

Fra kaos til samarbeid

**En kvalitativ studie av foreldres opplevelse av
Parent Management Training – Oregonmodellen**

Kjersti Reisæter Aartun og Ingvild Stjernen Tisløv



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2009

SAMMENDRAG

Forfattere: Kjersti Reisæter Aartun og Ingvild Stjernen Tisløv

Tittel: Fra kaos til samarbeid – En kvalitativ studie av foreldres opplevelse av PMTO-behandling

Veileder: Odd Arne Tjersland

Biveileder: Elisabeth Askeland

Hovedoppgaven omhandler foreldres opplevelse av den familiebaserte behandlingsmetoden Parent Management Training – Oregonmodellen (PMTO). Studien er basert på syv kvalitative intervjuer med foreldre med barn med atferdsvansker som har mottatt PMTO, og er underlagt et større forskningsprosjekt i regi av Atferdssenteret i Oslo. Forfatterne har selv utformet intervjuguide og samtykkeskjema samt gjennomført intervjuer, transkribering og analyse av disse.

Vår målsetning var å få en forståelse av foreldrenes opplevelse av å gjennomgå PMTO-behandling. Vi ønsket å undersøke om de opplevde at behandlingen medførte endring, og i tilfelle på hvilken måte. Våre funn er i stor grad i overensstemmelse med teori og empiri på PMTO, og støtter opp under metoden som en godt egnet behandling til familier med atferdsvanskelige barn. Gjennom å ta i bruk nye foreldreferdigheter har foreldrene opplevd at samspillet og samarbeidet i familien har blitt bedre. I løpet av behandlingen har de blitt tryggere i foreldrerollen, sett nedgang i barnets atferdsvansker og fått et mer positivt syn på barnet sitt. Noen foreldre oppgir også å ha fått en bedre relasjon seg i mellom. Den terapeutiske alliansen trekkes frem som svært betydningsfull for foreldrenes motivasjon til å gjennomføre behandlingen.

Det kommer også frem informasjon som peker på noen behandlingsmessige utfordringer. Det å delta uten en partner i behandlingen ser ut til å gjøre det vanskeligere for foreldrene å ta i bruk og opprettholde nye foreldreferdigheter. Det er også individuelle forskjeller i hvordan foreldrene opplevde å gjennomføre de ulike komponentene i PMTO, og i hvilken grad de klarte å nyttiggjøre seg av disse.

Videre oppfølging er noe flere etterspør, og vi finner indikasjoner på at de familiene som har fått lengre og tettere oppfølging har en mer tilfredsstillende familiesituasjon i dag.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	
Innledning.....	5
Implementering av PMTO i Norge.....	5
Vår studie.....	7
Teori og empiri.....	9
Målgruppe.....	9
Teoretisk forankring.....	11
Behandlingsmessige prinsipper.....	13
Tema og innhold i PMTO-verktøyene.....	15
Oppsummering.....	18
Metode.....	20
Forskernes forståelsesramme.....	20
Valg av metode.....	21
Utvalg.....	22
Intervjuguide.....	23
Datainnsamling.....	25
Analyser.....	26
Resultater.....	31
Introduksjon av familiene.....	31
Før behandlingen.....	31
Under behandlingen.....	36
Etter behandling.....	42
Utviklingshistorier.....	47
Diskusjon.....	52
Nedgang i tvingende samspill.....	52
Selvtillit som forelder.....	53
Terapeutens betydning.....	55
Samarbeid og relasjon mellom foreldrene.....	56
Utfordringer ved bruk av grensesettingsstrategier.....	57
Videre oppfølging.....	60
Konklusjon.....	63

Referanser.....	65
-----------------	----

Vedlegg

Appendix A: Samtykkeerklæring

Appendix B: Intervjuguide

INNLEDNING

Atferdsvansker oppgis som minst ett av problemene barnet er henvist for i omtrent femti prosent av alle sakene som mottas av hjelpeapparatet. Man vet at uten behandling vil barn med atferdsvansker ofte gradvis utvikle mer alvorlig antisosial atferd, og bare halvparten av de med alvorlige atferdsproblemer vokser opp til å bli veltilpassede voksne (Solholm, Askeland, Christiansen & Duckert, 2005). Risikoen er stor for at barnet eller ungdommen involveres i rusmisbruk, vold og annen kriminalitet, og flere studier har påvist en sammenheng mellom atferdsforstyrrelser i barndommen og antisosial personlighetsforstyrrelse i voksen alder (Rutter & Taylor, 2005). De alvorlige følgene det kan få både for barnet selv, familien, og samfunnet generelt, viser betydningen av å ha gode behandlingsmetoder som kan forebygge, redusere eller stoppe den negative utviklingen hos disse barna.

De siste årene har vi sett et stort tilfang i metoder som har til hensikt å hjelpe familier med atferdsvanskelige barn. I Norge benyttes blant annet behandlingsformer som Marte Meo, Webster Stratton og Parent Management Training – Oregonmodellen (heretter PMTO) i møte med slike familier. Et viktig fellestrekk er at metodene retter seg mot foreldrene, med det mål for øyet å gjøre dem i bedre stand til å håndtere barna sine. Tanken bak disse intervensjonene er at foreldrene ved å endre sitt samspill med barnet vil kunne redusere barnets atferdsvansker. I denne hovedoppgaven har vi intervjuet foreldre om deres erfaringer med å motta PMTO. Hensikten med disse intervjuene var å få tak i foreldrenes opplevelse av behandlingen. Vi ønsket å få en forståelse av hvordan familien hadde hatt det i forkant av behandlingen, hvordan foreldrene oppfattet og nyttiggjorde seg av PMTO-behandlingen, og hvordan familiesituasjonen deres er i dag etter endt behandling.

Implementering av PMTO i Norge

Foreldretreningsmetoder som behandling for atferdsvansker er en relativt ny tanke i Norge. Fram til 1980-tallet var behandlingen av barn og unge med slike problemer hovedsaklig institusjonalisering. Det å ta barnet ut av hjemmet og plassere det sammen med andre barn med liknende vansker var ikke uproblematisk, og man så lite positiv endring i atferden hos denne gruppen. Tvert i mot viste det seg at disse barna ofte utviklet en tiltagende destruktiv atferd i løpet av oppholdet, og at deres videre muligheter i livet ble ytterligere snevret inn (Tjersland, Engen & Jansen, 2009). Nyere psykologisk kunnskap, med større vekt på betydningen av tilknytning, samt de lite

oppløftende erfaringene fra utbredt institusjonsbruk (Kjelsberg & Dahl, 1998), medførte at man ville bort fra denne praksisen. Mot slutten av 80-tallet og utover 90-tallet var det flere som fremmet et sterkt ønske om forandring. Nye behandlingsmetoder ble etterspurt både fra statlig hold og fra praktiserende klinikere, og i august 1997 utarbeidet Barne- og familiedepartementet en handlingsplan for å kunne bedre tiltakene rettet mot barn og unge med atferdsproblematikk. Det ble vedtatt at atferdsvansker skulle bli et nasjonalt satsningsområde, og året etter ble det holdt en ekspertkonferanse med forskere fra Norge, Canada og USA hvor målet var å finne gode, evidensbaserte behandlingstiltak. Som følge av denne konferansen ble PMTO en av behandlingsmetodene som skulle prøves ut i Norge (Ogden, Forgatch, Askeland, Patterson & Bullock, 2005).

