

# *Multisystemisk behandling av atferdsproblemer*

– teori og forskningsgrunnlag

Terje Ogden

*Multisystemisk terapi eller behandling (MST) gis til ungdom i alderen 12–17 år for å redusere kriminell aktivitet, rusmisbruk og andre atferdsproblemer. Høsten 1999 ble MST introdusert i Norge, og ved utgangen av 2001 var det etablert 23 MST-team knyttet til det fylkeskommunale barnevernet i 17 fylker. MST er teoridrevet og forskningsbasert. Den bygger på en klart definert og empirisk basert behandlingsteori og har en bekreftet langsiktig effekt gjennom forskningsbasert evaluering, primært i USA. Denne artikkelen tar for seg hvordan det teoretiske grunnlaget og forskningsresultatene danner basis for en målrettet, intensiv og tidsavgrenset behandling av alvorlige atferdsproblemer i familie og nærmiljø.*

**H**østen 1997 arrangerte Norges Forskningsråd (NFR), program for Forskning om mental helse, en ekspertkonferanse om «Tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelige og utagerende». Arrangørene av konferansen påpekte behovet for systematisert og anvendelig kunnskap om årsaksforhold, forebygging og effektiviteten av ulike behandlingsformer. Et utvalg forskere og klinikere fra USA, Canada og Norge bidro på konferansen, og en norsk ekspertgruppe bearbeidet det presenterte materialet i NFR-publikasjonen «Barn og unge med alvorlige atferdsvansker – hva kan nyere viten fortelle oss og hva slags hjelp trenger de?» (Zeiner mfl. 1998). Gruppen ga tilrådinger om hvordan videre forskning om forebygging og behandling burde innrettes. Blant nyere metoder i arbeidet med ungdom festet gruppen seg blant annet ved Multisystemisk behandling som i kontrollerte

evalueringsstudier hadde gitt lovende resultater. Ekspertgruppen ga råd om å gjennomføre behandling etter prinsipper skissert av Henggeler mfl. (1998) og sammenlikne effekter av behandlingene i kontrollerte evalueringsstudier.

Våren 1999 besøkte en norsk faggruppe Scott Henggeler og hans kollegaer ved Family Services Research Center, Medical University of South Carolina (MUSC). Mulighetene for et samarbeid om implementering av MST i Norge ble drøftet. Senere tok Barne- og familiedepartementet (BFD), sammen med Sosial- og helsedepartementet (SHD), initiativ til et møte med fylkeshelsejefene som fikk tilbud om å prøve ut metoden. Av 19 fylker tok 17 imot tilbudet om å opprette MST-team som skulle få opplæring og veiledning fra MST-services. MST-services er en del av Family Services Research Center ved MUSC og har ansvaret for opplæring, lisensiering og konsultasjon av team i USA og andre land.

Høsten 1999 ble Multisystemisk behandling introdusert i Norge. De første teamene var i funksjon etter en kort forberedelses- og opplæringsfase. Ved utgangen av 2001 var det etablert 23 team i 17 fylker, og mer enn 500 ungdommer og deres familier har til nå gjennomgått tiltaket. MST er beregnet på ungdom i alderen 12–17 år som har begått lovbrudd, som misbruker rusmidler og har andre alvorlige atferdsproblemer.

Behandlingstilbudet er definert som et fylkeskommunalt tiltak for ungdom som bor hjemme, men hvor kommunen fatter vedtak om hjelpetiltak etter Barnevernsloven. Henvisninger til det fylkeskommunale barnevernet går via barnevernet i kommuner eller bydeler. De fleste fylkene har opprettet ett team, men noen fylker har to eller tre team organisert i en MST-enhet. Enkelte fylker har også knyttet en prosjektleder til enheten. Teamene har fått sin grunnopplæring i Norge, mens de fleste veilederne i tillegg har deltatt i et tilsvarende introduksjonskurs i USA. Både grunnopplæringen og etterutdanning foregår i grupper på 3–4 team. MST-teamene inngår i et faglig samarbeidsnettverk som omfatter kontinuerlig etterutdanning, kvalitetskontroll og dokumentasjon av resultater samt regelmessig kontakt og erfaringsutveksling. Kompetansen i samarbeidsnettverket skal støtte og supplere kompetansen til teamene og den enkelte medarbeider.

Som et ledd i «Atferdsprosjektet» ved Universitetet i Oslo er det bygd opp en norsk MST-organisasjon med en nasjonal prosjektleder og norske konsulenter som gradvis overtar arbeidet med å lære opp og gi konsultasjon til teamene. Prosjektet er i hovedsak finansiert av Barne- og familiedepartementet, men støttes også økonomisk av Helsedepartementet (tidligere SHD) og Utdannings- og forskningsdepartementet. «Atferdsprosjektet» har videre ansvaret for den forskningsbaserte evalueringen av metoden i

Norge der MST-enhetene i 4 fylker deltar (Akershus, Rogaland, Telemark og Vest-Agder).

MST kan beskrives som en behandlingsmetode eller «tiltaks pakke», men omfatter også en nøye spesifisert organisasjonsstruktur og et faglig nettverk av MST-team og -enheter. MST tar utgangspunkt i prinsippet om «familiebevaring» og hjemmebaserte tjenester. Dette forutsetter et forpliktende samarbeid med minst én av ungdommens foresatte og god kontakt med lokale barne- og ungdomstjenester. Behandlingstilbudet er bredspekket, intensivt og varer inntil behandlingsmålene er nådd, vanligvis mellom 3 og 5 måneder i den enkelte sak. Det forventes ikke at alle problemer skal være løst når behandlingen avsluttes, men at familien har fått økt kompetanse til å løse problemer på egen hånd. Arbeidet utføres av team som ledes av en veileder og består av 3–4 terapeuter med ansvar for å følge opp 3–6 familier hver. Teamet er tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uka, og i perioder holdes det daglig kontakt med familiene, ansikt til ansikt eller over telefon. Teamene er organisatorisk knyttet til det fylkeskommunale barnevernet, mens henvisningene kommer fra barnevernet i kommunene. Denne artikkelen gir en innføring i de viktigste teoretiske komponentene som MST bygger på, hvordan disse henger sammen, og hvordan de legger premisser for den praktiske gjennomføringen av behandlingsarbeidet. Den tar imidlertid ikke for seg den praktiske organiseringen av teamene og gjennomføringen av tiltak i den enkelte sak.

