mange av dem innebærer noe som personen ikke kan, ikke klarer eller er dårlig til, som ulike lærevansker. Andre diagnoser kan dreie seg om noe som personen ikke tør eller mestrer på andre måter. Ikke minst er det mange angstlidelser, som fobier, separasjonsangst og tvangslidelse. ADHD innebærer en rekke problemer. I tillegg kan øvrige vurderinger inneholde beskrivelser av mye som personen ikke klarer eller tåler.

Nok et problem er verdt å nevne: Når en person får en gal diagnose, er det opplagt at personen kan bli tillagt egenskaper som personen ikke har. Men dette kan også skje når personen får *riktig* diagnose. Dette er særlig aktuelt når diagnoser inneholder flere kriterier, der bare noen oppfylles for at diagnosen skal stilles. Da kan det faktisk skje at man går ut fra at personen oppfyller kriterier som personen ikke oppfyller, det vil si at personen har vansker i samsvar med disse kriteriene. Ett eksempel på dette er asperger.

Ulike «feil og mangler» ved personen, enten disse skriver seg fra rene diagnoser eller mer beskrivende vurderinger, kan gi opphav til «syllogismer». Dette er mer eller mindre logiske tankerekker for hva man skal gjøre, som:

- Jon kan ikke skrive for hånd (det vil si at han skriver stygt) → Jon må få slippe å skrive → Jon må få skrive kun på PC.
- Peder har regnevansker → Peder må få enkle regnestykker, og ha mindre regning.
- Oline har angst for å delta i noen fag → Oline må få slippe å delta i disse fagene.
- Ole insisterer på å bruke bleie (selv om han har blære- og tarmkontroll) → Ole må få bruke bleie.
- Petra har angst for å gå på skolen → Petra må få slippe å gå på skolen.
- Anders «klikker» → Det er uforståelig at Anders «klikker», og ingenting å gjøre med det.

Men logiske resonnementer kan fungere dårlig. Faren for dette kan øke når man ikke kan metoder som kan bøte på problemene, eller misliker metoder som kan være effektive, og ikke vil bruke dem selv eller få andre til å bruke dem. Da kan fungeringen bli svakere enn den hadde trengt å bli. Funksjonsvansker skal selvfølgelig føre til lettelse. Men lettelse bør raskest mulig følges opp med en god plan for å øke mestring, når det er mulig. Ellers kan lettelsene bli unødige permanente, eller enda verre: Det blir en vond sirkel.

Igjen må jeg komme med en forsikring: Noen ganger må lettelse være permanente, fordi det

ikke finnes god nok opplæring eller behandling.

Eksempler fra praksis

Da jeg skulle finne kliniske eksempler på som artikkelen, så dukket det opp mange. Jeg merket meg at en høy andel gjaldt personer asperger. Det sier for øvrig kanskje noe om hvor ofte diagnosen asperger stilles. Her kommer det noen eksempler:

En gutt hadde ikke fulgt vanlig undervisning på to år

For halvannet år siden fikk jeg en klient, en gutt på 12 år, som knapt hadde deltatt i vanlig opplæring på ca. to år. I stedet hadde han sløyd de tre første timene, sammen med en miljøterapeut. Etter sløydtime fikk han hver dag velge om han ville være på skolen, eller gå hjem. Nesten hver gang valgte han det siste, og bare svært sporadisk hadde han vanlig opplæring.

Gutten hadde nektet å la seg evneteste, men alt tydet på at evnenivået var over middels. Ellers tydet lite på sjenanse, og han hadde flere ganger opptrådt for andre elever, uten besvær. I det hele tatt var det vanskelig å se at han hadde sterke grunner for ikke å delta i opplæring. Trolig hadde skolenektingen blitt kronisk temmelig raskt.

