

Parent Management Training – Oregon Modellen (PMTO)

Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge

Roar Solholm, Elisabeth Askeland, Terje Christiansen og Mona Duckert

Innledning

Atferdsforstyrrelser er den vanligste psykiske lidelsen blant barn og unge i Norge og rammer ca 5 % av barne- og ungdomsbefolkningen. En stor overvekt av disse er gutter (3-1) (Norges forskningsråd, 1998). Betegnelsen atferdsforstyrrelse referer til variert og forskjelligartet atferd. Ved å anvende dimensjonene åpen - skjult atferd og destruktiv - ikke destruktiv atferd kom Frick et. al (1993) gjennom en metaanalyse til at en grovt kan dele atferdsforstyrrelser inn i følgende fire kategorier: 1) Atferd som krenker andres eiendom/eiendeler (stjeling, hærverk, brannstiftelse etc.) 2) Aggressiv atferd (slåssing, mobbing, grusomhet mot andre personer eller mot dyr etc.) 3) Atferd som bryter med normer for egen status (skulking, rømming, alkohol- og stoff (mis-)bruk. 4) Opposisjonell atferd (sinne, raseriutbrudd, trass, irritabilitet etc.). Atferden fra disse kategoriene forekommer i ulike kombinasjoner og varierer sterkt både i forhold til alvorlighetsgrad, frekvens og kronisitet (Kazdin, 1996b).

Det sentrale trekket ved atferdsforstyrrelser er et vedvarende mønster der andres rettigheter og aldersadekvate sosiale normer blir krenket. Som en formell psykiatrisk diagnose kreves tilstedeværelsen av et visst antall nærmere spesifiserte symptomer og en varighet på minst 6 mnd (ICD-10) eller 12 mnd (DSM IV). Mens DSM IV deler atferdsforstyrrelser inn i ”conduct disorder” og ”oppositional defiant disorder”, opererer ICD-10 i tillegg med underkategoriene ”atferdsvansker begrenset til hjemmet” og ”sosialisert” og ”usosialisert atferdsforstyrrelse”. Begge systemer anbefaler en spesifisering i forhold til grad av alvorlighet (mild, moderat og alvorlig) samt en spesifisering i forhold til debutalder, ”Childhood onset type” (før 10 års alder) og ”Adolescent onset type” (etter 10 års alder). Gruppen 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 en mer kortvarig antisosial karriere. I denne gruppen synes også kjønnsfordelingen å være langt jevnere (Hinshaw og Anderson, 1996).

Barn med atferdsforstyrrelser fyller ofte kriteriene for andre psykiatriske diagnoser, for eksempel hyperaktivitet, depresjon, angst og skolefaglig underyting/lærevansker. De som får denne diagnosen har også ofte svakt utviklede sosiale ferdigheter og har svake relasjoner både til voksne og jevnaldrende. Svikt i kognitive problemløsningsferdigheter, attribusjon av fiendtlig hensikt til andre, avvisning og mistenksomhet i sosiale relasjoner er også assosierte trekk hos mange barn og unge med atferdsforstyrrelser. (Kazdin, 1996b; 1997b).

Konsekvensene av atferdsforstyrrelser er alvorlige både for barnet selv, de nærmeste omgivelsene og storsamfunnet. For barnet kan det innebære langvarig svekket fungering (særlig for gruppen med tidlig debut) og selv om under halvparten fortsatt har en diagnostiserbar atferdsforstyrrelse i voksen alder, vil svært mange få en betydelig svekket fungering både i forhold til psykisk helse, sosiale relasjoner, utdannings- og yrkeskarriere (Kazdin, 1996b). Gruppen er også overrepresentert i forhold til ulykker, suicid, kriminalitet og alkohol- og stoffmisbruk. Atferdsforstyrrelser er også en alvorlig belastning og utfordring 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.

Atferdsvansker er den hyppigste henvisningsgrunnen til Barne- og ungdomspsykiatrien, og 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 såvidt alvorlige og belastende, både for barnet selv og de nærmeste omgivelsene, at det krever profesjonell intervensjon.

Til tross for en lang historie, der det har vært prøvd en rekke ulike tiltak og behandlingstilnærminger for å forebygge og redusere alvorlige atferdsvansker, har ikke resultatene vært særlig oppløftende. Mot slutten av 1980-årene og ut over 1990-årene, tiltok misnøyen med resultatet av de eksisterende

tilbudene for barn og ungdom med alvorlige atferdsproblemer i Norge. I denne perioden ble eksempler på barn og unges aggresjon og tilsynelatende blinde vold også mer synlig i det offentlige rom. Media fokuserte på episoder der for eksempel barn ranet andre barn og der ungdomsgrupper var involvert i vold- og drapepisoder med utgangspunkt i gjengdannelser. De eksisterende intervensjonsmetoder og behandlingstilbud kom i mediens søkelys med krav om politisk handling når det gjaldt håndteringen av denne gruppen barn og unge. Innen spesialisttjenesteområdene for barn og ungdom økte henvendelsene fra familier med atferdsvansker og tjenesteområdene ga selv uttrykk for mangelfull kompetanse i forhold til denne gruppen. Det var etterhvert et uttalt ønske om å kunne bistå familiene før barna var i ferd med å bli plassert på institusjon.

I Norge hadde en på dette tidspunktet ingen evidensbasert dokumentasjon av hva som virket av de ulike tilbudene familier med atferdsvansker mottok fra det offentlige tjenesteapparatet. Det de fleste derfor kunne enes om, var nødvendigheten av en annen og bedret kompetanse innen dette fagfeltet.

Fra begynnelsen av 1990-årene tok Barne- og familiedepartementet flere initiativ i forsøk på å komme disse signalene i møte. I løpet av noen år kom det flere offentlige utredninger og rapporter 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. En etterlyste spesielt systematisert kunnskap om årsaksforhold, forebygging og effektive intervensjoner. I rapporten fra ekspertkonferansen (Norges forskningsråd, 1998), 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. Til grunn for rådene lå bl.a. en forståelse av at atferdsvansker må forebygges på et tidligst mulig tidspunkt i et barns liv fordi muligheten er størst for å stoppe/reducere antisosial atferd dersom intervensjonen settes i verk tidlig i utviklingsforløpet. Rapporten ga også en klar anbefaling om å satse på evidensbaserte modeller for forebygging og behandling, og argumenterer bl.a. mot

tradisjonell insitusjonsbehandling bl.a. p.g.a. ”stor smittefare”. 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 et al, 1998) for ungdom og Webster-Strattons program (Webster Stratton & Herbert, 1994) for aldersgruppen 4-8 år.

Alle disse tre programmene er familie- og nærmiljøbaserte modeller som er orientert mot ressurser og kompetanseutvikling i familien. De har i tillegg fokus på andre sentrale arenaer i nærmiljøet hvor barn og ungdom ferdes.

I denne artikkelen skal vi innledningsvis kort skissere noen av de viktigste teoretiske formuleringene og forskningsfunnene fra perspektivet som danner bakgrunnen for utviklingen og utformingen av PMTO. For en bredere og mer detaljert presentasjon vises det for eksempel til Patterson (1982), Patterson, Reid & Dishon (1992) og Reid, Patterson og Snyder (2002) samt til oversiktsartikler av Ogden (1999) og Forgatch (1999). Vi vil videre i artikkelen beskrive noen av de mest sentrale behandlingsprinsippene og teknikkene i PMTO og avslutningsvis vil vi redegjøre for den pågående implementeringen i Norge.

