

Parent-Child Interaction Therapy Med terapeuten på øret

PCIT er en evidensbasert metode som bygger på elementer fra tradisjonell leketerapi, sosial læringsteori og tilknytningsteori. Foreldrene får veiledning «på øret» direkte fra terapeuten mens de leker med barnet.

TEKST

Åse Bjørseth

Anne Kristine Wormdal

PUBLISERT 1. august 2005

ABSTRACT:

Parent-Child Interaction Therapy in Norway

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is an empirically validated treatment model designed to aid young children with behavioural problems. Few clinicians are familiar with this model in Norway. This article presents a clinical case where PCIT was used as the basis for treatment. It describes how this model has been implemented in regional child and adolescent policlinics in Norway. The authors conclude that PCIT is easily adapted to Norwegian conditions. The model provides a highly effective base from which to treat behavioural problems. It seems best suited for treating young children in policlinic settings. Further research based on PCIT is needed in Norway.

Barn med atferdsvansker utgjør en stor del av de som henvises til psykisk helsevern for barn og unge. Disse barna er i stor grad brukere av kommunale tiltak for barn, som skolehelsetjeneste, PPT og barnevern. Når atferdsvanskene får utvikle seg i ungdomstid og voksen alder, vet en at omkostningene det medfører for det enkelte barn, familien og for samfunnet som helhet, er meget store.

Dette har vært bakgrunnen for en stor satsing på forskning og utprøving av nye metoder med betydelig støtte fra Barne- og familiedepartementet. Utprøvingen startet med et femårig «Atferdsprosjekt», som fra 2003 gikk over i en ny fase med en videre utvikling og implementering av metodene. I Norge har en valgt å satse på Webster-Strattons metode for den yngste aldersgruppen 4–8 år, Parent Management Training (PMT) fra 5 til 12 år og Multisystemisk Terapi (MST) for barn og unge over 12 år.

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) er lite kjent i Norge, og har ikke vært inkludert i de store programmene som har vært satt i verk. Den har mange likhetstrekk med ovennevnte metoder, og atskillige undersøkelser dokumenterer at PCIT er effektiv når det gjelder å redusere barns atferdsvansker i familien (Eyberg et al., 1995).

Behandlingen fører til endret atferd på skolen (McNeil et al., 1991), og foreldre rapporterer at PCIT også fører til forbedret atferd hos søsken som ikke får behandling (Brestan et al., 1997). Oppfølgingsundersøkelser seks år etter avsluttet behandling viser at effekten av behandlingen vedvarer i betydelig grad (Hood & Eyberg, 2003). I en ny oversiktsartikkel om evidensbaserte behandlingsmetoder (McCelland & Werry, 2003), blir PCIT tatt med som en av metodene som har vist seg å være effektiv i behandling av barn med atferdsforstyrrelser.

Med støtte fra Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri i Helseregion IV ble det i 2001–2002 gjennomført et opplæringsprogram i PCIT ved poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge i Sør- og Nord-Trøndelag. Syv terapeuter er nå i gang med å prøve ut metoden i behandling av barn i alderen 2–8 år. Vi vil i denne artikkelen presentere metoden og noen erfaringer vi så langt har gjort i vårt kliniske arbeid med PCIT.

Bakgrunn for PCIT

Parent-Child Interaction Therapy er utviklet av den amerikanske psykologen Sheila Eyberg. Metoden rettet seg opprinnelig mot barn med alvorlige atferdsforstyrrelser, men har etter hvert vist seg å ha god effekt også ved andre former for vansker, herunder internaliserte vansker som tristhet og lav selvfølelse, samt etter traumer. Den anvendes ved problemer i foreldre–barn-relasjonen på grunn av adopsjon, fosterhjemsplasing eller skilsmisse, og ikke minst som behandling av tilknytningsforstyrrelser og andre følger av omsorgssvikt. Ved alvorlige utviklingsforstyrrelser hos barnet kan PCIT bedre relasjonen mellom barn og foreldrene, selv om effekten på barnets vansker vil være liten.

Teoretisk er metoden beslektet med PMT-O (Ogden, 1999) og Webster-Strattons metode (Webster-Stratton & Hancock, 1989). Felles for disse tre terapiformene er antakelsen om at problematferd hos barnet ofte utvikles og opprettholdes gjennom barnets interaksjon med sine foreldre. I behandling av barn med atferdsvansker, blir det derfor avgjørende å hjelpe foreldrene til å endre sine interaksjonsmønstre med barnet.

PCIT bygger på elementer fra tradisjonell leketerapi, sosial læringsteori og tilknytningsteori. Foreldrene veiledes i leketerapeutiske prinsipper, hentet fra ikke-dirigerende leketerapi i tradisjonen etter Virginia Axline. Dette skjer i direkte lek med barnet, i en tilrettelagt lekesituasjon, som anses å gi gode betingelser for endring hos både foreldre og barn. Foreldrene trener på ferdigheter fra leketerapi. Gjennom lek kan barnet lære seg effektiv problemløsning og få bearbeidet utviklingsmessige temaer. Bidraget fra tilknytningsteori kommer særlig fram i vektleggingen av å styrke positive relasjoner mellom barn og foreldre, der foreldrene settes i en posisjon som barnets nærmeste og viktigste hjelpere. Innflytelsen fra sosial læringsteori er sterk og gjennomgående, og viser seg i at foreldrene trenes i strategisk oppmerksomhet. De lærer å overse uønsket atferd som f.eks. at barnet hiver lekene på gulvet, mens ønsket atferd som rolig lek gis oppmerksomhet og eksplisitt oppmuntring.

