

Parent Management Training - Oregon-modellen

Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge

Konsekvensene av atferdsvansker hos barn er ofte mange og alvorlige. Hva forårsaker slik atferd, og hvordan hjelpe barnet og familien? Behandlingsmetoden PMTO bygger på et fruktbart vekselbruk av forskning og klinisk praksis.

TEKST

Roar Solholm

Elisabeth Askeland

Terje Christiansen

Mona Duckert

PUBLISERT 1. juli 2005

ABSTRACT:

Parent Management Training - the Oregon Model: Key theoretical concepts, the treatment programme and its implementation in Norway

In 1997 the Norwegian government announced that it wanted to improve the competence of professional personnel responsible for the treatment of persons with behavioural problems. Through the systematic implementation and evaluation of relevant and internationally recognized treatment programmes, the government hoped to improve the quality of existing professional services in the country. A highly recommended and seemingly effective programme, «Parent Management Training - the Oregon Model» (PMTO), was implemented and will be evaluated at a national level. Children between 5 and 12 years old took part in the programme. This article examines some of the key theoretical concepts employed by PMTO. It describes the programme's objectives, its structure and its content. Finally, it reviews information related to the current implementation of this programme in Norway.

EMNER

Bjørn Christiansens minnepris

Innledning

Atferdsforstyrrelser er den vanligste psykiske lidelsen blant barn og unge i Norge og rammer ca. 5 % av barne- og ungdomsbefolkningen. En stor overvekt er gutter (3–1) (Norges forskningsråd, 1998).

Det sentrale trekket ved atferdsforstyrrelser er et vedvarende mønster der andres rettigheter og aldersadekvate sosiale normer blir krenket. Betegnelsen refererer til så forskjellige artet atferd som temperamentsutbrudd, trass, hærverk, ildspåsettelse, stjeling, lyging, slåssing, mobbing, grusomhet mot dyr og personer, skulking, rømming og stoffmisbruk. Symptomatferden forekommer i ulike kombinasjoner hos den enkelte, og varierer sterkt både i forhold til alvorlighetsgrad, frekvens og varighet (Kazdin, 1996, 1997a).

Som en formell diagnose kreves tilstedeværelsen av et visst antall nærmere spesifiserte symptomer og en varighet på minst seks måneder (ICD-10), eller tolv måneder (DSM-IV). Både ICD-10 og DSM-IV anbefaler en spesifisering i forhold til grad av alvorlighet og i forhold til debutalder, «Childhood onset type» (før tiårsalder) og «Adolescent onset type» (etter tiårsalder). De som debuterer tidlig antas å være en mindre gruppe, hovedsakelig gutter, som viser vedvarende antisosial atferd og som ofte har et betydelig innslag av annen psykopatologi. Gruppen som debuterer sent er større og har gjennomgående en mer kortvarig antisosial karriere. I denne gruppen synes også kjønnsfordelingen å være langt jevnere (Hinshaw & Anderson, 1996).

Barn med atferdsforstyrrelser fyller ofte kriteriene for andre diagnoser, for eksempel hyperaktivitet, depresjon, angst og lærevansker. De har også ofte svakt utviklede sosiale ferdigheter og problemfylte relasjoner både til voksne og jevnaldrende. Svikt i kognitive problemløsningsferdigheter, attribusjon av fiendtlig hensikt til andre, avvisning og mistenksomhet i sosiale relasjoner er hyppig forekommende trekk (Kazdin, 1996, 1997a).

Mange barn og unge har symptomer på atferdsvansker uten at disse har tilstrekkelig omfang eller intensitet til at de fyller de diagnostiske kriteriene. Problemene kan imidlertid likevel være så vidt alvorlige og belastende, både for barnet selv og de nærmeste omgivelsene, at det krever profesjonell intervensjon.

Konsekvensene av atferdsforstyrrelser er alvorlige. Selv om bare under halvparten fortsatt har en diagnostiserbar atferdsforstyrrelse i voksen alder, vil mange få en betydelig svekket fungering både i forhold til psykisk helse, sosiale relasjoner og utdannings- og yrkeskarriere (Kazdin, 1996). Gruppen er overrepresentert i forhold til ulykker, suicid, kriminalitet og alkohol- og stoffmisbruk. Atferdsforstyrrelser er også en alvorlig belastning for barnets foreldre, søsken, venner og ansatte i barnehage, skole og skolefritidsordninger. De økonomiske konsekvensene er store, i tillegg kommer kostnadene ved behandling, sosiale, pedagogiske og strafferettslige tiltak.

Til tross for at det har vært prøvd en rekke tiltak og behandlingstilnærminger for å forebygge og redusere alvorlige atferdsvansker, har ikke resultatene vært særlig oppløftende (Norges forskningsråd, 1998). Mot slutten av 1980-årene og ut over i 1990-årene tiltok misnøyen med resultatet av de eksisterende tilbudene, og det ble utviklet

en egen handlingsplan for barn og unge med alvorlige atferdsproblemer (Barne- og familiedepartementet, 1997). På initiativ fra Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet arrangerte Norges Forskningsråd en ekspertkonferanse om temaet høsten 1997. I rapporten fra ekspertkonferansen ble det gitt følgende råd om hva en kunne gjøre parallelt med det eksisterende tilbudet: 1) øke kunnskapen om alvorlige atferdsproblemer hos fagfolk og legfolk, 2) systematisk prøve ut lovende metoder i forebyggende og kurativt arbeid og 3) overføre resultater fra forsøksdriften til det eksisterende arbeid med barn og ungdom med atferdsproblemer (Norges forskningsråd, 1998). Til grunn for rådene lå en forståelse av at atferdsvansker må forebygges på et tidligst mulig tidspunkt når muligheten til å stoppe eller redusere antisosial atferd er størst. Rapporten ga også en klar anbefaling om å satse på evidensbaserte modeller for forebygging og behandling. I tråd med dette anbefalte ekspertuttalelsen å prøve ut Parent Management Training – Oregon modellen (PMTO) for aldersgruppen 5–12 år, og to lignende programmer, Multisystemisk Terapi (MST) (Henggler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunnigham, 1998) for ungdom og Webster-Strattons program (Webster – Stratton & Herbert, 1994) for aldersgruppen 4–8 år.

I denne artikkelen skal vi skissere noen av de viktigste teoretiske formuleringene og forskningsfunnene fra perspektivet som danner bakgrunnen for utviklingen av PMTO. Vi vil legge vekt på å redegjøre for de delene av modellen som er særlig relevante for utformingen av behandlingsmodellen. For en bredere og mer detaljert presentasjon av teori og forskning vises det til Patterson (1982), Patterson, Reid og Dishon (1992) og Reid, Patterson og Snyder (2002) samt til oversiktsartikler av Ogden (1999) og Forgatch og Martinez (1999). Vi vil videre beskrive noen av de mest sentrale behandlingsprinsipper og teknikker i PMTO og avslutningsvis redegjøre for den pågående implementeringen av PMTO i Norge.

Behandlingsmodellen

PMTO er en behandlingsmetode for barn med atferdsvansker, og springer direkte ut av den mangeårige og omfattende forskningsinnsatsen til Gerald Patterson og hans kollegaer ved Oregon Social Learning Center (OSLC) i Eugene, Oregon, USA. De overordnede problemstillingene har hele tiden vært de samme, nemlig: «Hva forårsaker barns antisosiale atferd?» og «Hva kan gjøres for å hjelpe familier til å endre denne typen problematferd?» (Patterson et al., 1992; Patterson, Reid & Eddy, 2002).

Utviklingen av en teoretisk modell for å forstå barns aggresjon og antisosiale atferd, og utviklingen av intervensjoner i forhold til disse problemene, har gått parallelt. Gjennom et usedvanlig fruktbart vekselbruk har klinisk praksis, forskningsresultater og teoretiske formuleringer gjensidig påvirket og utviklet hverandre.

Patterson og medarbeidere konkluderte på 1960-tallet med at datidens behandling av atferdsvansker ikke var god nok. Selv om en klarte å få i stand positiv endring hos enkelte barn, viste oppfølgingsundersøkelser at endringene ofte var kortvarige og forbigående. Det var imidlertid uklart om problemet skyldtes mangler ved teoriene om

agresjon, eller om behandlingsteknikkene som bygget på disse teoriene, var utilstrekkelige (Patterson, 1982; Patterson et al., 1992; Patterson, 2002).