Bakgrunn og historiske røtter

PMTO er en behandlingsmetode for barn med atferdsvansker som 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 i denne forskningen 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, Reid & Dishon, 1992, Patterson, Reid og Eddy, 2002). Utviklingen av en teoretisk modell for å forstå barns aggresjon og antisosiale atferd og utviklingen av intervensjon i forhold til disse problemene, har hele tiden gått parallelt. Problemstillingene har dermed blitt gjenstand for et usedvanlig fruktbart vekselbruk der klinisk praksis, forskningsresultater og teoretiske formuleringer gjensidig har påvirket og utviklet hverandre. Tankegangen bak en slik tilnærming til klinisk psykologisk forskning er bl.a. redegjort for i

Pattersons to hovedverk (Patterson, 1982 og Patterson, Reid og Dishon, 1992) samt i artikler av Forgatch (1991 og 1999).

Pattersons interesse for barn med atferdsvansker skriver seg tilbake til tidlig i 1950-årene (Patterson, 1982, Patterson, Reid og Dishon, 1992, Patterson, Reid og Eddy, 2002). Som nyutdannet terapeut ble han slått over mangelen på behandlingsresultater overfor barn med atferdsvansker, og han utdannet seg derfor ved Wilder-klinikken, en klinikk som da ble ansett å være en av de beste psykoanalytiske poliklinikkene i USA. Her ble han opplært i en metode der barna mottok intensiv individual- og/eller gruppeterapi, mens foreldrene fikk et eget supplerende tilbud. Tidlig i 60-årene konkluderte imidlertid Patterson med at ”det beste ikke var godt nok”, selv om det på det tidspunktet var uklart om problemet skyldtes mangler ved de fremherskende teoriene om aggresjon eller om behandlingsteknikkene som bygget på disse teoriene, var utilstrekkelige. Selv om en klarte å få i stand positiv endring hos enkelte barn hvor foreldre også rapporterte om bedring, viste oppfølgingsundersøkelser at endringene ofte var kortvarige og forbigående.

Når det gjelder tidlig inspirasjon til egen faglig utvikling viser Patterson (1982) til fremveksten av anvendt læringspsykologi på 60-tallet innen sentrale fagområder som utviklingspsykologi, personlighetspsykologi og klinisk psykologi. Både Millers og Dollards anvendelse av tradisjonell forsterkningsteori, Bandura og Walters sosiale læringsteori, Skinners operante betingning og arbeidene til Ullman og Krasner innen klinisk psykologi nevnes som viktige påvirknings- og inspirasjonskilder. Patterson var spesielt fascinert av muligheten som lå i å kunne oversette faglige begreper til et observerbart og testbart språk. De data som ble samlet inn var observerbar atferd hos klientene, noe som, ifølge Patterson, skapte et helt nytt sett av avhengige variabler innen klinisk psykolog forskning. Vektleggingen av observasjon som metode ble dermed et naturlig valg og har siden vært et av særtrekkene ved forskningsmiljøet ved OSLC.

Patterson anvender selv Cairns inndeling av sosiale læringsteorier i ”generasjoner” når han skal plassere seg i det teoretiske landskapet. Han kaller sitt ståsted for en 4.generasjons sosial læringsteori

(Patterson, 1992), og i tillegg til tidligere generasjoner sosial læringsteori fremhever han spesielt tre forskningsområder som har inspirert og influert hans posisjon: forskning på tilknytning, forskning på familie og vennerelasjoner og forskning på 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. Patterson egen behandlingsforskning og løpende kliniske kontakt med familier med barn med atferdsvansker har også vært sentral for utviklingen av dette perspektivet. Gjennom det kliniske arbeidet ble det erkjent at disse barna ofte levde i familier med multiple problemer. Foreldrenes interaksjon med barna var ofte inkonsistent (dvs. at de ikke systematisk forsterket prososial atferd eller stoppet antisosial atferd) og deres samhandling med øvrige familiemedlemmer var ofte preget av irritabilitet og negativitet. Studier av behandlingseffekt viste også viktigheten av å lære foreldrene spesifikke ferdigheter i sin håndtering av barna. Kontakten med familiene viste videre at verken familie eller terapeut opererte i et sosialt vakuum. Familiene ble stadig påvirket av negative stressorer for eksempel tap av arbeid, samlivsbrudd og depresjon, problemstillinger som det også var nødvendig for terapeutene å forholde seg til. Da Bronfenbrenner formulerte sitt økologiske perspektiv (1977) var dette sammenfallende med den posisjon som Patterson og hans kollegaer alt hadde inntatt (Patterson, 1982).

Forskningen ved OSLC har bl.a. vært finansiert av NIMH (National Institutes of Mental Health), NICHD (National Institutes of Child Health and Development) and NSF (the National Science Foundation), og resultatene har etter hvert blitt en naturlig del av den generelle kunnskapsbasen om barn med atferdsvansker. Det som kjennetegner forskningstradisjonen ved OSLC er at studiene gjerne har en multiagent og multimetode design med repeterte målinger. Studiene omfatter både clinical trials og longitudinelle studier, men også eksperimentell testing gjennom randomisert design.

Social Interaction Learning Modell (SIL)

Den generelle modellen eller perspektivet som ligger til grunn for PMTO, er beskrevet som ”Social Interaction Learning Model ” (SIL). (Forgatch, 1999, 2002) Andre betegnelser som har blitt anvendt er

”Sosial Interaksjons læringsteori (Ogden, 1999)”, ”Social Interactional Perspective” (Patterson, Reid & Dishon, 1992) og ”Pattersons Social Learning Analysis” (Berkowitz, 1993). Patterson (1992) og Patterson, Reid og Eddy, (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. Det som kjennetegner modellen er at den nettopp har vært i stadig utvikling i tråd med nye forskningsresultater og klinisk erfaringer.

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 hyppig bruk av tvang og press (coercion), 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 blant annet 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 influere barns tilpasning.

Patterson, Reid & Dishon. (1992) anerkjenner fullt ut at årsakene til antisosial atferd er mangfoldige og sammensatte. Det er ikke lenger snakk om hvorvidt atferd skyldes bestemte betingelser i omgivelsene, kognisjoner, følelser eller genetiske disposisjoner/medfødte egenskaper. I stedet antas det at alle disse faktorene interagerer og påvirker den løpende atferden. 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. Ofte kan barn med atferdsvansker i utgangspunktet være krevende, og flere undersøkelser tyder på at høy og omfattende forekomst av antisosial atferd i førskolealder tenderer mot å vedvare, og at dette også predikerer mer

alvorlig antisosial atferd senere (for eksempel lovovertrедelser og stoffmisbruk). Dette har fått Patterson, Reid & Dishon (1992) til å snakke om et mulig antisosialt trekk hos disse barna, dvs. en relativt stabil disposisjon til å anvende aversiv atferd betinget, også etter at dette utviklingsmessig skulle være et tilbakelagt stadium. Dette antisosiale trekket synes stabilt både over tid, setting og generasjoner. Mulige medfødte komponenter til dette trekket kan, ifølge Patterson et al (1992), være hyporesponsivitet til negative konsekvenser, temperament, spenningsøking (hyporesponsivitet til stimuli generelt) hyperresponsivitet til forsterkere assosiert med samhandlinger preget av tvang/press samt lav elektrodermal aktivitet.

