

# Parent Management Training - Oregonmodellen: Allianse og samarbeid

Foreldretrening må bygges på et allianse og tillit. Når terapeut og klient opplever at de blir stående fast, kan en åpen problemløsende holdning og hyppig bruk av rollespill bringe prosessen videre.

TEKST

**Anett Apeland**

PUBLISERT 1. juli 2005

---

## Innledning

Parent Management Training – Oregonmodellen (PMTO) er en evidensbasert metode som lærer foreldre verktøy for å forebygge videre utvikling av avvikende atferd hos barn og fremme positiv familieutvikling (Forgatch, 2002). PMTO som metode har vokst ut av mer enn fire tiår med grundig arbeid med å integrere teori, forskning og praktisk anvendelse i forhold til familier med barn og ungdom som viser ulik grad av atferdsvansker fra aggresjon til kriminalitet og rusmisbruk. I følge Patterson (1982) utvikler antisosial atferd seg gjennom familiesamspill preget av at familiemedlemmene påfører hverandre ubehag for å få det som de vil, for eksempel gjennom argumentering, hyling eller slag. Barnet lærer seg gjennom dette samspillet å bruke aversiv atferd for å stoppe konflikter eller få gjennom sin vilje overfor andre familiemedlemmer, og handlingsmønstret mellom familiemedlemmene blir overlært og automatisert. Hensiktsmessige foreldreferdigheter kan endre eller forebygge slike tvingende samspillsmønstre (se Forgatch, 1999; Patterson, 1982; Reid, Patterson & Snyder, 2002; Solholm, Askeland, Christiansen & Duckert, 2005).

Foreldreferdigheter kan deles inn i fem kjernekomponenter: oppmuntring, konsekvenser, tilsyn/oppfølging, problemløsning og positiv involvering. For å underbygge disse komponentene, inngår fire støttekomponenter: gode beskjeder, observasjon, regulering av følelser og kommunikasjon.

Foreldrene presenteres for og trenes i foreldreferdighetene på en bestemt måte og i en fast oppsatt rekkefølge, slik at komponentene bygger på hverandre. Det er klare instruksjoner til terapeuten om hvordan temaene skal gjennomgås. Det er forventet at terapeuten skal tilpasse behandlingen til den enkelte families særegenhet og behov. For at terapeuten og familiene skal oppnå en arbeidsallianse og lykkes i dette endringsarbeidet, må terapeuten anvende hensiktsmessige kliniske ferdigheter.

Jeg vil gjennom en kasusillustrasjon drøfte utfordringer vi står overfor som terapeuter når vi skal utføre en prinsippbasert behandlingsform med et klart mål. Hvordan kan terapeuten skape en god dialog i spenningsfeltet mellom fastlagt innhold og tilpasningen til den individuelle familien? Når låser dialogen seg fast?

## **Motstand og samarbeid**

Oregon Social Learning Center (OSCL) har utviklet et operasjonalisert motstandsbegrep, basert på grundige videoanalyser av kliniske saker de har vurdert som mislykket ved at familiene ikke har gjennomført programmet (Patterson & Chamberlain, 1994). Observasjonene er kategorisert i tre motstandsfenomener: 1) Jeg kan ikke, 2) Jeg vil ikke og 3) Jeg gjør ikke.

Motstandsbegrepet henviser til observerbare utsagn og handlinger i samspillet mellom terapeut og klient, og er ikke basert på en intrapsykisk forståelse av klienten. Det er mulig at det ville vært mer hensiktsmessig å anvende et annet begrep på fenomenet innenfor PMTO, for å unngå at det blandes sammen med motstandsbegrepet slik det anvendes innen den psykodynamiske tradisjonen. Steve de Shazer (1985) har valgt å omdefinere «motstandsfenomener» til «samarbeidsmåter», slik at det blir terapeutens ansvar å skape en samarbeidsrelasjon som er til nytte for familien. En slik forståelse ligger nærmere det som er intensjonen i en PMTO-behandling.

Det er vanskeligere å få en samarbeidsallianse i de sakene hvor familiene er «sendt» i behandling av andre instanser (Patterson & Chamberlain, 1994), noe som er viktig å merke seg fordi dette oftere enn ellers forekommer i saker med atferdsvanskelige barn. Dette kan også sees i sammenheng med hvilke forventninger klientene har med seg når de kommer i terapi, noe som har vist seg å ha betydning for terapiutfall (Asay & Lambert, 2000).

Foreldre som det er vanskelig å etablere en god arbeidsallianse med, preges av at de har en historie med å mislykkes i grensesetting, selv er deprimerte eller antisosiale og de lever i en kontekst preget av stress, svak økonomi og lav utdanning (Patterson & Chamberlain, 1994).

