

DAGFINN MØRKRID og  
BERNADETTE CHRISTENSEN



DAGFINN MØRKRID,  
psykolog/spesialrådgiver,  
Atferdssenteret

## *Funksjonell familieterapi:*

**En evidensbasert familieterapeutisk  
behandling for ungdom og familier med  
alvorlige atferdsvansker.**



BERNADETTE  
CHRISTENSEN,  
psykologspesialist/fagdirek-  
tør, Atferdssenteret

Funksjonell familieterapi (FFT) er en evidensbasert behandlingsmetode for familier og ungdom med alvorlige atferdsvansker. Høsten 2007 blir de to første norske FFT-teamene etablert i Barne-, ungdoms- og familieetaten (*Bufetat*). Denne artikkelen gir en kort innføring i metoden, dens utvikling og implementeringen i Norge. De som ønsker å lese mer detaljert om metoden henvises til metodeutviklernes seneste publikasjoner (*Sexton & Alexander 2005; Sexton & Alexander 2003*)

**E**vidensbaserte behandlingstilbud for familier og barn/ungdom med atferdsvansker har det siste tiåret vært et satsningsområde for Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Dette har blant annet resultert i opprettelsen av tilbud som Parent Management Training Oregon (PMTO), «De utrolige årene» (DUÅ), Positiv atferd, støttende læringsmiljø og samhandling i skolen (PALS), Multisystemisk terapi (MST) og MultifunC-institusjoner. I videreføringen av denne satsningen etableres det høsten 2007 et behandlingstilbud innenfor Funksjonell familierapi (FFT) i det statligregionale barnevernet i Norge. I første omgang skal det startes opp FFT-team i Bufetat Region Vest (Stavanger) og Region Sør (Skien). Etter planen vil det bli etablert FFT-team også i de resterende regionene. Implementeringen av Funksjonell familierapi skjer i et samarbeid mellom Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Bufetat og Atferdssenteret.

### **FFTs historie**

Grunnlaget for Funksjonell familierapi ble lagt da James F. Alexander og Bruce Parsons (1973) ønsket å utvikle en virksom terapi for ungdom med problematferd. De gjorde dette i en tid der den vanlige kliniske praksis var å stemple disse klientene som umulige å behandle på grunn av manglende behandlingsmotivasjon. Med inspirasjon fra systemteori, atferdsterapi og kommunikasjonsstrening, utviklet de en behandlingsprotokoll de kalte «Short-term behavioral family intervention program» (Alexander & Parsons, 1973; Sexton & Alexander, 2005). Protokollen ble utprøvd i en randomisert kontrollstudie som viste at behandlingen ga en signifikant reduksjon av ungdommens problematferd (Alexander & Parsons, 1973).

Siden den første utprøvingen av Funksjonell familierapi, har metodens utviklere vært opptatt av å videreutvikle behand-

lingsmetoden i lys av nyere forskning og kunnskap. Kognitiv teori omkring attribusjon og informasjonsprosessering er blitt integrert i metoden for å kunne belyse mening og følelser forbundet med negativitet og gjensidige beskyldninger i familiers interaksjonsmønster (Sexton & Alexander, 2005). Utviklerne har også benyttet sosialkonstruksjonisme og teorier om sosial påvirkning til å løfte frem modellens fokus på mening, problemkonstruksjon, gode måter å avbryte negativitet og organisering av terapeutiske tema som metode for å forsterke endringsmotivasjon (Sexton & Alexander 2003). Funksjonell familierapi er utviklet parallelt med de systemiske og strategiske tradisjonene i familierapi, og det er flere likhetspunkter til disse. Utviklerne legger vekt på at metoden er en familierapeutisk behandling som er utviklet gjennom forskningsbasert kunnskap om de terapeutiske prosessene i familierapi (Sexton & Alexander, 2005). Funksjonell familierapi representerer således en velartikulert familierapeutisk behandlingsmodell for en spesifikk målgruppe som bygger på en integrasjon av flere teoretiske rammeverk (Sexton & Alexander, 2003).