Patterson var sterkt inspirert av fremveksten av anvendt læringspsykologi innen utviklingspsykologi, personlighetspsykologi og klinisk psykologi. I tillegg fremhever Patterson tre forskningsområder som særlig har inspirert og influert hans posisjon: tilknytning, familie- og vennerelasjoner og betydningen av kontekst for interaksjon. Felles for disse tre områdene er at de alle anerkjenner foreldre–barn og barn–vennerelasjoner som nøkkeldeterminanter for å forstå og forklare barns sosialisering og tilpasning. OSLCs egen behandlingsforskning og løpende kliniske kontakt med familier med barn med atferdsvansker har også vært sentral for utviklingen av perspektivet.

«Fokus er mer på antisosiale hendelser enn på antisosiale personer»

Patterson var spesielt fascinert av muligheten til å kunne oversette kliniske begreper til et observerbart og testbart språk. Vektlegging av observasjon som metode ble dermed et naturlig valg og har siden vært et av særtrekkene ved forskningsmiljøet ved OSLC. En stor del av forskningen har vært finansiert av amerikanske helsemyndigheter, og resultatene har etter hvert blitt en del av den generelle kunnskapsbasen om barn med atferdsvansker. Studiene har vanligvis en multiinformant- og multimetode-design med repeterte målinger, og omfatter både kliniske forsøk og longitudinelle studier, men også eksperimentell testing gjennom randomiserte design. Forskningsmiljøet har publisert over 400 artikler, 200 bokkapitler og 11 bøker.

Social Interaction Learning Model

Den generelle modellen som ligger til grunn for PMTO, er beskrevet som «Social Interaction Learning Model» (SIL), (Forgatch, 2002; Forgatch & Martinez, 1999) Patterson et al. (1992) og Patterson et al. (2002) understreker imidlertid at de teoretiske formuleringene mer er en modell som er tenkt å være retningsgivende for fortsatt forskning enn en endelig og ferdig formulert teori.

Ifølge Forgatch (2002) representerer SIL sammensmeltningen av to beslektede, men ulike teoretiske strømninger, sosial læring og sosial interaksjon. Begge perspektiver understreker innflytelsen de sosiale omgivelsene har på individets generelle tilpasning. Det sosiale interaksjonsperspektivet beskriver samhandlingen mellom familiemedlemmer og venner på et mikrososialt nivå. Når det gjelder familier med barn med atferdsvansker, er en spesielt opptatt av foreldre–barn-interaksjon der det forekommer gjensidig og hyppig bruk av tvang og press, noe som har vist seg å fremme avvik og hemme sunn utvikling og tilpasning. Det sosiale læringsperspektivet handler om hvordan slike atferdsmønstre etableres og opprettholdes (forsterkningsbetingelser), noe som gjenspeiler seg i en makromodell om (positive) foreldreferdigheter. Grunnantakelsen er at positive foreldreferdigheter kan kontrollere

forsterkningsbetingelsene i en familie. SIL-modellen omhandler også ulike kontekstuelle variabler som kan influere på foreldreferdighetene, og som dermed indirekte kan påvirke barns tilpasning.

Patterson et al. (1992) anerkjenner fullt ut at årsakene til antisosial atferd er mangfoldige og sammensatte. Det antas at disse faktorene interagerer og påvirker den løpende atferden hos barnet. I tråd med dette understrekes det også at barnet ikke er et passivt offer for manglende foreldreferdigheter, men en aktiv person som bringer sine spesielle forutsetninger, behov og krav inn i samspillet med andre. Barn med atferdsvansker kan i utgangspunktet være krevende, og dette har fått Patterson et al. (1992) til å snakke om et mulig antisosialt trekk hos disse barna. Med dette menes en relativt stabil disposisjon til å anvende aversiv atferd i interaksjonen med andre, også etter at dette utviklingsmessig skulle være et tilbaketrukket stadium. Dette antisosiale trekket synes stabilt både over tid og situasjon.

Patterson (1982, 1992) har valgt å bruke begrepet antisosial for å beskrive barn med atferdsvansker. Hans fokus er imidlertid mer på antisosiale *hendelser* enn på antisosiale personer. Med antisosiale hendelser mener Patterson hendelser som både er aversive og betingede. Når det gjelder aversivitet, viser undersøkelser at det er stor enighet om hvilke hendelser profesjonelle, foreldre og barn oppfatter som aversive i en interaksjon. At hendelsen er betinget, betyr at det skal være en systematisk forbindelse eller sammenheng mellom atferden til et familiemedlem og atferden til et annet. Flere observasjonsstudier viser nettopp at aversive hendelser er betingede (Patterson, 1982). Som Ogden (1999) påpeker viser begrepet antisosial, når det anvendes på små barn, i hovedsak forløper til alvorlig antisosial atferd (sinne, fysisk utagering, opposisjon og protester).

Patterson (1982, 1992) skiller mellom læring og utføring, og beskriver SIL som et perspektiv som omhandler utøvelse av antisosial atferd. Han hevder at alle barn allerede når de er 3–4 år gamle, i det minste som observatører, har vært involvert i et rikt utvalg av vanlige former for antisosial atferd. I denne forstand har alle barn lært antisosial atferd. Fra SIL-perspektivet blir spørsmålet ikke hvorfor barn lærer antisosial atferd, men snarere hvorfor noen barn viser mer antisosial atferd enn andre, og hvorfor barn viser en bestemt antisosial atferd fremfor en annen.

Barn med atferdsforstyrrelser viser både åpne antisosiale handlinger som er betinget av atferden til andre (f.eks. trass, aggresjon), og skjulte antisosiale handlinger som brukes for å unngå ubehagelige opplevelser og maksimere umiddelbar selvtilfredsstillelse (f.eks. stjeling, skulking, lyging) (Patterson et al., 1992). Fluktbetinging eller negativ forsterkning er den primære determinanten for åpen antisosial atferd, mens positiv forsterkning og unngåelsesbetinging er den primære determinanten for skjult antisosial atferd.

Patterson og hans kollegaer har særlig interessert seg for de former for aversive hendelser som foregår innenfor familiesystemet, og i samspillet mellom barn og deres venner. For å beskrive dette samspillet anvendes begrepene «coercion» og «coercive

events» (Patteson 1982; Patterson et al., 1992; Reid et al., 2002). «Coercion/coercive» er forsøksvis blitt oversatt som press, tvang/tvingende atferd, og defineres som at en person i en dyade tar i bruk aversive stimuli betinget av atferden til den andre. Et eksempel er at mor eller far slår av tv'en, og barnet protesterer høylydt og begynner å skrike. Beskrivelsen av denne mekanismen på et mikrososialt nivå omtales i litteraturen fra OSLC som «the coercion model», «coercion theory» eller forsterkningsfellen.

Aversive hendelser er, ifølge Patterson (1982, 2002), i rikt monn til stede i alle familier. Disse aversive hendelsene kan virke uskyldige, men forskning viser at det er en økt forekomst av slike hendelser i familiene til barn med atferdsproblemer, og de predikerer senere alvorlig antisosial atferd (Forgatch, 2002; Patterson, 1982; Patterson et al., 1992). Personer med gode sosiale ferdigheter lærer seg å bruke prososiale teknikker for å nøytralisere eller avlede aversive hendelser, mens foreldre og barn i de kliniske utvalgene nesten utelukkende baserer seg på aversiv atferd for å håndtere disse.

Bruk av slik tvang og press i interaksjonen er en kompleks prosess som gradvis og uunngåelig former familiemedlemmene, slik at de i økende grad opptrer fiendtlig overfor hverandre. En typisk sekvens innledes gjerne med at person A opptrer aversivt (eller på en måte som oppfattes som aversiv) mot person B. Et eksempel er at mor eller far kjefter på gutten for at han skal gjøre lekser. Den aversive reaksjonen til person B der gutten protesterer høylydt og nekter, fører til at den opprinnelige aversive atferden til person A opphører og kravet frafalles. Fordi person Bs strategi virker, er sannsynligheten stor for at det samme vil skje igjen senere. Deltakerne i slike sekvenser oppfatter også raskt at det å trappe opp den aversive responsen virker enda bedre, og samhandlingen i familien får ofte karakter av en utveksling av lavintensiv aversiv atferd avbrutt av høyintensive eksplosjoner.