Undersøkelser viser at terapeutens intervensjonsform påvirker forekomsten av motstand. Intervensjoner som kombinerer undervisning og konfrontasjon, utfordrer samarbeidsalliansen (Patterson & Forgatch, 1985). Måten terapeutens intervensjoner påvirker familien på, vil også være avhengig av hvilken fase terapien er i. En kurve med økt motstand midtveis i behandlingen som reduseres ved avslutningen, henger signifikant sammen med reduserte arrestasjoner hos ungdommen to år etter behandlingsavslutning (Stoolmiller, Duncan, Bank & Patterson, 1993). Dette tyder på at det å streve og arbeide seg gjennom det som oppleves vanskelig fører til gode resultater (Patterson & Chamberlain, 1988).

Den første fasen av terapien krever spesifikke prosessferdigheter og høy grad av støtte for å utvikle en god arbeidsallianse og troverdighet i forhold til familien. Konfrontasjon er ikke egnet i oppstarten av en behandling, og undervisningsformen begrenses til

aktive opplevelsesnære tilnærminger heller enn verbal undervisning. Etter at en god terapeutrelasjon er utviklet, kan terapeuten arbeide med vanskene foreldrene opplever når de skal prøve å endre sitt barn gjennom bruk av mer effektive foreldreverktøy. I denne fasen, midtveis i terapien, er mer motstand forventet og hensiktsmessig. Terapeuten henter fram foreldrenes «jeg kan ikke» og «jeg vil ikke» for å finne ut hvorfor «jeg gjør ikke», slik at foreldrene kan bygges opp til å oppnå suksess (Forgatch, 2002).

## **En kasusillustrasjon**

I samarbeidet med familie A, møtte jeg alle de tre samarbeidsutfordringene beskrevet ovenfor som typiske for familier med atferdsvanskelige barn. I tillegg kunne kontekstuelle faktorer gjøre det vanskelig å etablere en god samarbeidsallianse i denne familien. Jeg vil prøve å vise hvordan ulike terapeutiske intervensjoner kan skape bevegelse i en prosess preget av vansker med å ta foreldreverktøyene i bruk. De største utfordringene møtte familien i forhold til å ta i bruk foreldreverktøy knyttet til temaet negative konsekvenser. Dette er verktøy som det er avgjørende å mestre for å oppnå god effekt over tid i forhold til barn med atferdsvansker (Patterson et al., 2002).

Familien bestod av en alenemor, Kari, med to barn, syvårige Jostein og fireårige Nina. Jostein var definert som det atferdsvanskelige barnet, både av moren selv og av henvisende instans som var barnevernet. Han hadde vanskelig for å samarbeide med mor, fulgte ikke beskjeder, var irritabel, urolig, svarte stygt, slo, bet og sparket mor i konfliktsituasjoner og kom stadig i konflikter med lillesøster og jevnaldrende. Av positive ressurser nevnte mor at han kunne være snill og hjelpsom i forhold til praktiske gjøremål, var flink til å aktivisere seg og flink i sport. Familien var «sendt» i behandling av andre. Kari var ikke i arbeid, hadde dårlig økonomi og slet med depresjon og stressreaksjoner etter et samlivsbrudd preget av høyt konfliktnivå. På grunn av omfattende psykososiale belastninger var Kari svært sliten og strevde også med egen aggresjon i forhold til sønnen i konfliktsituasjoner. Positive faktorer i forhold til familien, var mors vilje til å samarbeide med hjelpeapparatet og at barna var ganske små på henvisningstidspunktet.

Jeg møtte Kari ukentlig til samtaler i nærmere ett år, deretter møtte hun annenhver uke i et halvt år og deretter en gang i måneden i et halvt år til. Jostein deltok sammen med mor i noen møter på poliklinikken og ved hjemmebesøk på flere tidspunkter i terapiprosessen.

## **Bruk av rollespill**

I de første fasene av terapien, var Kari vennlig, men avventende og ganske taus. De terapeutiske teknikkene som inngår i PMTO som behandlingsmetode, er i seg selv samarbeidsskapende. I starten av terapiforløpet legges det vekt på å skape håp ved å henvise til de gode forskningsresultater metoden har vist og at dette er ferdigheter som har hjulpet mange familier med lignende vansker. Vanskene foreldrene og barna sliter med, normaliseres. Samtalene rettes mot her-og-nå-situasjonen og hvordan den kan løses, og man dveler ikke ved årsaker og problemhistorie. Vektlegging av at foreldre

med spesielt krevende barn trenger spesielle foreldreverktøy, bidrar også til å dempe skyldfølelse.