Etter at det hadde «låst seg», vurderte BUP ham med tanke på asperger. Han fikk noen poeng på en sjekkliste, men under grensen som tilsier nærmere undersøkelse. Men BUP tolket det som at han hadde «trekk» av asperger, og at det måtte tas hensyn til dette. Ikke minst kom BUP, og PPT, med det velkjente rådet om «ikke å presse» eleven. Selv skjønnte vi ikke hvorfor det måtte tas så mye hensyn, og skole og foreldre delte vår undring.

Dette bidro til at vi tok en grundig gjennomgang av kriteriene for asperger, sammen med foreldre og skole. Denne viste at hans sosiale fungering var temmelig upåfallende, særlig overfor jevnaldrende, selv om han kunne være nokså sta overfor voksne. Det siste hadde kanskje sammenheng med den fastlåste situasjonen på skolen. Særinteresser hadde han ikke, og mulige tendenser til spesielle rutiner og ritualer lå langt tilbake, for å nevne det viktigste. Konklusjonen ble at han ikke hadde asperger eller andre sårbarheter som tilsa vesentlig tilrettelegging. Dermed ble vi enige om å kreve at han skulle delta i vanlig opplæring, med bare nødvendige fagtilpasninger på grunn av langvarig fravær, så lenge det var nødvendig.

Selv om han i starten protesterte med tendenser til gråt, og forsøk på å komme seg unne, var det lett å få ham på skolen (se beskrivelse hos Holden, Sällman & Larsen, 2012a). Tvang og annet press ble fort unødvendig, og mor og miljøterapeut klarte i fellesskap å få ham på skolen, og holde ham der. Etter kort tid var han en normal elev, som bare trengte noen mindre tilrettelegginger fordi han lå litt etter. Et år senere lå han over snittet når det gjaldt karakterer. I tillegg til at skolegangen ble helt normalisert, var det kjekt å se at han fikk mange venner igjen. Nylig beskrev skolen den brede framgangen som «utrolig».

En gutt fikk være langt særere enn han trengte å være

En gutt på 12 år møtte på skolen, men kom ofte sent fordi han hadde noe «viktigere» som han måtte gjøre først. Dette var en lystbetont aktivitet, og hadde ingenting å gjøre med tvangshandlinger eller lignende. På skolen hadde han en rekke sære «krav», blant annet om en bestemt rekkefølge han skulle gå inn på skolen i, og hvilke lys som skulle være av og på. Blant annet nektet han å lese en tekst slik den sto, og måtte alltid erstatte noen ord med et synonym, tilsynelatende for å ha kontroll. Han nektet i det hele tatt å la seg «diktere». Han var på fornavn med far og bestefar, og mente at dette

var rimelig: Han sto jo på samme nivå som dem. Ellers var han mye for seg selv. Han likte å være med jevnaldrende, men det var et problem at det meste måtte skje på hans premisser. Når han var lite villig til å jenke seg, ble det mindre kontakt.

Da vi kom inn i bildet, hadde gutten fått diagnosen asperger. Skoledagen hadde vært vesentlig tilpasset før han fikk diagnosen, men diagnosen befestet nok inntrykket av en gutt som man ikke skulle kreve så mye av.

Da vi observerte gutten, og samhandlet med ham, kom vi fort fram til at han hadde et større potensial enn man hadde trodd: Det var relativt lett å dempe mange særheter, og i løpet av noen måneder ble han en langt mer normal elev. Mange av tilpasningene var altså unødvendige, og sinket hans utvikling.

Vi foretok også en ny gjennomgang av aspergerdiagnosen, sammen med foreldre og skole. Denne ga ikke støtte for diagnosen. Dette betyr ikke at det ikke har vært problemer: Da han var liten, hadde han sluttet å snakke, og isolerte seg veldig. Den dag i dag kan han ha problemer med å ordlegge seg. I lang tid, og kanskje så langt fram som vi kan se, vil han trenge en del oppfølging. Men han kommer seg stadig, og prognosen er langt bedre enn for bare kort tid siden.