Samtidig med at den kliniske modellen i Funksjonell familierapi har tatt til seg nyere psykologisk kunnskap, har metodens utviklere vært opptatt av å kunne dokumentere effekten av FFT-behandling. Etter Alexander og Parsons' (1973) første randomiserte kontrollstudie, har flere evalueringstudier vist signifikant reduksjon av problematferd hos ungdom etter FFT-behandling (Barton, Alexander, Waldron, Turner & Warburton, 1985; Gordon, Arbuthnot, Gustafson & McGreen, 1988; Gordon, Graves & Arbuthnot 1995). En oppfølgingsstudie kunne dokumentere at Funksjonell familierapi signifikant reduserte sannsynligheten for at yngre søsken skulle utvikle atferdsproblemer (Klein, Alexander & Parsons, 1977). Denne forskningsbaserte dokumentasjonen av FFTs behandlingseffekt har gjort at metoden har fått flere anbefalinger. I en grundig gjennomgang og evaluering av

mer enn 1000 ulike voldsforebyggende behandlinger, ble FFT og MST valgt ut som to av 11 anbefalte programmer («Blueprint Programs») av The Center for the Study and Prevention of Violence, ved Universitetet i Colorado (Alexander et al., 2002). FFT er også anbefalt av The Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP, 2007), Center for Substance Abuse Prevention (CSAP, 2007) og the Surgeon General (Elliott, Hatot & Sirovatka, 2001).

Funksjonell familierterapi har vært benyttet i Sverige siden tidlig på 90-tallet og i Nederland siden 2003, og begge steder har evalueringsforskning vært en viktig del av implementeringen. I Sverige har studier med randomisert kontroll vist behandlingseffekt i form av bl.a. signifikant reduksjon i gjentatt kriminell atferd (Hansson, Johansson, Drott-Englén & Bendrix, 2004; Hansson, Cederblad & Höök 2000). I Nederland pågår datainnsamlingen i den første evalueringsstudien, og ifølge en av metodens utviklere ser resultatene ut til å bekrefte funnene fra tidligere studier (Sexton, personlig kommunikasjon, 27. april 2007). Implementeringen i Norge vil på samme måte bli fulgt opp av evalueringsstudier for å kunne dokumentere behandlingens effekt.

### **Den kliniske modellen i FFT**

Den kliniske modellen det arbeides etter i FFT deler behandlingen inn i tre ulike faser med tydelige målsetninger, terapeutiske teknikker og påkrevde terapeutegenskaper for hver fase. Modellen skal fungere som en retningsgiver for terapeutens arbeid med den enkelte familie ved å sette fokus for samtalen og tydeliggjøre hvilke mål som ønskes oppnådd i de ulike fasene av behandlingen (Sexton & Alexander, 2005). Samtidig er det den enkelte terapeuts ansvar å finne ut hvordan målene kan nås med den enkelte og unike familie; et prinsipp som kalles «matching to» (Sexton & Alexander, 2005). Modellen representerer således ikke en oppskrift som skal følges likt for hver familie, men et kart for behandlingens ulike

faser og et rammeverk av terapeutiske teknikker.

I FFT forstås ungdommens atferd i lys av den kontekst den inngår i (Sexton & Alexander, 2005). I tråd med forskning på atferdsproblemer, sees atferd som et resultat av påvirkning fra individet selv, familie, venner, skole og nærmiljø. Fokus for det terapeutiske arbeidet i FFT legges på de relasjonelle prosessene i familien. Dette skjer gjennom å bedre familiens samspill, kommunikasjonsmønster og problemløsningsferdigheter, samt å endre eventuelle uheldige oppdragsstrategier. Gjennom å gi familien bedre redskaper for å håndtere de problemene og utfordringene de står overfor, vil de kunne unngå uheldige samhandlingsmønstre som bidrar til ungdommens problematferd. Dette vil i sin tur gjøre familien bedre i stand til å få hjelp fra og skape endringer knyttet til ungdommens skolesituasjon, forhold til jevnaldrene og nærmiljø.