Patterson (1982, 1992) har valgt å bruke begrepet antisosial for å beskrive barn med atferdsvansker. Hans fokus er imidlertid mer på antisosiale hendelser (antisocial events) enn på antisosiale personer. Med antisosiale hendelser mener Patterson hendelser som både er aversive og betinget. Når det gjelder aversivitet, viser undersøkelser at det er stort samsvar 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 betingete (Patterson, 1982). Som Ogden (1999) påpeker viser begrepet antisosial, når det anvendes på små barn, i hovedsak til forløpere for alvorlig antisosial atferd (sinne, fysisk utagering, opposisjon og protester). Patterson understreker imidlertid at denne atferden ikke er så ”uskyldig” som den kan virke, og i stedet må oppfattes som en prototype på senere antisosial atferd (Patterson, Reid & Dishon, 1992)

Patterson (1982, 1992) skiller mellom læring og utføring (learning and performance), og beskriver SIL som et perspektiv som omhandler utøvelse av antisosial atferd. Han hevder at alle barn, alt når de er 3-4 år gamle, har vært involvert i (i det minste som observatører) 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 (overt) antisosiale handlinger som er betinget av atferden til andre, og skjulte (covert) antisosiale handlinger som brukes for å unngå ubehagelige opplevelser og maksimere umiddelbar selvtilfredsstillelse. (Patterson, Reid & Dishon, 1992). Fluktbetinging (escape-conditioning/negativ reinforcement) er, ifølge Patterson, den primære determinanten for åpen antisosial atferd, mens unngåelsesbetinging (avoidance-conditioning) er den primære determinanten for skjult antisosial atferd. Patterson har i sin forskning og teoretisering særlig fokusert på fluktbetinging som mekanisme, og han mener at dette er den viktigste mekanismen for å forklare hvordan barn trenes i antisosial atferd. Imidlertid understreker han at både positiv forsterkning av aggressiv atferd og unngåelsesbetinging bidrar til utviklingen av antisosial atferd hos barn. Når det gjelder skjult atferd som for eksempel skulking, lyging og stjeling antar Patterson at disse styres av en kombinasjon av positiv forsterkning og unngåelsesbetinging.

Patterson og hans kollegaer har særlig interessert seg for det subsettet av aversive hendelser som forgår innenfor familiesystemet og i samspillet mellom barn og deres venner. For å beskrive dette samspillet anvendes begrepene ”coercion” og ”coercive events” (Patterson 1982, Patterson, Reid & Dishon, 1992 og Reid, Patterson og Snyder, 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 (for eksempel når mor eller far slår av tv’en, protesterer barnet høylydt og begynner å skrike). Beskrivelsen av denne mekanismen på et mikrososialt nivå omtales i litteraturen fra OSLC ofte som ”the coercion model”, ”coercion theory” eller forsterkningsfellen (the reinforcement trap).

Aversive hendelser er, ifølge Patterson (1982, 2002) i rikt monn til stede i alle familier. Disse aversive hendelsene kan ofte virke relativt uskyldige, men forskning viser at det er en økt forekomst av slike hendelser i familier med barn atferdsproblemer, og de predikerer også senere alvorlig antisosial atferd. (Patterson, 1982, Patterson, Reid & Dishon, 1992, Forgatch, 2002) 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/press (coercion) i interaksjonen er en kompleks prosess som gradvis og uunngåelig former familiemedlemmene slik at de i økende grad opptrer fiendtlig mot hverandre. En typisk sekvens innledes gjerne med at person A opptrer aversivt (eller på en måte som oppfattes som aversiv) mot person B (mor eller far kjefter på gutten for at han skal gjøre lekser), og den aversive reaksjonen til person B (gutten protesterer høylydt og nekter) fører til at den opprinnelige aversive atferden til person A opphører (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. Denne mekanismen betegner Patterson som "forsterkningsfellen" (the reinforcement trap). 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. Det fjerde steget i sekvensen er imidlertid kanskje det mest overraskende. Gutten slutter å argumentere og hans atferd blir nøytral eller positiv. Med en gang den opprinnelige aversive hendelsen (mors kjefting) opphører vil også guttens motreaksjon opphøre. Patterson (1982) fant gjennom en serie hjemmeobservasjoner at den gjennomsnittlige tiden et barn skrek ble sterkt redusert dersom det forut for skrikningen hadde vært en aversiv hendelse og mor hadde føyd seg da barnet begynte å skrike. 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 aksjons-reaksjons- sekvenser som gjennomføres uten at personene som er involvert er klar over dette.

Trening i bruk av tvang/press i sosial interaksjon krever interaksjon med personer som gjør to ting: 1) ofte setter i gang aversive interaksjoner og 2) har en tendens til å trekke seg når den andre kommer med et motangrep. Effekten er at den som setter i gang samhandlingssekvensen trener den andre til å bruke visse reaksjoner for å stoppe den ubehagelige inntrengingen. Den individuelle stilen hos hver familie vil bestemme hvordan dette kommer til uttrykk. Tvang/press interaksjoner forekommer oftest i familier der reglene for barn og roller i familien ikke er klart definert. Det er også paradoksalt at foreldre som selv er irritable betinger barna til å bruke aversive responser i et omfang som matcher egen irritabilitet. Over tid blir dette til predikerbare samhandlingsmønstre som familien ikke klarer å bryte på egen hånd.

Forsterkningsbetingelsene forandrer både innholdet og strukturen i den pågående interaksjonen.

Forsterkningsbetingelsen vil for eksempel øke sannsynligheten for at barn vil bruke skriking (innhold) for å skru av krav fra foreldrene, og de samme betingelsene vil også øke sannsynligheten for at barnet selv vil initiere negativ kontakt (struktur) senere, selv om foreldrene er nøytral eller positiv.

Ifølge Patterson, Reid & Dishon (1992) gjennomløper barn med antisosial atferd en aksjons-reaksjons karriere som kan deles inn i fire stadier, 1) grunntrening, 2) reaksjoner fra de sosiale omgivelsene, 3) avvikende venner og finpussing av antisosiale ferdigheter og 4) karriere som antisosial voksen.

Barn som oppleves som vanskelige av foreldrene får sin grunntrening i antisosial atferd hjemme i omgang med foreldre og søsken gjennom de mekanismene som er beskrevet overfor. Gjennom stadige gjentakelser av aversive interaksjoner lærer barnet å skru av ubehagelige krav fra den voksne ved å selv bruke aversive hendelser. Etter hvert vil den aversive interaksjonen øke i varighet, og sannsynligheten for eskalering (at kjefting går over til fysiske håndgripeligheter) vil være stor. Disse treningssekvensene foregår flerfoldige ganger hver dag, men blir ofte ikke lagt merke til fordi de er

omsluttet av den jevne strømmet av interaksjon mellom familiemedlemmene. Begrepet om grunn trening inkluderer ideen at familieprosessene inngår i en kontekst som har betydelig innflytelse på hva som foregår i familien.

Stadie 2 beskriver barnets anstrengelser for å hankses med viktige utviklingsoppgaver. Barn som er trent i antisosial fungering hjemme vil være i risikozonen for å feile sosialt og faglig. De risikerer å bli avvist av foreldre og søsken (Patterson 1986a) og det er vanskelig å motivere og lære disse barna tilfredsstillende skolefaglige ferdigheter. Deres eksplosive sinneutbrudd og motstand mot korrigerende feedback gjør dem snarere til tilskuere enn deltakere i det sosiale samspillet, og de vil forsøke å unngå vanskelige oppgaver og krevende settinger ved å bruke tvang/press. De unngår å gjøre lekser og plikter, og de skulker og kommer for sent. De gjør også lite i klasserommet og blir som regel tidlig identifisert som problembarn i skolesystemet. Avvisningen fra foreldre, venner og lærere kan være noe av forklaringen på at flere av disse barn blir nedstemt i 10-11 års alderen (Patterson, Reid & Dishon, 1992).

Stadie 3 beskriver det sannsynlige utfallet av stadiene 1 og 2. Faglige nederlag på skolen og avvisning fra foreldre, lærere og normalt velfungerende venner, fører til at disse barna søker til kamerater som er speilbilder av dem selv. Disse gruppene er ofte karakterisert av negative holdninger overfor skolen og voksne autoritetspersoner. Patterson er påpasselig med å understreke at ikke alle barna går gjennom alle stadiene etter tur, men dersom et barn er i et stadium, er det stor sannsynlighet for at det har vært igjennom stadiet forut for dette.

For en del av disse barna ender utviklingen i en karriere som antisosiale voksne. Forløpsstudier (for eksempel Caspi, Elder og Bem, 1987, Huesman, Eron, Lefkowitz & Walder, 1984, Robins & Ratcliff, 1978-1979), har vist at antisosiale barn ofte får tilpasningsproblemer på en rekke områder i voksen alder.