PMTO er en familiebasert, prinsippstyrt trinn for trinn-intervensjon som har sterk forskningsmessig forankring gjennom mer enn 30 år med omfattende forskning på barn og antisosial atferd. Metoden er basert på tanken om at atferdsvansker oppstår og opprettholdes gjennom negative samspillsmønstre i familien, og at barnets problemer dermed også kan reduseres gjennom å bedre samspillet mellom foreldre og barn. Selv om man tenker seg at barnet kan ha biologiske disposisjoner som medvirker til atferdsvanskene, vet man at spesifikke foreldreferdigheter likevel kan ha stor betydning for barnets videre utvikling ved at foreldrene lærer nye måter å håndtere barnet sitt på (Patterson, Reid & Dishion, 1992). På denne måten jobber man med barnet i dets opprinnelige miljø, og allierer seg med de som oftest har mest motivasjon og best mulighet til å endre barnets atferd, nemlig dets nærmeste omsorgspersoner.

I Norge blir implementeringen av PMTO administrert fra Atferdssenteret i Oslo. Dette senteret har det overordnede ansvaret for utdanning og veiledning av PMTO-terapeuter, samt forskning på hvordan metoden egner seg under norske forhold. En randomisert kontrollert effektstudie (RCT) på PMTO ble påbegynt i 2001, og er foreløpig eneste studien av sitt slag her til lands. 59 familier gjennomgikk PMTO-behandling og ble sammenlignet med en kontrollgruppe bestående av 53 familier som mottok hjelp fra ordinære helsetjenester (treatment as usual). Barna i familiene var mellom 4 og 12 år, og data ble innhentet før og etter behandling ved hjelp av spørreskjema og videoobservasjon. Målet for studien var å evaluere behandlingsutbyttet av PMTO, og det ble dokumentert positive endringer hos rundt 65% av familiene i form av forbedret evne til grensesetting hos foreldrene og

reduksjon i atferdsvansker hos barna. Endringene var signifikant høyere enn hos kontrollgruppen. Gjennom slik foreldrerapportering før og etter behandling kan man få et inntrykk av foreldres generelle opplevelse av PMTO. For eksempel rapporterte majoriteten av foreldrene som hadde mottatt PMTO at barna hadde forandret seg i stor grad, at familiesamspillet var blitt betydelig bedre, og at terapien hadde vært gunstig for dagliglivet i familien. Da effektstudien benytter kvantitative mål er funnene som blir presentert imidlertid uttrykt på gruppenivå, og gir ikke informasjon på individnivå (Ogden & Hagen, 2008). Gjennom en kvalitativ tilnærming har man derimot mulighet til å fordype seg i enkeltmenneskers erfaringer. Slik kan man få en utdypet og bredere forståelse av hvordan det kan oppleves å gjennomgå en PMTO-behandling.

Vår studie

Et overordnet mål for implementeringen var at alle foreldre som har barn med atferdsvansker i Norge skulle kunne tilbys PMTO-behandling. Per i dag er behandlingsmetoden implementert i alle landets fylker, og over 300 PMTO-terapeuter har blitt sertifisert de siste årene (Atferdssenteret, 2009). At behandlingen har et så bredt omfang øker viktigheten av effektevaluering samt evaluering av mer kvalitative sider av behandlingen. Ved å intervju syv familier som har mottatt PMTO-behandling ønsket vi å få tak i foreldrenes opplevelse av behandlingen, og på hvilken måte erfaringene fra behandlingen har hatt innvirkning på familiesituasjonen i dag. Gjennom deres utsagn om hvordan det var å motta og ta i bruk de ulike elementene i behandlingsmetoden søkte vi å få en utdypet forståelse av hvordan en slik behandlingsprosess kan oppleves for ulike familier.

Selv om kunnskapen fra vårt begrensede utvalg ikke er generaliserbar, kan tendenser og enkeltfenomener i vårt materiale danne utgangspunkt for nye hypoteser til videre forskning på PMTO-behandling. Per i dag vet vi at det fortsatt er mange barn og unge med atferdsvansker som ikke får tilstrekkelig hjelp med problemene sine. Også behandlingsforskningen på PMTO viser at et mindretall rapporterer at de ikke har fått effekt av behandlingen (Ogden & Hagen, 2008). Ved hjelp av mer kvantitativ og kvalitativ forskning vil man i framtiden kunne danne seg et mer helhetlig bilde av familier med barn med atferdsvansker, og hvordan disse best kan hjelpes. Dette har vært en viktig motivator for oss i arbeidet med hovedoppgaven.

Våre forskningsspørsmål i dette prosjektet har vært:

Hvordan opplevde foreldrene PMTO-behandlingen?

- Hvilken betydning hadde relasjonen til terapeuten?
- Hvordan var det for foreldrene å motta og ta i bruk de ulike foreldreverktøyene?
- Hvilke utfordringer opplevde de underveis?
- Opplevde de å ha fått tilstrekkelig hjelp?

Opplevde foreldrene at behandlingen medførte endring, og i tilfelle på hvilken måte?

- Barnets problematikk
- Samspillet med barnet
- Mestring av foreldrerollen

TEORI OG EMPIRI

Foreldretrening har blitt popularisert gjennom tv-show som for eksempel ”SOS-barnevakten” på TvNorge. Her ser man hvordan kaotiske familier med tidvis nokså usjarmerende barn får en streng nanny i hus som hjelper foreldrene å strukturere hverdagen, sette barna i ”time-out” og gradvis opparbeide mer husro og et bedre forhold mellom både barn og voksne. Enkelte av disse oppdragelseskomponentene minner mye om de en finner i PMTO, men teorien bak og gjennomføringen av dem er likevel forskjellig. Der barnet, vilt protesterende, blir slept til pausetid av ”super nanny”, er pausetid innenfor PMTO alltid basert på frivillighet hos barnet, i den forstand at det kan velge mellom dette og en annen konsekvens. Selv om slike programmer utvilsomt har bidratt til en økt allmenn interesse for foreldretreningsmetoder, har de trolig også medført noe forvirring i forhold til sammenblanding av ulike behandlingsmetoder, og enkelte urettmessige dommer mot anerkjente metoder som PMTO.

Vi vil i dette kapitlet gjennomgå teori og empiri på PMTO. Vil først presentere PMTOs målgruppe. Deretter vil vi redegjøre for PMTOs teoretiske forankring, klargjøre noen av de viktige behandlingsmessige prinsippene samt gjennomgå hovedkomponentene i metoden.