Et særtrekk ved PCIT er at foreldrene får kommentarer og veiledning direkte fra terapeuten mens de leker med barnet. Barnet og foreldrene sitter sammen i lekerommet. Terapeuten sitter på den andre siden av enveisspeilet og veileder foreldrene direkte på øret. Metoden er individuell i den forstand at én familie behandles av gangen. Den er manualbasert, og består av to behandlingsfaser; Child-Directed Interaction (CDI) og Parent-Directed Interaction (PDI). I den første fasen trenes foreldrene i å følge barnet, og relasjonen mellom barn og foreldrene styrkes. I den neste fasen skal barnet trene på å akseptere at foreldrene leder interaksjonen. Mens CDI bedrer interaksjonen og fremmer pro-sosial atferd hos foreldre og barn, bidrar PDI til at problematferd reduseres.

Hvem har nytte av behandlingen?

PCIT ble opprinnelig utviklet for å behandle små barn med en vanskelig regulerbar atferd, slik en ser det hos barn med opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD) og ved hyperaktivitet (ADHD). Barn med forstyrrelser i tidlig tilknytning, samt traumatiserte barn vil ofte vise lignende symptomer, noe som antagelig er bakgrunn for at PCIT har effekt også for denne gruppen. PCIT kan være aktuell behandlingsform for barn med ADHD-diagnose, uavhengig av sentralstimulerende medikasjon, men bør ikke brukes under utprøving. PCIT kan være nyttig for å endre et samspill som over år kan ha utviklet seg i negativ retning.

Eybergs (1998) undersøkelser viser at PCIT er mest effektiv når den brukes på barn mellom to og åtte år. Årsaken ligger i at *leken* brukes som innfallsport til å endre samspillet med de voksne, og det er i denne perioden at leken har størst betydning. Flere har prøvd å tilpasse PCIT til barn under to år, og da med mer vekt på emosjonell inntoning hos foreldrene under betegnelsen Parent-Child Attunement Therapy. Andre har forsøkt å tilpasse PCIT til eldre barn ved å bruke samtaler og spill mellom barn og foreldre som veiledningssituasjon. For barn utenfor aldersgruppen 2–8 år, må altså metoden tilpasses, og effekt av behandling er foreløpig ikke dokumentert.

De faktorene som ser ut til å gjøre metoden *lite* effektiv er store konflikter, rusmisbruk, omfattende lærevansker eller alvorlig psykopatologi hos foreldrene (Eyberg & Boggs, 1998). Slike vansker medfører ofte manglende forutsigbarhet og stabilitet i generelle foreldrefunksjoner, og reduserer sjansen for at nye interaksjonsmønstre overføres til hverdagen hjemme. PCIT anbefales derfor ikke før foreldrenes situasjon er slik at de kan prioritere arbeidet med å bedre interaksjonen med barnet.

I USA er det imidlertid satt i gang et stort prosjekt der PCIT prøves ut som behandling for barn som har vært utsatt for omsorgssvikt og mishandling (Urquiza & McNeil, 1996). Bakgrunnen er at en i tillegg til utvikling av godt samspill, også hjelper foreldrene med å trene sinnemestring med målsetting å utvikle trygg grensesetting. To uavhengige ekspertgrupper som har vurdert egnede behandlingsformer ved overgrep mot barn, anbefaler PCIT som en trygg og egnet tilnærming (Berliner, Hanson & Saunders, 2003; Hensler, Sadler & Wilson, 2004).

PCIT har som nevnt innledningsvis vært mye brukt som tiltak for trening av fosterforeldre og barn med tilknytningsforstyrrelser. Fra USA kjenner vi også til at PCIT har vært benyttet for traumatiserte barn, og at målsettingen da blir å veilede foreldrene til å forstå og romme barnets reaksjoner. Denne utviklingen tyder på at anvendelsesområdet for metoden er i ferd med å utvides, og at det foregår et utviklingsarbeid for å kunne imøtekomme behovene for hjelp for flere typer problemer.

Gjennomføring av PCIT

Før behandlingen starter, gjennomføres en inntaksvurdering der en samtaler med foreldrene om barnets og familiens vansker. Hensikten er å finne fram til gode felles mål for behandlingen. Et viktig prinsipp er at behandlingens målsetting skal være relativt vid, og ikke begrenset til en bestemt målatferd.

For å kartlegge barnets problematferd brukes Eyberg Child Inventory (ECBI). Her skårer foreldrene intensiteten av barnets problematferd, samt hvorvidt de føler seg i stand til å hjelpe barnet med å regulere denne atferden. Gjennom Webster-Stratton-prosjektet er ECBI nå normert i Norge, og en kan vurdere om verdiene ligger i det området hvor behandling anses være aktuelt.