Noe av det forskningen ved OSLC har vist, er at manglende eller uegnede foreldreferdigheter predikerer og samvarierer med negativ tilpasning hos barn, målt bl.a. ved forekomst av antisosial atferd, skolefaglige problemer, avvikende vennekontakt og nedstemthet. (Capaldi, 1992, Snyder, 2002) De foreldreferdighetene 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 (for eksempel arbeidsløshet, samlivskonflikter, langvarig sykdom, 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.

Intervensjonsstudier

Forskerne ved OSLC gjennomførte i midten av 1960 årene hundrevis av observasjonstimer hjemme hos familier, der de kartla samspillet mellom familiemedlemmene (både i familier med og uten atferdsvanskelige barn). De gikk også inn i barnehager og skoler (klasserom og skolegårder) der de kartla samspillet mellom barn og andre signifikante voksne og barn og jevnaldrende. For dette formålet ble det utviklet et detaljert kodeverk, og observasjonsdata gjorde det mulig å identifisere potensielle kausale mekanismer for hvordan barna utviklet seg. Forskningsresultatene ble pløyd tilbake til terapeutene som så kunne endre sine intervensjonsprosedyrer. Utgangspunktet var klart atferdsteoretisk og med en overbevisning om at problemet ikke lå ”i” barnet, men ”i” barnets sosiale omgivelser. Forandring av barnets aggresjon impliserte dermed en forandring av de sosiale omgivelsene og det vokste etter hvert frem en erkjennelse om at en skulle forsøke å trene foreldre til å utvikle sine foreldreferdigheter.

Til å begynne med antok en at det var nok å trene foreldre i å forsterke ferdigheter hos barna som konkurrerte med aggresjon (for eksempel samarbeid, deling, lytting osv.), men resultatene viste at dette ikke var tilstrekkelig for å få i stand reduksjon antisosial atferd (Patterson, 1982). En begynte dermed å eksperimentere med ikke-voldelige grensesettingsteknikker slik som for eksempel pausetid (time-out) og ekstraoppgaver (work-chores). Det å trene foreldre i gode grensesettingsteknikker ble

dermed en av kjernekomponentene i behandlingsprogrammet. Det viste seg imidlertid også at foreldre i familier med atferdsvanskelige barn i liten grad ga positiv tilbakemelding til barna på prososial atferd. Dette medførte at også trening i prososiale ferdigheter tidlig ble inkorporert i intervensjonsprosedyrene.

På denne måten utviklet gruppen rundt Patterson empirisk baserte behandlingsprosedyrer som etter hvert dannet grunnlaget for dagens PMTO-intervensjoner. I forbindelse med dette ble det både utviklet en manual for foreldre og for terapeuter (Forgatch, 2002). Lignende prosjekter fantes også i Portland og Tennessee.

Oppfølgingsundersøkelser av de første kliniske studiene viste at reduksjonen i avvikende foreldre-barn samspill fortsatte også etter at intervensjonen var avsluttet. (Patterson & Fleischman, 1979)

Randomiserte studier med innsamling av pre, post og oppfølgingsdata, viste også signifikante forandringer fra baseline (Patterson, 1974 a, b). Studier som sammenlignet PMTO-gruppen med ventelistekontroller og placebokontroller viste også at denne effekten skyldes opptreningen i foreldreferdigheter og ikke noen utenforliggende faktorer (Wiltz & Patterson, 1974). Interessant nok hevdet imidlertid foreldrene i placebo-gruppen at barna var blitt bedre, selv om oppfølgingsdata viste at de var blitt verre.

De fleste av OSLCs klienter i 1980-årene var gutter i alderen 4-12 år fra hvite familier med sosiale problemer. Intervensjonsstrategiene virket å være mer effektive for yngre gutter enn for eldre. PMTO ble imidlertid også forsøkt på ”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 tre års-oppfølging. På bakgrunn av denne studien konkluderte staben ved OSLC med at selv om resultatene var statistisk signifikant og økonomisk lønnsomt, var ikke dette en hensiktsmessig og effektiv måte å intervenere i forhold til kronisk kriminelle ungdommer. Som et alternativ ble Treatment Foster Care (TFC) utviklet, en modell der ungdommer plasseres i fosterhjem og der fosterforeldrene får systematisk opptrening og

supervisjon i tråd med PMTO-prinsipper. Etter hvert som ungdommene tilpasser seg høyt strukturerte omgivelser med klare krav til tilpasning og fungering, får de returnere til sine biologiske foreldre for kortere perioder. Parallelt med dette får de biologiske foreldrene også trening i PMTO. (Chamberlain, 1994, Chamberlain & Reid, 1998). Studier som sammenlignet ungdommer som mottok TFC med ungdommer som deltok i samtalegrupper (care groups) viste en signifikant reduksjon for TFC-gruppen når det gjaldt antallet lovovertrедelser og tid i institusjoner.

Med en empirisk basert teoretisk modell og en empirisk basert intervensjon var det naturlig å forsøke å sette i gang effektive prevensjonsstudier. Det er gjennomført 4-5 slike studier der utvalg fra ulike risikopopulasjoner har fått opplæring i foreldreferdigheter i tråd med PMTO-prinsippene. Resultatene fra alle disse studiene har vært positive (Forgatch, 2002).

I en oppsummering av intervensjonstudiene (Forgatch, 1999, 2002) vises det til at PMTO-prosedyrene har vært anvendt overfor en rekke kliniske populasjoner og risikopopulasjoner. Kliniske programmer har blitt formet for å passe til familier med barn med aggresjon og atferdsvansker, for foreldre som mishandler barn, for familier med unge lovovertrедere som bor hjemme eller i fosterhjem.

Risikopopulasjoner som har vært studert har vært bl.a. enslige (separerte) 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. I tillegg til trening i foreldreferdigheter har enkelte av disse studiene 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. På tross av dette mislykkes programmene med 25-30 % av tilfellene og terapiprosessen med disse familiene studeres nå nærmere i et forsøk på å forstå hvorfor en lykkes med noen saker og ikke med andre.

Behandlingsmetoden

Behandlingens mål og hensikt

PMTO er et intervensjonsprogram som er laget for *trene foreldre i sentrale foreldreferdigheter som kan forebygge, redusere eller stoppe atferdsvansker hos barn og unge, og som kan fremme sunn familieutvikling*. Det er således ikke en generell sosialiseringsteori eller et program for barneoppdragelse i sin alminnelighet, selv om behandlingsprogrammet inneholder elementer som de fleste foreldre vil nikke gjenkjennende til.

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 som en 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.

Hensikten med PMTO er å hjelpe foreldrene til barn med atferdsvansker å bryte de fastlåste samspillmønstrene som opprettholder og forsterker barnets aversive reaksjonsmønstre. For å klare dette trenger foreldrene å trenes i en systematisk tilnærming til noen enkle og tydelig definerte foreldreferdigheter. Dette kan synes enkelt, fordi prinsippene ikke er vanskelige å forstå, men for de fleste foreldre som får et tilbud om PMTO innebærer det at de må stoppe automatiserte reaksjonsmønstre og erstatte dem med nye, strategiske reaksjoner. Dette kan oppleves som kunstig og unaturlig, og noen ganger kan det også kan stride mot foreldrenes grunnleggende personlige overbevisninger og holdninger. En del av arbeidet dreier det 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.

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, mens barna innkalles etter behov. Barna er imidlertid i høyeste grad involvert i terapien i og med at de blir informert om alle konkrete tiltak og endringer i familien som vedkommer dem. Å informere dem om dette er foreldrenes oppgave, men terapeuten kan være behjelpelig med dette dersom dette blir for utfordrende for foreldrene.