Effekten av aversive hendelser er imidlertid langt mer omfattende enn bare at barnet får viljen sin og at forbindelsen mellom ubehagelige krav og motreaksjoner blir styrket. Guttens reaksjon i dette eksemplet blir en negativ konsekvens til foreldrenes kjefting, og fungerer som en slags straff som får dem til å stoppe. Langtidsvirkningen kan være at foreldrene i mindre grad forsøker å gjøre noe med guttens lekse- og skoleproblemer. Foreldrene skifter kanskje fra kjefting til en mer alminnelig konversasjon («Er læreren like kjedelig fortsatt?»), noe som fullfører en tre trinns flukt-betinging. Gutten blir altså negativt forsterket for sin antisosiale atferd.

Det fjerde steget i sekvensen er kanskje det mest overraskende. Gutten slutter å argumentere og hans atferd blir nøytral eller positiv. Med en gang den opprinnelige aversive hendelsen (mors/fars kjefting) opphører, vil også guttens motreaksjon opphøre. Det er, ifølge Patterson, lite sannsynlig at disse raske skiftningene er influert av kognitive vurderinger slik en antar innenfor sosial kognitive teorier. I stedet hevder han at disse samhandlingene er godt innøvde, automatiserte aksjon-reaksjonssekvenser som gjennomføres uten at personene som er involvert er klar over

dette (Patterson et al., 1992). Over tid blir dette til predikerbare og negative samhandlingsmønstre som familien ikke er i stand til å bryte på egen hånd.

Forsterkningsbetingelsene forandrer både innholdet og strukturen i den pågående interaksjonen. Neste gang foreldrene tar opp lekser som tema, er det stor sannsynlighet for at gutten vil svare med å argumentere tilbake, og han kan også lære å trappe opp den aversive atferden ved å skrike, rope og kaste gjenstander. De samme betingelsene vil dessuten øke sannsynligheten for at barnet selv vil initiere negativ kontakt senere, selv om foreldrene er nøytrale eller positive.

Det er verdt å understreke at de negative samspillsmønstrene ikke bare gjelder mellom barn og foreldre. Forskning viser at søsken har en fremtredende rolle ved at de ofte både setter i gang og negativt forsterker antisosial atferd hos barn med atferdsforstyrrelser (Bank, Patterson & Reid, 1996).

Forskningen ved OSLC har vist at manglende eller uegnede foreldreferdigheter predikerer og samvarierer med negativ tilpasning hos barn, målt ved forekomst av antisosial atferd, skolefaglige problemer, avvikende vennekontakt og nedstemthet (Capaldi, 1992; Snyder, 2002). Foreldreferdigheter som har vist seg å være sentrale er tilsyn og oppfølging, grensesetting av antisosial atferd, evne til ros og oppmuntring av prososial atferd, problemløsning og positiv involvering i barna. Som nevnt erkjenner Patterson at makrososiale eller kontekstuelle forhold som f.eks. arbeidsløshet, samlivskonflikter, langvarig sykdom og uegnede egne omsorgsmodeller, påvirker foreldrenes ferdigheter. Disse forholdenes påvirkning på barnas fungering er imidlertid indirekte. Gode foreldreferdigheter kan beskytte barna mot ytre belastninger mens manglende eller uegnede foreldreferdigheter kan forsterke effekten av disse.

Ifølge Patterson et al. (1992) gjennomløper barn med antisosial atferd en aksjonsreaksjonskarriere som kan deles inn i fire stadier 1) grunnleggende (uintendert) trening i antisosial atferd, 2) reaksjoner fra de sosiale omgivelsene, 3) drifting mot avvikende venner og finpussing av antisosiale ferdigheter, og 4) karriere som antisosial voksen.

I det første stadiet får barna en uintendert grunnleggende trening i antisosial atferd i omgang med foreldre og søsken gjennom de mekanismer som er beskrevet ovenfor. Når barnet så anvender de antisosiale atferdsmønstrene utenom familien, reagerer de sosiale omgivelsene (kamerater, lærere) med straff og avvisning, noe som medfører stor risiko for at barna vil komme til kort faglig og sosialt. Det sannsynlige utfallet av dette er at barn med atferdsvansker søker til kamerater som er speilbilder av dem selv. Disse gruppene er ofte karakterisert av negative holdninger overfor skolen og voksne autoritetspersoner. For en del av disse barna resulterer dette i en karriere som antisosiale voksne. Patterson et al. (1992) understreker at ikke alle barn går gjennom alle stadiene etter tur. Dersom de befinner seg i ett av stadiene, er det imidlertid stor sannsynlighet for at de har vært igjennom stadiet forut for dette.

Behandlingens mål og hensikt

PMTO tar utgangspunkt i det en vet om fastlåste og skadelige samspillsmønstre i familier med barn med atferdsvansker, og forsøker å erstatte disse med samspillsmønstre som fremmer samarbeid og positiv utvikling. Målet er å endre barnas atferd gjennom de endringer i foreldreatferd og familierutiner som behandlingen skaper.

For å klare dette trenger foreldrene å trenes i noen enkle og tydelig definerte foreldreferdigheter. Dette kan synes enkelt, fordi prinsippene ikke er vanskelige å forstå. For de fleste foreldre som får et tilbud om PMTO innebærer det imidlertid at de må stoppe automatiserte reaksjonsmønstre og erstatte dem med nye, strategiske responser. Dette kan oppleves som kunstig og unaturlig, og for noen kan det også stride mot deres personlige verdier og holdninger. En del av arbeidet dreier seg om å skape grunnleggende endringer i måten foreldrene uttrykker og håndterer sine reaksjoner og følelser på. PMTO-terapeutens oppgave er derfor ikke bare å lære foreldrene nye ferdigheter, men også å lede og støtte dem gjennom en krevende og utfordrende personlig endringsprosess.

PMTO omfatter både kunnskap om sentrale foreldreferdigheter og om effektive strategier for å lære foreldre å ta kunnskapen om disse i praktisk bruk. PMTO-intervensjonen kan derfor både betraktes som en pedagogisk og terapeutisk oppgave. I Norge har vi valgt å snakke om PMTO som en behandlingsmetode og om «intervensjonistene» som terapeuter. Grunnen til dette er at de endringene foreldrene må gjøre, er så grunnleggende at de aller fleste vil trenge terapeutisk hjelp for å kunne lykkes med dette.

Behandlingsprogrammet inneholder elementer som de fleste foreldre vil kjenne igjen. Det må imidlertid presiseres at PMTO er et program rettet mot barn med atferdsvansker og ikke en generell sosialiseringsteori eller program for alminnelig barneoppdragelse.

Behandlingens rammer og struktur

I PMTO møter terapeuten foreldrene i gjennomsnitt en gang i uken. I familier med to foreldre (foresatte) legges det vekt på at begge skal delta. I hovedsak er det foreldrene som møter. Barna er imidlertid i høyeste grad involvert i terapien, i og med at de aktivt blir underrettet om alle tiltak som vedkommer dem. Å informere dem om dette er foreldrenes oppgave, men terapeuten kan være behjelpelig dersom dette blir for utfordrende. Barna møter da sammen med foreldrene, og får informasjon om og trening i nye rutiner direkte. Dette må skje på en måte som ikke undergraver foreldrenes autoritet eller forsterker deres følelse av maktesløshet.

Møtene foregår på et egnet samtalerom og varer vanligvis rundt en klokke time. Mellom hvert møte skal foreldrene arbeide med en definert hjemmeoppgave, og terapeuten kontakter foreldrene per telefon en gang midtveis mellom hvert møte. I denne telefonkontakten er hjemmeoppgaven det sentrale temaet. Hensikten er å øke sannsynligheten for at foreldrene gjennomfører hjemmeoppgaven ved å hjelpe dem videre hvis de står fast. Dersom foreldrene har problemer med å møte stabilt, kan terapeuten også ta kontakt per telefon for å sikre fremmøte.

PMTO-behandlingen starter med en strukturert kartleggingsrutine. Den første kontakten mellom terapeut og familie går som regel med til å gi foreldrene informasjon om PMTO, samt å kartlegge barnet og familiens vansker og ressurser. Foreldrene blir også bedt om å fylle ut et spørreskjema om barnets fungering (Child Behavior Check List, Foreldreutgave) (Achenbach, 1991a) og om å gi et tilsvarende skjema til barnets lærer (Teachers Report Form) (Achenbach, 1991b). I tillegg blir de ringt opp tre påfølgende dager og spurt om barnets oppførsel i det forutgående døgnet. Det blir også tatt video-opptak av foreldrene og barnet i en strukturert samspillssituasjon som varer i ca. en halv time. For de eldste barna (over 8 år) består samspillssituasjonen av 1) en oppgave der familien skal planlegge en hyggelig aktivitet som de skal gjennomføre neste uke, samt 2) en oppgave der et konflikttema foreldrene er opptatt av blir drøftet, og 3) en oppgave der et konflikttema som barnet er opptatt av blir drøftet. For de yngste barna (under 8 år) består samspillssituasjonen av 1) at foreldre og barn leker sammen, 2) familien rydder sammen lekene de har brukt og 3) barnet skal vente i ro mens de voksne fyller ut et rutineskjema. Alle familier blir avslutningsvis bedt om å evaluere hvor godt de løste oppgavene.