En ungdom med tvangslidelse skulle få drive med sine tvangshandlinger

For to-tre år siden fikk vi henvist en ungdom i slutten av tenårene, som hadde en omfattende tvangslidelse. Han hadde ingen utviklingshemning eller forstyrrelse, og tilhørte ikke vår målgruppe. Han kom til oss som en «siste utvei». Vårt omdømme som handlekraftige bidro vel i så måte. Ungdommen tok knapt på dørhåndtak og gjenstander som andre hadde tatt på. Hvis han gjorde det, brukte han fot eller albue, eller hansker. Etter toalettbesøk med avføring lå han minst to timer i badekar. Etter urinering vasket han hendene i minst en halvtime under rennende, lunkent vann. Han lå bare to netter med samme sengetøy, før det måtte skiftes. Da har jeg nevnt det viktigste, og alt skjedde som følge av tvangstanker om renslighet og smitte.

I strid med det som er akseptert behandling av tvangslidelse, hadde foreldrene fått råd fra BUP om å la ham få holde på med sine tvangshandlinger. Man anså det knapt som et problem at gutten ikke ville ta på ting – han kunne jo bruke latexhansker. Man mente også at han ville vokse av seg tvangshandlingene. Også dette var en lite faglig vurdering.

Vi tenkte på eksponering og responsprevensjon som egnet behandling, som vanlig ved tvangslidelse. Men han var ikke behandlingsmotivert, så noen måtte hjelpe ham med å avstå fra tvangshandlingene, slik at han ble vant til ikke å utføre dem. Vi tilbød å hjelpe, men foreldrene mente at de skulle klare det selv, med veiledning fra oss. Dette gikk lettere enn vi hadde trodd, og særlig bading, håndvasking og ikke å ta på ting var det relativt lett å få bukt med. En morsom bieffekt av behandlingen var at han begynte å overnatte hos kamerater. Dette hadde vært umulig så lenge han var avhengig av sin bading og vasking. Selv om han kom seg veldig, var ikke resultatene 100 %, og behandlingen skulle ha kommet i gang før. Men i det minste var det stilt riktig diagnose før vi overtok.

En gutt med angstproblemer som ikke gikk på skolen

Også en annen gutt hadde blitt en kronisk skolenekter. I 11-åringens måte å nekte på var mest gråting som åpenbart hadde sammenheng med angst. Han nektet også å forlate huset for mange andre formål enn å gå på skolen, og også dette var angstpreget. Selv om han var i eldste laget for å få en slik diagnose, var det nærliggende å tenke på separasjonsangst. I tillegg trivdes han nok godt med å være hjemme.

I ca. ett år hadde gutten gått i samtalebehandling for sin skolenekting, og sin angst. Behandlingen

ga lite resultat, ifølge psykologen fordi gutten hadde så «lite kontakt med sine følelser», hva nå dét måtte bety. Gutten ble også satt på antipsykotisk medikasjon, for å «filtrere» ut inntrykk som skapte vansker for ham. Hvilke inntrykk dette var, og hvordan filtreringen skulle foregå, var uklart. Konkrete forsøk på trening i separasjon, og konkrete tiltak mot skolenekting, skjedde ikke.

Vi begynte på saken i sommerferien. Før skoleåret startet, tok vi ham med ut på et par turer, som en generell trening i å mestre angst. Selv om mor var med, gråt han da vi skulle forlate huset. Men han tødde opp, og hadde tydelig utbytte av å komme seg ut. Da skolen begynte, og vi skulle ha ham på skolen, protesterte han mer. De første dagene var vi med ham hele skoledagen, men etter noen dager klarte mor og skolen i felleskap å gjøre det som skulle til. Nokså raskt mestret han skoledagen godt. Vi traff ham forresten igjen nylig. Han går på videregående, og gjør det godt. Men han har fortsatt litt angstproblemer, i form av panikkliknende reaksjoner i forbindelse med nye og utrygge situasjoner. Dette har han nå ønsket behandling for. Ingenting tilsier at angsten skal holde ham borte fra skole eller framtidig utdanning og jobb.