## Det teoretiske grunnlaget

MST har et multiteoretisk grunnlag som beskrives av Henggeler og medarbeidere på tre nivåer. På et overordnet nivå finnes to hovedpilarer, Bronfenbrenners (1979) sosialøkologi og empiriske årsaksmodellstudier av utviklingen av antisosial atferd (bl.a. Elliott mfl. 1985). På neste nivå finner en teorier som mer avgrenset er knyttet til de enkelte tiltakskomponentene, for eksempel systemisk familieteori og kognitiv atferdsmodifikasjon. På det tredje nivået er det formulert 9 teoretiske behandlingsprinsipper som styrer valg og prioritering av tiltak, og disse brukes for å fastslå om intervensjonene samsvarer med de teoretiske forutsetningene for MST. I det følgende beskrives de teoretiske hovedpilarene, sosialøkologi og årsaksmodellstudier av utviklingen av antisosial atferd. Videre omtales noen av teoriene for tiltakskomponentene og de ni teoretiske behandlingsprinsippene.

Før teorigrunnlaget presenteres, kan det være nyttig å klargjøre skillet mellom teori, teoretiske perspektiver og modeller slik skillet her vil bli

brukt. Teorier er forklaringsorienterte og består av begreper og hypoteser som logisk hører sammen, og som forklarer eller predikerer et bestemt fenomen (Reid 1978). Teoretiske perspektiver er mindre omfattende enn teorier og mer et hjelpemiddel til å tenke om sammenhenger. Det økologiske perspektivet kan derfor forklares som en referanseramme eller betraktningsmåte der tingenes gjensidige avhengighet er sentral (Minahan 1980). Det beskriver hvordan individer og miljøer er forbundet med hverandre, men forklarer ikke hvordan (Meyer og Mattaini 1995). Teoretiske modeller er mer foreskrivende og formidler hva en praktiker skal gjøre i ulike situasjoner (Tolson mfl. 1994). Modeller som den økologiske har også en pedagogisk funksjon fordi den presenterer kompliserte fenomener og sammenhenger på en forenklet måte. Enten en snakker om praksismodeller, arbeidsmodeller, intervensjons- eller behandlingsmodeller, så har de preg av å være problemløsende innretninger som styrer valg av tiltak. I denne sammenhengen er MST en arbeidsmodell som gir retningslinjer for praksis, og som sier noe om hvilke resultater en kan forvente. Det sosialøkologiske grunnlaget for MST framstår mer som et teoretisk perspektiv enn en helhetlig teori fordi de systemiske sammenhengene beskrives mer enn de forklares. Derfor refereres det i teksten som følger til et sosialøkologisk perspektiv.

### **Det sosialøkologiske perspektivet**

Utviklingsøkologi beskrives som en progressiv gjensidig tilpasning mellom ungdom i utvikling og et foranderlig oppvekstmiljø (Bronfenbrenner 1977, 1979). Det gjensidige påvirkningsforholdet mellom ungdommen og det umiddelbare miljøet (omtalt som mikro- og mesosystemet) preges igjen av den større sosiale konteksten som interaksjonen foregår i (omtalt som ekso- og makrosystemet). Med dette understrekes helheten og sammenhengen i oppvekstmiljøet, noe som er viktig for å forstå hvordan antisosial atferd utvikles og vedlikeholdes. Individet er deltaker i flere sammenhengende økosystemer, og påvirkninger formidles både innenfor og mellom økosystemene. Bronfenbrenner (1979) framhever særlig betydningen av den sosiale og kulturelle dimensjonen og individet som aktivt utvelgende og handlende i forhold til sitt miljø. Miljøet beskrives innenfor en systemteoretisk referanseramme som: «... a nested arrangement of structures, each contained within the next.» Teorien inngår dermed i familien av systemteorier og har til felles med dem at den omtales som en metateori eller «an overarching global theory which embraces several limited theories» (Siporin 1980). I MST anvendes det systemiske perspektivet både på

ungdoms utvikling og for å planlegge helhetlige og sammenhengende tiltak og tjenester.

Når Henggeler og kolleger (1998) formidler det sosialøkologiske teori-grunnlaget, legger de vekt på at: (1) ungdom er i utvikling og restrukturerer aktivt sine omgivelser, (2) miljøet, som består av familie, venner, bekjente og naboer, påvirker individet i en gjensidig tilpasningsprosess og (3) atferden påvirkes av settinger og personer som individet ikke er i direkte kontakt med. Ungdom er derfor både avsendere og mottakere av påvirkninger i multiple sosiale systemer, og dette påvirker direkte og indirekte deres atferd. De bidrar aktivt til å skape sitt eget miljø gjennom valg av venner og oppholdssteder, og gjennom sine handlinger påvirker de omgivelsene og tilbakemeldingene som de får derfra. Atferdsproblemer defineres i et «her og nå»-perspektiv som problematiske transaksjoner i og mellom sosiale systemer der ungdommen deltar sammen med familien, medelever og lærere, jevnaldringsgruppen og andre.

Fire andre formuleringer blir også framhevet for å markere det sosialøkologiske grunnlaget for MST (Henggeler mfl. 1994): (1) Ungdommens atferd kan bare forstås når den blir sett i ungdommens eget nærmiljø eller kontekst, (2) individet har kapasitet til å forandre seg, (3) individets fenomenologi, det vil si dets subjektive definisjoner og fortolkning av egen situasjon, er viktig for å forstå utvikling og atferd og (4) den beste måten å teste hypoteser på er gjennom naturalistiske eksperimenter: «Hvis du ønsker å forstå noe, forsøk å forandre det» (Bronfenbrenner 1979:37). Hypoteser om hvilke tiltak som kan endre ungdommens atferd og situasjon, kan testes gjennom å endre den sosiale konteksten.