Behandlingsmetoden er rettet mot å skape et godt samarbeid. Det legges vekt på aktive og opplevelsesnære teknikker hvor handlings- og følelsesaspektet får stor plass gjennom rollespill, dramatiseringer, humor, lek, visuelle hjelpemidler og hjemmeoppgaver hvor konkrete oppgaver prøves ut. Mange foreldre har formidlet at dette gir dem en opplevelse av å være i en mer likeverdig posisjon enn det de ofte ellers har erfart i sine møter med terapeuter i hjelpeapparatet.

PMTO-terapeuten oppleves av mange foreldre som uhøytidelig til tross for at terapeuten innehar en klar ekspertrolle i forhold til det pedagogiske innholdet som formidles. Et bidrag til dette, er at det blir mye bevegelse i rommet. Terapeuten sitter ikke stille i en stol og snakker, men illustrerer poenger gjennom å gå inn i mange rollespill både som den voksne og som det umulige barnet. Det gjør at terapeuten oppleves som spontan, mer nær og mindre belærende. Dette tilrettelegger for at foreldrene lettere kan ta barnets perspektiv og få nye opplevelser i forhold til sitt eget perspektiv.

*Rollespill* gir en unik mulighet til å eksperimentere med det som oppleves som vanskelig. Dessuten gir rollespill foreldrene nye erfaringer og nye perspektiver. For å gjøre rollespillet mindre truende, kan terapeuten instruere om at forelderen er et hvilket som helst barn og terapeuten en hvilken som helst voksen. Situasjonen gjøres generell og mindre personlig, noe som for de fleste oppleves som angstdempende og mindre krevende. Terapeuten skal i følge behandlingsprinsippene vise både hensiktsmessige og ikke hensiktsmessige måter å møte barn på. Gjennom dette formidler terapeuten kjennskap til vanskelige situasjoner foreldre ofte møter, noe som bidrar til en normalisering av foreldrenes opplevelser. Det at terapeuten blir en konkret rollemodell som viser forslag til løsninger, har mange foreldre opplevet som trygghetsskapende og som noe nytt i forhold til tidligere erfaringer med hjelpeapparatet.

For å oppnå en atmosfære preget av lek og eksperimentering, er det viktig å bruke mye støtte og oppmuntring. Like viktig er det at terapeuten er aktivt deltakende og gjennom egne dramatiseringer viser at hun/han ikke selv er redd for å virke «dum eller barnslig». Ofte er det nettopp redselen for å gjøre «noe dumt eller noe feil» som foreldrene selv gir som begrunnelse for at det er vanskelig å gå inn i rollespill. Det er lett å undervurdere foreldres sårbarhet når de eksponerer seg i rollespill. Når terapeuten er uerfaren i bruk av rollespill, gir terapeuten ofte for lite støtte og for mye korreksjon.

Det viste seg raskt at for Kari var det en stor utfordring å bevege seg fra samtale til å reise seg fra stolen og prøve ut ulike ferdigheter i terapirommet. Når det ble vanskelig for Kari å delta i rollespill, prøvde jeg å skape mer trygghet gjennom å gjøre rollespillene kortere og øve på et lite element av gangen.

Terapeuten har nettopp illustrert den negative konsekvensprosedyren pausetid gjennom rollespill:

T: Nå kan du prøve en gang.

Kari: Det er vanskelig å være den voksne.

T: Mmm. Du forteller meg at jeg skal rydde av bordet, og jeg protesterer, og du sier: «Anett, rydd av bordet nå, eller gå til pausetid i 5 minutter».

Kari: (sitter i stolen og ser ned på bordet) «Rydd av bordet nå».

T: «Jeg vil ikke».

Kari: «Du hører ikke på meg. Rydd av bordet».

T: (hvisker instruksjon) «Eller gå til pausetid i 5 minutter».

Kari: «Eller gå til pausetid i 5 minutter».

T: «Ja vel, da går jeg til pausetid».

Det å bryte ned en handlingssekvens i små overkommelige trinn er det samme prinsippet som terapeuten forsøker å lære foreldrene å ta i bruk overfor barnet, både foreldre og barn skal bygges opp for suksess. Hensikten er å gi Kari en opplevelse av å lykkes. En måte å bidra til at rollespillene blir mer preget av mestningsopplevelse, er at terapeuten som i eksemplet ovenfor, bruker instruksjon underveis i rollespillet.