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

PMTO behandlingen starter med en relativt 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) og om å gi et tilsvarende skjema til barnets lærer (Teachers Report Form). 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 samspillsituasjon som varer i ca en halv time. Her blir familien bedt om å gjennomføre tre oppgaver: 1) Planlegge en hyggelig aktivitet i den påfølgende uken, 2) diskutere/løse et hett tema ("hot topic") som foreldrene velger og 3) diskutere/løse et hett tema som barnet velger.

I den første behandlingstimen skal terapeuten og foreldrene etablere en samarbeidsrelasjon og starte arbeidet med å utvikle et felles fokus om hva målet for behandlingen skal være. Terapeuten tar

utgangspunkt i foreldrenes forståelse av problemet (foreldrenes ”story-line”), men vever alt på dette tidspunktet deres forståelse sammen med forståelsen av problemene ut fra et PMTO-perspektiv (PMTO-story-line). Møtet 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 møte/tema. Materialet består bl.a. av ”huskelapper” i forhold til definisjoner av og kjennetegn ved begreper og fenomener samt beskrivelser av prosedyrer, idé-ark i forhold til tiltak, verbale og visuelle illustrasjoner av terapeutiske poenger og ulike observasjons- og registreringskjema

Alle senere møter følger et fast oppsett. Timen starter med at terapeuten gjennomgår hvilke erfaringer foreldrene har gjort med hjemmeoppgaven. Gjennomgåelsen er konkret og utforskende. Alt som foreldrene har lyktes med bekreftes og fremheves, og vansker møtes med en aksepterende, utforskende og problemløsende holdning. Dersom foreldrene ikke har gjennomført hjemmeoppgaven eller har strevet for 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 tema. Temaene formidles 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 seks til åtte 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 barnet når det samarbeider, c) sette grenser for samarbeidsnekt/ulydighet og følge disse opp med avtalte 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. Derigjennom bevisstgjøres foreldrene om betydningen av å tilrettelegge for samarbeid med barnet. Gjennom utforskende og ledende spørsmål, kortfattede utsagn som formidler sentral kunnskap om temaet ("rap") samt illustrerende rollespill, involverer PMTO terapeuten foreldrene i en endringsprosess som er rettet inn mot 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 som en gjennom små, velregisserte rollespill øver inn måter å gi beskjeder på som tilfredsstillende kvalitetskriteriene. Etter denne bevisstgjøringen og treningen, 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. Belønningsskjemaene 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. Det er også laget for å 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 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 (som f. eks. skriking, argumentering, trusler, banning, erting, slåing, stjeling og lignende).

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 gies på en emosjonell nøytral måte og ikke følges opp av anklager, spørsmål eller begrunnelser. Tre praktiske strategier læres bort og innøves, ”Pausetid”, ”Ekstraoppgaver” og ”Tap av goder”. Pausetid brukes som en mild reaksjon på ulydighet/mangel på samarbeid, mens ekstraoppgaver gies som en reaksjon på mer alvorlig negativ oppførsel som f. eks. fysisk utagering, avtalebrudd og lignende. 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 5-10 min. 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 frivillig i den forstand at barnet kan velge å gjøre opp for seg på denne måten. Dersom de ikke velger å samarbeide om konsekvensene, følges imidlertid dette opp med et tidsavgrenset tap av privilegier (for eksempel fjerning av gameboy i ½ time). 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. Det er en primær hensikt at barnet relativt raskt skal få gjort opp for seg og grensesettingen skal ikke i seg selv forsterkere eller hale ut konflikter.

Når barnet blir møtt med denne tydelige og uvante formen for grensesetting, reagerer de innledningsvis ofte med å øke intensiteten i den 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. I denne sammenhengen 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 lydighet og utviklingen av nye ferdigheter” og 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 også vektlegge å 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 og kriminell utvikling. De fleste barn med atferdsproblemer har vansker både av sosial og faglig karakter på skolen. Gjennom bruk av problemløsningsmetoden blir foreldrene hjulpet til å ta ansvar for å tilrettelegge for trivsel og hensiktsmessig læring på skolen og i fritiden.

Behandlingens metodikk og utformingen av terapeutrollen

PMTO behandlingen er prinsippstyrt i den forstand at det foreligger et definert ”oppgavesett” som terapeuten må lære. Dette ”oppgavesettet” eksisterer på to nivåer: På det første nivået (utøver nivå) må terapeuten ha kunnskap om de foreldreferdighetene som skal læres bort og ha en god nok forståelse av dem til å kunne tilpasse dem til hver enkelt families særskilte behov. Dette innebærer at terapeuten selv må mestre de ferdighetene som foreldrene skal utvikle gjennom behandlingsprosessen. Det andre nivået omhandler sentrale 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.

Behandlingsmetodikken består av mange enkeltelelementer som terapeuten må lære seg å anvende på en integrert og fleksibel måte. De mest grunnleggende elementene er allerede beskrevet i det foregående: Terapeuten må lære seg å holde strukturen i behandlingen og formidle prinsippene på en korrekt og systematisk – men likevel fleksibel og individuelt tilpasset måte. Innenfor denne hovedrammen anvender terapeuten en del spesifikke virkemidler som har spesielle hensikter i forhold til å oppnå de ønskede forandringene: Terapeuten bruker bekræftelse og oppmuntring for å skape en god arbeidsallianse, for å skape håp og for å forsterke foreldrenes resurser. De bruker utforskende og ledende spørsmål og problemløsning ved hjelp av for eksempel tavle/flippover for å involvere foreldrene i et konstruktivt og løsningsorientert samarbeid om å nå målene.

En helt vesentlig del av PMTO-metodikken er bruken av rollespill. Rollespillene brukes til ulike formål, for eksempel til å illustrere sentrale teoretiske poeng, for å kartlegge foreldrenes aktuelle ferdigheter, for å skape innlevelse og empati, som ren ferdighetstrening og som ledd i en problemløsnings- og refleksjonsprosess. Rollespillene har likevel en del felles kjennetegn uavhengig av hvilket formål de anvendes til.: PMTO rollespillene er korte, styrt og planlagt. 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 de har et klart ressursfokus.

I tillegg til de særpregete PMTO- prinsippene, oppmuntres terapeutene også til å bruke alminnelig anerkjente og effektive kliniske ferdigheter (clinical soft skills) som de har utviklet gjennom tidligere terapeutisk arbeid og erfaring. Grunnleggende terapeutferdigheter som evne til å skape kontakt og tillit, evne til å lytte, og til å lede, evne til å formidle varme, forståelse, respekt og optimisme og følsomhet for balanse, pauser og framdrift, er like viktige i PMTO som i all annen behandling.

Som det fremgår av det ovenstående skiller terapeutrollen i PMTO seg fra terapeutrollen i en del andre terapeutiske retninger. De ulike formidlingsteknikkene og deres utforminger (dialog, rollespill, bruk av tavle og flippover) 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 og mer mangfoldig/varierte. Variasjonen i arbeidsform og bruk av humor motvirker også følelsen av kjedsomhet og motløshet og 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 påpekende og undervisende. Dette fordrer imidlertid en viss varsomhet, da det er dokumentert at kombinasjonen av påpekning og undervisning lettere fører til motstand i familien. Likevel vil det være helt avgjørende om terapeuten lykkes i å fremme aktiv deltakelse fra foreldrenes side.

Behandlingsintegritet, kollegastøtte og veiledning

PMTO er en avansert behandlingsmetode som krever omfattende kunnskaper, en integrert forståelse og gode terapeutferdigheter. Den 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 de erfaringer som er gjort til nå. De foreløpige tilbakemeldingene fra norske terapeuter er at PMTO ikke hindrer ulike tema i å bli tatt opp, men i stedet hjelper til å strukturere hvordan de tas opp.

