

Hvilke barn og familier har størst utbytte av foreldreveiledningen «Parent Management Training»?



Av Kristine Amlund-Hagen,
forsker,
Nasjonalt utviklingssenter
for Barn og Unge,
Oslo



Terje Ogden,
forskningsdirektør,
Nasjonalt utviklingssenter
for Barn og Unge,
Oslo

Trening i foreldreferdigheter er en intervensjon rettet mot foreldre som vil avhjelpe atferdsproblemer hos sine barn. Parent Management Training, Oregon modellen (PMTO),¹ er en av de mest virksomme metodene for behandling av slike problemer hos barn, og positive utfall av metoden er dokumentert i flere kliniske studier, både internasjonalt og i Norge.²

Formålet med denne studien var å undersøke hvilke potensielle kjennetegn som kunne forklare for hvem og under hvilke betingelser PMTO var mest nyttig.³ I motsetning til tidligere studier fokuserte denne på hele bredden av målte påvirkningsvariabler eller prediktorer, enten disse var knyttet til barna, foreldrene, terapeutene eller selve terapiene. Dette ble undersøkt ved å analysere behandlingsutbyttet hos et stort antall norske familier som hadde mottatt PMTO. Utfallsvariablene var redusert problematferd og økte sosiale ferdigheter hos barna, vurdert av foreldre og lærere. Foreldre har rollen som den viktigste endringsagenten i arbeidet med å forebygge og redusere atferdsproblemer hos sine barn.

PMTO er derfor utviklet for å redusere gjensidig negativ atferd mellom barn og foreldre gjennom å bryte opp i fastlåste samspillmønstre og øke foreldrenes positive samhandling og engasjement.⁴ Videre å øke

foreldrenes positive involvering, deres ferdigheter til å løse konflikter sammen med barnet samt å gi barnet ros og oppmuntring. Foreldre veiledes også til å gjøre hverdagen forutsigbar og trygg for sine barn gjennom å etablere konsekvente regler kombinert med positive forventninger til barnas oppførsel.

Deltakere

Deltakerne i studien var 331 barn, 85 jenter (26 %) og 246 gutter og deres familier. Barna var i alderen 3 til 12 år (gjennomsnittlig 8,69 år). I etterundersøkelsen som ble foretatt ved endt behandling, deltok 239 familier (72,2 %). Det gjennomsnittlige inntekts- og utdanningsnivået lå omtrent på gjennomsnittsnivået i Norge. 38 % av foreldrene var eneforsørgere og 28 % av familiene mottok trygd.

Normative skårer justert for alder og kjønn viste at de fleste barna hadde alvorlige atferdsproblemer, vurdert av både foreldre og lærere. 135 PMTO-terapeuter deltok i studien, og de behandlet fra 1-6 familier hver. Terapiene varte fra 2 til 27 måneder. Mødre deltok gjennomsnittlig 23,8 timer i terapi, fedre 13,7 timer og barna 2,1 timer. Familier ble rekruttert gjennom ordinære barnevern- og psykisk helsetjenester, informert samtykke ble innhentet, og studien var godkjent av regional komité for medisinsk forskning. →



Resultater

Resultatene viste samlet at atferdsproblemene hos barna ble redusert etter behandlingen, basert på foreldre- og lærervurderinger. Økte sosiale ferdigheter ble også registrert, selv om endringene på dette området var noe mindre. Det var en klar tendens til at barn som ved inntak hadde de alvorligste atferdsproblemene (størst symptomtrykk) også endret seg mest etter behandlingen. Jenter mer enn gutter. Terapeutenes vurdering av tilfredshet med behandlingen var også en signifikant prediktor for positive endringer. Dette er et viktig funn fordi det betyr at PMTO-terapeuter kan ha en god forståelse av hvor godt behandlingen virker på barna og familiene. Selv om de har begrenset kontakt med barnet selv, virker det som deres vurdering av behandlingsutfall samsvarer godt med foreldre- og lærervurderinger av barnas atferd når behandlingen avsluttes.

Hvis barna selv tar del i behandlingen, viser denne studien at atferdsendringene blir større. Det samme gjaldt for fedre: deres deltakelse i behandlingen predikerte positive endringer for barna. Samtidig var fedrene langt mindre involvert i behandlingen enn mødrene, og barna deltok i enda færre av behandlingstimene. Dette kan forklares på flere måter. For det første kan det bety at det generelt er positivt at fedre (når de er inne i bildet) og barn deltar i behandlingen. I familier hvor også far er på banen, kan det være et uttrykk for at hele familien er mer engasjert i barna, og at det er gunstig for barnas utvikling. I så fall bør en tilstrebe større deltakelse fra fedre. Det kan også være at terapeutene er dyktige til å vurdere

når de bør involvere fedre og/eller barna i behandlingen, og at dette kan forklare den positive virkningen på barnas atferd.