Det var vanskeligere for Kari å gå inn i voksenrollen enn inn i barnerollene i rollespillene. Denne angsten møter jeg ofte hos foreldre som er i kontakt med barnevernet og som naturlig nok føler at de er under kontinuerlig vurdering.

Noen foreldre har sagt at «det føltes både rart og befriende å se deg som terapeut sitte på gulvet og være et umulig barn som nekter å følge en beskjed». Kari satte ikke ord på slike opplevelser, men rollespillene ga en mer avslappet atmosfære med humor og latter. Gjennom rollespillene klarte Kari å gi uttrykk for hva som gjorde at det var vanskelig for henne å ta ulike foreldreverktøy i bruk.

### **Målstyrt og empatisk**

Prosessen i møtene med familiene er målstyrt. Terapeuten har en agenda for innholdet i møtene. Dette gjør at dialogen kan bli annerledes enn i andre terapeutiske møter, hvor man i større grad følger de temaene som foreldrene til enhver tid er opptatt av.

Målstyringen og den terapeutledede prosessen, tydeliggjør ofte raskt hvor samarbeidsutfordringene viser seg. Utfordringen for terapeuten blir å gi foreldrene en følelse av å bli tatt på alvor, samtidig som man strukturerer samtalene i forhold til utvalgte komponenter. Struktureringen av behandlingen må da gjøres på en slik måte at terapeuten får til en progresjon i forhold til de ferdigheter terapeuten vil trene foreldrene i, og samtidig formidler støtte og empati gjennom å være tilstede for klientens ofte krisebetonte opplevelser.

Med en prinsippbasert og målstyrt behandling, vil det være en fare for at terapeuten blir så opptatt av å formidle det pedagogiske innholdet at det går utover den terapeutiske relasjon og forringer prosessferdighetene. Det at terapeuter under opplæring i bruk av en manual eller bestemte prinsipper blir mer bundet og mister noe

av tilgangen på tidligere terapeutiske ressurser, er en vanlig erfaring i en opplæringsfase uavhengig av innholdet i behandlingsmetoden. Samtidig trenes terapeuten opp i en støttende, ikke-konfronterende stil, der terapeutens oppmerksomhet rettes mot muligheter til å bekrefte, oppmuntre og punktuere det positive klienten gjør. I tillegg vektlegges å hente frem foreldrenes synspunkter på terapeutens forslag.

**««Det følte både rart og befriende å se deg som terapeut sitte på gulvet og være et umulig barn som nekter å følge en beskjed»»**

Gjennom mye støtte, oppmuntring, rollespill og små avgrensede hjemmeoppgaver, klarte Kari etter hvert å ta i bruk gode beskjeder og systematisk oppmuntring overfor barna. Samtidig opplevde Kari stadige nye belastninger, og det var viktig å gi henne tid til å drøfte sin generelle livssituasjon uten å stoppe opp i progresjonen i forhold til trening i nye foreldreverktøy. For meg var det en kontinuerlig vurdering hvor mye tid vi skulle bruke på samtale om krisebetonte hendelser og på arbeid med tilegnelse av verktøyene. Jeg erfarte at det var lett å la tiden til den konkrete trening på nye verktøy, få for lite plass. Dette dilemmaet opplever de fleste PMTO-terapeuter i perioder tyngende, fordi ansvaret for progresjonen i ferdighetstreningen ligger på terapeuten, og det er ferdighetstreningen som gir foreldrene nye erfaringer, en opplevelse av mestring og dermed bedre foreldreferdigheter. Gjennom analyser av videofilmene og kontinuerlig veiledning fra OSLC, ble det tydelig at i familie A var det viktig med små avgrensede hjemmeoppgaver som kunne gi Kari en følelse av å lykkes.

### **Bruk av problemløsning**

PMTO-arbeidets målstyring med hensyn til å bevege foreldrene i retning av å ta i bruk bestemte ferdigheter, gjøres med stor grad av åpenhet i forhold til foreldrene. Terapeutene bruker direkte intervensjoner i form av undervisning og trening hvor vi forklarer foreldrene hva vi samarbeider om. Når foreldrene tar dette inn, blir det et felles samarbeidsprosjekt. Andre ganger blir det vanskelig for terapeuten å bevege seg mot det planlagte emnet fordi foreldrene vil snakke om noe annet, eller har motforestillinger mot temaet de får presentert. I slike tilfeller benytter terapeuten seg av mer indirekte og strategiske intervensjoner. Målet for terapien er klart for foreldrene, men hvordan man bringer prosessen mot målet, preges også av mer eller mindre indirekte kommunikasjonsorienterte tilnærminger.