Første fase i Funksjonell familierterapi kalles motivasjons- og involveringsfasen og har følgende målsetninger:

- Etablere balansert terapeutisk allianse med alle familiemedlemmene
- Redusere forekomsten av negativitet og beskyldninger
- Etablere felles problemforståelse mellom familiemedlemmene
- Skape håp om at det er mulig å løse problemene familien står ovenfor
- Kartlegge risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer

Disse målsetningene har til hensikt å skape et klima mellom familiemedlemmene og terapeuten som danner grunnlaget for den videre behandlingen. Ungdom og familier med atferdsproblemer kan oppfattes som å ha motstand mot terapi og ikke være interessert i endring. I FFT er familiemedlemmenes behandlingsmotivasjon et fokus for terapeutens arbeid, hvor han/hun søker å hjelpe familien til å få et annet samhandlingsklima og gi et håp om at det er mulig å endre på situasjonen de har havnet i (Sex-

ton & Alexander, 2005). Gjennom første fase skal alle i familien få en opplevelse av at problemet de strever med er noe alle har en del i og samtidig ingen er skyld i. Denne målsetningen er en viktig del av behandlingen, da den sørger for at familien har større sjanse for å oppleve samarbeid og mestring når de skal øve seg på nye ferdigheter i neste fase (Sexton & Alexander 2003).

Den viktigste terapeutiske teknikken for å nå målsetningene i første fase kalles «reframing» (Sexton & Alexander, 2005). Dette er en kjent teknikk fra familierapifeltet og kognitiv terapi hvor en «reframing» sees på som en hendelse eller en enkeltstående terapeutisk intervensjon. I FFT sees «reframing» som en terapeutisk og relasjonell prosess hvor målsetningen er å redusere negativitet og beskyldninger på en måte som skaper allianse, ansvarliggjør den som snakker og reduserer opplevelsen av at det er alle andre som er kilden til problemet (Sexton & Alexander, 2005).

«Reframing» starter med at terapeuten anerkjenner det problemet som presenteres av et familiemedlem på en ikke-dømmende, respektfull og empatisk måte (Sexton & Alexander, 2003). Deretter presenterer terapeuten en annen forståelse (en «reframe») av den hendelsen eller atferden familiemedlemmet klager over. Dette andre perspektivet kan være å se en god intensjon bak handlingen, gi en annen mening/betydning av handlingen eller knytte personer i familien sammen i det som presenteres som problematisk (Sexton & Alexander, 2003). Terapeuten må benytte sine terapeutiske ferdigheter til å presentere alternative forståelser som oppleves genuine og troverdige for familien. Etter å ha presentert en omfortolkning må terapeuten vurdere hvorvidt dette fikk den ønskede effekt; å redusere beskyldninger og øke familien felles problemforståelse og håp om endring. Hvis dette skjer, kan terapeuten bygge videre på denne forståelsesrammen og utvide og tydeliggjøre den slik at den blir fokus i samtalen videre. Dette kalles i FFT å bygge et organi-

serende tema (Sexton & Alexander, 2005). Dersom familien ikke kan se problemet på den måten terapeuten presenterer det i «reframen», må terapeuten forsøke en annen forståelsesramme neste gang. «Reframing» blir gjennom dette en relasjonell prosess hvor terapeuten tar ansvar for å forsøke gi familiene mulighet til å forstå det som skjer mellom dem på en måte som kan gi dem en følelse av å dele det samme problemet og tro på at de sammen kan løse det.

Allerede fra første samtale gjør terapeuten vurderinger av hvilke samhandlingsmønstre som skaper problemer for familien, og hvilke nye ferdigheter som vil kunne medføre en positiv endring. Dessuten kartlegger terapeuten de viktigste risiko- og beskyttelsesfaktorene i løpet av første fase. Terapeuten avstår imidlertid fra å få til endringer før familien er involvert i behandlingen og motivert for endring, dvs. målsetningen for første fase er oppnådd. Dette gjøres med bakgrunn i at første fase bygger opp en problemforståelse og en samhandling som øker sannsynligheten for at nye ferdigheter kan tas i bruk. Gjennom «reframing»-prosessen har terapeuten laget et organiserende tema for terapien sammen med familien, som blir en ikkedømmende påminner for familien i det videre endringsarbeidet. Det er viktig å presisere at det ikke kreves et totalt fravær av for eksempel negativitet for å kunne gå videre til neste fase. Det er tilstrekkelig med en reduksjon slik at familien har stor mulighet for å kunne gå i gang med å endre samhandlingsmønster uten å bli hindret av repeterende negative samhandlinger seg imellom (Sexton & Alexander 2003).