Spørsmålet om behandlingsintegritet (fidelity) er sentralt innen PMTO. Systematisk veiledning er derfor en integrert del av PMTO som behandlingsmetode. Hensikten med veiledningen er å stadig 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 bekræftelse, felleskap, støtte, motivasjon og inspirasjon i forhold til den krevende arbeidsoppgaven der er å arbeide med barn/familier med atferdsvansker.

Implementeringen av PMTO i Norge.

Målsetting

Målene med implementeringen av PMTO i Norge er beskrevet i Rundskriv Q16/01 fra Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet (2001):

”På sikt er det et mål at PMTO-kompetanse innehas i psykisk helsevern for barn og ungdom og det fylkeskommunale barnevern og av kommunale instanser innenfor helse- og sosialsektoren og i barnehager og skoler, og at det er et landsdekkende tilbud. Videre implementering forutsetter omfattende deltakelse og samarbeid mellom stat, fylkeskommuner og kommuner med helseregionene som baser for opplæringsstrukturen”.

Hovedmålsettingen er således å etablere en intervensjonsmodell som tidligst mulig i barns liv kan forebygge, redusere og stoppe utvikling av alvorlige atferdsvansker. Intervensjonsmodellen skal favne tre grupper barn, dvs 1) alle barn, 2) de som tilhører risikogrupper og 3) de som allerede har utviklet atferdsvansker.

Implementeringsstruktur

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

Barne- og familiedepartementets handlingsplan (1997), anbefalte som en av fire hovedsatsningsområder at det ble opprettet en nasjonal forskningsenhet som skulle ha som mål å utvikle en forskningsbasert kompetanse 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. De nasjonale prosjektlederne er ansvarlig for den helhetlige implementeringsvirksomheten for hver av metodene, mens forskningsleder er ansvarlig for den forskningsmessige evalueringen av disse. I løpet av 2001/02 ble implementeringsprosjektet forsterket med ytterligere fire konsulentstillinger tilknyttet Atferdsprosjektet sentralt, samt seks regionskoordinatorstillinger fordelt på fem helseregioner. I tillegg til direkte engasjement i selve implementeringsprosessen har noen av konsulentstillingene også oppgaver i forhold til fagutvikling av bestemte områder (skole, barnevern) De seks regionskoordinatorene har til nå vært administrativt knyttet til regionsentrene for barne- og ungdomspsykiatri eller barnevernets utviklingsentre, men utfører sine daglige oppgaver gjennom virksomhetsplaner utformet av Atferdsprosjektet. Fra og med årsskiftet 2003/2004 vil stillingene imidlertid bli overført til Atferdssenteret. Regionskoordinatorens 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: Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis as (Atferdssenteret). Senterets målsetting er å styrke kunnskap og kompetanse i arbeidet med atferdsproblemer blant barn og unge. Senteret skal utføre forskning, utviklingsarbeid, opplæring og veiledning med fokus på manifestasjon og utvikling av atferdsproblemer. Senteret har et særlig ansvar for å arbeide med implementering og forskningsbasert evaluering av metoder i arbeidet med uttalte atferdsproblemer blant barn og unge. Forskningsaktivitetene omfatter studier av hvordan

problematferd oppstår, av problemenes omfang og utvikling av metoder for å forebygge problematferd og metoder for å avhjelpe og redusere problematferd, samt vitenskapelig evaluering av slike metoder.

Implementeringsfaser

Første trinn

Alt i mars 1999 fikk landets fylkeskommuner ved fylkeshelsesjefene tilbud om deltakelse i et opplæringsprogram i PMTO. Invitasjonen var et resultat av et nært samarbeid mellom Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet. Til sammen deltok seksten av landets fylker i dette første opplæringsprogrammet. Programmet varte fra 1999 til 2001 og OSLC hadde, i samarbeid med Atferdsprosjektet ved Universitetet i Oslo, hovedansvaret for opplæringen og sertifiseringen av til sammen 30 norske PMTO-spesialister (Generasjon 1, omtalt som G1). Ca en tredjedel av terapeutene fra første opplæringskull var ansatt i det fylkeskommunale barnevernet, mens de øvrige kom fra virksomheter innenfor psykisk helsevern for barn og unge; majoriteten fra de polikliniske tjenestene. Nesten samtlige av de 30 spesialistene som ble sertifisert fra OSLC i løpet av 2001, har på ulike måter vært engasjert som veiledere og/eller undervisere i forhold til det nye opplæringskullet (omtalt som G2).

Trinn to

I neste opplæringsfase overtok Atferdsprosjektet det totale ansvaret for opplæringen og sertifiseringen av nye kandidater. Høsten 2001 gikk det ut en invitasjon til fylkeskommunene der de ble bedt om å finne kandidater fra barne- og ungdomspsykiatrien og det fylkeskommunale barne- og familievernet som kunne delta i neste runde av opplæringsprogrammet. Deretter besøkte representanter fra Atferdsprosjektet samtlige fylker i Norge. Hensikten med disse besøkene var å sikre at de overordnede administrative lederne og lederne med daglig ansvar for de nye utdanningskandidatene, fikk tilstrekkelig informasjon om forpliktelsene ved å delta i opplæringsprogrammet. Det ble også redegjort for de langsiktige målene for den videre implementeringen på kommunenivå. En av hovedgrunnene til at neste opplæringskull også ble hentet fra spesialisttjenestene for barn og unge, var behovet for å sikre bredden i utdanningskapasiteten slik at antall potensielle veiledere og opplærere kunne komme opp på et realistisk nivå i forhold til de kommunale implementeringsplanene

G 2 består av 85 nye opplæringskandidater, fordelt på samtlige av landets fylker.

Opplæringsprogrammet startet i januar 2002 og sertifisering av de nye kandidatene ble gjennomført sommeren/høsten 2003.

Trinn tre

I august 2002 ble en forsiktig oppstart av kommuneimplementeringen iverksatt i form av to pilotprosjekter. I regi av Atferdsprosjektet startet utprøvingen av to relativt omfattende prosjekter, det ene rettet mot skolen, det andre mot fosterhjem og plassering av barn på institusjon. Utfallet av utprøvingen av disse prosjektene, vil være med å danne grunnlaget for hvordan implementeringen av PMTO- relaterte prinsipper kan foregå i kommunale instanser/institusjoner i en samordning med spesialisttjenestene.

Atferdssenterets ambisiøse intensjoner er å spre PMTO- relatert kunnskap og kompetanse innenfor de arenaer hvor barn og foreldre ferdes og oppholder seg til daglig, også der de naturlig henvender seg ut fra ulike hjelpebehov. Det innbefatter både primærforebyggende helsevern, barnehage, skole, fritidsordninger, kommunal barneverntjeneste, PP-tjeneste m.m. Spredning av PMTO-relatert kunnskap må ses i sammenheng med Atferdssenterets intensjon om å videreutvikle behandlingskompetanse også innenfor kommunens egne hjelpetjenester (eksempelvis PPT og barnevernets forebyggende hjelpetjenester rettet mot hjemmene). På denne måten skal kommunene selv så langt det er mulig, kunne hjelpe barn og familier med atferdsvansker på et tidligst mulig tidspunkt i barnets utviklingsforløp.

Tidsplanen for når den landsdekkende implementeringen i kommunene kan iverksettes, vil variere fra kommune til kommune innenfor de ulike helseregioner. En foreløpig oppstart for utvalgte kommuner vil bli i løpet av 2004.

Erfaringer så langt

Det norske opplæringsprogrammet i PMTO er utviklet med utgangspunkt i den kunnskap og de erfaringer som ble gjort i tilknytning til det første opplæringskullet. En spørreundersøkelse blant det første kullet som ble gjennomført høsten 2001 (Apelseth og Amlie, 2001) viste at deltakerne var svært

fornøyd med den opplæringen og oppfølgingen de fikk av OSLC. Det daværende opplæringsprogrammet var imidlertid skreddersydd for det første kullet og det var ikke mulig å gjenskape disse forutsetningene fullt ut i et nytt norskdrivet opplæringsprogram.