En ung tenåring var unødig uselvstendig og klengete

En gutt på 13 år drev ikke primært med skolenekting, selv om han hadde noe ugyldig fravær. Framfor alt var han svært uselvstendig. Hjemme var han svært avhengig, særlig av mor. På skolen hadde han undervisning i liten gruppe nesten hele tiden. I tillegg viste han en del barnslig problematferd, som å snakke nedsettende til medelever. Alt dette førte til at han ble sosialt isolert.

Et par år før vi fikk ham henvist, hadde han fått en aspergerdiagnose. Jeg ble bedt om å se på denne på nytt. Det viste seg at det ikke var hold i den. Da tenkte jeg at et litt svakt evnenivå kunne være noe av årsaken til uselvstendigheten og den omfattende tilretteleggingen. Men det viste seg at han nokså nylig hadde blitt testet til en IQ på ca. 100. Dette styrket mistanken om at gutten fungerte svakere enn han trengte. Ellers var det ingen tvil om at de små kravene som ble stilt til gutten, for en stor del hadde opphav i råd som skole og foreldre hadde fått fra hjelpeinstanser.

For det første var det nokså lett å oppnå fullt frammøte på skolen, og å få ham til å gå alene den snaue kilometeren. Det var nok å kreve det av ham, noe foreldrene klarte selv. På skolen viste det seg faktisk at han hadde større læringsutbytte, og oppførte seg mer normalt, når han var sammen med hele gruppen på sitt trinn. En miljøterapeut drev en del sosial trening med ham, blant annet i å la være å «slenge dritt» til medelever. I løpet av noen få måneder ble både opplæring og oppførsel betydelig normalisert.

Diskusjon

Den røde tråden i de nevnte eksemplene er gale vurderinger av barnet eller den unge, og at feil diagnoser hadde bidratt i så måte. Det mest alvorlige er at forventninger, krav og mål hadde blitt senket til et for lavt nivå. Utredningene var for dårlige, og kompetansen på diagnoser og øvrige vurderinger var til dels for lav. I tillegg hadde man visst for lite om hva som kunne gjøres for å bedre fungering. Jeg ser ikke bort fra at de to manglene på kompetanse henger sammen: For eksempel kan mangel på kompetanse på behandling bidra til at utredninger konkluderer med at man må senke forventninger, krav og mål. Man kommer rett og slett fram til at det er vanskelig å gjøre noe mer. Dette står i strid med det som er essensen i eksemplene som jeg gikk gjennom: Relativt enkle tiltak kan ha stor effekt, og store ringvirkninger. Jeg blir også slått av hvor ofte barn og unge relativt spontant begynner å fungere bedre innenfor de nye rammene som de får. Noe av effekten skyldes altså våre tiltak, og noe skyldes at barnet eller den unge tilpasser seg og ser løsninger. «De ledes til vann, og drikker selv», for å omskrive det engelske ordtaket «You can lead a horse to water, but you can't

make it drink».

Jeg har altså ikke tall på hvor mange barn og unge som blir tilsidesatt på slike måter som jeg har beskrevet. Artikkelen må heller ikke oppfattes som en generell kritikk av for eksempel PPT og BUP. Målet er å sette søkelys på et problem som *forekommer*. For de det gjelder, som det heter, er det alvorlig. For å gjengi en rektor på en skole der det skjedde vellykket behandling av skolenekting: «Eleven hadde stø kurs mot uførepensjon. Nå ligger han an til å bli arbeidstaker og skattebetaler. Dermed kan skolen oppfylle sitt mandat.»