Andre fase i FFT kalles atferdsendring og målsetningen er her å utforme en individuelt tilpasset endringsplan for familien som fokuserer på å endre de viktigste risikofaktorene i familien. Intervensjonene kan fokusere på kommunikasjonstrening, problemløsning, forhandling, trening i foreldreferdigheter og konflikthåndtering (Breuk et al., 2006). Det kliniske arbeidet blir her noe annet enn å presentere et pensumlignende kurs i f. eks. kommunikasjon. Terapeuten

skal med kjennskap til prinsippene for god kommunikasjon og samhandling i en familie, benytte seg av modellering, spesifikke instruksjoner, oppgaver, øvelser eller trening for å skape en individuelt tilpasset endringsprosess i familien (Sexton & Alexander, 2005). Denne tilpasningen skal gjøres i forhold til og med respekt for hver families unike situasjon, evner, kultur og verdier (Sexton & Alexander, 2003).

I utformingen av en endringsplan skal det også tas hensyn til familiens relasjonelle funksjoner. Relasjonelle funksjoner forstås i FFT som den opplevelsesmessige erfaring en får ved å samhandle med en annen i familien og som motiverer til å fortsette denne samhandlingen (Sexton & Alexander, 2005). Disse opplevelsene beskrives og forstås gjennom to dimensjoner, relasjonell nærhet og hierarki. I motsetning til enkelte familierapeutiske tilnærminger, foreskriver FFT verken en korrekt grad av nærhet mellom ulike familiemedlemmer og et optimalt familiehierarki. Modellen sier at alle grader av nærhet og ulike familiehierarkier kan ha styrker og svakheter (Sexton & Alexander, 2005). Utviklerne argumenterer dessuten med at det er svært vanskelig og muligens uetisk å endre disse forholdene i en familie (Sexton & Alexander, 2003). Terapeutens arbeid blir derfor å finne måter å skape endringer i det problematiske samspillet i familien, som gir familiemedlemmene den relasjonelle funksjonen de ønsker og strever etter. Ved å ta hensyn til de relasjonelle funksjonene som antas å være viktige motiverende krefter, vil en endringsplan kunne gjennomføres lettere og være mer varig.

«Reframing»-prosessen og utviklingen og gjennomføringen av tilpassede endringsplaner er noen av de elementene i FFT som setter krav til FFT-terapeutenes kliniskterapeutiske ferdigheter. Metoden er således krevende å lære seg, da de nødvendige ferdighetene ikke lett lar seg beskrive eller læres gjennom en manual eller oppskrift. I FFT legges det derfor vekt på å ansette personer som har klinisk erfaring og en respektfull holdning til sine klienter. I

tillegg er opplæring og veiledning lagt opp på måter som støtter opp under utviklingen av gode kliniskterapeutiske ferdigheter i anvendelse av modellen.

Etter hvert som familien klarer å ta i bruk sine nye ferdigheter og det skjer en bedring i den henviste problematferden, går FFT-behandlingen over i sin tredje og siste fase, generaliseringsfasen. Målsetningene for denne fasen er å:

- Opprettholde positive atferdsendringer
- Overføre den positive utviklingen i familien til andre problemsituasjoner
- Identifisere ressurser og støtte i familiens omgivelser og nettverk

Terapeuten går i denne fasen over fra å øve familien i nye ferdigheter til å hjelpe dem å huske hvilke ferdigheter de har lært og hvordan de har brukt dem så langt (Breuk et al., 2006). På denne måten er terapeuten med på å tydeliggjøre hvilke positive endringer familien får til, og hvilke redskaper de har for å håndtere problemene sine. I samtalene blir det også fokusert på hvordan familien skal kunne møte problemer og utfordringer i fremtiden uten videre kontakt med terapeuten. Dette skjer blant annet ved at terapeuten i større grad lar familien selv gi svar og løsninger på de spørsmål og problemer de kommer med til timene. På denne måten øver terapeuten opp familiens tro på å mestre utfordringer på egenhånd.

I siste fase av en FFT-behandling snakkes det om hvilken videre oppfølging eller kontakt som familien trenger, og det er på denne måten at Funksjonell Familierapi fokuserer på risiko- og beskyttelsesfaktorer utenfor familiesystemet. Terapeuten kan samtale rundt dette med familien, men det legges vekt på at det er familien selv som skal initiere kontakt med andre hjelpetilbud, skole, fritidsaktiviteter, etc. (Sexton & Alexander, 2003). Terapeutens oppgave er å sammen med familien undersøke hva som kan være nyttig for dem å komme i kontakt med og motivere familien til å ta kontakt og få den videre hjelp de eventuelt trenger.