Når ungdom skal observeres og utredes, bør dette ifølge Bronfenbrenner skje i ungdommens eget miljø for å være økologisk valid, det vil si sosialt relevant og tilpasset familiens og ungdommens virkelighet. Videre må utredningen bygge på respekt for familiens fortolkning av sin egen situasjon, fremme et positivt endringssyn og bidra til myndiggjøring av familien. Det fenomenologiske perspektivet framhever betydningen av å forstå hvordan foreldrene og barna opplever og beskriver sin situasjon.

En konsekvens av det utviklingsøkologiske perspektivet er prinsippet om «familiebevaring» der tjenestene blir tilpasset familiemedlemmenes behov og den enkelte families verdier, tro og kultur. En er lydhør for hvordan familien opplever situasjonen og hva de synes er vanskelig. Samtidig tar en høyde for at det kan være konflikter mellom ungdom og foreldre, og at situasjonen kan oppleves annerledes av andre sentrale personer i det sosiale nettverket. Filosofien i MST går ut på at den mest effektive og etiske måten å hjelpe ungdom på, er gjennom å hjelpe deres familier, og at dette

lykkes bedre når en støtter heller enn klandrer dem. Familien skal settes i stand til å løse sine egne problemer, og foreldrene får rollen som langsiktige forandringsagenter. Foreldrene blir oppfattet som en verdifull ressurs i arbeidet med å rehabilitere ungdommen, selv om de selv sliter med mange problemer. Det advares mot å avskrive dem med henvisning til at de er sosialt belastet, utslitte, nedkjørte, ressursvake eller synes å være lite motiverte for å samarbeide om behandlingsopplegget. Arbeidet med å utvikle, styrke og frigjøre familiens ressurser er sentralt. Å gi opp familier eller stemple dem som «motvillige» eller «umotiverte» blir ansett for å være et dårlig alternativ, og det gjøres mye for å støtte foreldrene slik at de står løpet ut. MST skal imidlertid formidle «hjelp til selvhjelp», og MST-terapeuten skal derfor ikke gjøre noe som familiemedlemmene selv er i stand til å mestre. Innsatsen i familien skal imidlertid komme ungdommen til gode, og derfor er endringer i hans eller hennes atferd den viktigste resultatindikatoren. Det legges et visst press på foreldrene for at de skal stille opp for sine barn og unngå at de blir utsatt for mer inngripende kontrolltiltak fra samfunnets side, som fengseling eller institusjonsplassering.

### Årsaksmodellstudier og utviklingspsykopatologi

Den andre teoretiske hovedpilaren ved siden av Bronfenbrenners utviklingsøkologi består av årsaksmodellstudier som bygger på empiriske undersøkelser av hvordan antisosial atferd utvikles hos barn og unge (Elliott mfl. 1985, Henggeler 1991). Det er ofte høyt samsvar mellom risikofaktorene som identifiseres i ulike undersøkelser, og de knytter seg til familie, skole og vennemiljø. Selv om det ikke uttrykkes eksplisitt i MST-litteraturen, knyttes slike studier til det teoretiske forskningsperspektivet «utviklingspsykopatologi» eller «risiko og beskyttende faktorer». Perspektivet har fire hovedkjennetegn: 1) Det fokuserer på avvik fra normative utviklingsforløp, 2) det bygger på utviklingsteori, 3) det integrerer prinsipper og resultater fra ulike samfunnsvitenskapelige fagområder og 4) det har implikasjoner for praktiske intervensjoner (Luthar 1997). «Utviklingspsykopatologi» forklarer hvordan risiko og beskyttende faktorer opererer innenfor en transaksjonell utviklingsmodell og predikerer utvikling eller problemutvikling (Cicchetti og Toth 1997). Gjennom prospektive, longitudinelle studier studeres barn og unges mestring av psykososiale risikofaktorer. Analysene tar for seg forholdet mellom atferdsforstyrrelser, normalatferd og sosialisering (Robins og Rutter 1990, Luthar mfl. 1997).

Årsaksmodellstudiene som refereres av Henggeler og kolleger (1998), identifiserer forhold ved ungdommen selv og miljøet som predikerer kriminalitet og rusmisbruk (Elliott 1985). De viktigste risikofaktorene for utvik-

ling av kriminalitet (Henggeler 1991) og rusmiddelmisbruk (Henggeler 1997) er: forbindelser med antisosiale jevnaldrende, familierelasjoner, skoleproblemer og manglende støtte fra naboer og lokalmiljøet. Risikofaktorer knyttet til ungdommen dreier seg om kognitive faktorer som lav IQ, vansker med problemløsning og sosial kognisjon. Ungdommen tillegger for eksempel andre fiendtlige intensjoner og kan ha antisosiale holdninger. I familien er risikofaktorene høyt konfliktnivå, manglende omsorg og samhold, ineffektiv oppdragelse, manglende tilsyn, foreldrenes samlivsproblemer, manglende sosial støtte og dysfunksjonell kommunikasjon mellom ungdom og foreldre. Videre kan de foresatte være uenige om hvordan ungdommen bør oppdras, og deres egne problemer kan gjøre det vanskelig å ivareta oppdragerrollen på en adekvat måte. Problemer med skolegangen handler om dårlige samarbeidsforhold mellom hjem og skole, svake skoleprestasjoner, lav skolemotivasjon, skulk og «dropout» som ytterligere forsterkes i skoler med svak struktur og kaotisk miljø. Negative jevnaldningskontakter oppstår blant annet i gjenger og kommer til uttrykk som konformitet i forhold til negativt vennepress og tidlig deltakelse i lovbrudd og annen antisosial atferd. Problemene i nærmiljøet dreier seg ofte om høy mobilitet og et disorganisert miljø med kriminelle subkulturer (Henggeler 1991, Schoenwald mfl. 1997).