**«Når terapien låser seg fast, kan det være noe i terapi-prosessen**

## som fører til onde sirkler og «mer av det samme»»

I forhold til familie A utviklet det seg en positiv samarbeidsallianse mens vi arbeidet med verktøyene gode beskjeder og oppmuntring. Kari mestret å ta flere av verktøyene i bruk, og opplevde at det virket positivt inn på samspillet med barna. Ved overgangen til introduksjon av de ulike negative konsekvensverktøyene opplevde jeg at Karis motforestillinger økte, både i forhold til form og innhold. Hun vegret seg mot rollespillene i timene, og ga uttrykk for manglende tro på at verktøyene kunne fungere i hennes familie.

*Problemløsning* er et virkemiddel som hjelper terapeuten å gå fra en rolle som lærer til en medforsker. Prosessen sikrer egenaktivitet hos foreldrene i terapitimen, og motvirker at det blir for mye undervisningspreg. Bruk av problemløsning hjelper terapeuten til å senke tempoet ved introduksjon av nye temaer og i forhold til å være den som finner løsninger. Ved hjelp av problemløsning kan terapeuten utforske hindringer og motforestillinger i forhold til de presenterte foreldreverktøyene. Det er foreldrenes tanker om hindringer og løsninger som vektlegges, noe som gir økt mestringsopplevelse hos foreldrene. Gjennom en problemløsende samtale kan terapeuten bidra til redefinering av fastlåste forestillinger. Redefineringen gjøres innenfor foreldrenes forestillingsverden og resonnementer som klienten selv finner er mer innflytelsesrike enn de som gis av andre (Cade & O'Hanlon, 1996). Problemløsning er ett av verktøyene terapeuten ønsker at foreldrene skal ta i bruk i forhold til egne barn. Det blir dermed en parallellitet i det som skjer mellom terapeut og foreldre og det man ønsker foreldrene skal anvende overfor barna.

Når vi begynte med hjemmeoppgaver, vekslet Kari mellom å svare at hun ikke klarte å ta verktøyene i bruk (Jeg kan ikke), at hun ikke ville prøve dem av ulike årsaker (Jeg vil ikke), og at hun kom tilbake til timene gjentatte ganger i løpet av en periode på flere måneder og hadde ikke utført hjemmeoppgavene (Jeg gjør ikke). I hovedsak var disse reaksjonene rettet mot det første negative konsekvensverktøyet hun ble introdusert for, kalt pausetid.

I starten svarte Kari at prosedyren var vanskelig, omstendelig og kunstig, noe jeg som terapeut møtte med støtte på at dette var uvant og vanskelig og at det var nødvendig å øve mye gjennom rollespill i timene.

Kari forteller at Jostein er mye sint på henne og bruker stygge ord som kjerring, idiot og dumming.

T: Han sier stygge ord. Hvis jeg sier «Nå skal vi gå, Jostein», og så svarer du tilbake «jeg vil ikke, din kjerring». Dette er en type situasjon hvor vi kan prøve ut pausetid.

Rollespill. T som mor: «Jostein, vi skal gå nå».

Kari: «Jeg vil ikke, din kjerring».

T: «Nå snakker du stygt til meg, gå til pausetid i 5 minutter».

Rollespillet slutter.

T: «Hvordan var det?»

Kari: «Det kan gå, men samtidig kan han bli veldig sint. Når han har gjort noe galt og jeg prøver å forklare ham hva som var galt med det, svarer han bare: «Nå snakker vi ikke mer om det».

T: «Hvis du skal begynne å bruke dette, må du forklare ham det først. Så må vi snakke om hvordan du kan gjøre det. For at du skal kunne forklare det, må vi øve litt her. Skal vi prøve det nå? Du kommer og sier til meg at vi skal gå». (Her svarer terapeuten på mors innvending med et nytt rollespill.)

Nytt rollespill. Kari: «Nå skal vi gå Jostein».

T som barn: «Jeg vil ikke, din idiot».

Kari som mor: «Jeg er ikke en idiot. Ta på deg jakken nå, vi må gå». (Rollespillet slutter.)

T: «Fint at jeg fikk se det. Han sier «Din idiot». Og så svarer du tilbake: «Jeg er ikke en idiot. Da er du ... Jeg kan si «Jo da, det er du» og så er diskusjonen i gang. Hvis vi prøver det motsatte, du er Jostein».

Rollespill. T som mor: «Jostein, du må komme, vi skal gå».

Kari som barn: «Jeg vil ikke, din idiot».

T som mor: «Nå snakker du stygt til meg, gå til pausetid i 5 minutter». (Rollespillet slutter.)

Kari: «Jeg kan ikke tenke meg at det vil virke på Jostein».