En FFT behandling gjennom de tre be-



skrevne fasene har vanligvis et omfang på 8-12 møter over en periode på 3 måneder (Sexton & Alexander, 2003). I noen tilfeller kan behandlingen forlenges til totalt 30 møter over 6 måneder. Det forventes at behandlingene vil ha noe lengre varighet i de første årene av implementeringen i Norge, som et ledd i at terapeutene bygger seg opp klinisk kompetanse innenfor denne behandlingsmodellen.

### **Metodeintegritet**

En utfordring ved implementeringen av en behandlingsmetode som FFT, er å sikre metodeintegritet, dvs. at det kliniske arbeidet gjennomføres i tråd med metoden. Det er nødvendig at en metode følges som den er beskrevet for å kunne oppnå tilsvarende gode behandlingsresultater som metoden tidligere har vist. Denne sammenhengen mellom metodeintegritet og behandlingsresultat er dokumentert for flere evidensbaserte programmer (Barnoski, 2002; Henggeler, Pickrel, & Brondino, 1999; Henggeler, Melton, Brondino, Scherer, & Hanley, 1997). Dessverre er det krevende å lære seg en ny metode. Tidligere læring, erfaring og kjente terapeutiske grep kan komme i veien for læring og anvendelse av en ny behandlingsmetode. Evidensbaserte programmer, som for eksempel FFT og MST, har derfor utviklet kvalitetssikringsrutiner som skal bedre metodeintegriteten og dermed gi best mulig behandlingsresultat for de som mottar hjelpen.

En side av kvalitetssikringsarbeidet retter seg mot organisatoriske og administrative forhold. Dette omhandler blant annet forankring i organisasjonen, organisatorisk plassering, finansiering, henvisningsrutiner og kontakt med samarbeidspartnere. Slike rammeforhold må jevnlig vurderes og om nødvendig forbedres, dersom de ikke støtter opp under eller kommer i konflikt med FFT-teamets kliniske arbeid.

Den andre siden av kvalitetssikringen tar utgangspunkt i hvert enkelt FFT-team, som kan bestå av mellom 3 og 8 terapeuter.

Rekrutteringen av FFT-terapeuter skjer i henhold til de faglige kvalifikasjoner som ansees nødvendige for å kunne lære metoden. I løpet av opplæringsperioden på ett år får terapeutene først en tredagers klinisk opplæring i metoden, som videreføres med 3 todagers oppfølgingstreninger og en påfølgende tredagers klinisk opplæring. I tillegg har hvert FFT-team ukentlig veiledning, som gir terapeutene mulighet til å diskutere saker og den kliniske anvendelsen av metoden i hver enkelt sak. Den ukentlige veiledningen fortsetter også etter gjennomført opplæring. Neste ledd i utviklingen av et FFT-team er at en av terapeutene i teamet får opplæring til å fungere som veileder i teamet. Veilederen fortsetter samtidig som terapeut og vil etter gjennomført veilederopplæring ha månedlige konsultasjoner med en FFT konsulent, for kvalitetssikring av veiledningsarbeidet.

I tillegg til en grundig opplæring, benyttes det i FFT ulike skjemaer for å kvalitetssikre det kliniske arbeidet. Terapeuten skal fylle ut et skjema for hver gjennomførte samtale med familien, og det finnes et eget skjema for hver av de ulike fasene i behandlingen. Disse skjemaene er ment som hjelp for terapeuten til å tenke igjennom sitt arbeid i forhold til den kliniske modellen for FFT, og er dermed med på å bedre metodeintegriteten. I tillegg fyller hvert familiemedlem ut et skjema om hvordan de opplever terapien etter annenhver time. Denne informasjonen hjelper terapeuten til å få innblikk i hvordan familien opplever terapien og hva de synes de får hjelp til. Data fra de ulike skjemaene benyttes som utgangspunkt for veiledningssamtalene i teamene, og hjelper til å identifisere utfordringer og suksesser i arbeidet med FFT for den enkelte terapeut og for teamet som helhet.