«Behandlingsprogrammet inneholder elementer som de fleste foreldre vil kjenne igjen»

I den første behandlingstimen skal terapeuten og foreldrene etablere en samarbeidsrelasjon, og starte arbeidet med å utvikle et felles mål for behandlingen. Terapeuten tar utgangspunkt i foreldrenes forståelse av problemet, men vever alt på dette tidspunktet deres forståelse sammen med forståelsen av problemene ut fra et PMTO-perspektiv. Timen avsluttes ved at foreldrene får en hjemmeoppgave til neste time, og de får med seg en perm med skriftlig materiale knyttet til hjemmeoppgaven. Denne permen bygges ut med nytt materiale for hvert tema. Materialet består av *huskelapper* i forhold til definisjoner av og kjennetegn ved begreper og fenomener, samt beskrivelser av prosedyrer, *idé-ark* i forhold til tiltak, skriftlige og visuelle *illustrasjoner* av terapeutiske poenger og ulike *observasjons- og registreringsskjemaer*.

Alle senere møter følger en fast struktur. Timen starter med at terapeuten gjennomgår hvilke erfaringer foreldrene har gjort med hjemmeoppgaven. Gjennomgåelsen er konkret og utforskende. Alt som foreldrene har lykkes med bekreftes og fremheves, og vansker møtes med en aksepterende, utforskende og problemløsende holdning. Dersom foreldrene ikke har gjennomført hjemmeoppgaven eller har strevet med å få den til, brukes en stor del av timen til å legge forholdene til rette for at den samme hjemmeoppgaven kan utføres til neste møte. Dersom hjemmeoppgaven er utført på en tilfredsstillende måte, introduseres det aktuelle temaet. Temaene formidles og øves inn på en måte som fremmer forståelse, motivasjon og spesifikke ferdigheter i foreldrenes samspill med barnet. Timen avsluttes med at foreldrene får en ny hjemmeoppgave, og kopi av det skriftlige materialet som er utarbeidet i forhold til det aktuelle tema.

PMTO-behandlingen fortsetter ved at alle temaene gjennomgås og innøves på en måte som gjør foreldrene i stand til å bruke den nye kunnskapen i praksis. Hvor lang tid dette tar – og hvor godt en lykkes med dette – varierer fra familie til familie. Det er sjelden at en behandling avsluttes med mindre enn 10 møter eller mer enn 50. Gjennomsnittet ligger et sted mellom 20 og 30 møter. Dette betyr at en PMTO-behandling kan vare fra ca. tre måneder og opptil ett og et halvt år, men at det mest vanlige er en varighet på ni måneder.

Behandlingens tema og innhold

Temaene i PMTO springer direkte ut fra den svikt i grunnleggende og supplerende foreldreferdigheter som forskningen har vist predikerer eller samvarierer med senere negativ tilpasning og fungering hos barn med atferdsvansker.

PMTO-terapeutens første skritt i forhold til foreldrene er å skape en felles forståelse for betydningen av samarbeid, og motivere dem til å lære barnet å samarbeide. Foreldrene lærer at de kan øke sannsynligheten for at barna gjør som de blir bedt om gjennom å: a) gi tydelige beskjeder på en vennlig måte, b) oppmuntre og forsterke barnet når det samarbeider, c) sette grenser for samarbeidsnekt og ulydighet, og følge disse opp med avtalte, milde sanksjoner dersom barnet ikke samarbeider. Temasekvensen er ikke tilfeldig, men er konstruert for å lære foreldre å fremme prososial atferd før temaet grensesetting introduseres.

Foreldrene lærer å registrere i hvilken grad barnet samarbeider i forhold til beskjeder, og om barnets reaksjon har sammenheng med måten de selv gir beskjeder på. Slik bevisstgjøres foreldrene om betydningen av å tilrettelegge for samarbeid med barnet. Gjennom utforskende og ledende spørsmål, kortfattede utsagn som formidler sentral kunnskap om temaet samt illustrerende rollespill, involverer PMTO-terapeuten foreldrene i en endringsprosess. Målet er å motivere dem for å stille sterkere kvalitetskrav til sin egen måte å gi beskjeder eller komme med forespørsler på. Dernest tydeliggjør terapeuten, i samarbeid med foreldrene, hva det er som kjennetegner en hensiktsmessig måte å gi barn beskjeder på. Samtidig øver en, gjennom små, velregisserte rollespill, inn måter å gi beskjeder på som tilfredsstillende kvalitetskriteriene. Etterpå får foreldrene i hjemmeoppgave å praktisere «gode og effektive beskjeder».

Gjennom en tilsvarende tilnærming lærer foreldrene om hvor viktig det er å reagere med ros, oppmuntring og håndfaste forsterkere når barnet gjør som det blir bedt om, eller skal utvikle nye ferdigheter. Dessuten lærer de hvordan mange lydighetskonflikter kan unngås og gode rutiner kan innarbeides gjennom systematisk bruk av belønningsskjemaer. Disse er laget for å tydeliggjøre for barnet hva de voksne ønsker, og for å lære barnet at de voksne virkelig setter pris på deres samarbeid. De skal hjelpe foreldre til å stille tydelige og realistiske krav, til å legge merke til om barnet innfrir kravet eller ikke, og til å bli forutsigbare og gjennomførte i sin oppmuntring av samarbeid.

Når «gode og effektive beskjeder» og «konsekvent oppmuntring av samarbeid og utvikling av nye ferdigheter» er innøvet og praktisert i forhold til barnet hjemme, vil

foreldrene nesten alltid erfare at barnet oftere gjør som de sier, at de selv kjefter og maser mindre og at samhandlingen mellom familiemedlemmene er fredeligere og vennligere. Da er grunnlaget lagt for å starte arbeidet med å stoppe ulydighet og annen destruktiv oppførsel, f.eks. skriking, argumentering, trusler, banning, erting, slåing og stjeling.

Foreldrene lærer hvordan de kan møte ulydighet med konsistente sanksjoner. Hovedprinsippet er at uønsket oppførsel alltid skal møtes med en mild, fast og forutsigbar negativ konsekvens. Konsekvensen skal gis på en emosjonelt nøytral måte, og ikke følges opp av anklager, spørsmål eller begrunnelser. Tre sanksjonsformer læres bort og innøves: «pausetid», «ekstraoppgaver» og «tap av goder». Pausetid brukes som en mild reaksjon på ulydighet og mangel på samarbeid, mens ekstraoppgaver gis som en reaksjon på mer alvorlig negativ oppførsel, f.eks. fysisk utagering og avtalebrudd. Pausetid utgjør et brudd i en situasjon der faren for eskalering er stor, og medfører at barnet oppholder seg på et på forhånd avtalt sted i fem til ti minutter. Ekstraoppgaver medfører at barnet skal utføre en enkel arbeidsoppgave som ikke inngår i de daglige plikter. Begge disse konsekvensene er avtalt på forhånd og er frivillige i den forstand at barnet kan velge å gjøre opp for seg på denne måten. Dersom det ikke velger å samarbeide om konsekvensene, følges imidlertid dette opp med et tidsavgrenset tap av privilegier. Barnet er også orientert om denne prosedyren på forhånd. Terapeuten legger vekt på å formidle betydningen av at grensesettingen skal skje før situasjonen er blitt sterkt emosjonelt ladet, og at noe av hensikten er å unngå konflikteskalering. Målet er at barnet raskt skal få gjort opp for seg, og grensesettingen skal ikke i seg selv forsterke eller hale ut konflikter.

Når barnet blir møtt med denne tydelige og uvante formen for grensesetting, reagerer det innledningsvis ofte med å øke intensiteten i oppførselen som foreldrene forsøker å stoppe. Foreldrene blir forberedt på dette, og trent i å følge prinsippene selv om barnets oppførsel kan bli ekstremt provoserende. Her vil de fleste foreldre trenge hjelp til å finne effektive strategier for å kontrollere sine egne negative følelsesmessige reaksjoner, slik at de blir i stand til å gjennomføre de negative konsekvensene på en nøytral måte. Foreldrene blir også stadig minnet på betydningen av å fortsette å gi «gode beskjeder» og «oppmuntre til samarbeid og utviklingen av nye ferdigheter». Det understrekes at utviklingen av det positive samspillet mellom foreldre og barn skal dominere.