Gjennom å studere risikoungdom som utvikler seg mer positivt enn forventet, har en også fått kunnskap om mestringskompetanse og andre forhold som beskytter mot problemutvikling. Selv om det i behandlingsarbeidet fokuseres på ressurser og kompetanse hos ungdom og omgivelser, har studier av modererende og kompenserende påvirkninger fått en mindre framtredd plass enn studien av risikofaktorer i MST-litteraturen. Blant de beskyttende faktorene som blir nevnt av Strother mfl. (1998), er å være eldste barn i familien, høy intelligens, enkelt temperament, konvensjonelle holdninger, gode problemløsningsferdigheter, positiv tilknytning til foreldrene, støttende familiemiljø, et harmonisk forhold mellom foreldre, omgang med prososiale venner, forpliktende holdning til å gå på skolen, deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter og et sterkt støttende sosialt nettverk. Det er imidlertid uklart i hvilken grad disse forholdene spesifikt motvirker utvikling av antisosial atferd, og i hvilken grad det dreier seg om generell motstandsdyktighet mot problemutvikling i vid forstand.

Årsaksmodellstudiene viser at ungdommens forhold til venner og skolen er avgjørende for utviklingsforløpet. Avvisning av jevnaldrende er en sterk prediktor for dårlig psykososial tilpasning. Venner kan påvirke sterkere enn familien når det gjelder kriminalitet og rusmisbruk. Tiltak som tar sikte på å endre relasjoner til jevnaldrende, er derfor en viktig del av MST.

Å bryte ungdommens kontakt med avvikende venner eller gjenger har høy prioritet. Dette er ofte helt nødvendig for å endre det antisosiale atferdsmønsteret. Strategien kan bestå i å hjelpe den unge til å se ulempene ved å omgås dårlige venner, gjerne med støtte av personer som ungdommen respekterer eller ser opp til. Foreldrene understreker de faktiske negative konsekvensene som disse kontaktene medfører, mens MST-terapeuten forbereder foreldrene på «kamp» og øker kontaktfrekvensen og støtten mens innsatsen for å endre vennemiljø pågår.

Eksamen og avgangskarakterer fra skolen er med på å bestemme hvilke muligheter ungdom har for å hevde seg i utdanningssystemet og senere på arbeidsmarkedet. Ved siden av familien er dessuten skolen den viktigste arenaen for læring av sosiale ferdigheter og utvikling av sosial kompetanse. I MST har imidlertid skolerettede tiltak lavere prioritet enn de familierettede. Dette henger sammen med at MST primært skal bidra til å bygge opp ungdommens naturlige økologi slik at beslutninger og samarbeid med skolen kan forankres der. Med andre ord skal MST-terapeutens tid primært vies til å utvikle familiens kapasitet for problemløsning heller enn personlig å ta seg av problemer på skolen, med mindre disse er akutte og alvorlige eller skolen ber om assistanse. Dette bygger blant annet på en undersøkelse som viste at familiebaserte intervensjoner hadde større innflytelse på motivasjon og framgang hos lavtfungerende storbyelever på ungdomstrinnet enn skolerettede intervensjoner av samme intensitet (Rodick og Henggeler 1980). Hvis ungdommen har gode forutsetninger for å lykkes på skolen, kan forbedring av skoleprestasjoner og videre utdanningsplaner inngå i målsettingen for arbeidet. Men hvis forutsetningene er svake, kan målsettingen være å fullføre skolegangen samtidig som en legger vekt på å utvikle andre personlige og sosiale kvaliteter som er nyttige i arbeids- og samfunnsliv.

## Familiesystemisk teori

På det neste teoretiske nivået suppleres de to overordnede teoretiske perspektivene med teorier som mer avgrenset er knyttet til de ulike tiltakskomponentene, som for eksempel systemisk familieteori (Haley 1976, Minuchin 1974), atferdsøkologi (Munger 1993), sosial interaksjons læringsteori (Patterson 1979), økosystemisk intervensjonsteori (Cooper mfl. 1994) og kognitiv atferdsmodifikasjon (Beck 1995, Meichenbaum 1993). Disse komponentene har sitt eget teorigrunnlag samtidig som de kan plasseres innenfor en sosialøkologisk referanseramme. Det er imidlertid en forutsetning at de ikke bryter med de teoretiske forutsetningene som



blant annet går ut på at systemiske intervensjoner skal prioriteres framfor individuelt rettede behandlingstiltak.

Arbeidet i familiene tar utgangspunkt i to veletablerte modeller for systemisk familiebehandling – strukturell og strategisk familierapi. Den strukturelle familierapien (Minuchin 1974) forklarer atferdsproblemer som et resultat av at grensene mellom delsystemene som familien består av, er for svake eller for sterke. Uklare eller porøse grenser er et uttrykk for at ungdommen ikke klarer å stå på egne ben, være selvstendig og prestere på egen hånd. Rigide grenser, derimot, begrenser familiens kapasitet til å mestre stress og ivareta medlemmenes følelsesmessige behov. Endring av transaksjonsmønstre som beskrives som trekantforhold eller foreldre–barnkoalisjoner, har vist seg å redusere antisosial atferd hos ungdom (Mann mfl. 1990). Strategisk familierapi (Haley 1976) analyserer familiefunksjoner og kartlegger hvordan samhandlingsmønstre som stadig gjentar seg bidrar til at det oppstår problemer. Problemene kan for eksempel henge sammen med at det stadig oppstår opptrappende konflikter mellom familiemedlemmene med et forutsigbart negativt resultat (Patterson 1982, 1986).

Systemisk familierapi legger vekt på å endre familierelasjoner for å påvirke ungdoms atferd. Dette er i overensstemmelse med det teoretiske grunnlaget for MST. Familierapien kritiseres samtidig for å ha et for trangt perspektiv som ikke tar tilstrekkelig hensyn til hvordan atferdsproblemene påvirkes av individuelle kjennetegn eller kontekstuelle forhold utenfor familien (Henggeler mfl. 1998). Når en i MST arbeider for å forbedre familiefunksjoner, prioriteres tiltak knyttet til såkalte «førsteordens faktorer» det vil si observerbare hendelser i familiens daglige samhandling og i dens kontakt med omverdenen. Først iverksettes praktiske hjelpetiltak for familien kombinert med tiltak for å endre ineffektiv oppdragerstil og dysfunksjonell familiestruktur. Deretter forsøker en å endre forhold som hindrer skifte av oppdragerstil, for eksempel uegnede oppdragelsesidealer og holdninger, foreldrenes egne problemer eller manglende sosiale støtte, manglende prioritering av ungdommens behov eller manglende involvering.