Målgruppe

PMTO er et behandlingstilbud som retter seg mot familier med barn mellom 4 og 12 år med atferdsvansker. Hensikten er å trene foreldre i ferdigheter som kan forebygge, redusere eller stoppe atferdsvansker hos barnet deres. I tilfeller der omfanget av barnets atferdsvansker overgår grensen for hva som oppfattes som normal opponering, kan barnet bli diagnostisert med den psykiske lidelsen *atferdsforstyrrelse* (ICD-10, 2006). Tall viser at mellom 5-10% av alle barn og unge passer inn under denne kategorien (Solholm et al., 2005). Diagnostisering blir aktuelt når gjentatt antisosial, aggressiv eller utfordrende atferd som ikke forventes av et barn i den aktuelle aldersgruppen, har vart i seks måneder eller mer. Atferdsmønsteret består av blant annet slåssing, tyrannisering, grusomhet overfor andre mennesker eller dyr, alvorlig ødeleggelsestrang, ildpåsetting, gjentatt lying, skulking, alvorlige raserianfall og ulydighet (ICD-10, 2006). Selv om flere av barna i familier som mottar PMTO har denne diagnosen, er dette ikke en betingelse for å få tilbud om slik behandling. Barn kan ha store atferdsvansker uten å oppfylle alle kriteriene til en

atferdsforstyrrelse. PMTO-behandling gis til familier hvor foreldrene opplever store utfordringer i forhold til grensesetting og samspill med sitt barn, og hvor barnet innfrir mange av kriteriene til diagnosen atferdsforstyrrelser. Dersom vi ikke henviser spesifikt til diagnosen vil vi heretter benytte begrepene atferdsvansker eller atferdsproblemer.

Barn med atferdsvansker er en heterogen gruppe. Atferdsvansker opptrer ofte sammen med andre psykiske lidelser hos barn som ADHD, Tourettes syndrom, angst og depresjon, og dette kompliserer både diagnostisering og behandling (Rutter & Taylor, 2005). Det er ikke uvanlig at barn i familier som mottar PMTO-behandling har slike sammensatte problemer. Det er nærliggende å tenke at komorbiditet kan komplisere og således redusere utbyttet av familiebaserte metoder som PMTO, men studier har tvert om vist økt effekt hos grupper med kompleks problematikk (Kazdin & Whitley, 2006). Man har også sett at depressive symptomer hos barnet kan reduseres som følge av foreldretreningsbehandling (Webster-Stratton & Herman, 2008). PMTO retter seg hovedsaklig mot å redusere utagerende problematferd, og fokuserer i mindre grad på internaliserende problemer som angst og depresjon hos barnet. Det foreligger derfor begrenset kunnskap om endringsmekanismene i forhold til reduksjon av internaliserende vansker ved PMTO-behandling. En forklaring på slik nedgang i internaliserende vansker kan imidlertid være at aversiv atferd ofte medfører sosial isolasjon fra jevnaldrende. Gjennom behandlingen reduseres barnets atferdsvansker og de sosiale ferdighetene styrkes. Barnet vil ikke lenger bli ekskludert av jevnaldrende og voksne og blir dermed mindre deprimert (Patterson, Reid & Dishion, 1992).

Selv om målsetningen med PMTO er å forebygge, redusere eller stoppe barns atferdsvansker inkluderes barnet selv i liten grad i selve behandlingen. Dette skiller PMTO fra andre behandlingsmetoder som benyttes i arbeidet med atferdsvanskelige barn. Man tenker at foreldrenes selvtillit kan svekkes dersom de erfarer at terapeuten innehar mer kompetanse i forhold til å håndtere deres eget barn enn dem selv. Terapeuten skal være foreldrenes nærmeste allierte i dette arbeidet fremfor barnets behandler, noe som begrunnes med at man anser foreldrene som de som best og mest varig kan endre atferdsvanskene gjennom å forandre sitt samspill med barnet (Apeland, 2007). Selv om barnet ikke deltar i behandlingsmøtene, er det viktig at foreldrene informerer barnet om endringene som skal skje i familien. Foreldrene skal sette barnet inn i de nye belønningssystemene, hjelpe barnet til å forstå hva som

heretter vil bli forventet av det og hva som skjer når det ikke følger reglene for hva som er tillatt. Det er imidlertid viktig å understreke at man i enkelte tilfeller kan velge å inkludere barnet i deler av behandlingen, dersom terapeuten eller foreldrene anser dette som avgjørende for at foreldrene skal kunne utvikle sine foreldreferdigheter (PMTO-håndbok, 2004).

Da det har vist seg å være av stor betydning for behandlingsutfallet at begge foreldrene er aktivt med og samarbeider om behandlingen (Kjøbli & Hagen, 2009), oppfordres begge til å delta. Dette gjelder også for steforeldre. I tilfeller hvor foreldrene ikke bor sammen vurderer terapeuten sammen med den som har daglig omsorg hvem som skal delta. I disse tilfellene kan terapeuten jobbe med foreldrene sammen, hver for seg eller kun med den ene parten (PMTO-håndbok, 2004). Siden det er omfattende forandringer som skal gjennomføres i familien, er det vesentlig at foreldrene spiller på lag, oppmuntrer og støtter hverandre i denne prosessen.

Teoretisk forankring

Metodens opprinnelse

Parent Management Training - Oregonmodellen, ble utarbeidet av Gerald Patterson og kolleger ved Social Learning Center (OSLC), Oregon, USA. Gjennom undersøkelser, observasjonsstudier, intervensjonsstudier og klinisk arbeid med familier og barn og unge som sliter med atferdsvansker har de utformet en teoretisk modell for å forstå barns aggresjon og antisosiale atferd, parallelt med at de har utarbeidet en effektiv intervensjonsmodell. To hovedproblemstillinger har styrt dette arbeidet: "Hva forårsaker barns antisosiale atferd?" og "Hva kan gjøres for å hjelpe familier til å endre denne typen problematferd?" (Solholm et al., 2005; Patterson, Reid & Dishion, 1992). Gerald Patterson oppgir selv å være inspirert av utviklingspsykologi, personlighetspsykologi og klinisk psykologi, og plasserer seg innenfor noe han kaller 4.generasjons sosial læringsteori som har sine røtter i Bandura og Walters arbeider (Patterson et al., 1992).

Teoretisk fundament

Perspektivet som Patterson legger til grunn for PMTO kalles Social Interaction Learning Model (heretter SIL) eller sosial interaksjons læringsteori (Solholm et al., 2005). Denne modellen er hovedsakelig influert av to ulike teoretiske tradisjoner; sosial læringsteori og sosial interaksjonsteori. Fellesnevneren for disse to

perspektivene er at individet alltid påvirkes gjennom sine sosiale omgivelser. Læringsmessig handler det om hvordan barnet utvikler og opprettholder aversiv atferd gjennom ulike forsterkningsmekanismer, mens interaksjonsteorien vektlegger hvordan samspillet mellom familiemedlemmene kan være på en slik måte at barna utvikler avvikende atferd. I tillegg tenker man seg at kontekstuelle faktorer påvirker samspillet i familien. Det kan være arbeidsledighet, skilsmisse, død, rusproblemer, familievold og lignende, som hindrer foreldrene i å utvikle eller benytte gode foreldreferdigheter. Barna rammes indirekte av disse kontekstuelle faktorene, gjennom foreldrenes atferd, og påvirkes slik i negativ retning (Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989; Patterson, Reid & Eddy, 2002). Patterson, Reid og Dishion (1992) hevder imidlertid ikke at barnets atferd kun formes av de sosiale omgivelsene og læring. De understreker at barnet i kraft av sin personlighet og temperament også aktivt påvirker samspillet med foreldrene og andre. De utelukker ikke at det kan foreligge biologiske disposisjoner for antisosial atferd, noe som indikerer at disse barna i utgangspunktet er vanskeligere å håndtere enn andre barn og at de har et spesielt behov for å lære hva slags atferd som fører til hva, samtidig som de trenger klare rammer, forutsigbarhet og struktur.