### **MST og FFT som supplerende metoder for målgruppen ungdom**

Funksjonell familierapi retter seg mot samme målgruppe som Multisystemisk

Terapi (MST), som er en veletablert behandlingsmetode i det norske barnevernet (Christensen & Mauseth, 2007; Ogden & Hagen, 2006; Ogden & Halliday-Boykins 2004). Metodene bygger på den samme forskningen omkring risiko- og beskyttelsesfaktorer for ungdom med atferdsvansker og begge er evidensbaserte, intensive behandlinger med varighet på 3 til 6 måneder i FFT og 3 til 5 måneder i MST. Metodene representerer imidlertid ulike behandlingsopplegg, og det kan være nyttig å synliggjøre noen av ulikhetene.

I forhold til målgruppen kan FFT i større grad tilbys til ungdom og familier som er i risikozonen for utvikling av atferdsproblemer. Behandlingsformen i Funksjonell familierterapi ligner mer på tradisjonell familierterapi enn Multisystemisk terapi. I FFT møter terapeuten hele familien og samtalene kan skje enten på kontor eller hjemme hos familien. I MST finner møtene alltid sted på familiens arenaer. Hyppigheten av møtene er ikke like intens i FFT som i MST, og familien har ikke like stor tilgjengelighet til terapeuten. I MST har familien mulighet til å kontakte MST-teamet 24 timer i døgnet, 7 dager i uken, mens en slik tilgjengelighet ikke er en del av FFT-behandlingen. Både i MST og FFT har terapeuten som mål å motivere ungdommen til å delta i behandlingen. Dersom dette ikke lar seg gjøre har man i MST muligheten til å jobbe indirekte gjennom foreldrene. I FFT er det en forutsetning for behandlingen at man får ungdommen til å delta i samtalene.

Begge metodene arbeider med å redusere ungdommens problematferd og bedre samhandlingen og kommunikasjonen i familien. I MST skjer dette ved konkret og detaljert analyse av problematferden og hjelp til bedre kommunikasjon og samhandling rundt betingelsene for og konsekvensene av ungdommens atferd. I FFT arbeider terapeuten med å redusere negativitet og etablere en felles problemforståelse og balansert allianse innad i familien og mellom hvert familiemedlem og terapeuten. Når dette er oppnådd går FFT-behandlingen

videre til atferdsendringsfasen der terapeuten skal hjelpe familien med å lære seg ferdigheter som bedrer kommunikasjonen og samhandlingen i familien og bidrar til reduksjon i problematferden. Endringer i de resterende delene av ungdommens økologi, jobber FFT terapeuten indirekte med i den siste delen av behandlingen. I MST arbeider terapeuten mer direkte multisystemisk ved å aktivt involvere utvidet familie, skole, venner og nærmiljø allerede fra starten av behandlingen. Begge metoder fokuserer på generalisering av nylærte ferdigheter til nye situasjoner. I FFT vektlegges dette i den siste delen av behandlingen, mens det i MST er et fokus allerede fra starten av behandlingen. Til tross for disse ulike intervensjonspunkter, -fokus og -teknikker kan begge metodene vise til gode behandlingsresultater (Ogden & Hagen, 2006; Barnoski, 2004).

En slik sammenligning av de to metodene kan gjøre at noen tenker at FFT ville ha passet bedre for enkelte ungdommer, familier, problemer, enn hva en personlig tenker at MST ville gjort. Samtidig vil noen tenke det motsatte. Om det er slik at noen evidensbaserte programmer passer bedre for bestemte typer ungdommer, familier eller problemer er et interessant spørsmål. Dessverre finnes ingen sikker kunnskap om dette ennå, og de forskningsprosjekter i USA og Nederland som forsøker å finne svar er foreløpig bare i oppstartsfasen (Rowlands, personlig kommunikasjon, 17. januar 2007; Becker, personlig kommunikasjon, 26. april 2007). Det er derfor viktig i implementeringen av FFT å ikke blendes av ideer om at det nye er bedre, eller styres for sterkt av tanker om at en behandlingsmetode passer bedre med egne ideologiske oppfatninger enn en annen. Evalueringsforskning av MST i Norge viser gode behandlingsresultater for målgruppen ungdom med alvorlige atferdsvansker (Ogden & Hagen, 2006; Ogden & Halliday-Boykins 2004) og implementeringen av FFT endrer ikke på dette. FFT skal derfor i første omgang være et tilbud til de ungdommer og familier som ikke oppfyller

inntakskriteriene i MST. Det kan være saker hvor atferdsvanskene viser seg på bare en arena, for eksempel i familien, eller hvor atferden ikke ansees som alvorlige nok for MST-behandling. I tillegg kan FFT være et aktuelt og fullverdig tilbud dersom MST-kapasiteten i et område er fullt utnyttet.