T: «Vi må prøve det ut. Det er ikke så lett. Hvorfor tror du at det ikke virker?» (bekreftelse og utforskende spørsmål).

Kari: «Jeg tror kanskje han vil gå dit, men så vil han begynne å tenke på noe annet».

I eksemplet ovenfor prøver jeg å bruke minirollespill til å få tak i hva som stopper Kari i å bruke foreldreverktøyet. Kari tror ikke at dette verktøyet vil fungere, blant annet fordi hun ikke har hatt noen lignende erfaringer tidligere. I forhold til foreldre som møter introduksjon av nye verktøy med at de ikke kan bruke dem (Jeg kan ikke), viser forskningen at mange av dem er deprimerte, har lav selvtillit eller preges av en kaotisk livssituasjon, noe som samsvarer med utgangspunktet for familie A (Patterson & Chamberlain, 1994). Det er da nyttig at terapeuten svarer med å undervise, trene, oppmuntre, støtte og vise empati. I forhold til manglende mestringsopplevelse, anbefales det å sørge for øvelse gjennom gjentatte rollespill. Rollespillene gir mulighet til å avlære gamle eskaleringsmønstre, som at mor argumenterer tilbake («jeg er ikke en idiot»), og overlære nye mønstre med mer egnede reaksjoner («Nå hører du ikke på meg, gå til pausetid»).

Etter gjentatte øvelser i prosedyren pausetid i rollespill, uten at Kari tok verktøyet i bruk, var det behov for en nærmere analyse av hva som låste seg fast i terapiprosessen. Flere av de terapeutiske strategiene i OSCL er hentet fra strategisk familierterapi

innenfor Watzlawick og Haley-tradisjonen (for eksempel Haley, 1977, 1980; Watzlawick, Weakland & Fish, 1974). Når terapien låser seg fast, kan det være noe i terapiprosessen som fører til onde sirk-ler og «mer av det samme». For eksempel må terapeuten tenke gjennom om flere motforestillinger mot foreldreverktøyene, fører til argumentasjon og konfrontasjon fra terapeuten.

Gjennom å se på egne videoopptak og gjennom veiledning, fikk jeg en hypotese om at samarbeidsutfordringen i forhold til familie A kunne ha sammenheng med at jeg hadde låst meg fast i en forståelse av at problemet var manglende opplevelse av mestring hos Kari (Jeg kan ikke). Som et resultat av denne hypotesen, begynte jeg å utforske mer både gjennom samtale, problemløsning og konkretisering via rollespill hva ved prosedyren som ble vanskelig for Kari.

T: «Det første punktet er at du gir en beskjed og sier (går mot mor og rører skulderen hennes) «Du hører ikke på meg, gå til pausetid».

Kari: «Ja».

T: «Er det beskjeden som er vanskelig?»

Kari: «Nei, det er det som kommer etterpå».

T: «Så det avhenger av hvilket gode du tar fra ham?»

Kari: «Mmm».

T: «Eller tror du at han kan bli skikkelig sint hvis du sier (går bort til mor) ‘Gå til pausetid’?»

Kari: Jeg vet ikke. Han har jo sagt at han vil gå før så...

T: Det er en god start.

Kari: Men hvis det går så langt at jeg må fjerne et gode fra ham ... men kanskje jeg bare må prøve det ut og se hvordan det går?

T: Det er det å prøve det ut da (ler). Men du må kjenne inni deg at du er villig til å prøve det ut. Det er derfor du kan øve enda mer for å få en bedre følelse av at du kan mestre det. (Bekreftelse, går med mors opplevelse.)

Kari: Mmm.

T: Fordi jeg husker at du sa at hvis du skulle ta en leke rett ut av hånden hans, så ville han antagelig bli veldig sint. Så det er antagelig ikke så lurt å nappe Gameboyen ut av hånden hans, men kanskje du kan si, du får ikke se Barne-TV.

Ved bruk av humor og latter i en terapeutisk relasjon må man være forsiktig, slik at klienten opplever at humoren er felles, ikke at terapeuten ler av klienten. Rollespill og dramatiseringer gjør at kan være mer latter i PMTO-sesjoner enn i andre terapitimer. Når humor og latter blir en naturlig del av samspillet mellom terapeut og klient, styrkes samarbeidsalliansen.