I følge SIL-modellen har familier med barn med atferdsvansker utviklet en form for tvingende samspill eller *coercion* (Patterson, 2002). Tvingende samspill innebærer at familiemedlemmene benytter ubehagelige væremåter som voldsom argumentering, roping eller fysisk vold for å få viljen sin. Patterson argumenterer for at dette samspillet utvikler seg allerede fra barnets første leveår. Samspillsproblemene oppstår som følge av en interaksjon mellom barnets biologiske disposisjoner (gener, pre- og postnatale komplikasjoner) og faktorer som omsorgsgiver bringer med seg. Dette kan være biologiske variabler (for eksempel temperament) eller kontekstuelle faktorer som lav sosioøkonomisk status, skilsmisse og utrygg oppvekst.

Eksempler på tvingende samspill kan være barnet som skriker for å få lørdagsgodt midt i uka helt til foreldrene gir seg. Eller barnet som nekter å gjøre leksene sine, foreldrene blir sinte når de ikke klarer å påvirke barnet, og sender deretter ham eller henne på rommet uten at leksene blir gjort. Ved at barnet erfarer at det lønner seg å bruke aversive reaksjoner for å oppnå noe de vil ha eller noe de vil slippe blir den negative atferden positivt forsterket. Barnet tyr således lett til aversive oppførsel, og foreldrenes motsvar kommer i en negativ versjon som igjen øker barnets ubehagelige atferd. Både foreldre og barn kan initiere slike episoder av tvingende

samspill, og dette handlingsmønsteret blir overlært og automatisert (Apeland, 2007). På denne måten kan selv små uenigheter medføre voldsom konflikteskalering, og familien befinner seg i en ond sirkel det er vanskelig å bryte ut av. I takt med at aversive interaksjoner tiltar i familien, øker risikoen for fysisk tvang og press fra foreldrenes side, eller fysisk utagering fra barnet. Det oppstår et negativt og konfliktfullt klima, og det blir vanskelig for familiemedlemmene å se hverandre i et positivt lys (PMTO-håndbok, 2004). Tvingende samspillsmønstre påvirker relasjonen mellom foreldre og barn negativt og resulterer ofte i økning i atferdsvansker over tid og dårlige utviklingsmuligheter for barnet.

Enkelte foreldre søker å unngå konflikt gjennom å gi etter for barnets krav og senke sine egne forventninger til barnets oppførsel. En slik unngåelsesstrategi vil imidlertid bare ytterligere forsterke barnets aversive atferd (Ogden & Hagen, 2008). Ved at foreldrene slutter å stille aldersadekvate krav motiveres ikke barnet til å strekke seg etter normale utviklingsferdigheter. Dette bidrar til at barnet stadig vil avvike mer fra jevnaldrende, noe som igjen virker opprettholdende på atferdsvanskene.

Behandlingsmessige prinsipper

Varighet og intensitet

Varigheten ved PMTO-behandling varierer, men et gjennomsnittlig terapiforløp er på 20-30 timer fordelt utover seks til åtte måneder, med ett møte i uka (PMTO-håndbok, 2004). Terapeutens oppgave er å etablere en likeverdig samarbeidsrelasjon hvor foreldre og terapeut blir enige om behandlingens målsettinger. Møtene følger en fast struktur som bygger på innlæring av foreldreferdigheter hvor foreldre blir trent i å anvende definerte foreldreverktøy i møte med sitt barn. Dette skjer i behandlingsmøtene hvor terapeuten initierer interaktiv formidling, ledende spørreprosesser, rollespill og felles problemløsning. Mellom hvert møte får foreldrene en hjemmeoppgave relatert til den ferdigheten som øves på i den aktuelle timen. I tillegg kontaktes foreldrene pr telefon mellom møtene, for å motivere til gjennomføring av hjemmeoppgaven. PMTO regnes som en korttidsterapi selv om det åpnes for at terapeuten kan ta individuelle hensyn med tanke på å utvide behandlingsforløpet.

Behandlingsmål

Det overordnede målet for PMTO-behandlingen er at barnets atferd skal endre seg i positiv retning gjennom at foreldrene forandrer måten de forholder seg til barnet sitt på (PMTO-håndbok, 2004). Det er to hovedaspekter ved denne målsetningen.

Foreldrene lærer å fremme samarbeid og en god relasjon mellom seg selv og barnet, samtidig som de lærer grensesettingsstrategier for å sanksjonere uønsket atferd fra barnet. Det er fokuset på å øke det positive samspillet som skal dominere behandlingen, og dette blir gjort tydelig overfor foreldrene. Foreldre med barn med atferdsvansker uttrykker ofte et behov for hjelp til å sette adekvate og konsekvente grenser for barnet sitt. I PMTO vektlegges det at grensesettingskomponenten ikke skal innøves før relasjonen mellom foreldre og barn er bedret. Da samspillet har vært preget av mye konflikt, må man bruke tid på å gjenopprette tillitsforholdet mellom partene. Første del av en PMTO-behandling vil derfor alltid være viet til å skape et mer positivt klima i familien. Et viktig prinsipp er at foreldrene skal ha gitt barnet fem oppmuntringer i form av ros eller belønning før de kan benytte en negativ konsekvens.

I PMTO forstås atferdsvansker som uløselig knyttet til tvingende samspill mellom familiemedlemmer, og behandlingen skal bidra til å hjelpe foreldrene å bryte dette mønsteret. For å oppnå det må man også lære foreldrene å konsekvent benytte nye grensesettingsstrategier i form av milde, negative konsekvenser for uønsket atferd. I disse familiene har grensesettingen ofte vært lite konsekvent og forutsigbar. Uønsket atferd fra barnet kan ha utløst svært ulike reaksjoner, fra ingen reaksjon en dag til høylytt kjeft og fysisk tvang en annen dag. Konsistent bruk av sanksjoner gjør hverdagen mer forutsigbar og det blir lettere for barnet å forstå hva som er akseptert oppførsel (Patterson, 1986; Forgatch & DeGarmo, 1999).

Det er ikke uvanlig at foreldre som kommer i PMTO-behandling har en oppfatning av at problemene ligger i barnet. Typiske utsagn kan være ”han er helt umulig” og ”vi har prøvd alt, men ingen ting hjelper”. Foreldrene føler seg maktesløse og uten innflytelse på barnet sitt, og har vanskelig for å se sin egen rolle i samspillsproblemen. Det er derfor en viktig målsetning å lære foreldrene at deres måte å kommunisere med barnet påvirker barnets atferd. Tanken er at hvordan foreldrene har kommunisert før behandlingen, har virket opprettholdende på det tvingende samspillet. Nå lærer foreldrene en ny måte å kommunisere på som bryter dette mønsteret. Slik erfarer de at de har innflytelse på barnet, noe som både øker

følelsen av mestring av foreldrerollen og gir et mer positivt syn på barnet (Apeland, 2007).