Innledningsvis foretas også et videoopptak av samhandlingen mellom barn og foreldre. Interaksjonen skåres i Dyadic Parent Child Interaction Coding System (DPICS). Dette kodesystemet er også utviklet av Sheila Eyberg (Eyberg, Bessmer, Newcomb, Edwards, & Robinson, 1994) og samsvarer derfor med innhold og begreper i PCIT. Både foreldrenes og barnets atferd i samspillet skåres ut fra en standardisert og regissert lekesituasjon der de ulike sekvensene varierer med hensyn til grad av foreldrenes kontroll og ledelse. Her registreres også barnets evne til å samarbeide under de ulike betingelsene. DPICS benyttes til å etablere baseline, til å registrere endring fra time til time, og avslutningsvis som bidrag til å vurdere om målet for behandling er nådd. I tillegg til kartleggingen som er spesifikk for PCIT, vil det i de fleste saker være aktuelt å supplere med undersøkelser av barnets cognitive funksjoner, lekeobservasjon samt observasjon i skole eller barnehage.

Trinn 1: Foreldrene lar barnet lede interaksjonen

Første steg er en time med foreldrene alene, der en gjennomgår den delen av behandlingen som kalles CDI – Child Directed Interaction. Foreldrene lærer prinsipper for leketerapi, og hvordan denne tilnærmingen kan være en hjelp til å erstatte det negative samspillet mellom dem og barnet med en positiv og varm relasjon. De hjelpes til å gi ros og oppmuntring til barnets positive atferd, samtidig som de lærer å overse barnets negative atferd. De veiledes i å gjøre mer av følgende:

- *Beskrive* det barnet gjør i leken.
- *Reflektere*, dvs. på ulike måter å gjenta barnets utsagn i den voksnes svar.
- *Rose og oppmuntre* barnets prososiale atferd.
- *Imitere*, dvs. velge samme aktivitet som barnet.

- *Være engasjert og entusiastisk*, som innebærer å gi barnet ulike former for ikkeverbal støtte og bekreftelse.

Samtidig skal de trene på å *reducere instruksjoner, spørsmål, kritikk og andre negative reaksjoner*.

Gjennom rollespill får foreldrene prøvd ut og vent seg til arbeidsformen og det tekniske utstyret. De får med seg skriftlig materiell som beskriver metoden og begrepene.

Overfor foreldrene understrekes det at et godt resultat vil kreve innsats fra dem selv. Det fremheves at de endring-ene foreldrene selv får til er viktige for barnet. For at behandlingen skal ha ønsket effekt og overføres til familiens daglige liv, er det avgjørende at de hver dag gjennomfører en fem minutters treningsøkt/lekestund hjemme.

I de neste timene kommer barnet sammen med foreldrene. Hver time starter med en kort gjennomgang av den siste uken, med særlig vekt på lekestunden. Etter dette går terapeuten inn i observasjonsrommet, mens barnet og den ene av foreldrene leker sammen. Under leken er det først en registreringsperiode på fem minutter der foreldrenes atferd skåres med DPICS. Etter registreringen gir terapeuten umiddelbart tilbakemelding, hvor hun/han først trekker fram foreldrenes framgang og mestring, og så beskriver arbeidsmål for den kommende timen. Leken fortsetter, mens mor eller far får veiledning fra terapeuten via øreplugg. Lengden på treningsøkten vil være avhengig av om en eller begge foreldre deltar, men samlet tid vil sjelden overstige en klokke time. Timen avsluttes så med en kort samtale hvor terapeuten åpner for spørsmål og kommentarer fra foreldrene.

Veiledningen gis i form av korte, positive kommentarer for ikke å forstyrre flyten i samhandlingen mellom foreldre og barn. Terapeuten kan også komme med forslag til hva foreldrene skal si, gi vennlige korreksjoner, eller påpeke og forklare sammenhenger i interaksjonen med barnet. I startfasen bør hvert utsagn fra foreldrene utløse en kommentar fra terapeuten, som så gjennom terapiforløpet gradvis blir mindre aktiv. På denne måten skapes en trygg ramme hvor bekreftelse av mestring er sentralt.

I familier med to foreldre anbefales det at begge deltar i behandlingen, og at leketiden deles mellom dem. Når behandlingen er kommet godt i gang, og når foreldre opptrer gjensidig støttende overfor hverandre, kan den som ikke er aktiv sitte bak enveisspeilet sammen med terapeuten. Dette gir ytterligere mulighet til å utvikle en felles forståelse for og tilnærming til barnets vansker.

Erfaring tilsier at det enkleste for foreldrene er å øke antall beskrivelser av barnets lek, mens både det å redusere antall spørsmål og å gi ros og oppmuntring viser seg å være betydelig vanskeligere. Kriteriene for mestring er satt høyt; i en femminutters sekvens skal det registreres ti beskrivelser eller refleksjoner, ti rosende eller oppmuntrende kommentarer og ikke mer enn tre spørsmål eller beskjeder. Begrunnelsen for overlæring er å sikre at ferdighetene etter endt behandling er «gode nok», slik at de automatiseres og generaliseres til verden utenfor terapirommet.

Når foreldrene mestrer ovennevnte ferdigheter, går en videre til del to som kalles PDI – Parent Directed Interaction. Kriteriene for mestring er klart spesifisert i manualen, men det er likevel rom for at terapeuten utøver et visst skjønn. Noen ganger ser en etter CDI en klar positiv effekt både på interaksjonen og barnets problematferd, og en kan da vurdere å avslutte. Det anbefales imidlertid at hele behandlingen gjennomføres, med bakgrunn i at PDI er den delen som har best effekt på reduksjon av problematferd hos barnet.