### **Implementeringen i Norge**

Implementeringen av FFT i Norge skjer i et samarbeid mellom Atferdssenteret, Bufdir og Bufetat. Som tidligere nevnt, vil implementeringen starte med to team høsten 2007, i henholdsvis Stavanger og Skien. I løpet av 2008 planlegges det etablering av nye team i de resterende regionene. Utbyggingen av FFT som behandlingsmetode i Bufetat vil således få en gradvis start. På denne måten kan det bygges opp en infrastruktur i form av kompetente FFT-terapeuter og -veiledere i Norge, noe som vil kunne bidra til å støtte den videre implementeringen. De første teamenes erfaringer i arbeidet med familier og henvisende instanser og samarbeidspartnere, vil også kunne generere nyttig kunnskap for senere FFT-team. I implementeringen i Nederland er det gjort små kulturelle justeringer i henhold til FFTs prinsipp om «matching to...» for å øke måloppnåelsen i de ulike fasene av behandlingen (Breuk et al., 2006). Kulturelle forhold kan også bli et aktuelt tema i den norske implementeringen, og eventuelle justeringer vil da skje i et samarbeid med metodens utviklere for å sikre metodeintegritet. Den gradvise implementeringen av FFT vil også lette utvikling av grenseoppgangene og samarbeidet mellom FFT og MST. Det ønskes å skape en kultur hvor disse metodene ansees som supplerende og ikke konkurrerende tiltak for samme målgruppe. Dette vil ikke minst være til nytte for ungdommene og familiene som trenger disse tjenestene.

### **Evalueringsforskning**

Det har vært et viktig prinsipp å gjennomføre uavhengig evalueringsforskning ved innføringen av nye behandlingstilbud for barn/ungdom og familier med alvorlige atferdsvansker. Implementeringen av Funksjonell familierterapi vil ikke være annerledes i den sammenheng. Forskningsavdelingen ved Atferdssenteret har fått en selvstendig oppgave med å utforme, gjennomføre og publisere en uavhengig evaluering av effekten av FFT-behandling i Norge. Oppstarten for datainnsamling er planlagt til 2009, når både terapeuter og veiledere anses å være ferdig opplært i metoden og inneha klinisk erfaring i anvendelsen av den.

### **Oppsummering**

Funksjonell familierterapi (FFT) er en evidensbasert familieintervensjon for ungdommer og familier med alvorlige atferdsvansker. Metoden har vist gode resultater i evalueringsforskning og benyttes i Sverige og Nederland, i tillegg til USA. Høsten 2007 startes det to FFT-team, i henholdsvis Stavanger og Skien, som et ledd i implementeringen av FFT i Norge. Implementeringen er planlagt å skje gradvis, med innhenting av erfaringer og etablering av infrastruktur i Norge. FFT-teamene vil få grundig opplæring og være en del av et kvalitetssikringssystem som skal sikre metodeintegritet. I tillegg vil det kliniske arbeidet bli underlagt evalueringsforskning som skal vurdere metodens effekt for målgruppen. Etableringen av Funksjonell familierterapi i det statlige regionale barnevernet i Norge utgjør således en ytterligere innsats for å utvide og bedre behandlingstilbudet for ungdom og familier med alvorlige atferdsvansker.