Terapeutrollen

Det stilles spesifikke krav til terapeuter som skal jobbe med PMTO. Det er selvsagt vesentlig at terapeuten innehar både teoretisk og praktisk kunnskap om de ulike kjernekomponentene i PMTO, men dette er ikke tilstrekkelig for å arbeide effektivt med metoden. Man må også ha gode pedagogiske evner til å lære bort ulike foreldreferdigheter på en mest mulig inspirerende og effektiv måte (Solholm et al., 2005). I tillegg kommer, som i all annen psykoterapi, terapeutiske prosessferdigheter som kreves for å skape og opprettholde en god arbeidsallianse (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004).

PMTO er basert på lett forståelige prinsipper, og å ta i bruk de nye foreldreferdighetene kan fremstå som en enkel oppgave. Det er imidlertid et stort skritt fra det å forstå prinsippet til å faktisk ta ferdighetene i bruk, fordi dette ofte forutsetter en fundamental endring i egne automatiserte responser. Gjennomgripende forandringer i tankesett og væremåte krever en dyktig terapeut som kan oppmuntre, støtte, veilede og korrigere. En viktig endringsmekanisme er at foreldrene selv erfarer at det finnes alternative måter å håndtere konflikter på enn gjennom tvingende samspill. Sammen med terapeuten trener de på å løse vanskelige situasjoner som ofte oppstår med barnet, og tilegner seg på denne måten nye ferdigheter til bruk i samspill med barnet. For å få til dette er det avgjørende at foreldrene føler seg trygge nok på terapeuten til at de tør å ta opp og trene på vanskelige situasjoner gjennom rollespill.

Ferdighetene som læres bort i PMTO bygger på hverandre, og det er opp til terapeuten å vurdere om foreldrene har fått tilstrekkelig forståelse og kompetanse i forhold til den aktuelle ferdigheten før man fortsetter til neste trinn i behandlingen. Terapeuten må også kunne gjøre individuelle tilpasninger uten å avvike direkte fra metodens prinsipper og hensikter. Dette forutsetter en fleksibel og sensitiv terapeut som kan fange opp familiens spesifikke livssituasjon og utfordringer og tilpasse innholdet i timene etter dette.

Tema og innhold i PMTO-verktøyene

Forskning har vist at fravær av enkelte foreldreferdigheter predikerer eller samvarierer med en negativ tilpasning hos barn (Patterson, Reid & Dishion, 1992). Ferdigheter

som har vist seg å ha stor betydning for barnets utvikling er tilsyn og oppfølging, grensesetting av antisosial atferd, ros og oppmuntring av prososial atferd, problemløsning og positiv involvering i barnet. Disse ferdighetene betegnes som PMTOs kjernekomponenter. Et viktig prinsipp i arbeidet med disse komponentene er å øke barnets motivasjon til å samarbeide (Forgatch & Martinez, 1999). Dette oppnås best gjennom at foreldrene lærer å gi tydelige og vennlige beskjeder, oppmuntrer barnet når det samarbeider, og setter grenser og følger opp ulydighet og utagering. Foreldrene trenes i disse ferdighetene gjennom å ta i bruk ulike foreldreverktøy, og disse utgjør essensen i en PMTO-behandling. Hvert verktøy skal bidra til å utvikle foreldrenes kompetanse innenfor de ovennevnte områdene. Verktøyene blir her presentert i samme rekkefølge som i behandlingen. Behandlingsrekkefølgen er ikke tilfeldig, men bygger på prinsippet om at samarbeidsklimaet i hjemmet må forbedres før man kan ta i bruk grensesettingsstrategier.

Gode og effektive beskjeder

Hovedinnholdet i dette verktøyet er at beskjeder skal gis på en tydelig og vennlig måte. Kjennetegn ved *gode beskjeder* er å være fysisk nær, være konkret og bruke enkle ord, være vennlig, men bestemt, og å unngå argumentering. I PMTO skilles det mellom start- og stoppebeskjeder. En startbeskjed er positivt ladet ved at den oppfordrer til en konkret handling, for eksempel ”Ta på støvlene, er du snill”. Stoppebeskjeder formidler noe barnet ikke skal gjøre, for eksempel ”Slutt å skrike!” I PMTO blir det vektlagt at bruk av startbeskjeder tilrettelegger slik at barnet samarbeider bedre (PMTO-håndbok, 2004). Gode beskjeder skal bidra til å snu det negative kommunikasjonsmønsteret i familien og å fremme samarbeid fra barnet. Meningen er at foreldrene skal strebe etter å holde fast på denne måten å henvende seg til barnet på, selv når barnet ikke adlyder, og på denne måten unngå at konfliktene eskalerer. Gjennom gode og tydelige beskjeder uttrykkes nøyaktig hva som forventes av barnet. Slik kan barnet også bli mer motivert til å gjøre hva det blir bedt om.

Læring gjennom ros og oppmuntring: oppmuntringstegn, belønningsskjema

Foreldrene skal også lære hvor viktig det er med ros og oppmuntring for å utvikle barnets prososiale atferd. Et vesentlig poeng er at foreldre skal redusere oppmerksomheten rettet mot negativ atferd, og gi mer positiv oppmerksomhet når barnet viser ønsket atferd. Det skal være et fem til en forhold mellom positive og

negative tilbakemeldinger. Verktøyene som benyttes i dette arbeidet er *oppmuntringstegn* og *belønningsskjema*. Oppmuntringstegn innebærer å gi barnet ros og håndfaste forsterkere når det samarbeider. Belønningsskjema utarbeides for å lære barnet nye ferdigheter, og slik oppnå flere mestringsområder. Skjemaene er en hjelp til å tydeliggjøre overfor barnet hva foreldrene ønsker av det, og beskriver trinn for trinn hva barnet må gjøre for å nå et atferdsmessig mål, for eksempel gjøre lekser. Belønningsskjemaene skal hjelpe foreldrene til å stille realistiske og tydelige krav, og til å registrere om barnet innfrir disse forventningene (Solholm et al., 2005).

Positiv involvering

En viktig målsetning i PMTO-behandling er å øke foreldrenes *positive involvering* i barnet sitt. Dette verktøyet innebærer å gi barnet en opplevelse av å være verdifull for foreldrene, ved at foreldrene gir positiv oppmerksomhet, viser interesse for hva barnet foretar seg og bruker tid på hyggelige aktiviteter sammen med barnet (Forgatch & Martinez, 1999). At forholdet mellom foreldre og barn hovedsakelig er dominert av positive interaksjoner, er av stor betydning for barnets utvikling over tid. Dette er blant annet fordi et barn med positivt involverte omsorgsgivere naturlig i sin utviklingsprosess vil søke til foreldrene for støtte, veiledning, trøst og oppmuntring. Økt positiv involvering bidrar dessuten til en god og trygg relasjon preget av tillit og empati (PMTO-håndbok, 2004).