Økosystemisk tenkning som preger mye av arbeidet i MST, tar utgangspunkt i at all atferd er funksjonell sett fra et aktørperspektiv. Selv problematferd er målrettet og i ungdommens perspektiv rasjonell og nødvendig. Forsøk på direkte konfrontasjon vil uunngåelig bli møtt med motstand og kan bidra til en fastlåsing av en vanskelig situasjon. Systemiske intervensjoner tar hensyn til hvordan alle deltakerne bidrar til å opprettholde problemet, og analyserer hvilken funksjonell sammenheng det er mellom atferd og identifisert problem. Deretter forsøker en å rekonstruere situasjonen på måter som gir mening for alle involverte parter. En klargjør hvilke mål

atferden bidrar til å nå, hvor uegnede disse målene er for ungdommen, og en søker etter alternative eller mer effektive måter å nå målene på. Vellykkede intervensjoner fører til at individene endrer sin atferd og samarbeider bedre med andre, samtidig som de opprettholder følelsen av å ha kontroll over egen atferd (Cooper mfl. 1994). Individuelle intervensjoner som kognitiv atferdsmodifikasjon kan være aktuelle når de systemiske ikke gir ønsket resultat. Det teoretiske grunnlaget for slike intervensjoner har imidlertid et snevert perspektiv i forhold til MST og fokuserer lite på de multisystemiske sammenhengene.

## Teoretiske behandlingsprinsipper

På det tredje teoretiske nivået integreres teori og forskning i 9 behandlingsprinsipper. Innenfor rammene av disse teoretiske prinsippene prioriteres kunnskapsbaserte metoder, det vil si intervensjoner som gjennom kontrollerte evalueringsstudier og systematisk erfaringsinnhenting har vist seg å være resultat effektive. Dette betyr at tiltaksregisteret i MST ikke er fastsatt en gang for alle. Kunnskapsbaserte metoder som «best practices» trekkes inn etter behov, og kan erstattes når forskning viser at andre metoder er mer effektive.

*Prinsipp 1: Den primære hensikten med utredningen er å forstå den gjensidige tilpasningen mellom de identifiserte problemene og deres bredere systemiske kontekst.* Dette betyr at problemene som ungdommen henvises for, kartlegges og analyseres i forhold til kjennetegn ved familien, skolen, fritidsmiljøet og andre miljøfaktorer. Atferdsproblemene utredes i ungdommens sosiale nettverk med vekt på å forstå forhold som direkte eller indirekte bidrar til å vedlikeholde dem. Utredningen er en kontinuerlig prosess der MST-terapeuten i samarbeid med familien (1) utvikler hypoteser om hvordan observerbare interaksjoner og atferd bidrar til ungdommens problemer, (2) samler data som kan bekrefte eller avkrefte hypotesene, (3) setter i verk intervensjoner, (4) observerer om intervensjonene fører til endringer i problematferden, (5) identifiserer eventuelle barrierer som hindrer et vellykket resultat, og (6) iverksetter intervensjoner som kan nøytralisere disse hindringene. Terapeutens oppgave er å utrede de ulike deltakernes syn på sterke sider, problemer og behov for deretter å integrere de ulike synspunktene og forene divergerende perspektiver i en helhetlig forklaringsmodell. Arbeidshypotesen beskriver sammenhengen mellom problematferden og den systemiske konteksten, og hypotesen settes på praktisk prøve gjennom å endre de identifiserte påvirkningsfaktorene.

*Prinsipp 2: Terapeutiske kontakter vektlegger det positive og bruker systemisk styrke for å fremme forandring.* Systemisk styrke handler om å utnytte ressurser og beskyttende faktorer hos ungdommen selv og i hans eller hennes nære omgivelser for å redusere problematferd og fremme kompetanse. I all kommunikasjon med og om familien brukes et ikke-nedsettende språk, både i muntlig og skriftlig form. Dermed skapes en kommunikasjonsramme som legger hovedvekten på positive forventninger, familiens ressurser og andre beskyttende faktorer. MST-terapeutene bruker «positiv reformulering» og er raus i bruk av oppmuntring og positiv bekreftelse av konkret innsats fra familien. Den positive fokuseringen skal likevel ha en forankring i sakens realiteter slik at en ikke skaper urealistiske forventninger til hva som kan oppnås.

*Prinsipp 3: Intervensjoner skal fremme ansvarlig atferd og redusere uansvarlig atferd hos familiemedlemmene.* Heller enn å fokusere på psykopatologi eller avvik, formidles det at målet er å redusere uansvarlig og øke ansvarlig atferd hos ungdom og foreldre. Foreldrenes ansvar er å gi sine barn omsorg og dekke andre grunnleggende behov, oppdra og veilede dem samt hjelpe dem til å utvikle kompetanse. For ungdommen handler ansvarlig atferd om å overholde familiens og samfunnets regler, ha og utføre plikter i huset, gå på skolen (eller jobb) og ikke skade andre. Sosial og håndfast bekreftelse som ros, tillatelse og privilegier brukes for å fremme ansvarlig atferd, mens ekstra arbeidsoppgaver i huset eller tap av privilegier brukes som negative konsekvenser.

*Prinsipp 4: Intervensjonene er «her og nå» og handlingsfokuserede, rettet mot konkrete og veldefinerte problemer.* Dette prinsippet signaliserer at en er mindre opptatt av fortiden og prioriterer tiltak som forbedrer situasjonen i familien akkurat nå. Handlinger og hendelser som ligger fjernere i tid og rom, prioriteres lavere enn de konkrete omstendighetene som umiddelbart og direkte påvirker familiemedlemmenes atferd. Oppgavene er handlingsorienterte i den forstand at de aktiviserer ungdommen og resten av familien i problemløsende arbeid. Dette øker mulighetene for at de raskt opplever positive resultater og motiveres til ytterligere innsats for å nå de oppsatte målene. Veldefinerte mål vil i denne sammenhengen si at de er objektive, målbare og frie for faguttrykk. Dermed er alle involverte klar over arbeidets retning og kriteriene som brukes for å måle resultatene. En kan kontrollere om tiltakene virker og avslutte behandlingen når målene er nådd.