Trinn 2: Foreldrene leder interaksjon

Denne delen starter på samme måte med en opplæringstime i prinsippene, og fortsetter med direkte trening på ulike former for grensesetting. Formidling av tydelige og aldersadekvate beskjeder til barnet er avgjørende. Viktigheten av forutsigbarhet, konsistens og utholdenhet i gjennomføring av grensesetting er sentrale tema. Barnet informeres om forventet ønsket atferd, samt om bruk av tenkepause («time-out») (Herschell, Lumley & McNeil, 2000). Rollespill og dukker brukes gjerne også når en skal vise barnet hvordan det skal trene på å høre etter foreldrene.

I timene som følger får foreldrene trening i å gi beskjeder som er tilpasset barnets utviklingsnivå, og å gjøre det på en nøytral, ikke-aggressiv måte. Foreldrene introduseres for trening i avspenning og pusteteknikk som metoder for å mestre dette. Samtidig lærer de å vedlikeholde ferdighetene de lærte under CDI som en måte å redusere konflikter og barnets aggresjon. Treningen går ofte gjennom flere steg, fra «høre-etter-øvelser», trening i virkelige situasjoner og etablering av husregler, til trening med søsken til stede. For eksempel vil beskjeden: «Jeg skal tegne et grønt tre – gi meg den grønne fargeblyanten», følges av ros når barnet hører etter. Dersom barnet ikke hører etter, får det to valg: enten en ny sjanse til å høre etter, eller et valg om å ta tenkepause. Hvis barnet fortsatt ikke hører etter, instrueres foreldrene om å be barnet gå til tenkepausestolen. Barnet sitter på tenkepausestolen en avtalt tid (vanligvis tre minutter), og gis deretter en ny mulighet til å høre etter når det kommer tilbake til leken. Det anses som viktig at tenkepausen gjennomføres minst en gang i løpet av terapien. Siden mange foreldre opplever denne formen for grensesetting som vanskelig, er det imidlertid viktig at situasjonen forberedes og tilrettelegges, slik at både barnet og foreldrene føler seg trygge på det som skal skje (Rayfield, Monaco & Eyberg, 1999).

Avslutning og oppfølging

For de fleste familier vil målet for behandling være nådd etter gjennomsnittlig 12 timer, men det er store individuelle variasjoner. Behandlingen avsluttes når foreldrene mestrer ferdighetene i PDI-delen, og samtidig har opprettholdt ferdighetene fra CDI-delen, slik de er spesifisert i manualen. Effekt av behandlingen måles gjennom en ny registrering av problematferd hos barnet ved hjelp av ECBI og et nytt videoopptak av interaksjonen mellom barn og foreldre som skåres med DPICS. Resultatene sammenholdes med foreldrenes og terapeutens vurdering av hvorvidt målet for terapien er oppnådd, og danner grunnlag for beslutningen om å avslutte behandling.

Det anbefales å kalle familien inn til oppfølgingstime noen måneder etter avsluttet behandling. På denne måten prøver en å sikre at den positive endringen opprettholdes, og en har samtidig mulighet for å fange opp problemer som oppstår når barnet i sin utvikling møter nye utfordringer.

Fremgangsmåten i behandlingsmetoden er detaljert beskrevet av Hembree-Kigin og McNeil (1995) i boka *Parent-Child Interaction Therapy*. I vårt kliniske arbeid har vi i hovedsak fulgt metoden slik den beskrives der, med noe tilpasninger til kulturelle forhold her i landet. Tilpasningene er beskrevet senere under drøftingen av erfaringer fra bruk av PCIT.

Et eksempel på bruk av PCIT

Ved henvisning av Henrik, fem år, ga barnehagen følgende beskrivelser: «Det eneste forutsigbare er at han er uforutsigbar», «Han er farlig», og hadde hypoteser om ADHD og tilknytningsforstyrrelse. Far beskrev imidlertid sønnen som selvstendig og tidlig utviklet på de fleste områder, og han erfarte sjelden problemer med grensesetting. Hans bekymring rettet seg mot Henriks forhold til mor, karakterisert av ustabilitet og uforutsigbart samvær. I Henriks første to leveår var omsorgen preget av hennes depresjon og periodevis rusmisbruk, og medførte at far overtok den daglige omsorgen.

«For de fleste familier vil målet for behandling være nådd etter gjennomsnittlig 12 timer»

Henrik framsto med store variasjoner i ferdigheter og atferd. Han hadde gode kognitive evner, men viste klare vansker med oppmerksomhet, konsentrasjon og affektregulering. Interaksjonsanalysen (DPICS) viste at Henrik gjentatte ganger søkte fars anerkjennelse med blikket uten at far besvarte sønnens initiativ. Leken ble fragmentert og avbrutt av søken etter bekreftelse og anerkjennelse. Far viste god evne til positiv ledelse, konkretisert ved at han blant annet ga beskjeder på en vennlig, men bestemt måte. Han var vennlig, tydelig og utholdende når han ble bedt om å sette grenser for sønnen, mens Henrik reagerte med å bli «liten» og begynne å gråte når far fastholdt grensene. Vi så imidlertid at far var lite oppmerksom på det sønnen gjorde, og han viste lite entusiasme og engasjement i interaksjonen, noe som gjordet det vanskelig for Henrik å opprettholde sin interesse for leken. Hans grensesetting syntes lite fleksibel, og medvirket til å opprettholde Henriks negative atferd.