Milde negative konsekvenser: Pausetid, ekstraoppgaver, tap av gode

Når verktøyene for å fremme positiv atferd er innøvd og praktisert, er grunnlaget lagt for å begynne med grensesetting for å redusere ulydighet og uønsket atferd fra barnet (Solholm et al., 2005) Foreldrene skal lære hvordan de på en konsekvent og forutsigbar måte skal møte uønsket oppførsel med milde negative sanksjoner. Konsekvensene skal gis med en emosjonelt nøytral holdning, og man skal unngå anklager, spørsmål eller argumenter (Solholm et al., 2005)

Foreldreverktøyene som læres bort er *pausetid*, *ekstraoppgaver* og *tap av gode*. Barnet skal få informasjon om de forskjellige verktøyene før de tas i bruk, slik at grensesettingen oppleves forutsigbar og som en valgmulighet. Pausetid skal brukes som reaksjon på ulydighet og manglende samarbeid og skal utgjøre et brudd i kontakten i en situasjon hvor faren for konflikteskalering er stor. Dette gjennomføres ved at barnet skal oppholde seg på et forhåndsbestemt sted i fem til ti minutter. Stedet

skal være trygt, kjedelig og skal ikke ha gjenstander som er farlige eller underholdende. Barnet skal altså ikke leke på rommet denne tiden.

Ekstraoppgaver innebærer at barnet skal utføre en arbeidsoppgave i hjemmet, for eksempel å støvsuge et rom, og er en reaksjon på mer alvorlige regelbrudd som for eksempel fysisk utagering eller lyving. Pausetid og ekstraoppgaver er basert på frivillighet på den måten at barnet kan velge å etterfølge denne konsekvensen. Dersom det velger å ikke etterkomme sanksjonen, følges dette opp med tap av et gode (Solholm et al., 2005). Et eksempel på tap av gode kan være å bli fratatt dataspill i en halv time.

Det blir lagt vekt på at grensesettingen bør finne sted før situasjonen har blitt sterkt emosjonelt ladet, og at alle sanksjonene skal gjennomføres på en nøytral måte. Grensesettingen skal være et brudd i en begynnende konflikt, og må derfor inntreffe før sterke negative følelser eskalerer. Grensesettingen skal også på dette tidspunktet kun være en avgrenset del av samspillet mellom foreldre og barn. Foreldrene blir gjennom hele terapiforløpet oppfordret til å fortsette å jobbe med utvikling av en positiv relasjon til barnet ved hjelp av verktøyene fra den første fasen av behandlingen (Solholm et al., 2005)

Problemløsning

Dette verktøyet skiller seg noe fra de øvrige verktøyene, da det ikke har en fast plass i behandlingsrekkefølgen. Terapeuten må vurdere når dette verktøyet skal introduseres, men det er anbefalt at familien først mestrer oppmuntring og grensesetting. Verktøyet anses likevel som svært viktig for at familien skal utvikle evne til samarbeid, inngå kompromisser og i fellesskap løse problemer. Foreldrene lærer metoder for å ta barnet med i viktige avgjørelser på en måte som gjør at barnet føler seg inkludert selv om de voksne har ansvar for den endelige beslutningen.

Oppsummering

I PMTO danner kombinasjonen av terapeutens prosessferdigheter og innøving av verktøyene grunnlaget for endring. Under behandlingsmøtene er hensikten å motivere foreldrene til å bruke foreldreverktøyene, og å hjelpe dem å forbedre utførelsen av de nye ferdighetene. Verktøyene må finslipes på en måte som passer inn i den enkelte familie, uten å fjerne seg for mye fra verktøyenes originale utforming.

En utfordring for terapeuter som arbeider med PMTO er å både ivareta en positiv samarbeidsallianse og samtidig holde seg til en bestemt agenda. Det er ikke en oppskrift fra time til time, men en terapiprosess som skal følge en struktur med bestemte innholdstema hvor terapeuten må tilpasse alt som skjer til den enkelte familie.

Terapeuten har et ansvar for å gjøre møtet med behandlingen så godt som mulig for hver enkelt familie. Foreldrenes opplevelse av PMTO og det å ta i bruk de nye verktøyene vil trolig være påvirket av flere faktorer som for eksempel barnets symptombilde, familiens bakgrunnshistorie og livssituasjon. Vi vet at forskjellige familier nyttiggjør seg av PMTO i ulik grad og at et mindretall ikke opplever å få en positiv endring gjennom behandlingen (Ogden & Hagen, 2008). For å best mulig kunne tilpasse og tilrettelegge PMTO trenger vi å vite mer om hvordan ulike familier med sine spesifikke ressurser og utfordringer opplever å gjennomgå en slik behandling. Det er dette vi vil se nærmere på når vi nå går over til vår egen intervjuundersøkelse. I neste kapittel redegjør vi for metode og analysearbeidet, før vi i resultatdelen legger frem hvordan våre informanter opplevde å gjennomgå PMTO-behandling.

METODE

Forskernes forståelsesramme

Ved bruk av kvalitativ metode er forskerens referanseramme av særlig betydning da man på et langt mer aktivt vis enn i kvantitativ forskning fortolker, velger ut og bearbeider datamaterialet (Kvale, 2001). Vi ønsker derfor å innlede dette kapitlet med å si noe om vårt eget utgangspunkt, og hvilke tanker vi hadde gjort oss omkring PMTO-behandling før vi satte i gang med dette prosjektet.

Vårt første møte med PMTO var gjennom en forelesning på Psykologisk Institutt ved Universitetet i Oslo (UiO). Rasjonalet bak metoden virket intuitivt riktig; det var lett å forstå verktøyene som ble benyttet og hvorfor de syntes å ha så god effekt. Det var dessuten en svært inspirerende tanke at et så omfattende personlig og samfunnsmessig problem som alvorlige atferdsvansker hos barn og unge kunne løses gjennom en strukturert og relativt kortvarig behandling. Vi bestemte oss for å se nærmere på teorien bak og forskningen som var gjort innenfor feltet, og ble etter hvert enige om at dette var noe vi ønsket å gjøre en studie på.