*Prinsipp 5: Intervensjoner rettes mot atferdssekvenser innenfor eller mellom multiple systemer.* Arbeidet fokuserer på hvordan atferden i skolen påvirkes av hendelser i hjemmet og vice versa, og hvordan atferden i skole og hjem preges av hendelser på fritiden. Multiple systemer brukes her for å

beskrive de sosiale delsystemene som det sosiale nettverket består av, for eksempel skoleklassen, vennegruppen og familien. Arbeidet for å restrukturere ungdommens økologi retter seg mot familierelasjonene og familieinteraksjonen samt samhandlingen med det sosiale nettverket. Det arbeides med samhandlingsmønstre i familien, men også med forholdet mellom familien og deres sosiale omgivelser. En er særlig oppmerksom på hvordan atferden i én setting kan være funksjonelt relatert til hendelser i andre settinger, for eksempel hvordan atferd i skolen kan reflektere hendelser i familien eller blant venner. Det som særlig skiller MST fra andre tilnærminger, er vekten som legges på samhandling på tvers av sosiale systemer, som for eksempel når foreldrene forsøker å få ungdommen ut av avvikende vennegrupper og inn i mer prososiale jevnaldningsmiljøer.

*Prinsipp 6: Intervensjonene tilpasses utviklingstrinnet og ungdommens utviklingsmessige behov.* Både ungdommen og familien gjennomgår utviklingsfaser, og deres forutsetninger og behov endrer seg over tid. For de yngste ungdommene vil foreldrenes tilsyn og kontroll være viktige temaer, mens en hos de eldre ungdommene legger mer vekt på egen medvirkning og forberedelser til et uavhengig liv. De jevnaldrendes betydning varierer også med ungdommens alder. Regulering av kontakten med antisosiale venner er særlig viktig i fasen hvor ungdommen er særlig avhengig av dem og dermed lett påvirkbar. Men alder er ikke alltid en god indikator på kognitiv og sosial utvikling, så oppgavene og forventningene må tilpasses ungdommens reelle utviklings- og funksjonsnivå.

*Prinsipp 7: Intervensjonene bør kreve daglig eller ukentlig innsats av familiemedlemmene.* Familien kan løse sine problemer raskere dersom alle familiemedlemmene og andre involverte sammen og samtidig setter kreftene inn på å nå behandlingsmålene. Daglig eller ukentlig innsats gjør det også lettere å evaluere og måle framgang og eventuelt korrigere tiltaksplanen.

*Prinsipp 8: Intervensjonenes effektivitet evalueres kontinuerlig fra flere perspektiver.* Dette gjør det mulig å overvåke hvilke endringer som finner sted i ungdommens økologi, og gir en umiddelbar tilbakemelding om hvor vellykket intervensjonene er. Det forventes raske og målbare resultater, som regel etter én til to uker. Hvis resultatene uteblir, revurderes analysen av problemet eller arbeidshypotesen, eller alternative intervensjoner iverksettes. Hvis innsatsen ikke gir resultater, forsøker en å unngå «mer av det samme». Heller enn å øke frekvensen eller intensiteten i eksisterende tiltak, ser en etter alternative måter å angripe problemene på. Det er viktig at familien og andre får tilbakemelding fra noen som har observert eventuelle positive endringer i ungdommens atferd. Personer som kan gi slik tilbakemelding, rekrutteres fra hele ungdommens nettverk. MST-terapeuten pri-

oriterer informanter som har de beste forutsetningene og mulighetene for å observere atferden det gjelder.

*Prinsipp 9: Intervensjonene bør utformes slik at de fremmer generalisering og langtidsvedlikehold av terapeutisk forandring.* Generalisering og varighet av atferdsendring er et sentralt tema i all behandling. Målet er ikke bare å oppnå umiddelbare positive endringer, men også sikre at disse varer og gir utslag i andre sammenhenger og settinger enn der de ble oppnådd. Derfor legges det vekt på å myndiggjøre foreldrene gjennom å: (1) utvikle selvhjelpsferdigheter som de kan bruke til å styrke sin sosiale økologi, (2) utvikle familiens kompetanse til å forhandle om nåværende og framtidige problemer og (3) utnytte beskyttende faktorer i det sosiale nettverket. Det problemløsende arbeidet ivaretas primært av foreldrene med terapeuten i en støttende og konsultativ rolle. Utvikling av myndiggjørende foreldrepraksis forutsetter at terapeuten ikke går for sterkt inn i familiesystemet og påvirker gjennom sin egen personlighet og innsats. Foreldrene og familien skal med rette ha en opplevelse av at «de gjorde det selv».

De ni behandlingsprinsippene definerer et relativt stort handlingsrom og åpner for kreativitet i valg av tiltak. Som en prinsippstyrt behandlingsmodell legger MST opp til individuelt tilpassede mål og tiltaksplaner som er forenlige med de overordnede teoretiske prinsippene.

## Forskningsresultater

Multisystemisk behandling bygger på omfattende forskning. I perioden 1992–98 ble det publisert 78 artikler fra forskere tilknyttet Family Services Research Center ved Medical University of South Carolina. Flere av disse er kontrollerte evalueringsstudier. I dette avsnittet presenteres noen eksempler på randomiserte kontrollerte studier og et sammendrag av forskningsresultatene.

I en av undersøkelsene (Henggeler mfl. 1992) ble ungdom som hadde begått alvorlig ungdomskriminalitet, fordelt tilfeldig slik at én gruppe fikk MST, mens en annen fikk «vanlige tjenester» fra «Youth Services». Gjennomsnittsalderen var 15,2 år, og 77 % var gutter. Da ungdommene ble fulgt opp etter 60 uker, viste det seg at de som hadde fått MST, i signifikant mindre grad var blitt arrestert, de var i mindre grad plassert utenfor hjemmet og de rapporterte om mindre kriminalitet. Foreldrene i MST-gruppen rapporterte også om bedre familiesamhold og at ungdommen var mindre aggressiv i forhold til jevnaldrende. MST var effektiv selv om ungdommene varierte med hensyn til etnisk bakgrunn, alder, sosial klasse og kjønn. I en

ny oppfølging etter 2 år (Henggeler mfl. 1993) viste det seg at ungdommene i MST-gruppen også denne gangen var arrestert signifikant mindre enn ungdommene i sammenlikningsgruppen.