## **Punktivering**

Et annet terapeutisk virkemiddel i PMTO er å fremheve eller punktuere alle sterke sider terapeuten ser hos foreldrene og hver idé foreldrene har som går i retning av en forståelse som samsvarer med foreldreverktøyenes prinsipper. Senere kan terapeuten hen vise til disse punktueringene som foreldrenes egne ideer. En slik positiv bekreftelse av foreldrenes bidrag åpner for villighet til å prøve noe nytt, og gir foreldrene en opplevelse at deres hensikter og følelser blir forstått og respektert. Sjansen for at foreldrene følger de rådene man gir, øker hvis de ligger innenfor deres egne ønsker, erfaringer og forestillinger (Cade & O' Hanlon, 1996).

I sekvensen med Kari ovenfor brukes små minirolespill som hjelp til å få tak i hva ved prosedyren som hindrer henne i å ta verktøyet i bruk. Ved å gi Kari «æren» for å se at det kan være vanskelig å ta noe ut av hånden på barnet, punktueres det at mor var den som kom fram med denne hindringen. Ved å punktuere på denne måten, kan terapeuten «undervise uten å undervise» noe som øker sjansen for at mor tar imot informasjonen.

### **Repetisjon og utforskning**

Det er nødvendig å trene om og om igjen for å sikre mestringsopplevelse og trygghet på prosedyren. Her må terapeuten være tålmodig og støttende.

Kari: «Da vil han si, jeg skulle ikke se på det (Barne-TV) likevel».

T: «Ja, og det er greit. La oss prøve det. Du kan være Jostein og jeg kommer over til deg og sier (går bort til mor) 'Jostein, ta opp lekene dine fra gulvet nå'».

Kari som barn: «Nei».

T: «Jostein, nå hører du ikke på meg, gå til pausetid».

Kari: «Nei».

T: «Det er 6 minutter pausetid ... Det er 7 minutter pausetid. 8 minutter ... 9 minutter ... 10 minutter eller så får du ikke lov til å se Barne-TV i dag». Og så går jeg.

Rollespillet slutter. T: Hvordan var det å være Jostein?»

Kari: «En blanding av spenning og uro».

T: «Ja. Du sa nei og jeg gikk. Hvordan opplevde du det?»

Kari: «Det er ok for meg, men jeg lurte på hvordan det skal gjøres når jeg har et annet barn som skal se Barne-TV».

T: «Ja, la oss snakke om det senere det er et godt poeng. Kanskje det er et dårlig gode å fjerne (ler). Kanskje vi skulle si at du ikke får lov til å gå ut å leke eller noe lignende. Denne gangen er det du (som mor) som skal trekke deg ut av situasjonen etter å ha fjernet gode og gått».

Kari: «Mmm».

T: «Kommer det til å bli vanskelig å trekke seg ut av situasjonen? Vi har øvd på det før, når du er i situasjoner hvor det er vanskelig for deg å holde deg rolig».

Kari: «Det er alltid vanskelig å trekke seg ut av en situasjon».

T: «Du har vært veldig flink til å jobbe med å trekke deg ut av situasjoner hvor Jostein irriterer deg».

Kari: «Mmm».

T: «Og det skjer ofte. Det er vanskelig å holde seg rolig og stå og telle og så gå. Da er det viktig å holde seg rolig. Kanskje vil Jostein si 'Det bryr ikke jeg meg om' eller 'Jeg skulle ikke leke med den likevel jeg'. Du vil nok oppleve mye av det. Det var et godt poeng du tok opp da du sa du trengte å ha kontroll over godet».

Gjennom denne utforskningsprosessen kom vi i tillegg fram til at det å skulle være rolig og nøytral overfor sønnen i en situasjon hvor hun var sterkt provosert, føltes uvant og vanskelig. Denne informasjonen kom fram gjennom terping i rollespill på stemmebruk og nyanseforskjeller mellom det å bruke en bestemt versus en sint stemme. Dette gjorde at vi endret fokus for rollespillene, slik at mor fikk anledning til å øve på ulike måter å forholde seg som voksen når barnets atferd skapte sinne, og hva hun kunne gjøre når barnets og hennes egne sinnereaksjoner skremte henne.

For å kunne arbeide med mestring av konfliktsituasjoner som oppstår mellom foreldre og barn, er rollespill særlig egnet fordi de lett aktiverer mange av de samme følelsene som er vanskelige i hjemmesituasjonen. Rollespillene gjør at terapeuten kan bruke stemmeleie (sint og høy stemme) og kroppsbevegelser (tramping i gulvet) som en hjelp til å illustrere og aktivere følelser på en ikke konfronterende måte. Dette er et godt hjelpemiddel fordi Kari har formidlet at det er vanskelig for henne å ha kontakt med eget sinne i terapisisituasjonen. Når terapeuten gjennom rollespillene bringer illustrasjoner på sinnereaksjoner inn i rommet, gir dette en mulighet til å dele erfaringer som Kari tidligere ikke har kunnet snakke om.