Etter endt hovedpraksis hadde vi mer praktisk kunnskap om behandling av barn, voksne og familier. Erfaringer gjort i praksisperioden var med på å påvirke hvilke elementer ved PMTO-behandling vi ønsket å fokusere på. For eksempel hadde vi erfart hvordan kontekstuelle faktorer påvirker menneskers funksjonsnivå, og således evnen til å være gode foreldre. Det var også en tankevekker å oppleve tilfeller hvor barn ble diagnostisert med atferdsforstyrrelser, mens en svært uheldig omsorgssituasjon og viktige personer rundt barnet gikk klar av diagnosesystemet. Vi så hvor viktig relasjonen mellom foreldre og barn var for barnets funksjonsnivå, og var usikre på om grensesettingsstrategier kunne være nyttig i tilfeller hvor relasjonen var dårlig. Kunne en strukturert metode som i liten grad involverte barnet direkte i behandlingen fremme en bedre relasjon mellom barn og foreldre? Vi var dessuten skeptiske til om foreldre som tidligere kunne ha benyttet harde disiplineringsmetoder ville ta til seg de positive elementene i PMTO. Vi hadde også gjort oss opp tanker omkring atferdsvansker. Vår forståelse av atferdsvansker innebar at disse ofte er symptomer på at noe er galt i barnets liv. Ville barna som indirekte mottok denne behandlingen føle seg forstått og ivaretatt gjennom at foreldrene gikk i PMTO? Kunne man risikere å få lydige, men ulykkelige barn? Samtidig som vi hadde flerfoldige innvendinger, var forskningen på PMTO fascinerende lesning. Flere effektstudier kunne vise til meget gode resultater målt ved nedgang i atferdsvansker

hos barna. I tillegg virket det som at intervensjonen fostret et langt mer positivt klima i familier preget av høyt konfliktnivå og negative relasjoner. Vår biveileder ved Atferdssenteret ga oss også stadig troen på PMTO-behandling gjennom sine refleksjoner og historier fra egen og andres praksis. I løpet av prosessen har vi hatt mange diskusjoner oss i mellom for og i mot intervensjonene, og særlig i startfasen vekslet vi mellom å være overdrevent kritiske til å tenke at metoden er den eneste som fungerer i arbeid med atferdsvansker. Da vi omsider begynte å gjøre intervjuene befant vi oss i en slags mellomposisjon, følte oss mindre forutinntatt, og var trolig i større grad åpne for hva familiene hadde å fortelle oss om alt vi lurte på.

Valg av metode

I Norge er det hovedsakelig gjort kvantitative studier for å måle effekten av PMTO (Ogden & Hagen, 2008). For å kunne utvikle og tilpasse en behandlingsmetode er det imidlertid også av stor betydning å lytte til deltakernes erfaringer og deres opplevelser. Kvalitativ metode egner seg til å få kunnskap om informanternes subjektive opplevelse. Ved hjelp av kvalitative mål kan man samle kompleks informasjon, noe som kan bidra til et mer utfyllende bilde av virkeligheten enn hva kvantitativ forskning kan gi alene. Innenfor kvalitativ forskning stilles andre krav til metodologien enn i kvantitativ forskning, da man søker en annen type kunnskap. I stedet for å ha hovedfokus på å si noe om en generell virkelighet ut fra et høyt antall informanter, søker man å komme nærmest mulig inn på *fenomenet* det forskes på. Dersom man innenfor kvalitativ forskning skulle følge den positivistiske vitenskapsfilosofiens krav til operasjonalisering, hypotesetesting og reproduserbarhet, ville menneskets opplevelse bli redusert og man ville gå glipp av omfattende og viktig kunnskap (Monsen, 2000).

Valg av metode er avhengig av forskningsspørsmålet som stilles. Det vi ønsket å ha fokus på var informantens opplevelse av PMTO-behandlingen, og hvordan ulike familier kan oppleve PMTO forskjellig. I vår studie så vi det derfor som hensiktsmessig å bruke intervjuet som form og å gjøre kvalitative analyser av datamaterialet. Vanlige metoder innenfor kvalitativ forskning er intervju, observasjon og spørreskjema. Vi ønsket å få utfyllende og dyptgående informasjon om informantens egne opplevelser. Observasjon var lite aktuelt da behandlingsperioden var over og vi ville dermed fått lite relevant informasjon om opplevelse av behandlingen. Ved bruk av spørreskjema kan spørsmålsformuleringene og den

skriftlige formen være begrensende i forhold til å få den type informasjon vi var ute etter. Det vil for eksempel ofte være begrenset hvor mye og detaljert deltagerne svarer i skriftlig form. I tillegg vil forskernes rammer og forforståelse være sterkt tilstede, da alle spørsmålene er formulert i forkant av undersøkelsen og det er lite rom for spontane historier eller svart utover det som det spesifikt spørres etter.

Ved å benytte et semistrukturert intervju kan man stille åpnere spørsmål og følge opp temaer som dukker opp underveis. Informanten får anledning til å fortelle relativt fritt om det som oppleves som viktig, og styres i mindre grad av forskerens rammer. Intervjuet gir derfor en bedre anledning til å få en utvidet forståelse av informantens opplevelsesverden.

En vanlig innvending mot intervjuet er at dette ikke gir objektive, men subjektive opplysninger. Ofte kommer informantene med motstridende informasjon om samme tema. Imidlertid kan dette også sees på som intervjuets styrke; det fanger opp variasjonen i informantenes opplevelse av et tema, og gir et bilde av en mangfoldig og motstridende verden (Kvale, 2001). Det er mange eksempler fra psykologiens historie på at man har fått generell kunnskap fra få, intensive kasstudier. Blant annet viste Freud hvordan man kan bidra til å øke kunnskapen om personlighet og psykopatologi ved grundig å studere noen få enkeltindivider (Kvale, 2001).

Utvalg

Vårt utvalg består av syv familier som mottok PMTO-behandling i forbindelse med effektstudien utført ved Atferdssenteret i Oslo (Ogden & Hagen, 2008). Alle familiene hadde selv tatt kontakt med hjelpeapparatet for å få hjelp til sine atferdsvanskelige barn og de beskrev seg selv som svært motiverte for behandling. I utgangspunktet hadde vi kontakt med ti familier hvorav tre trakk seg fra undersøkelsen før intervju hadde funnet sted. For at intervjuprosessen skulle være lettere gjennomførbar, inkluderte vi kun familier bosatt i Østlandsområdet. Vi inviterte begge foreldre til å delta i intervjuet, men hadde ikke som kriterium at begge deltok. I to av intervjuene deltok begge foreldrene. I fire av tilfellene intervjuet vi kun mor. I en av disse familiene deltok også far i PMTO-behandlingen, mens i de resterende tre var kun mor med. I ett tilfelle intervjuet vi kun far, da mor ikke hadde mulighet til å delta. Hun var imidlertid med i PMTO-behandlingen.

Alle informantene hadde vært i PMTO-behandling for en tid tilbake siden, med et spenn på omtrent to til syv år tilbake i tid. Et potensielt problem med å intervju foreldrene så lenge etter behandlingen, er at det kan være vanskelig å huske nøyaktig hvordan de hadde det på dette tidspunktet. Vi var klar over at dette ville påvirke hva de sa om opplevelsen av behandlingen, da mennesker alltid husker og forstår fortiden ut i fra nåtiden. Imidlertid så vi det som et interessant aspekt ved vårt utvalg at informantene ikke kom direkte fra en nylig avsluttet behandling da vi blant annet var opptatt av hvordan familiesituasjonen var i dag, flere år etter behandlingsslutt. Vi ville også undersøke om de fremdeles bruker noe av det de lærte fra PMTO, og om de hadde opplevd behov for videre oppfølging av noe slag i etterkant av behandlingen.