I en senere undersøkelse (Borduin mfl. 1995) ble resultatene fra MST sammenliknet med resultatene fra individualterapi hos ungdom som hadde begått alvorlige lovbrudd. Gjennomsnittsalderen var 14,8 år, og 67,5 % var gutter. MST hadde en signifikant gunstigere effekt på relasjoner og samhandling i familien enn individualterapi. Det ble også registrert en reduksjon i foreldrenes rapportering av egne psykiske problemer (symptomatologi) og av ungdommenes atferdsproblemer. Resultatene etter 4 år viste at MST også var mer effektiv i arbeidet med å forebygge framtidige lovbrudd, inkludert voldskriminalitet. MST viste seg å være like effektiv for jenter som for gutter og for ungdom med forskjellig etnisk bakgrunn.

Oppsummert har MST vist seg å ha langsiktig reduserende effekt på rus- og voldsrelatert kriminalitet og andre lovbrudd, men også på antall arrestasjoner, fengslinger og plasseringer utenfor hjemmet. Langtidseffektene er imidlertid hovedsakelig basert på registerdata som fanger opp arrestasjoner og dommer for lovbrudd. Øvrige evalueringresultater viser redusert internalisert og eksternalisert problematferd hos ungdom (Borduin mfl. 1995, Henggeler mfl. 1986, 1997), nedgang i psykiske symptomer hos foreldre (Borduin mfl. 1995, Scherer mfl. 1994), økt sosial støtte, samhold og tilpasning samt færre konflikter og redusert fiendtlighet i familien (Borduin mfl. 1995).

I metaanalyser av resultatstudier vises det til at det er vanskeligere å oppnå gode resultater i behandling av antisosial atferd enn i behandling av andre problemer ungdom kan ha (Weisz 1997). Basert på foreliggende forskning konkluderte Rutter og medarbeidere (1998) med en forventet reduksjon på cirka 12 % i framtidige lovbrudd som resultat av behandlingstiltak. Resultatstudiene fra USA viser imidlertid en nedgang i rearrestasjoner blant ungdom som har fått MST på mellom 25 og 70 prosent sammenliknet med kontrollgruppen (Henggeler mfl. 1992, Henggeler mfl. 1997). Lösel (1993) fant i en metaanalyse av 300 intervensjonsstudier at den gjennomsnittlige effektstørrelsen var 0.18 (det vil si at resultatene i behandlingsgruppen i gjennomsnitt lå 0.18 standardavvik over resultatene i sammenlikningsgruppen).

I en sekundærevaluering av forskningsresultatene fant medarbeidere fra The Washington State Institute for Public Policy at den gjennomsnittlige effektstørrelsen i publiserte undersøkelser om MST kom opp i 0.68 (Aos mfl. 1999). Dette var blant de mest positive resultatene i samtlige publiserte intervensjonsstudier av antisosial atferd som ble reevaluert av dette

instituttet. Mye tyder derfor på at behandlingsresultatene fra MST ligger langt over gjennomsnittet for andre intervensjonsmetoder. Det mangler imidlertid undersøkelser som viser hvilken effekt eller betydning hver av komponentene i behandlingsprogrammet har for resultatene. Dette er generelt en mangel ved de fleste evalueringer av «tiltaks pakker». Det er en mulighet for at enkelte av komponentene er betydelig mer effektive enn de øvrige, eller at de er like effektive som summen av hele programmet (Kazdin 1997). Dette forutsetter imidlertid undersøkelser hvor en kan måle effekten av hvert av tiltakene som iverksettes innenfor rammen av MST.

## Avslutning

Multisystemisk behandling griper tak i et velkjent problem i arbeidet med alvorlige atferdsproblemer, nemlig mangelen på forpliktende samarbeid mellom tjenestesystemer og på positive langtidsresultater. Henggeler (1996) kritiserer det eksisterende tjenestetilbudet for å være for fragmentert og for restriktivt samtidig som det gir dårlige resultater i kontrollerte evalueringstudier. Han peker på at tradisjonelle tilbud, og særlig der hvor ungdom plasseres utenfor hjemmet, sjelden er rettet mot de sammensatte problemene som ungdommene har, og at deres sosiale økologi forblir uforandret. MST som behandlingsmodell eller en «tiltaks pakke» bringer nye elementer inn i arbeidet med alvorlige atferdsproblemer. Mål- og resultatstyring er nytt i dette arbeidet, hvor det har vært vanligere å sortere tiltak etter plasseringssted eller etter teoretisk forankring. Selv om forskningsresultatene fra USA tyder på at MST er en effektiv intervensjon i arbeidet med alvorlige atferdsproblemer, knytter det seg mange spørsmål til hvordan en skal overføre en modell fra et land til et annet. Forskjeller i faktisk målgruppe, tjenesteapparat og de sosiale og samfunnsmessige rammene kan gi andre resultater. Implementeringen kan også være mer eller mindre vellykket enn den opprinnelige. MST er implementert i Norge uten store modifikasjoner, og hittil har mer enn 500 ungdommer og deres familier gjennomgått MST. En evalueringstudie er under arbeid der resultatene fra MST sammenliknes med resultatene fra andre tiltak i regi av barnevernet. De første resultatene vil foreligge høsten 2002.