Behandling

Med far og sønn på plass i lekerommet startet vi med å be far om å beskrive alt sønnen gjorde i leken, samt reflektere alle utsagn gjennom å gjenta, utvide eller forklare. I den første timen viste registreringen at far ga til sammen elleve beskrivelser eller refleksjoner og stilte to spørsmål. Ros var helt fraværende, men de utvekslet flere gode blikk og smil. Fars mestring ble fremhevet samtidig som de spørsmålene han stilte til

Henrik ikke ble kommentert. Hans økning i antall beskrivelser og refleksjoner ble knyttet til positive endringer i Henriks atferd ved kommentarer av typen: «Det du sa nå hjelper Henrik til å konsentrere seg bedre». Det ble også knyttet kommentarer til relasjonen: «Se hvordan han koser seg nå når du er så interessert i det han gjør» og «Fint å se at dere smiler så godt til hverandre».

Senere i terapiforløpet hendte det at Henrik var lite motivert for å leke og begynte å vandre rundt i rommet. Far fikk da beskjed om å fortsette å leke for seg selv mens han beskrev det han holdt på med. Da Henrik igjen satte seg på stolen, foreslo vi at far kunne si: «Jeg vil gjerne leke med deg når du sitter så fint på stolen». Han lyktes i å få fornyet sønnens oppmerksomhet, noe som ble synliggjort gjennom kommentaren: «Nå er det din entusiasme som gjør at Henrik på nytt er konsentrert i leken». Slike episoder medførte at far opplevde behandlingen som nyttig.

Den syvende timen ville Henrik leke med dukkehuset, og vi observerte at rolleleken var fragmentert, med raske temaskifter og gjentatt søking etter blikkontakt og verbale bekreftelser fra far. Vi kommenterte først at fars beskrivelser og refleksjoner i situasjonen fungerte samlende for Henrik. Vi beskrev deretter at vi syntes Henrik var oppfinnsom og kreativ i leken, noe far sa seg enig i gjennom å nikke. Vi foreslo derfor: «Forsøk å si til Henrik at han er oppfinnsom og har god fantasi». Fars ros stimulerte tydelig til økt utholdenhet og engasjement i leken, noe vi beskrev. Far syntes å sette større pris på leken og samværet når det fungerte godt, og vi foreslo derfor: «Prøv å si til Henrik at du trives med å leke med ham», noe som tydelig var nytt og uvant for dem begge.

Midtveisevalueringen bekreftet at vi var på riktig vei, støttet av fars: «Det vet jeg at vi er». Han beskrev klar bedring i Henriks konsentrasjon hjemme, blant annet lekte han lengre perioder uten konstante avbrudd av søken etter bekreftelse. Den positive forandringen denne timen kom til syne gjennom fars entusiasme i leken og hans rosende kommentarer. Henrik klarte for første gang å ta imot ros fra far med «mm», og lignende bekreftelser.

Den ellefte timen var framgangen enda tydeligere, Henriks aktivitet var ikke lenger hektisk. Han tok pauser i leken og gledet seg sammen med far over felles mestring, og ba om hjelp og ventet til far hjalp ham med det han sto fast i. Fars entusiasme og engasjement var tydelig, noe som ble fremhevet i form av kommentarer rettet mot relasjonen, som for eksempel: «Se, ansiktet hans stråler» og «Se hvor mye det betyr for ham at du er så engasjert i leken hans».

Refleksjoner over terapiforløpet

For Henrik var timene med fars udelte oppmerksomhet utvilsomt positive. Leken med far ga nye erfaringer i en affekttilstand hvor han var tilgjengelig for ny læring. Leken med dens elementer av gjentakelse og gjenkjennelse syntes å styrke selvfølelse, etablere indre attribusjon av selvkontroll og gjøre ham i stand til å motta ros. Han utviklet seg i positiv retning i sosiale relasjoner. Antall konflikter med jevnaldrende ble betraktelig redusert, og vi observerte klar bedring i hans oppmerksomhet og konsentrasjon.

Ved oppstart av behandling behersket far det å sette tydelige grenser, han ledet sønnen på en positiv måte og ignorerte uønsket atferd. Gjennom behandlingsforløpet viste han gradvis større engasjement i samspillet med sønnen, tydeligere glede over å være sammen med ham i lek, samt entusiasme over Henriks gode oppførsel og mestring. Henriks behov ble forstått og dekket av far på en mer ansvarsfull og utviklingsstøttende måte. Grensesettingen ble integrert med nødvendig fleksibilitet, varme og innsikt. Dette gjenspeilte seg i reduksjon av problematferd i skolen, blant annet i færre konflikter med jevnaldrende.

Henriks far ble ved oppstart av behandling av personalet i barnehagen ansett for å bagatellisere sønnens problemer og barnehagens vansker med å håndtere ham. Samarbeidet med barnehage, skole og PP-tjeneste var viktig for å tilrettelegge for mestring i sosiale situasjoner. Gjennom samarbeidet erfarte vi at det vokste fram en mer positiv og ressursorientert holdning til familien, blant annet ble fars mestring og samarbeidsevne i større grad verdsatt.