Gjennom denne første delen av terapien anvender terapeuten en utforskende form for trinnvis problemløsningsprosess for å engasjere foreldrene i et konstruktivt samarbeid. Når trinnene i grensesettingen av barnet er blitt innøvd og praktisert, lærer terapeuten foreldrene å bruke den samme problemløsningsmetoden for å utvide barnets (og sine egne) samarbeidsferdigheter. I denne fasen vil terapeuten styrke foreldrenes kommunikasjonsferdigheter, og oppmuntre og hjelpe dem til størst mulig grad av positiv involvering i barnas liv.

I siste del av behandlingen rettes oppmerksomheten mot hva barnet gjør og hvordan det opptrer i og utenfor hjemmet. Foreldrene blir gjort kjent med betydningen av

adekvat tilsyn for å forebygge en antisosial utvikling. I en stor del av sakene vil terapeuten inngå et aktivt samarbeid med foreldre og skole om konkrete, parallelle tiltak på skolen og i forhold til skolearbeidet.

Arbeidsform og utforming av terapeutrollen

PMTO-behandlingen er prinsippstyrt i den forstand at det foreligger et definert oppgavesett som terapeuten skal lære. Dette oppgavesettet eksisterer på to nivåer: På det første nivået må terapeuten ha kunnskap om foreldreferdighetene som skal formidles, og kunne tilpasse dem til hver enkelt families særskilte behov. Det andre nivået omhandler terapeutiske ferdigheter som anvendes for å lære bort prinsippene på en mest mulig effektiv måte. Disse strategiene er utviklet for å motivere for endring, innøve nye handlingsmønstre og for å overvinne de samarbeidsutfordringer som finnes i hver enkelt familie.

Behandlingsmetoden består av mange enkeltelementer som terapeuten skal anvende på en integrert og fleksibel måte. De grunnleggende elementene er allerede beskrevet i det foregående: Terapeuten må kunne holde strukturen i behandlingen og formidle prinsippene på en korrekt og systematisk, men likevel fleksibel og individuelt tilpasset måte. Terapeuten bruker bekreftelse og oppmuntring for å skape en god arbeidsallianse, for å skape håp og for å forsterke foreldrenes ressurser. Det anvendes også utforskende og ledende spørsmål samt problemløsning ved hjelp av for eksempel tavle og flippover for å involvere foreldrene i et løsningsorientert samarbeid.

En vesentlig del av PMTO-metoden er bruk av rollespill. Rollespillene benyttes for eksempel til å illustrere sentrale teoretiske poenger, for å kartlegge foreldrenes aktuelle ferdigheter, for å skape innlevelse og empati, som direkte ferdighetstrening og som ledd i en problemløsnings- og refleksjonsprosess. Rollespillene er korte, styrte og planlagte. De anvendes ofte repeterende og progressivt, slik at senere rollespill bygger på tidligere. Rollespillene ledes av terapeuten, og hvert rollespill avsluttes med en refleksjonsrunde hvor terapeuten gjennom foreldrenes reaksjoner og refleksjoner framhever poenger som brukes i den videre utforskningen og treningen. Rollespillene foregår i en humoristisk og leken, men samtidig respektfull atmosfære, og er ressursorientert.

I tillegg til de særpregete PMTO-prinsippene, oppmuntres terapeutene til å bruke alminnelig anerkjente og effektive kliniske ferdigheter som de har utviklet gjennom tidligere terapeutisk arbeid og erfaring. Grunnleggende terapeutferdigheter, som evne til å skape kontakt og tillit, til å formidle forståelse, respekt og optimisme, er like viktige i PMTO som i annen behandling (se Apeland, 2005, i dette nummeret av Tidsskriftet).

«Dialog, rollespill og bruk av tavle og flippover skaper mye bevegelse og aktivitet i rommet»

Terapeutrollen i PMTO skiller seg fra terapeutrollen i en del andre terapeutiske retninger. De ulike formidlingsteknikkene og deres utforminger som dialog, rollespill,

bruk av tavle og flipp-over skaper mye bevegelse og aktivitet i rommet, mens kravene til struktur og ledelse sikrer et felles fokus. Flere terapeuter med lang erfaring har beskrevet rollen som frigjørende i den forstand at atferdsrepertoaret i timene blir videre, mer mangfoldig og variert. Variasjonen i arbeidsform og bruk av humor motvirker også følelsen av kjedsomhet og motløshet. Det konkrete nivået en opererer på gjør at prosessen oppleves som målrettet og meningsfull i forhold til opplevde problemer hjemme. Til å begynne med er terapeuten primært støttende, men etter hvert som relasjonen styrkes kan en bli mer korrigerende og undervisende. Dette fordrer en viss varsomhet, da det er dokumentert at kombinasjonen av korrigerende og undervisning lettere fører til motstand hos foreldrene (Patterson & Chamberlain, 1994). I tillegg vil det være avgjørende at terapeuten lykkes i å fremme aktiv deltakelse fra foreldrenes side.

Metodeintegritet, kollegastøtte og veiledning

PMTO krever omfattende kunnskaper, en integrert forståelse og gode terapeutferdigheter. Oppgaven som skal løses er mer presist formulert enn i de fleste andre terapiformer, og den kan derfor i utgangspunktet gi terapeuten en opplevelse av å ha mindre tematisk frihet og færre utfoldelsesmuligheter. Dette samsvarer imidlertid ikke med erfaringene som er gjort til nå. De foreløpige tilbakemeldingene fra norske terapeuter er at PMTO ikke hindrer at ulike temaer blir tatt opp, men i stedet hjelper til å strukturere hvordan de tas opp.

Spørsmålet om metodeintegritet er sentralt innen PMTO, noe som gjenspeiles i opplæringsprogrammet (se avsnittet om implementering i Norge). Systematisk veiledning er videre en integrert del av behandlingsmetoden. Veiledningen skjer på bakgrunn av video-opptak, og hensikten er å utvikle og finslipe terapeutens forståelse og ferdigheter, slik at metoden kan utøves på en personlig integrert og ledig måte, samtidig som presisjonsnivået øker. Veiledning er også et viktig virkemiddel for å gi terapeuten bekreftelse, felleskap og inspirasjon i forhold til den krevende arbeidsoppgaven der er å arbeide med barn/familier med atferdsvansker. Det er utviklet et instrument for å skåre terapeutens terapeutferdigheter og trofasthet mot metoden (Knudson, Forgatch & Rains, 2003), og avdrift og trofasthet mot metoden er en sentral del av de pågående forskningsprosjektene (Forgatch, 2002).

Intervensjonsstudier

PMTO har vært evaluert gjennom et stort antall randomiserte kontrollerte effektstudier av kliniske populasjoner. Disse har variert både i alder (2–17 år) og i forhold til alvorlighetsgraden av opposisjonell, antisosial og aggressiv atferd (Kazdin, 1997b; Patterson, Dishon & Chamberlain, 1993; Patterson et al., 2002). PMTO har også vært sammenlignet med ventelistekontroller og andre terapiformer (bl.a. individualterapi og familierapi); for en oppsummering, se Forgatch (2002) og Patterson et al. (1993). Kazdin (1997a, 1997b, 2002) har karakterisert PMTO som en av de best dokumenterte behandlingsmetodene av barn og ungdom.

PMTO-tilnærmingen er også prøvd ut overfor foreldregrupper og i forbindelse med behandlingsfosterhjem (Forgatch & Martinez, 1999). Risikogrupper som har vært studert har vært enslige mødre og stefamilier, familier fra nabolag med høy ungdomskriminalitet og familier med barn i tidlig ungdomsalder med gryende atferdsproblemer. Intervensjonene har blitt prøvd ut i skolen, ved helsesentre, hjemme og ved OSLC. Enkelte av disse studiene har også inkludert ferdighetstrening for barna i klasserommet, og strategier for å forhindre aggressiv atferd på skole- og lekeplassen. Totalt viser de kliniske og forebyggende studiene en god effekt.