## Litteratur

- Aos, S., P. Phipps, R. Barnoski og R. Lieb (1999). *The comparative costs and benefits of programs to reduce crime: A review of national research findings with implications for Washington State*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Borduin, C.M., B.J. Mann, L.T. Cone, S.W. Henggeler, B.R. Fucci, D.M. Blaske og R.A. Williams (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63:569–578.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32:513–531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiment by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cicchetti, D. og S.L. Toth (1997). «Transactional ecological systems in developmental psychopathology». I: Luthar, S.S., J.A. Burack, D. Cicchetti og J.R. Weisz (red.). *Developmental psychopathology. Perspectives on adjustment, risk and disorder*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cooper, P., C.J. Smith og G. Upton (1994). *Emotional behavioural difficulties: Theory to practice*. London: Routledge.
- Elliott, D.S., D. Huizinga og S.S. Ageton (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Henggeler, S.W. (1991). A consensus: Conclusions of the APA task force report on innovative models of mental health services for children, adolescents, and their families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23:3–6.
- Henggeler, S.W. (1997). The development of effective drug abuse services for youth. I: Egertson, J.A., D.M. Fox og A.I. Leshner (red.). *Treating drug abusers effectively*. New York: Blackwell.
- Henggeler, S.W., J.D. Rodick, C.M. Borduin, C.L. Hanson, S.M. Watson og J.R. Urey (1986). Multisystemic treatment of juvenile offenders: Effects on adolescent behavior and family interaction. *Developmental Psychology*, 22:132–141.
- Henggeler, S.W. mfl. (1993). Family preservation using multisystemic treatment: Long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders. *Journal of Child and Family Studies*, 2:283–293.



- Henggeler, S.W., S.K. Schoenwald, S.G. Pickre, M.J. Brondino, C.M. Borduin og J.A. Hall. (1994). *Treatment manual for family preservation using multisystemic therapy*. Columbia: Department of Health and Human Services.
- Henggeler, S.W. (1996). *Multisystemic therapy with serious juvenile offenders and their families: Program design, implementation and outcome*. Upublisert manuskript. Charleston: Family Services Research Center, MUSC.
- Henggeler, S.W., G.B. Melton, M.J. Brondino, D.G. Scherer og J.H. Hanley (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65:821–833.
- Henggeler, S.W., S.K. Schoenwald, C.M. Borduin, M.D. Rowland og P.B. Cunningham (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents: Treatment manuals for practitioners*. New York: The Guilford Press.
- Henggeler, S.W., G.B. Melton og L.A. Smith (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An alternative to incarceration serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60:953–961.
- Kazdin, A.E. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:161–178.
- Luthar, S.S. (1997). Sociodemographic disadvantage and psychosocial adjustment: Perspectives from developmental psychopathology. I: Luthar, S.S., J.A. Burack, D. Cicchetti og J.R. Weisz (red.). *Developmental psychopathology: Perspectives on adjustment, risk and disorder*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Luthar, S.S. mfl. (1997). *Developmental psychopathology: Perspectives on adjustment, risk, and disorder*. New York: Cambridge University Press.
- Lösel, F. (1993). *Evaluation of psychosocial interventions in prison and other penal contexts*. I: *Psychosocial interventions in the criminal justice system. Proceedings*. Rapport presentert ved The 20<sup>th</sup> Criminological Research Conference. Council of Europe. European Committee on Crime Problems. Criminological research, Vol XXXI.
- Mann, B.J., C.M. Borduin, S.W. Henggeler og D.M. Blaske (1990). An investigation of systemic conceptualizations of parent–child coalition and symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58:336–344.

- Meichenbaum, D. (1993). Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61:202–204.
- Meyer, C. og M.A. Mattaini (1995). *The foundation of social work practice*. Washington, DC: NASW Press.
- Minahan, A. (1980). Theories and perspectives for social work. *Social work*, 25:435.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Munger, R.L. (1993). *Changing children's behavior quickly*. Madison, IL: Lanham.
- Patterson, G.R. (1979). *Living with children*. Research press, IL: Champaign.
- Patterson, G.R. (1982). *A social learning approach to family intervention: III. Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41:432–444.
- Reid, W. (1978). *The task-centered system*. New York: Columbia University Press.
- Robins, L.N. og M. Rutter (red.) (1990). *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rodick, D.J. og S.W. Henggeler (1980). The short-term and long-term amelioration of academic and motivational deficiencies among low-achieving inner-city adolescents. *Child Development*, 51:1126–1132.
- Rutter, M., H. Giller og A. Hagell (1998). *Antisocial behaviour by young people: The main messages from a major new review of the research*. London: Cambridge University Press.
- Scherer, D.G. mfl. (1994). Multisystemic family preservation with rural and minority families of serious adolescent offenders: Preliminary findings from a controlled clinical trial. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2:198–206.
- Schoenwald, S.K., S.W. Henggeler, M.J. Brondino og J.C. Donkervoet (1997). Reconnecting schools with families of juvenile offenders. I: J.L. Swartz og W.E. Martin Jr (red.). *Applied ecological psychology for schools within communities: Assessment and intervention*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Schoenwald, S.K. mfl. (2000). Multisystemic therapy: Monitoring treatment fidelity. *Family Process*, 39:83–103.

- Siporin, M. (1980). Ecological systems theory in social work. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 7:507–532.
- Strother, K.B., M.E. Swenson og S.K. Schoenwald (1998). *Multisystemic therapy organizational manual*. Charleston, SC: MST Institute.
- Tolson, E., W. Reid og C. Garvin (1994). *Generalist practice: A task centered approach*. New York: Columbia University Press.
- Weisz, J.R. (1997). Effects of interventions for child and adolescent psychological dysfunction: Relevance of context: Developmental factors, and individual differences. I: Luthar, S.S., J.A. Burack, D. Cicchetti og J.R. Weisz (red.). *Developmental psychopathology. Perspectives on adjustment, risk, and disorder*, s. 3–23. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zeiner, P., E.Backe- Hansen, S. Eskeland, T. Ogden, P. Rypdal og H. Sommerschild (1998). *Barn og unge med alvorlige atferdsproblemer: Hva kan nyere viten fortelle oss?Hva slags hjelp trenger de?* Ekspertuttalelse etter konferansen 18.–19. september 1997 om tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelige og utagerende. Oslo: Norges Forskningsråd.

## English summary

### Multisystemic treatment of adolescent behavioural problems – theory and research basis

Multisystemic therapy or treatment (MST) targets adolescents in the age group 12–17 in order to reduce criminal activity, drug use and other behavioural problems. In the fall of 1999 MST was introduced in Norway and by the end of 2001, 23 MST teams were established in the Child Protection Services of 17 county municipalities. MST is theory driven and research based. It departs from a clearly defined and empirically based treatment theory and has documented long term effects through research based evaluation, primarily in the USA. The article deals with the theoretical and empirical foundation of this goal oriented, intensive and time limited family and community based treatment of serious behavioural problems.