Opplæringsprogrammet for det andre kullet har bestått av en av teoretisk innføring i modellen kombinert med hyppig trening i praktisk anvendelse av prinsippene for effektive terapeutiske endringsstrategier og innøving av sentrale behandlingsprinsipper overfor foreldre og barn med atferdsvansker. Opplæringen har vært organisert regionvis og bygget rundt tre grunnpilarer, hvor teori, forskningsdata og praksis integreres og veves sammen gjennom hele opplæringen.

Opplæringen startet med en teoretisk introduksjonsuke med fem påfølgende arbeidsseminarer som foregikk i løpet av tidsrommet januar/februar 2002 til mai 2003. Utdanningskandidatene har i løpet av denne perioden hatt minimum fem familier i PMTO- behandling. De har videre mottatt ukentlig veiledning fra en sertifisert PMTO spesialist, både gruppevis og individuelt.

Erfaringer og tilbakemeldinger så langt, tyder på at denne norske opplæringsmodellen har vært svært vellykket, både fra utdanningskandidatenes ståsted og ut fra en helhetsvurdering fra Atferdsprosjektets side. Gode forberedelser med tilrettelegging fra arbeidsgivers side har gitt utdanningskandidatenes tilstrekkelige opplæringsmuligheter. I tillegg har regionvise arbeidsseminarer i større grupper kombinert med hyppig kontakt med veileder i form av individuell oppfølging og gruppeveiledning i små grupper (maksimalt 5 deltakere), bidratt til å fremme læringsprosessen slik at kandidatene relativt hurtig har oppnådd kvalifisert og effektiv behandlingskompetanse innenfor PMTO. En større evaluering av opplæringsprogrammet er planlagt høsten 2003.

Evaluering, kvalitetssikring og forskning

Når det gjelder opprettholdelse av behandlingsintegritet ivaretas kvalitetssikringen gjennom det omfattende opplæringsprogrammet hvor alle deltakere på de ulike nivåer inngår i et veiledningsforhold. Utdanningskandidatene mottar veiledning fra de sertifiserte spesialistene, disse mottar igjen veiledning fra regionskoordinatorene og regionskoordinatorene mottar veiledning fra

Atferdsprosjektet som igjen har jevnlig konsultasjon fra OSLC. I tillegg har alle tre ledd (spesialistene, regionskoordinatorene og de sentralt ansatte) i fellesskap utarbeidet innholdet i det norske opplæringsprogrammet ned til hver minste detalj. På denne måten er målsettingen om høyest mulig behandlingsintegritet, ivaretatt. Gjennom alle ledd er det så langt det er mulig, tilrettelagt for at innholdet i hva som læres til neste generasjon utdanningskandidater gjort så ensartet som mulig.

Målet er at all PMTO-relatert virksomhet skal være gjenstand for forskningsbasert evaluering.

Ved Atferdssenteret pågår det for tiden to omfattende forskningsprosjekter i takt med det fortløpende opplæringsprogrammet og den videre implementeringen for øvrig. I tillegg gjennomføres to mindre pilotprosjekter, rettet henholdsvis mot skole og barneverntjeneste.

I den første studien (omtalt som effektstudien) er hensikten å måle effekten av PMTO sammenlignet med annen behandling (treatment as usual). I den andre studien (omtales som implementeringsstudien) er hensikten å måle grad av opprettholdelse av metodeintegritet over tre generasjoner av norske PMTO- terapeuter. En søker her bl.a. å finne ut om avdrift fra metoden øker i takt med antall terapeutgenerasjoner som læres opp i metoden utenfor det opprinnelige opplærings- og forskningssenteret (Oregon Social Learning Center). Studiene representerer en type forskning som det er nødvendig å videreføre, både med tanke på å kvalitetssikre arbeidet med PMTO og for å sikre at PMTO i Norge fortsetter å fremstå som en evidensbasert metode.

Implementeringsstudien som er fullfinansiert av det amerikanske National Institute of Drug Abuse (NIDA), tilfører ressurser og kompetanse både til kvalitetssikring og evalueringsforskning uten kostnader for Norge. Begge studiene anvender avanserte design og forskningsmetoder som er relativt nye i Norge. Det er derfor nødvendig å sikre kapasitet og kompetanseoppbygging i norske forskningsmiljø. Det er først når vi har bygget opp et tilstrekkelig kompetent kvalitetssikrende system at vi med sikkerhet vet om utøverne av metoden opprettholder metodeintegritet. De pågående forskningsaktivitetene med oppfølginger og utvidelser vil utgjøre en kritisk komponent i et fremtidig kvalitetssikrende system for PMTO i Norge.

Planer for den videre implementeringen

Opplæringsprogrammets struktur og innhold er stadig under utvikling samtidig som det prøves ut i praksis. Da en planla og startet opp de to omtalte pilotprosjektene (skole og barnevern) høsten 2002, var det ut fra et behov for å sikre at opplæringen innenfor disse områdene fikk høyest mulig kvalitet før de ble tilbydd det kommunale tjenesteapparatet i den mer omfattende og landsdekkende implementeringen.

For å dekke behovene for kunnskap og kompetanse på ulike nivåer der barn og deres familier ferdes, har vi forsøkt å dele kunnskapsoverføringen og opplæringsbehovene inn i tre atskilte nivåer.

Opplæringen og kompetansen vil i hovedsak være inndelt på følgende måte:

1) Basiskunnskap og innføring til ledere og ansatte innenfor de ulike tjenesteområdene. Målet er at de ansatte skal kunne identifisere og gjenkjenne hva atferdsproblemer er og derved kunne tilrettelegge for relevant hjelpetilbud på et tidligst mulig tidspunkt. Derfor vil målgruppen innen dette nivået få inngående kjennskap til kartlegging av barn med atferdsvansker, kort innføring i metodens teoretiske grunnlag og dens anvendelsesområder.

2) Opplæring til gruppen ansatte innenfor tjenesteområder som på ulike måter skal utøve PMTO-prinsippene i sitt daglige arbeid med barn og deres foreldre (lærere, barnehageansatte, helsesøstere, fosterforeldre og utvalgte deler av den forebyggende barneverntjenesten).

3) Det er i tillegg et mål at det på kommunalt nivå også skal kunne gis et tilbud til familiene når problemene har et omfang som tilsier mer omfattende og direkte intervensjon i familien. Kommunale hjelpetjenester som pedagogisk psykologisk tjeneste, barnevernets hjelpetjenester rettet mot hjemmene og psykisk helseverntjeneste, vil da trenge behandlingskompetanse tilsvarende sertifiserte PMTO-terapeuter.

Fremmende og hemmende faktorer for en vellykket implementering

Den aller største utfordringen har vært å finne en struktur og logistikk som kunne transportere og ta vare på en importert metode fra et kontinent til et annet uten at metodens behandlingsintegritet går tapt. Det ble samtidig stilt krav om at metoden skulle prøves ut og evalueres for å se om behandlingseffekten er den samme i Norge som i USA. Mindre, men tydelige kulturforskjeller har gjort det nødvendig å tilpasse metoden til norsk virkelighet og tradisjon, og problemene med oversettelse av sentrale ord og begreper har vært større enn antatt.

Norske terapeuter var generelt uvant med å følge en så vidt stram struktur i sine behandlingsopplegg, noen var ukomfortable med ”å bli sett direkte i kortene”, mens andre opplevde det som relativt uvant og fremmed at behandlingsmøtene skulle evalueres etter bestemte kriterier osv. Veiledningsforholdene var også ekstreme ettersom video-opptakene ble sendt til USA og deretter oversatt og transkribert for at veilederne i USA skulle kunne gi skriftlig tilbakemelding på behandlingen. På denne måten ble all terapeutisk virksomhet grundig kvalitetssikret av kompetente metodespesialister med grundig forskningsbakgrunn i samme metode. På tross av disse og andre uforutsette utfordringer, kom likevel 30 (av til sammen 34 deltakere) av deltakerne i første opplæringskull i mål som sertifiserte spesialister i PMTO.