I de nevnte eksemplene var det uten unntak atferdsanalytiske tiltak som skapte endringene, i alle fall når vi snakker om konkrete tiltak. Men mitt poeng er ikke å framheve atferdsanalyse. Noen av tiltakene som jeg har nevnt, er heller ikke utpreget atferdsanalytiske. For eksempel er behandling av tvangslidelse og angst er også mål for blant annet kognitiv atferdsterapi. I mange tilfeller er det heller ikke særlig kompliserte tiltak. I tillegg til at man selvfølgelig må være i stand til å gjøre noe konkret for å bedre mestring, tror jeg at det i stor grad dreier seg om *mot*: Man må ha tro på at barnet eller den unge har et potensial, og tørre å sette mål. Men det nytter lite at vi som fagpersoner har mot, hvis vi ikke får andre med på det. Sentrale aktører i så måte er foreldre og skole. Enkelt sagt kan første trinn være å få dem med på en ny forståelse av barnet eller den unge som er mer positiv og optimistisk enn før. Neste trinn er å få dem med på en plan for å nå realistiske mål som har stor verdi for framtidig fungering.

Selv om jeg ikke vil framheve atferdsanalyse, mener jeg likevel at en positiv «drive» er utbredt blant atferdsanalytikere. Tiden da noen satte skyhøye mål, og var «overivrige» etter å nå dem, er vel stort sett forbi. Selv synes jeg at vi sjelden bommer på hva som er realistisk. Nylig ble jeg og to kolleger beskyldt for å bruke cowboymetoder, i behandling av skolenekting (Hegde, 2012). Han som mente det, hadde imidlertid ingen innvendinger mot behandlingen som vi hadde beskrevet, som var utgangspunktet for beskyldningen. Da må han nesten mene at vi går fram på samme måte, mer eller mindre uavhengig av hva som er problemet eller hvordan barnet eller den unge fungerer. Men det gjør vi jo ikke. Behandling skal selvfølgelig være strengt individuell. I tillegg til at den skal godkjennes av foreldre og andre som skal utføre den, må den oppfylle etiske og lovmessige krav, i den grad sistnevnte gir klare rettesnorer (se også Holden, Sällman & Larsen, 2012b).

Ellers er det ikke til å komme utenom at man noen ganger beskyldes for å mangle empati når mener at det ikke er grunnlag for diagnoser som er stilt, som vi har sett her på eMAA. Men jeg har vanskelig for å se hva dette har med empati å gjøre. Diagnoser skal ikke stilles for å imøtekomme emosjonelle og andre ønsker, men når personens væremåter stemmer med kriteriene. Emosjonelle og andre behov må imøtekommes på andre måter. Hvor har man det dessuten fra at det er mer empatisk å *stille* en diagnose enn å *utelukke* en diagnose? Mange er åpenbart lettet over at det ikke er grunnlag for en diagnose, særlig når det går an å endre væremåter som var grunnlag for at diagnosen ble vurdert eller stilt.

Til slutt kan jeg ikke dy meg for å kommentere myndighetenes bekymring over at skolen øker sosiale forskjeller. Ikke bare er det forskjeller i hva elever er gode for når de begynner på skolen, men forskjellene er enda større når de går ut av skolen. Det er mye å si om dette, men man bedrer neppe de svakere elevenes situasjon ved å redusere målene ned til et for lavt nivå. Det blir heller ikke færre unge på uførepensjon av det, for å kommentere en annen alvorlig bekymring.

Referanser

Attwood, T. (2007). *The complete guide to Asperger's syndrome*. London: Jessica Kingsley.

Bruchmüller, K., Margraf, J. & Schneider, S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 128–138.

Hegde, B. (2012). Skolevegning framfor skolenekting. www.utdanningsnytt.no (30.01.12)

Holden, B., Sällman, J. I. & Larsen, U. (2012a). Håndtering av skolenekting. En fortelling om en rar, men kanskje typisk håndtering av skolenekting, og en løsning. *Utdanning*, 11, 2, 42–45.

Holden, B., Sällman, J. I. & Larsen, U. (2012b). Lite nytt om skolenekting. www.utdanningsnytt.no (16.02.12).

Mathiesen, K. S. (2009). *Rapport 2009: 8. Psykiske lidelser I Norge: Et folkehelseperspektiv. Del 2, Barn og unge*. Oslo: Folkehelseinstituttet (<http://www.fhi.no/artikler/?id=80180>).

Sturme, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. Chichester: Wiley.