Videre predikerte mors tilfredshet med behandling også større endringer i barnas atferd. Det gjorde også antall timer mor deltok i behandling med tanke på utagerende (eksternaliserende) atferd hos barnet. Men den positive sammenhengen mellom behandlingens lengde og endringer hos barna så bare ut til å gjelde opptil et visst punkt. For eksempel varte noen behandlinger i 56 timer, men for disse familiene førte ikke den lange behandlingstiden i seg selv til større endringer. Sannsynligvis gjenspeilte dette at familier med mange problemer ønsket å fortsette behandlingen, men atferdsendringer var likevel vanskelig å oppnå. For disse familiene vil muligens støtte fra flere tjenester, (NAV, velferd, jobb-søking, helsetjenester for voksne, ekteskapsrådgivning etc.) være nødvendig.

Et interessant funn var at forbedringer i foreldrenes ferdigheter til å oppmuntre positiv atferd hos barnet var forbundet med redusert lærervurdert problematferd hos barnet. Med andre ord, positive endringer i foreldreferdigheter syntes å ha en overføringsverdi fra hjemmet til skolen eller barnehagen. Oppmuntring og ros fra foreldre var også forbundet med mer positive vurderinger av barnas sosiale ferdigheter etter endt behandling.

Terapeutisk allianse regnes for å være en viktig faktor for å oppnå bedre behandlingsutfall og er egentlig

uavhengig av terapeutisk tilnærming.⁵ I denne studien viste det seg at god terapeutisk allianse mellom terapeut og familie var en viktig forutsetning for endringer i barnas problematferd. Sivilstand eller sosioøkonomisk status hadde derimot ingen sammenheng med endringer i barnas atferd. Det kan bety at PMTO kan tilpasses både til eneforsørgere og intakte familier. Videre er den økonomiske støtten til familier med eneforsørgere relativ sjenerøs i Norge, noe som kan bidra til å forklare hvorfor denne faktoren

ikke hadde så mye å si som i andre studier. Og siden det viste seg at heller ikke symptomer på depresjon hos foreldrene hadde noen betydning for endringer i barnas atferd, kan det indikere at moderate psykiske problemer hos foreldre ikke er uforenlig med å delta i og ha nytte av foreldreveiledning. ■

KONKLUSJON

Sammenliknet med familier som ikke fullførte behandlingen, hadde familier som fullførte behandlingen barn som scoret høyere på lærervurdert problematferd ved inntak og fedre som deltok mer i behandlingen. Dette tyder på at foreldrene til barn med de alvorligste atferdsproblemene ved inntak i størst grad fullførte behandlingen, og barna som hadde størst symptomtrykk endret seg også mest.

Det er viktig å understreke at denne undersøkelsen ble gjennomført i vanlige tjenester for barn og familier. Diagnostisk historie og bakgrunnsinformasjon var derfor ufullstendig i mange tilfeller. Resultatene tegner likevel et ganske representativt bilde av barna og familiene som ble rekruttert til denne studien. Men fordi alle barna og deres familier deltok i PMTO-behandlingen, kan vi ikke utelukke kjente validitetstrusler som tendensen til å gi positive vurderinger hos respondentene, barnas

modning eller den statistiske tendensen 'regresjon mot middelverdien'. Likevel gir studien slik den ble designet og gjennomført, muligheter for å identifisere den relative betydningen av barne-, familie-, terapeut- og terapifaktorer for endringer i barnas atferd. Men vi understreker at fordi denne studien ikke var en randomisert kontrollert studie, så kan vi ikke konkludere med at forbedringene er et resultat av intervensjonen. Vi beskriver utfallene som endringer i barnas atferd og viser ellers til den randomiserte, kontrollerte studien av PMTO.²

Identifikasjon av prediktorer for positive endringer i barns atferd kan forbedre presisjonen i arbeidet med veiledning og opplæring av foreldre. Dermed øker sjansene for gode resultater. Videre gir også denne identifikasjonen signaler om når og for hvem endrede protokoller eller flere behandlingskombinasjoner bør brukes.

Referanser

1. Patterson GR. Coercive family process. Castalia Publishing Company, 1982.
2. Ogden T, Hagen KA. Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: a randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008;76(4):607-621.
3. Hagen K, Ogden T. Predictors of changes in child behaviour following parent management training: Child, context, and therapy factors. *International Journal of Psychology* 2017;52.2:106-115.
4. Forgatch MS. Parenting through change: A programmed intervention curriculum for groups of single mothers. Eugene: Oregon Social Learning Center, 1994.
5. Hukkelberg S, Ogden T. General and specific factors of working alliance in parent training: A bifactor exploratory structural equation modelling approach. *Psychotherapy Research* 2017:1-10.