## Referanser

- Alexander, J. F. & Parsons, B. V. (1973). Short-term Behavioral Intervention with Delinquent Families: Impact on Family Process and Recidivism. *Journal of Abnormal Psychology*, 81(3), 219-225.
- Alexander, J. F., Pugh, C. A., Parsons, B. V. & Sexton, T. L. (2002). Functional Family Therapy. In D. Elliot & S. Mihalic, (Series Eds.) *Blueprints for violence prevention*. Book three. (3rd ed.). Golden, CO: Venture.
- Barnoski, R. (2002). Washington State's Implementation of Functional Family Therapy for Juvenile Offenders: Preliminary Findings, Washington State Institute for Public Policy, tilgjengelig på: <http://www.wsipp.wa.gov/pub.asp?docid=02-08-1201>
- Barnoski, R. (2004). Outcome evaluation of Washington state's research-based programs for juvenile offenders, Washington State Institute for Public Policy, tilgjengelig på: <http://www.wsipp.wa.gov/pub.asp?docid=04-01-1201>
- Barton, C., Alexander, J. F., Waldron, H., Turner, C. W. & Warburton, J. (1985). Generalizing treatment effects of Functional Family Therapy: Three replications. *American Journal of Family Therapy*, 13, 16-26.
- Breuk, R. E., Sexton, T. L., van Dam, A., Disse, C., Doreleijers, T. A. H., Slot, W. N., & Rowland M. K. (2006). The implementation and the cultural adjustment of Functional Family Therapy in a Dutch psychiatric day-treatment center. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 515-529.
- Christensen, B. & Mauseith, T. (2007). Multisystemisk terapi: Familie- og nærmiljøbasert behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44:1095-1106.
- Elliott D., Hatot N. J. & Sirovatka P. (2001). Youth Violence: A Report of the Surgeon General. Tilgjengelig online: <http://www.surgeongeneral.gov/library/youthviolence/default.htm>. Lastet ned 10. mai 2007
- Gordon, D. A., Arbuthnot, J., Gustafson, K. E. & McGreen, P. (1988) Home-based behavioral-systems family therapy with disadvantaged juvenile delinquents. *American Journal of Family Therapy*, 16, 243-255.
- Gordon, D. A., Graves, K. & Arbuthnot, J. (1995). The effect of Functional Family Therapy for delinquents on adult criminal behavior. *Criminal Justice and Behavior*, 22, 60-73.
- Hansson, K., Cederblad, M. & Höök, B. (2000). Funktionell familjeterapi – en behandlingsmetode vid ungdomskriminalitet. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 3, 231-243.
- Hansson, K., Johansson, P., Drott-Englén, G. & Benderix, Y. (2004). Funktionell familjeterapi i barnpsykiatrisk praksis. *Nordisk Psykologi*, 56 (4), 304-320.
- HAY (2007). Helping America's Youth: Functional Family Therapy. Tilgjengelig online: <http://guide.helpingamericasyouth.gov/programdetail.cfm?id=29> . Lastet ned 20. august 2007.
- Henggeler, S.W., Melton, G.B., Brondino, M.J., Scherer, D.G., & Hanley, J.H. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, (5), 821-833.
- Henggeler, S.W., Pickrel, S.G., & Brondino, M.J. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research*, 1, 171-184.
- Klein, N. C., Alexander, J. F. & Parsons, B. V. (1977). Impact of family systems intervention on recidivism and sibling delinquency: A model of primary prevention and program evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 469-474.
- Ogden, T. & Hagen, K. A. (2006). Multisystemic Treatment of Serious Behaviour Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake. *Child and Adolescent Mental Health* Volume, 11 (3), 142-149
- Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9 (2), 77-83.
- OJJDP (2007). OJJDP Model Programs Guide: Functional Family Therapy. Tilgjengelig online: [http://www.dsgonline.com/mpg2.5/TitleV\\_MPG\\_Table\\_Ind\\_Rec.asp?ID=29](http://www.dsgonline.com/mpg2.5/TitleV_MPG_Table_Ind_Rec.asp?ID=29). Lastet ned 10. juli 2007.
- Sexton, T. L. & Alexander, J. F. (2003). Functional Family Therapy. A Mature Clinical Model for Working With At-Risk Adolescents and Their Families. In T. L. Sexton, G. R. Weeks & M. S. Robbins (Eds.), *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples*, (pp. 323-350). New York: Brunner-Routledge.
- Sexton, T. L. & Alexander, J. F. (2005). Functional Family Therapy for Externalizing Disorders in Adolescents. In J. L. Lebow (ed.) *Handbook of clinical family therapy*, (pp. 164-191). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.