Etter en gjennomgang av flere av Karis forslag, blir vi enige om at Kari som hjemmeoppgave skal øve på å telle til 30 når hun blir sint, snu seg vekk og fysisk fjerne seg fra barna. Fokuseringen på løsninger bidrar til å dempe foreldrenes skam- og skyldfølelse. Da blir det også lettere å være åpen om det som er vanskelig. Denne åpenheten gjør antagelig foreldrene mer mottagelige for nye innfallsvinkler og derved nye handlingsalternativer. Slik skapes også håp som gir kraft og motivasjon til faktisk å gjennomføre en avgjørende forandring.

Kari klarte å ta i bruk alle kjerneverktøyene i PMTO. Det var nødvendig med en individuell tilpasning av verktøyene til familien, hvor vi lenge måtte arbeide med hvordan mor kunne takle egne sinnereaksjoner, før hun fikk tro på at hun klarte å være konsekvent i møte med sønnens atferdsvansker. Både i den tiden familien gikk i PMTO-behandling og senere, har den positive utviklingen vedvart. Kari benytter seg fortsatt av oppmuntringssystemer i perioder, hun stopper konflikter mellom seg og sønnen på et tidligere tidspunkt, fjerner seg fra situasjonen hvis hun selv blir overveldet av sinne og trekker tilbake goder hvis han ikke følger beskjedene hun gir. Josteins atferdsvansker på skolen har avtatt, og konfliktnivået i hjemmet er merkbart dempet. Andre instanser som har vært i kontakt med familien, bekrefter den positive utviklingen.

## Avslutning

Når terapeut og klient opplever at de blir stående fast, er det vanskeligere for terapeuten å bevare virksomme prosessferdighetene som det å opptre demokratisk, være troverdig og formidle optimisme. Terapeuten kan da lett bli argumenterende, rigid eller repeterende i forhold til hvordan foreldreverktøyene skal brukes. Det som særlig var til hjelp for meg som terapeut for å komme ut av denne fastlåste posisjonen, var en kombinasjon av tett veiledning, foreldreverktøy tilpasset målgruppen og noen av de sentrale terapeutiske teknikkene som kjennetegner PMTO. Her vil jeg understreke både betydningen av en problemløsende holdning hos terapeuten og hyppig bruk av rollespill for å oppnå konkretisering, felles forståelse og løsningsforslag på et handlingsnivå.

Anett Apeland

Atferdssenteret: senter for studier av problem-  
atferd og innovativ praksis as, Unirand as,

Klingenberggt. 4, Pb. 1565 Vika

0118 Oslo

E-post [a.k.apeland@atferd.unirand.no](mailto:a.k.apeland@atferd.unirand.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 42, nummer 7, 2005, side 611-616*

### TEKST

**Anett Apeland**, Atferdssenteret: senter for studier av problematferd og innovativ praksis as, Unirand as, Oslo

+ **Vis referanser**

### Referanser

Asay, T. P., & Lambert, M. J. (2000). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. I M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart & soul of change. What works in therapy* (ss. 23-55). Washington, DC: American Psychological Association.

Cade, B., & O'Hanlon, W. H. (1996). *En kort guide til strategisk korttidsterapi*. Stockholm: Natur og Kultur.

Forgatch, M. S. (2002). Proposal to National Institute of Drug Abuse (NIDA), Implementing Parent Management Training in Norway.

Forgatch, M. S., & Martinez, C. R. (1999). Parent Management Training. A program linking basic research and practical application. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 923-937.

Haley, J. (1977). *Problem solving therapy. New strategies for effective family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Haley, J. (1980). *Leaving home*. New York: McGraw-Hill.

Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach: Vol. 3: Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.

Patterson, G. R., & Chamberlain, P. (1988). Treatment process: A problem at three levels. I L. C. Wynne (Ed.), *The state of art in family therapy research: Controversies and recommendations* (ss. 189-223). New York: Family Process Press.

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., & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 846-851.

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. 3-21). Washington, DC: American Psychological Association.

Reid, J. B., Patterson, G. R., & Snyder, J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention*, Washington, DC: American Psychological Association.

Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T. & Duckert, M. (2005). Parent Management Training - Oregon modellen. Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge. *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 587-597.

Stoolmiller, M., Duncan, T. E., Bank, L., & Patterson, G. R. (1993). Some problems and solutions in the study of change: Significant patterns of client resistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 920-928.

Watzlawick, P., Weakland, J., & Fish, R. (1974). *Change. Principles of problem formation and problem resolution*. New York: W.W. Norton.