Etter tolv timer konkluderte vi med at det ikke ville være hensiktsmessig å gå videre med PDI-delen, da far allerede i utgangspunktet mestret det å gi tydelige og aldersadekvate beskjeder, samt det å gjennomføre grensesetting på en adekvat måte overfor sønnen. Med lengre erfaring i bruk av metoden, ser vi i ettertid at behandlingen antakelig hadde hatt større effekt dersom vi hadde gjennomført begge trinnene i PCIT. Far hadde nok mest å hente i CDI-delen, gjennom utvikling av ferdigheter i å gi tydelig støtte og oppmuntring til sønnen, samt i den positive erfaringen av å bringe inn entusiasme og engasjement i samspillet. Selv om Henriks problemer med negativ atferd på skolen ble betydelig redusert, så ville sannsynligvis PDI-delen gitt ytterligere hjelp til å redusere uønsket atferd, samt gitt Henrik nødvendig trening i å mestre situasjoner hvor voksne må ta avgjørelser og bestemme.

Kliniske erfaringer

Etter opplæringsperioden har PCIT vært brukt ved fire poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge i Nord- og Sør-Trøndelag. Opplæringsgruppa har etter hvert blitt en nettverksgruppe bestående av ti fagpersoner, som benytter PCIT i ulik grad. Nettverksgruppa møtes jevnlig for faglig utvikling og kollegabasert veiledning. Trening og vedlikehold av ferdigheter i DPICS-skåring for å opprettholde tilstrekkelig reliabilitet har også vært sentralt.

Vår kliniske erfaring med PCIT er så langt basert på rundt 20 gjennomførte behandlinger. Bjørseth (2003) beskriver erfaringer fra bruk av metoden i et behandlingsforløp. I hovedsak har vi brukt PCIT for barn i aldersgruppen 3–8 år med atferdsvansker, enten alene eller som tilleggsproblem ved ADHD. En samlet oversikt over de sakene vi har arbeidet med, viser imidlertid at spennvidden i problemer har vært større enn vi antok. Vi har brukt PCIT i saker hvor barnet bor i fosterhjem, med barn som har gjennomgripende utviklingsforstyrrelser og med en flyktningfamilie hvor tolk var inkludert i arbeidet. En av terapeutene som nå arbeider i psykisk helsevern for voksne, har med godt resultat brukt PCIT som behandling for en kvinne med problemer

knyttet til en kombinasjon av depresjon og dårlig kontrollert aggresjon mot barnet sitt i førskolealder. I ettertid kan det synes som om viljen og dristigheten har vært relativt stor, tatt i betraktning vår begrensede erfaring med metoden.

Gjennom disse behandlingene har vi erfart at metoden kan være til god nytte for barn og foreldre. I noen av sakene har vi registrert svært positiv utvikling i barnets atferd og i interaksjonen mellom barn og foreldre. I andre saker har endringen stadig vært positiv, men kanskje noe mer moderat. Vårt inntrykk er imidlertid at barna uten unntak har opplevd terapien som positiv. For mange av barna har vi erfart at timene har vært opplevd som gyldne øyeblikk sammen med foreldrene.

De fleste foreldre er usikre når de skal eksponere seg selv og sitt samspill med barnet overfor fremmede. På dette området er foreldre sårbare, og terapeutens kompetanse og evne til ivaretaking og motivering er avgjørende. Alliansen som terapeuten etablerer med foreldrene i de første møtene er nødvendig for gjennomføringen av terapien. Terapeuten søker derfor hele tiden å knytte forbindelsen mellom her og nå, til målet for behandlingen. Vår erfaring er at foreldrenes aktive deltakelse i endringsarbeidet medfører en opplevelse av at de kan påvirke og ta ansvar for barnets omsorgssituasjon, og dermed se på seg selv som en viktig del av løsningen. På denne måten kan vi som behandlere påvirke og støtte foreldrene slik at de kan utvikle evnen til både å være og å føle seg kompetente, samt oppleve at de har omgivelsenes tillit som foreldre. Med undring har vi erfart hvordan det å eksponere sin foreldrerolle og motta direkte veiledning på den etter hvert faktisk oppleves som trygt. Flere foreldre har kommet med utsagn som: «Skulle gjerne hatt deg på øret hjemme i går».

Når PCIT presenteres for andre fagfolk, stilles ofte spørsmål om ikke foreldrene og barnet opplever terapisisuasjonen som forvirrende: For foreldrene fordi de må dele oppmerksomheten mellom terapeuten og barnet, og for barnet fordi foreldrene også har sin oppmerksomhet rettet mot terapeuten «på øret». Dette viser seg å gå overraskende bra i de fleste situasjoner, da metoden synes å ha en struktur som sikrer ivaretagelse av begge parter. Både barnet og foreldrene tilpasser seg fort den nye situasjonen, og vi opplever som regel at barnet fort glemmer at terapeuten sitter bak speilet. Vårt inntrykk er at dette skjer fordi foreldrene i sin interaksjon med barnet blir *mer* oppmerksomme, tydelige og positive enn de er til vanlig. Foreldrene kommer fort inn i en rytme hvor de sier noe til barnet, og så venter litt og får høre noe fra terapeuten. For kommunikasjonen med barnet er dette faktisk ofte positivt, fordi det kan gi barnet mer tid til å komme med sitt, og tur-takingen mellom barnet og foreldrene fungerer bedre.