For å sikre data på hva som har vært betydningsfullt for å lykkes i første trinn i implementeringsvirksomheten, har Atferdssenteret kontinuerlig nedtegnet alle skritt som er gjort for å oppnå delmålene underveis.

Det fins begrensede studier av hvilke forhold som fremmer mulighetene til å lykkes med implementeringsprogram rettet mot et mikrososialt intervensjonsnivå. Empiriske funn som er relevante i denne sammenheng, er undersøkelser som er gjort i forhold til hvilke forhold som er av betydning for å lykkes med gjennomføringen av intervensjonsprogrammer på barnehjem (referanse):

Noen av konklusjonene er at alle involverte i et implementeringsprogram, heri inkludert de ansvarlige for tjenesteområdet, må ha en felles oppfatning av hva som er kjernen i problemområdet som intervensjonen er rettet mot. Alle må forstå hensikten og betydningen av programmets innhold, intensitet, fleksibilitet og hvilken større sammenheng programmet inngår i. De som er ansvarlige for gjennomføringen av implementeringen, må nyte stor troverdighet fra de som skal delta i den praktiske implementeringen av programmet. Intervensjonsprogrammet må også tilpasses mottakernes særegne behov. Implementeringsprogrammets ledere på alle nivåer må også vektlegge betydningen av positive relasjoner i et omfattende faglig og administrativt nettverk, alle må dra i samme retning og støtte oppunder implementeringsvirksomheten.

Samlet sett har mange av betingelsene for en vellykket implementering vært til stede gjennom de ulike faser av implementeringsprosessen så langt. Den politiske velviljen med økonomisk og moralsk støtte har gjennomsyret alle faser av implementeringsarbeidet, landets administrative og faglige ledere innenfor barne- og ungdomstjenestene har vist høy motivasjon og velvilje når det gjelder å tilrettelegge for at deres virksomheter kunne inkludere en slik utdanning og kompetanseoppbygging for enkelte i staben, kandidatene selv deler oppfatningen om at ny metodetilnærming har vært nyttig og nødvendig for gruppe barn med atferdsvansker. Alle de deltidsengasjerte spesialistene har i den senere fasen bidratt med troverdig kompetanse og engasjement som har smittet over på neste opplæringskull G2. Sist, men ikke minst har det underveis i hele implementeringsarbeidet vært en massiv oppslutning fra foreldre som selv har mottatt behandlingstilbudet. Enkelte av disse har gått offentlig ut i media der de har uttrykt stor tilfredshet med innholdet i behandlingsopplegget. Når det gjelder å opprettholde de positive relasjoner i et utvidet faglig nettverk, er metoden nettopp grunnlagt på ideen om betydningen av positiv involvering mellom alle som er involvert i behandlingsprogrammet, enten dette gjelder forholdet mellom foreldre og barn, mellom terapeut og familie eller mellom terapeut og deres daglige ledere og mellom sistnevnte og deres administrative ledere, mao alle som på ulike måter er involvert i hjelpetjenestene innenfor barne- og ungdomsområdet.

Noen sentrale utfordringer

En sentral utfordring i den videre implementeringen i kommunene, vil først og fremst være å opprettholde den faglige kvaliteten på 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 synker fordi den er vanskelig tilgjengelig. Det blir derfor en utfordring å kombinere kravet til kvalitet på medarbeidernes arbeid med kravet til et forsvarlig implementeringstempo samtidig som interessen for metoden blir opprettholdt.

En annen type utfordring er å tilpasse PMTO slik at en kan få størst mulig tilslutning til metoden i det norske fagmiljøet som arbeider med barn og familier med atferdsvansker. 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. De to studiene som er nevnt tidligere, effektstudien og NIDA-studien, vil i så måte være et viktig bidrag til den norske kunnskapsbasen om barn og familier med atferdsvansker.

Referanser:

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. Bergen, Universitetet i Bergen: 80s.

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.

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.

Berkowitz, L. (1993). *Aggression. Its causes, consequences and control*. New York, McGraw - Hill, Inc.

Bronfenbrenner, U. (1977). Towards an experimental ecology of human development. *American Psychologist*: 513.

- 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: 125-144.
- Caspi, A., Elder, G.H., & Bem, D.J. (1987). Moving against the world: Life course pattenen of explosive children. *Developmental Psychology* 23: 308-313.
- 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: 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. (1991). The Clinical Science Vortex: A Developing Theory of Antisocial Behavior. I D. R. Pepler, & Rubin K. (eds.) *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates: 291-315.
- 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.
- Forgatch, M. S. (2002-2007). *Implementing parent management training in Norway* (Grant application RFA-DA-02-004). NIDA NNPRI: Community Multi-Site Prevention Trials (CMPT). Eugene.
- Frick, P. J., Lahey, B.B., Loeber, R., Tannenbarum, L., Van Horn, Y., Christ, M.A.G., Hart, E.L., & Hanson, K. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of facto analyses and crossvalidation in a clinical sample. *Clinical Psychology Review* 13: 319-340.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, Sonja K., Borduin, Charles M., Rowland, Melisa D., & Cunningham, Philippe B. (1998). *Multicystemic 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*. New York, The Guilford Press: 113-149.
- Huesmann, L. R., Eron, L.D., Lefkowitz, M.M., & Walder, L.O. (1984). Stability of aggression over time and generations. *Developmental Psychology* 20: 1120-1134.
- 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*. Washinton DC, American Psychological Association.
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner Review: Psychosocial Treatment for Conduct Disorder in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38(2): 161-178.
- Kazdin, A. E. (1997). Parent Management Training: Evidence, Outcomes, and Issues. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry* 36(10): 1349-1356.
- Norges, F. (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 forskningsråd.
- Ogden, T. (1999). *Antisosial atferd og barneoppdragelse. "Parent Management Training" som foreldreopplæring*. Spesialpedagogikk 6: 3-17.

- Patterson, G. R. (1974). Retraining of aggressive boys by their parents: Review of recent literature and follow-up evaluation. *Canadian Psychiatric Association Journal* 19: 142-149.
- Patterson, G. R. (1974 a). Interventions for boys with conduct problems: Multiple settings, treatments, and criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42: 471-481.
- Patterson, G. R., & Fleichman, M.J. (1979 b). Maintenance of treatment effects: Some consideration concerning family systems and followup data. *Behavior Therapy* 10: 168-185.
- Patterson, G. R. (1982). *A Social Learning Approach. Coercive Family Process*. Eugene, OR, Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R. (1986a). Maternal rejection: Determinant or product of deviant child behavior? I W. Hartup, & Z. Rubin (eds.) *Relationships and development*. Hillsdale, NJ, Erlbaum: 73-94.
- 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*. Washington DC, American Psychological Association: 3-25.
- 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*. Washington DC, American Psychological Association: 25-45.
- Reid, J. B., Patterson, G. R., & Snyder, J. (2002). *Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. Washington DC, American Psychological Association.
- Robins, L. N. R., K. S. (1978-1979). Risk factors in the continuation of childhood antisocial behaviors into adulthood. *International Journal of Mental Health* 7(3-4): 96-116.
- Shorr, L.B. (1991) Effective programs for children growing up in concentrated poverty. I *Children in Poverty. Child development and public policy*, A.C. Huston (ed.) 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*. Washington DC, American Psychological Association: 101-123.
- Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1994). *Troubled Families - Problem Children*. Chichester, John Wiley & Sons Ltd.
- Wiltz, N. A. J., & Patterson, G. R. (1974). An evaluation of parent training procedures designed to alter inappropriate aggressive behavior of boys. *Behavior Therapy* 5: 215-221.