PMTO har ført til markert bedring i barns atferd slik denne er registrert gjennom rapporter fra foreldre og lærere, gjennom direkte observasjon av atferd hjemme og på skolen og i registrene til ulike instanser (for eksempel antall episoder med skoleskulk, kontakt med politi, antall arrestasjoner og institusjonsplasseringer) (Kazdin, 1997a, 1997b). Atferdsendringene har vist både reduksjon i antisosial atferd og økt forekomst av prososial atferd (Forgatch & Martinez, 1999). Graden av atferdsendring har blitt vurdert å nå ikke-klinisk nivå på skolen og hjemme, basert på normative data fra (ikke-henviste) kamerater. Effekten av intervensjonen har vist seg å vare over tid, og det har også blitt registrert positiv endring av atferd hos barna som ikke var direkte i fokus for behandlingen, bedret atferd hos søsken og redusert depressive symptomer hos mødre.

På tross av dette mislykkes programmet med 25–30 % av tilfellene. Terapiprosessen med disse familiene studeres nå nærmere i et forsøk på å forstå hvorfor en lykkes med noen saker og ikke med andre (Forgatch, 2002).

Implementeringen av PMTO i Norge

Målet for implementeringen av PMTO i Norge er å gjøre denne kompetansen tilgjengelig for befolkningen gjennom å skolere hjelpeapparatet og personer som arbeider på sentrale arenaer der barn ferdes. Kompetansen eller deler av denne skal innehas i psykisk helsevern for barn og unge, det statlige barne- og familievernet, men også kommunale instanser innenfor helse- og sosialsektoren, PPT, skoler og barnehager (Barne- og familiedepartementet, 2001). Implementeringen rettes mot tre nivåer: 1) alle barn, 2) barn som tilhører risikogrupper og 3) barn som allerede har utviklet atferdsvansker. Dette forutsetter en omfattende deltakelse fra og samarbeid mellom stat, fylkeskommune og kommunene.

Struktur

PMTO-implementeringen er basert på følgende ledd: et nasjonalt utviklings- og forskningssenter for atferdsproblemer, regionale koordinatorene, lokale PMTO-terapeuter og veiledere samt terapeuter under opplæring.

Barne- og familiedepartementets handlingsplan (1997) anbefalte som nevnt at det ble opprettet en nasjonal forskningsenhet i forhold til barn og unge med alvorlige atferdsproblemer. Enheten ble lagt til Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, og startet sin virksomhet i januar 1998. I løpet av 1999 ble forskningsenheten utvidet med to implementeringsprosjekter (PMTO og MST). Betegnelsen Atferdsprosjektet ble

innført for å dekke alle tre enhetene, med to nasjonale prosjektlederstillinger og en administrativ lederstilling.

I løpet av 2001/02 ble implementeringsprosjektet for PMTO forsterket med fire konsulentstillinger tilknyttet Atferdsprosjektet sentralt, samt seks regionskoordinatorstillinger fordelt på fem helseregioner. Sistnevnte var til å begynne med administrativt knyttet til regionssettene i psykisk helsevern for barn og unge eller barnevernets utviklingscentre, men utførte sine daglige oppgaver gjennom virksomhetsplaner utformet av Atferdsprosjektet. Fra og med årsskiftet 2003/2004 har stillingene vært direkte knyttet til Atferdssenteret. Deres oppgave er å være daglig faglig og administrativ ansvarlig for opplæringsprogrammet i hver region. I hver region finnes det også et visst antall PMTO-spesialister som gjennomfører den direkte veiledningen og oppfølgingen av kandidatene.

Fra 1. juli 2003 er Atferdsprosjektet blitt en del av et nyopprettet randsonesenter ved Universitetet i Oslo (Unirand as) med følgende navn: Atferdssenteret: senter for studier av problematferd og innovativ praksis as. Senterets målsetting er å styrke kunnskap og kompetanse i arbeidet med atferdsproblemer blant barn og unge. Senteret skal drive forskning, utviklingsarbeid, opplæring og veiledning, og har et særlig ansvar for å arbeide med implementering og forskningsbasert evaluering av behandling av atferdsproblemer blant barn og unge.

Ved Atferdssenteret pågår det i dag to større forskningsprosjekter vedrørende PMTO. Det ene prosjektet er en norsk randomisert studie av behandlingseffekt av PMTO målt mot annen behandling («treatment as usual») (Ogden, 2001). Den andre studien er en amerikansk-norsk undersøkelse finansiert av National Institute of Drug Abuse om hvordan metodeintegritet opprettholdes over tid og generasjoner av terapeuter, og i hvilken grad avdrift er knyttet til terapeutkarakteristika, karakteristika ved familiene terapeutene møter, eller karakteristika ved arbeidssted (Forgatch, 2002).

Implementeringsfaser

I mars 1999 fikk landets fylkeskommuner ved fylkeshelsesjefene invitasjon til å delta i et opplæringsprogram i PMTO. Invitasjonen var et resultat av et nært samarbeid mellom Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet. Til sammen deltok 16 av landets fylker. Programmet varte fra 1999 til 2001 og utdannet 30 norske PMTO-spesialister (omtalt som generasjon 1, G1). Hovedansvarlig for programmet og sertifiseringen av spesialistene var OSLC i samarbeid med Atferdsprosjektet. Ca. en tredjedel av terapeutene fra første opplæringskull var ansatt i den daværende fylkeskommunale barneverntjenesten, mens de øvrige kom fra virksomheter innenfor psykisk helsevern for barn og unge. Majoriteten av spesialistene har senere vært engasjert som veiledere og/eller undervisere i forhold til neste opplæringskull (omtalt som G2). En spørreundersøkelse blant det første kullet (Apelseth & Amlie, 2001) viste at deltakerne var svært fornøyd med opplæringen og oppfølgingen de hadde fått av OSLC og Atferdssenteret.

I neste fase overtok Atferdsprosjektet det totale ansvaret for opplæringen og sertifiseringen av nye kandidater. Høsten 2001 gikk det ut en ny invitasjon til fylkeskommunene om å finne kandidater til et nytt opplæringsprogram i PMTO med oppstart i januar 2002. G2 har bestått av 85 kandidater som ble rekruttert fra psykisk helsevern for barn og unge og det daværende barne- og familievernnet. Samtlige av landets fylker er representert. En av grunnene til at neste opplæringskull også ble hentet fra spesialisttjenestene for barn og unge, var behovet for å sikre et visst antall potensielle veiledere og undervisere i forhold til den videre implementeringen.

Det norske opplæringsprogrammet i PMTO er utviklet med utgangspunkt i de erfaringer som ble gjort av det første kullet (G1). Programmet har bestått av tre komponenter: arbeidsseminarer, klientbehandling og supervisjon. Gjennom seks arbeidsseminarer har kandidatene fått en teoretisk innføring i modellen og det forskningsmessige grunnlaget for denne, kombinert med hyppig trening i å anvende terapeutiske endringsstrategier og sentrale behandlingsprinsipper. Treningen har også foregått i supervisjonsgruppene. Disse har møtt en dag hver 14. dag med mulighet for individuell veiledning mellom gruppemøtene. I løpet av opplæringsprogrammet skal kandidatene ha behandlet minimum fem familier, og de har blitt sertifisert på grunnlag av video-opptak. Sammenlignet med det amerikanske opplæringsprogrammet har det norske hatt en strammere struktur, og det har vært mulig å legge opp til ukentlig supervisjon. Sertifiseringen av de nye kandidatene ble gjennomført sommeren/høsten 2003.

I regi av Atferdsprosjektet startet en i august 2002 utprøvingen av to omfattende prosjekter, det ene rettet mot skolen, det andre mot fosterhjem og plassering av barn på institusjon. Erfaringene fra disse prosjektene vil danne noe av grunnlaget for hvordan implementeringen av PMTO-relaterte prinsipper kan foregå i kommunale instanser/institusjoner i en samordning med spesialisttjenestene. I 2004 inngikk en også et samarbeid med én utvalgt kommune der PMTO implementeres på flere tjenestenivåer og områder. Implementeringen innebærer både utdanning av kommunalt plasserte PMTO-terapeuter, og skolering av personer som skal inneha ulike former for delkompetanse. Parallelt med dette er det derfor inngått samarbeid med noen utvalgte kommuner i hver region som har rekruttert kandidater til et nytt opplæringsprogram for terapeuter. I disse kommunene vil kandidater fra områdene helse, opplæring og barnevern få opplæring som PMTO-terapeuter, og på sikt vil programmer av forebyggende og problemreducerende karakter bli introdusert på ulike arenaer i kommunen. Gjennomføringen vil medføre opplæring av ansatte som vil få delkompetanse innen PMTO som er relevant for deres aktuelle arbeidsområde. En slik implementering vil kreve et omfattende informasjonsarbeid i forhold til ulike deler av og nivåer i kommunene. Hele implementeringsprosessen vil bli fulgt og evaluert av forskningsenheten ved Atferdssenteret.