Vi har erfart at en med fordel kan gjøre noen kulturelle tilpasninger når PCIT skal brukes i Norge. Et eksempel er mestringskriteriene for CDI, hvor vår erfaring tyder på at det er vanskelig for norske foreldre å komme opp i det antall rosende kommentarer som er kravet i USA. Norske foreldre vil i tillegg velge en mer neddempet form for ros, slik at vi har funnet det naturlig å utvide noe hva som skåres som ros. Et annet eksempel er bruken av ordet «Please». I manualen understrekes det at en skal tilstrebe en vennlig og respektfull tone fra både barn og voksne, og «Please» skal alltid brukes av både av barn

og foreldre når de skal be om noe. I Trøndelag har vi ofte funnet det veldig fjernt og kunstig for foreldre å alltid henge på «Vær så snill», men her er vi kanskje mer inne på lokale tradisjoner i Norge?

Terapeuten har en aktiv rolle i PCIT. Det er både krevende, og i starten ganske uvant, for de fleste å holde i gang en så tett kommunikasjon med foreldrene. Men den tette oppfølgingen med kommentarer til så å si alle utsagn som foreldrene kommer med, har vi erfart er spesielt viktig for å gjøre foreldrene trygge. Det kan ofte være viktigere å si *noe*, og så kanskje renonsere på den helt gode og terapeutisk «riktige» og treffende kommentaren hver gang. Noen har sammenlignet veiledningen med å være på lufta med direkte sending hele tiden. Det krever at terapeuten har automatisert begrepene, slik at en kan holde i gang en kontinuerlig tilbakemelding og kontakt med foreldrene parallelt med en egen indre refleksjon over den terapeutiske prosessen. Det krever og at terapeuten har et stort repertoar slik at kommentarene blir levende og treffende, ikke mekaniske og stive. Vi har gode erfaringer fra at humor brukt på en respektfull og inkluderende måte kan være en relasjonsbygger til foreldrene.

**«Noen har sammenlignet
veiledningen med å være på
lufta med direktesending hele
tiden»**

PCIT i behandlingskjeden

PCIT er en «individuell» behandlingsform i den forstand at terapeuten behandler ett barn og en familie av gangen. Sammenlignet med Webster-Strattons metode, hvor barn og foreldre deltar i respektive foreldre- og barnegrupper, så vil foreldrene ikke oppleve den støtten og det fellesskapet som ligger i det å møte andre foreldre i samme situasjon. Dette vil kanskje begrense verdien av metoden for enkelte foreldre, som har særlig nytte av støtten i gruppen. I PCIT vil både den direkte veiledningsformen, hvor foreldrene må eksponere sitt samspill med barnet, og kravet om å gjennomføre daglig lekestund hjemme, gjøre behandlingen krevende å fullføre. Frafall og motivasjonssvikt blir en stor utfordring. Mens gruppebasert foreldreveiledning kan redusere frafall ved at foreldrene motiverer hverandre til å gjennomføre behandlingen, vil et individuelt opplegg bli mer avhengig av den relasjonen terapeuten klarer å etablere.

For mindre poliklinikker vil imidlertid individuelle tilbud ofte være det mest realistiske, fordi gruppetilbud krever stor tilgang av saker for å danne noenlunde homogene grupper. Et individuelt tilbud har dessuten den fordel at en kan gi et raskere behandlingstilbud enn om familien må vente på felles start for gruppen. Vår erfaring er videre at den individuelle tilnærmingen kan ha klare fordeler når det gjelder muligheter for tilpasning av opplegget til det enkelte barn og familien.

Behandlingsopplegget følger en manual, men det anbefales å tillempe metoden og tilpasse målsettingene i samarbeid med foreldrene. Den spesielle in-vivo-veiledningen

til foreldrene under lek, gjør det lett å få veiledningen konkret og direkte tilpasset den enkelte foreldre.

Sammenligner en PCIT med PMT-O, vil en som tidligere nevnt se klare likhetstrekk. Ved å trekke de minste barna inn i behandlingen og betoningen av å utvikle tilknytning mellom barn og foreldre gjennom lek, kan PCIT se ut til å være særlig egnet for små barn.

Likhetstrekkene med Marte Meo-metoden er også til stede. Foreldrene anses i begge metodene å være barnets viktigste endringsagenter, med et særlig ansvar for å bringe varme og entusiasme inn i relasjonen til barnet. Særlig i CDI-delen trer likhetstrekkene klart fram, med vekt på å hjelpe foreldrene til å forstå og tolke barnets signaler. PCIT har imidlertid klarere avgrensninger i forhold til målgruppen, da den er særlig egnet for barn i aldersgruppen 2–8 år. Der en i Marte Meo starter med foreldrenes spørsmål, vil en i PCIT bestrebe seg på å ha en vid målsetting for behandling.

Interaksjonen mellom barn og foreldre er fokus, terapeuten leter etter og forsøker å forsterke det positive i relasjonen, samtidig som hun eller han veileder foreldre frem til nye ferdigheter.