Diskusjon

PMTO-behandlingen har vist seg mer effektiv overfor yngre barn enn eldre, og en har derfor satt en øvre aldersgrense på ca. 12 år. PMTO har imidlertid også vært prøvd ut overfor «kronisk kriminelle» ungdommer (Bank, Marlowe, Reid, Patterson & Weinrott, 1991). Oppfølgingen det følgende året viste en klar nedgang i arrestasjoner i eksperimentgruppen, og de var også sjeldnere institusjonsplassert ved treårs oppfølging. På bakgrunn av denne studien konkluderte staben ved OSLC med at selv om resultatene var statistisk signifikante og økonomisk lønnsomme, var ikke dette en hensiktsmessig og effektiv intervensjon i forhold til denne gruppen. Som et alternativ ble Treatment Foster Care (TFC) utviklet, en modell der ungdommer plasseres i fosterhjem og der barn, foreldre og fosterforeldrene får systematisk opptrening og supervisjon i tråd med PMTO-prinsipper (Chamberlain & Reid, 1994, 1998). Studier som sammenlignet ungdommer som mottok TFC med ungdommer som deltok i samtalegrupper viste en statistisk signifikant reduksjon for TFC-gruppen når det gjaldt antallet lovovertrедelser og tid i institusjoner.

På tross av at effekten av PMTO generelt er godt dokumentert, gjenstår det, ifølge Kazdin (1997b), å se 1) om PMTO alltid gir en klinisk signifikant endring (dvs. om forandringen gjør seg gjeldende i daglig fungering), 2) hvor vidtfavnende endringene er og 3) hvor varige de er.

PMTO har demonstrert klinisk signifikante endringer i flere studier, men det er fortsatt behov for flere undersøkelser. Når det gjelder spørsmålet om hvor god effekt PMTO har i forhold til for eksempel ulike tilleggsproblemer, påpeker Kazdin (1997b) at det mangler tilstrekkelige data på effekten på sosiale relasjoner, sosial kompetanse, deltakelse i aktiviteter og akademisk fungering. Det understrekes også at PMTO ikke oppleves som tilstrekkelig behandling for f.eks. ADHD, og at en slik komorbid tilstand vil kreve kompetanse og ferdigheter ut over det som ligger i PMTO. På samme måte kan en tenke seg at barn med depressive symptomer i tillegg til atferdsproblemene vil kreve tiltak rettet spesifikt mot disse. Det er imidlertid ikke noe som tyder på at PMTO står i noe motsetningsforhold til slik mer spesifikk kompetanse.

Med de krav til aktiv stabil deltakelse, mestring av kjernebegreper og ferdigheter som PMTO stiller foreldre overfor, kunne en frykte at dette ville føre til økt frafall. Når det gjelder terapi med barn og unge generelt, avslutter 40–60 % av familiene behandlingen prematurt (Kazdin, 1997b). Som nevnt karakteriserer OSLC ca. 25–30 % av sine behandlinger som mislykkede (Forgatch, 2002). Selv om disse tallene ikke er direkte sammenlignbare, indikerer dette at PMTO ikke har et større frafall enn annen behandling. OSLCs egne undersøkelser tyder på at foreldrene som avbrøt behandlingen oftere var triste og deprimerte, oftere hadde mislykkes med grensesetting, oftere var preget av antisosialitet og oftere hadde en livssituasjon preget av stress, fattigdom og lav utdanning (Patterson & Chamberlain, 1994). Det var imidlertid også en klar sammenheng mellom terapeutatferd og graden av «motstand» hos familiene. Terapeuter som i sin formidling var kjennetegnet av en konfronterende og undervisende stil, utløste mer motstand og for tidlig avslutning av behandlingen.

«Terapeuter kjennetegnet av en konfronterende og undervisende stil, utløste mer motstand og for tidlig avslutning av behandlingen»

Erfaringene fra implementeringen av PMTO i Norge dreier seg så langt om fire forhold: opplæring av nye terapeuter, behandlingstilbudet til norske familier, forskning knyttet til behandlingseffekt og metodeintegritet, og selve overføringen av en forskningsbasert metode utviklet ved en forskningsinstitusjon til en klinisk virkelighet i et annet land med en annen kultur.

Erfaringer og tilbakemeldinger så langt, tyder på at denne norske opplæringsmodellen har vært vellykket. Den største utfordringen for kandidatene har vært å tilegne seg de konkrete tekniske ferdighetene, samtidig som disse skal omslutes av alminnelige kliniske prosessferdigheter. En større formell evaluering av opplæringsprogrammet er alt satt i gang og resultatene fra denne ventes i løpet av våren 2005.

Etter at terapeutene er sertifisert, inngår de i grupper som mottar vedlikeholdsveiledning åtte ganger i året. Ordningen skal både sikre nødvendig kollegastøtte og supervisjon, men også bidra til bedret metodeintegritet.

Metodeintegriteten ivaretas også gjennom regelmessig kontakt med OSLC og ved at supervisjon er bygget inn i alle deler av implementeringsorganisasjonen. Hvorvidt en lykkes med dette, vil en få svar på gjennom studien om behandleravdrift (Forgatch, 2002). Denne studien undersøker PMTO-terapeutenes trofasthet til metoden, og til nå har dette gjort datainnsamlingen vesentlig lettere enn hva tilfellet er med studien om behandlingseffekt (se nedenfor).

Utdanningen som PMTO-terapeut har vært og vil være tilgjengelig for flere faggrupper. Denne tverrfagligheten har, etter vår oppfatning, snarere vært en styrke enn et problem, og selv om enkelte kandidater tidligere har hatt liten eller minimal terapeutisk trening eller erfaring, ser ikke dette ut til å være den eneste variabelen som har betydning. For enkelte med omfattende terapeutisk trening og erfaring har problemstillingen noen ganger vært å avlære tidligere automatiserte tilnærminger og strategier.

Uformelle spontane kommentarer fra norske familier tyder på at møtet med PMTO har vært positivt for de fleste. Ofte fremheves det at metoden er relevant, konkret, målrettet og ferdighetsutviklende. Blant terapeutene har det vært en del spenning knyttet til familienes opplevelse av både terapeutrolle og arbeidsform, men også dette har i stor grad blitt positivt mottatt. Uformelle tilbakemeldinger fra samarbeidspartnere har også vært overveiende positive. Det er imidlertid behov for en mer systematisk undersøkelse av familienes og samarbeidspartenes opplevelse av PMTO.

Foreløpig finnes det ikke norske tall på hvor mange som avslutter behandlingen prematurt. En er i ferd med å utvikle et registreringssystem til dette formålet, og tallene

vil være tilgjengelig i løpet av inneværende år.

Studien om behandlingseffekt vil gi svar på om PMTO er et effektivt og godt behandlingstilbud til barn med atferdsvansker og deres familier i Norge. Problemet med gjennomføringen av studien har først og fremst vært knyttet til rekrutteringen av kontrollterapeuter. Dette kan ha mange årsaker, men generelt tar vi dette som et uttrykk for at det er lite erfaring med og lav bevissthet om nødvendigheten av forskning i klinikk. I noen tilfeller kan nok også problemene ha vært forårsaket av det Kazdin (1997b) kaller for et «conceptual clash», dvs. at aktuelle kontrollterapeuter og instanser har en faglig orientering som er svært ulik tenkningen i PMTO. Når det gjelder forventningene til resultatene av undersøkelsen, kan en hypotese være at forskjellene blir mindre dramatiske i Norge enn i tilsvarende studier i USA, i og med at en generell økologisk forståelse og arbeidsmåte er mer utbredt i Norge.

Overføringen av PMTO fra OSLC til den kliniske hverdagen i Norge, har krevd et betydelig arbeid. OSLC har raust bidratt med sin spisskompetanse når det gjelder forskning, teori og behandlingsmetodikk, og i diskusjon med det norske miljøet har metoden (foreløpig) fått sin norske terminologi og utforming. Diskusjonene har foregått på et svært detaljert nivå, og det overordnede spørsmålet har vært hvorvidt de justeringer og tilpasninger som gjøres, ville styrke eller redusere metodeintegriteten og dermed også behandlingseffekten..

Innføringen av PMTO i Norge har medført store logistiske utfordringer. Med metodens vekt på observasjon som en integrert del av all evaluering, har video-opptak av behandlingen stått sentralt i vurderingen av kandidatenes ferdigheter, både under opplæringen og i forbindelse med sertifisering. For det første kulletts vedkommende ble alle video-opptak sendt til OSLC for vurdering, og disse har senere dannet grunnlaget for utviklingen av et eget instrument for skåring av terapeutferdigheter og metodeintegritet (Knutson, Forgatch & Rains, 2003).

Avslutning

En vellykket implementering er avhengig av at de som er involvert har en felles oppfatning av hva som er kjernen i problemområdet programmet er rettet mot, forstår hensikten og betydningen av programmets innhold, intensitet, fleksibilitet og hvilken sammenheng programmet inngår i (Shorr, 1992). De ansvarlige må nyte tillit og bli oppfattet som troverdige av dem som skal stå for den praktiske implementeringen av programmet, og programmet må være tilpasset brukernes behov og under utvikling. Til sist understrekes nødvendigheten av positive relasjoner på alle nivå i det faglige og administrative nettverket, slik at alle drar i samme retning og støtter opp under implementeringsprosessen.

Slik vi vurderer det, har mange av disse betingelsene så langt vært til stede. Programmets karakter, en nasjonal satsing med utgangspunkt i en bestemt gruppe behandlingstrengende barn og unge, har medført at bevisstheten om målgruppen og behandlingsprogrammet er høy. Det har også sikret interesse og legitimitet hos potensielle samarbeidspartnere. Anknytningen til et internasjonalt og norsk

forskningsmiljø (OSLC og Atferdssenteret) har også bidratt til dette gjennom vektleggingen av å skulle kunne dokumentere behandlingseffekt og metodeintegritet. Disse kravene reflekteres også i selve opplæringsprogrammet og sertifiseringsprosedyrene. De økonomiske rammene har muliggjort tett skolering og oppfølging av kandidatene. Dette har, sammen med positiv tilbakemelding fra brukergruppen, skapt en behandlerkultur preget av entusiasme og forpliktelse.

En sentral utfordring i den videre implementeringen i kommunene, vil først og fremst være å opprettholde den faglige kvaliteten hos nye og gamle PMTO-medarbeiderne, enten disse gir tradisjonell PMTO-behandling til familier, eller arbeider ut fra prinsipper avledet fra behandlingsmetoden/SIL-modellen. Interessen for metoden er stor, og et for høyt tempo i implementeringen vil kunne føre til svekket metodeintegritet hos medarbeiderne. Et for lavt implementeringstempo vil imidlertid kunne føre til at den generelle interessen for metoden avtar fordi den er vanskelig tilgjengelig. Kommuneimplementeringen er utfordrende både fordi antallet medarbeidere og samarbeidspartnere vil øke radikalt, men også fordi en vil få inn et brukerperspektiv ut over den enkelte familie.

En annen type utfordring er å tilpasse PMTO slik at en kan få størst mulig tilslutning til metoden i det norske fagmiljøet. Et vesentlig mål er at metoden skal utgjøre et supplement til den kunnskap og kompetanse som allerede finnes blant norske fagfolk. Metoden skal fortsatt være gjenstand for forskningsbaserte evalueringsstudier, slik at vi til enhver tid vet hva som kan sikre barn og familier med atferdsproblemer best mulig hjelp på et tidligst mulig tidspunkt.

Roar Solholm

Institutt for klinisk psykologi

Universitetet i Bergen

Christiesgt. 12, 5015 Bergen

Tlf 55 58 88 60

E-post roar.solholm@psykp.uib.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 42, nummer 7, 2005, side 587-597

TEKST

Roar Solholm, Institutt for klinisk psykologi, UiB

Elisabeth Askeland

KONTAKT: john.kjobli@atferdssenteret.no

Terje Christiansen

KONTAKT: a.a.gronlie@atferdssenteret.no

Mona Duckert

Referanser

- Achenbach, T. M. (1991a). Manual for the child behavior checklist/4 - 18 and 1991 profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). Manual for the teacher's report form and 1991 profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Apeland, A. (2005). Parent Management Training - Oregonmodellen: Allianse og samarbeid. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 42, 611-616.
- Apelseth, E., & Amlie, C. (2001). Parent Management Training - en foreldreveiledningsmetode for behandling av barn med atferdsproblemer. Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge. Det psykologiske fakultet. Universitetet i Bergen.
- Bank, L., Marlowe, J. H., Reid, J. B., Patterson, G. R., & Weinrott, M. R. (1991). A comparative evaluation of parent training for families of chronic delinquents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 15-33.
- Bank, L., Patterson, G. R., & Reid, J. B. (1996). Negative sibling interaction patterns as predictors of later adjustment problems in adolescent and young adult males. I G. H. Brody (Ed.), *Advances in applied developmental psychology: Sibling relationship* (ss. 197-229). Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Barne- og familiedepartementet (1997). Handlingsplan for barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Rundskriv Q - 12/97. Oslo, Barne- og familiedepartementet.
- Barne- og familiedepartementet (2001). Rundskriv om implementeringen av metoden Parent Management Training (PMT) i Norge. Rundskriv Q - 16/01. Oslo. Barne- og familiedepartementet.
- Capaldi, D. M. (1992). The co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2-year follow-up at Grade 8. *Development and Psychopathology*, 4, 125-44.
- Chamberlain, P., & Reid, J. (1994). Differences in risk factors and adjustment for male and female delinquents in treatment foster care. *Journal of Child and Family Studies*, 3 (1), 23-39.
- Chamberlain, P., & Reid, J. (1998). Comparison of two community alternatives to incarceration for chronic juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 624-633.
- Forgatch, M. S. (2002). Implementing parent management training in Norway (Grant application RFA - DA - 02 - 004). NIDA NNPRI: Community Multi-Site Prevention Trials (CMPT). Eugene.
- Forgatch, M. S., & Martinez jr, C. R. (1999). Parent management training. A program linking basic and practical application. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 923-937.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescent*. New York: Guilford Press.
- Hinshaw, S. P., & Anderson, C. A. (1996). Conduct and oppositional defiant disorders. I E. J. Mash, & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (ss. 113-149). New York: The Guilford Press.
- Kazdin, A. E. (1996). Problem solving and parent management in treating aggressive and antisocial behavior. I E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders. Empirically based strategies for clinical practice* (ss. 377-408). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kazdin, A. E. (1997a). Practitioner review: Psychosocial treatment for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 161-178.
- Kazdin, A. E. (1997b). Parent Management Training: Evidence, outcomes, and issues. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1349-1356.
- Kazdin, A. E. (2002). The state of child and adolescent psychotherapy research. *Child and Adolescent Mental Health*, 7 (2), 53-59.

- Knutson, N. M., Forgatch, M. S., & Rains, L. A. (2003). Fidelity of implementation rating system (FIMP): The manual for PMTO. Eugene OR: Oregon Social Learning Center.
- Norges forskningsråd. (1998). Barn og unge med alvorlige atferdsvansker. 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 vanskelig og utagerende. Oslo, Norges forsknings-råd.
- Ogden, T. (1999). Antisocial atferd og barneoppdragelse. «Parent Management Training» som foreldreopplæring. *Spesialpedagogikk*, 6, 3-17.
- Ogden, T. (2001). Behandlingseffektstudien PMTO. Norsk senter for studier av problematferd og innovative praksis. Oslo
- Patterson, G. R. (1982). A social learning approach. Coercive family process. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive process. I J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention* (ss. 25-45). Washington, DC: American Psychological Association.
- Patterson, G. R., & Chamberlain, P. (1994) A functional analysis of resistance during parent training therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 53-70.
- Patterson, G. R., Dishon, T., & Chamberlain, P. (1993). Outcomes and methodological issues relating to treatment of antisocial children. I T. R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (ss. 43-88). New York: Plenum Press.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishon, T. J. (1992). A social interactional approach. *Antisocial boys*. Eugene OR: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Eddy, J. M. (2002). A brief history of the Oregon Model. I J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention* (ss. 3-25). Washington, DC: American Psychological Association.
- Reid, J. B., Patterson, G. R., & Snyder, J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shorr, L. B. (1992) Effective programs for children growing up in concentrated poverty. I A. C. Huston (Ed.), *Children in poverty. Child development and public policy* (ss. 260-281) Cambridge: Cambridge University Press.
- Snyder, J. (2002). Reinforcement and coercion in the development of antisocial behavior: Peer relationship. I J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention* (ss. 101-123). Washington, DC: American Psychological Association.
- Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1994). *Troubled families problem children*. Chichester: Wiley.