PCIT har en forståelsesramme med klar vekt på betydningen av foreldre–barn-relasjonen, som gjør at den relativt lett kan integreres med mer tradisjonelle relasjonsorienterte tilnærminger i psykisk helsevern for barn og unge. Metoden krever generell kompetanse i terapi, omfattende trening i teknikken og en del spesialisert utstyr. I spesialisthelsetjenesten vil erfarne klinikere ha et godt grunnlag for videre opplæring i metoden. Det forutsettes at terapeuten har opplæring og trening både i metoden og det tekniske utstyret, som gjør det mulig å kommunisere med foreldrene gjennom enveisspeilet. Når terapeuten skal veilede foreldrene, dvs. gi tilbakemelding og instruksjoner til foreldrene under lek med barnet, må terapeuten reagere svært raskt, noe som forutsetter en god del trening. Det er foreløpig ikke formalisert krav til terapeuter som skal drive med PCIT, men i USA er holdningen etter hvert at det bør stilles krav til høy reliabilitet i DPICS-skåringen, og til å ha gjennomført et visst antall terapier under veiledning.

I USA drives det i dag forsøk med å spre metoden fra universitetsklinikker til mindre klinikker. Dette gjelder særlig innenfor barnevernsfeltet. Resultatene fra denne utprøvingen er ikke klare enda. Selv om det ikke er helt sammenlignbare ordninger i Norge og USA, kan mye tyde på at metoden kan ha et potensial til å være nyttig også i andre sammenhenger enn i psykisk helsevern. Det ville være interessant å prøve ut om dette også kunne være en metode som kan anvendes i norsk førstelinjetjeneste.

Anne Kristine Wormdal

Psykologisk Institutt, NTNU, Trondheim

Tlf 73 59 19 60

E-post anne.wormdal@svt.ntnu.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 42, nummer 8, 2005, side 693-699

TEKST

Åse Bjørseth

Anne Kristine Wormdal

+ **Vis referanser**

Referanser

Achenbach, T. M. (1992). Manual for the Child Behaviour Check List/2-3 and 1992 profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Bjørseth, Å. (2003). Presentasjon av Parent-Child Interaction Therapy (PCIT): Illustrert med kasuseksempel. Spesialistoppgave levert for spesialiteten Klinisk psykologi med fordypningsområde familie. Familieenheten/BUP. Sykehuset Levanger.

Brestan, E., Eyberg, S. M., Boggs, S., & Algina, J. (1997). Parent-Child Interaction Therapy. Parent perceptions of untreated siblings. *Child and Family Behavior Therapy*, 19, 13-28.

Eyberg, S. M. (1988). Parent-Child Interaction Therapy. Intergration of traditional and behavioral concerns. *Child and Family Behavior Therapy*, 10, 33-46.

Eyberg, S. M., Bessmer, J., Newcomb, K., Edwards, D., & Robinson, E. A. (1994). Dyadic parent-child interaction coding system. A manual. Upublisert manuskript. University of Florida.

Eyberg, S. M., & Boggs, S. R. (1998). Parent-child Interaction therapy: A psychosocial intervention for the treatment of young conduct-disordered children. I J. M. Briesmeister & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems* (ss. 61-97). New York: Wiley.

Eyberg, S. M., Boggs, S., & Algina, J. (1995). Parent-Child Interaction Therapy. A psychosocial model for treatment of young children with conduct problem behaviour and their families. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 83-91.

Foot, R., Eyberg, S. M., & Schumann, E. (1998). Parent-child interaction approaches to the treatment of child conduct problems. I T. Ollendick & R. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (ss. 125-151). New York: Plenum.

Hembree-Kigin, T., & McNeil, C. B. (1995). *Parent-Child Interaction Therapy*. New York: Plenum.

Hensler, D., Wilson, C., & Sadler, B. L. (2004). Closing the quality chiasm in child abuse treatments: Identifying and disseminating best practices. The findings of the Kauffman Best practices project. www.chadwickcenter.org/resources.htm

Herschell, A. D., Lumley, V. A., & McNeil, C. B. (2000). *Parent-Child Interaction Therapy. Innovations in clinical practice: A source book* (vol. 18). New York: Plenum.

Hood, K. K., & Eyberg, S. M. (2003). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy: Mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 419-429.

McCellan, J. M., & Werry, J. S. (2003). Evidence-based treatments in child and adolescent psychiatry: An inventory. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1388-1400.

McNeil, C., Eyberg, S., Eisenstadt, T., Newcombe, K., & Funderburk, B. (1991). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: Generalization of treatment effects to the school setting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 140-151.

Ogden, T. (1999). Antisosial atferd og barneoppdragelse. «Parent Management Training» som foreldreopplæring. *Spesialpedagogikk*, 6, 3-17.

Rayfield, A., Monaco, L. & Eyberg, S. M. (1999). Parent-Child Interaction Therapy with oppositional children. I S. Russ & T. Ollendick (Eds.), *Handbook of psychotherapies with children and families* (ss. 327-343). New York: Kluwer Academic.

Saunders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (Eds.). (2003). *Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment*. (Final Report: January 15, 2003). Charleston SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.

Schumann, E., Foote, R., Eyberg, S., Boggs, S., & Algina, J. (1998). Parent-Child Interaction Therapy. Interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 34-45.

Webster-Stratton, C. (2000). *De utrolige årene*. Oslo: Gyldendal.

Webster-Stratton, C., & Hancock, L. (1998). Training for parents of young children with conduct problems: content, methods, and therapeutic processes. I J. M. Briesmeister & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems* (ss. 98-152). New York: Wiley.

Urquiza, A. J., & McNeil, C. B. (1996). Parent-Child Interaction Therapy: Potential applications for physically abusive families. *Child Maltreatment*, 1, 134-144.