Samtykke og konfidensialitet

Som nevnt tidligere hadde informantene våre deltatt i den norske effektstudien utført ved Atferdssenteret (Ogden & Hagen, 2008), og samtlige hadde samtykket i å bli kontaktet i etterkant av behandlingen. I samråd med veileder og forskningsansvarlig for effektstudien ble det derfor besluttet at det ikke var nødvendig å søke Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for ny godkjenning, da vår oppgave var direkte knyttet opp til denne studien.

Forut for intervjuingen fikk informantene generell informasjon om vår studie, og underskrev informert samtykke (se appendix A). De ble opplyst om at all informasjon ville bli behandlet konfidensielt og oppbevart nedlåst på Atferdssenteret. For å sikre informantenes personvern ble persondata som navn og adresse oppbevart atskilt fra selve intervjumaterialet. I oppgaven har informantene blitt anonymisert ved at identifiserende informasjon har blitt utelatt, i tillegg har vi i enkelte tilfeller tilføyd uriktige opplysninger i informantenes historier.

Intervjuguide

Vi valgte å strukturere intervjuguiden ut fra tidsperspektivet før, under og etter behandling. Mer spesifikt ønsket vi informasjon om familiesituasjonen før behandlingen, opplevelsen av selve PMTO-behandlingen, samt opplevde endringer og nåværende familiesituasjon. Disse temaene ble videre delt inn i 12 spørsmål med underordnede prober som kunne stilles dersom informanten ikke kom inn på dette i sine svar (se appendix B).

Hovedfokus i intervjuet var behandlingssituasjonen, hele 8 spørsmål omhandlet familiens opplevelse av PMTO. Vi hadde et ønske om å få en bred forståelse av opplevelsen av PMTO, men måtte likevel avgrense oss noe. Vi valgte å ikke spørre etter diagnosespesifikk symptomreduksjon hos barnet, men så mer generelt på foreldrenes opplevde endringer i barnets totale problematikk. Vi fokuserte også kun i liten grad på barnets utvikling av nye ferdigheter og mestringsområder, selv om dette anses som viktig i PMTO-behandling.

Spørsmålene var basert på PMTOs kjernekomponenter ros og oppmuntring av prososial atferd, problemløsning, positiv involvering i barnet og grensesetting av uønsket atferd. Vi valgte å utelate spesifikke spørsmål om komponenten tilsyn og oppfølging. Dette temaet har varierende relevans i ulike familier og aldersgrupper (PMTO-håndbok, 2004). For små barn (som i vårt utvalg) dreier tilsyn seg i stor grad om foreldrenes evne til positiv tilretteleggelse og oppfølging i daglige situasjoner hjemme. I familier med eldre barn som i større grad ferdes utenfor hjemmet, vil fokus på tilsyn bli mer sentralt i behandlingen. Vi spurte imidlertid spesifikt om samtlige foreldreverktøy som er etablert del av PMTO-behandlingen. Hvert foreldreverktøy ble skrevet på et kort som vi viste foreldrene i en fastsatt rekkefølge. Dette var *gode beskjeder, oppmuntringstegn, belønningsskjema, positiv involvering, pausetid, ekstraoppgaver, tap av gode og problemløsning*. Kortene ble liggende på bordet foran informanten. Dette var for å hjelpe foreldrene når de skulle velge hvilke verktøy de opplevde som mer eller mindre nyttige. Det gjorde det også lettere for informanten å gå tilbake til et verktøy som var gjennomgått for å komme med mer utfyllende informasjon. De øvrige spørsmålene dreide seg om familiesituasjonen før og etter behandling.

Intervjuet var semistrukturert i den forstand at vi var åpne for å følge nye temaer informantene introduserte, så lenge vi anså det som viktig i forhold til behandlingsopplevelsen. Selv om intervjuguiden i seg selv fikk en forholdsvis fast struktur med tanke på at spørsmålene var organisert tidsmessig og at alle spørsmålene skulle besvares, hadde vi ikke et krav om å stille spørsmålene i en fast rekkefølge. Vi fulgte informanten i han eller hennes fortelling, og brøt bare inn dersom det ble lange digresjoner eller historien stoppet opp.

Pilotintervju

Vi gjennomførte ett pilotintervju. Dette ble gjort med en forelder som hadde gått i behandling på Atferdssenteret. Det vi ønsket med pilotintervjuet var å få en vurdering av intervjuet gjennom å få tilbakemelding fra informanten om hvordan hun opplevde spørsmålene og intervjusituasjonen. Informanten fortalte etter intervjuet at hun tidvis hadde følt at svarene hennes var utilstrekkelige da hun opplevde at det ble en del overlapp og repetisjon av spørsmål. På grunnlag av dette kuttet vi ut noen av spørsmålene som ble opplevd som sammenfallende. Vi ble også oppmerksomme på å gi god informasjon til de som senere ble intervjuet om at det kunne forekomme spørsmål som var noe overlappende. Utover dette ble intervjusituasjonen opplevd som god.

Datainnsamling

Rekruttering

Familiene ble invitert til å delta av den som hadde vært deres terapeut. Fordelen med dette var at sjansen for deltakelse var større siden informantene ble kontaktet av en de allerede kjente. En innvending mot en slik utvelgelse er at terapeuten står fritt til å velge hvem som blir spurt. Dette kunne resultere i et skjevt utvalg, ettersom man kan anta at terapeuten velger en familie han eller hun hadde en god relasjon til, og som var fornøyd med PMTO-behandlingen. Imidlertid var dette lite aktuelt i dette tilfellet, da hver terapeut kun hadde vært behandler for en til to familier som hadde deltatt i effektstudien. Selektionsmulighetene var dermed svært små.

Gjennomføring av intervjuene

Informantene fikk valget mellom å gjennomføre intervjuet hjemme hos dem, på Atferdssenteret eller på Psykologisk Institutt ved UiO, alt etter hva som var mest beleilig for dem. Vi ønsket å være mest mulig fleksible og la informantene selv få velge. De fleste (fem av syv) ønsket at vi skulle komme hjem til dem.

Vi var begge tilstede under alle intervjuene. Vi hadde på forhånd fordelt oppgaver slik at en hadde hovedansvar for gjennomgangen av intervjuet, mens den andre noterte stikkord underveis. Bi-intervjueren hadde også mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål dersom noe var uklart, eller kunne hjelpe til dersom samtalen beveget seg over på andre tema. Denne rollefordelingen fungerte fint og opplevdes naturlig i situasjonen. Vårt ønske var at intervjuet skulle flyte mest mulig som en

vanlig samtale hvor informantene stod fritt til selv å komme med det som opplevdes som viktig uten at det ble lagt for mange føringer. Samtidig hadde vi på forhånd definerte synspunkter på hva vi ønsket å få vite noe om. Ved at vi begge var til stede og kunne delta ble forholdene lagt godt til rette for en strukturert samtale, uten å få for mye ”avhørspreg”, noe som kan være et hinder i forhold til innsamling av et rikt intervjumateriale.

Transkribering

Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd ved hjelp av båndopptaker, og ble senere transkribert. I transkriberingsprosessen skjer en tidlig fortolkning av datamaterialet (Kvale, 2001), og vi bestemte å transkribere ordrett det informantene sa for på denne måten å best mulig bevare informantenes opprinnelige mening. Vi transkriberte hverandres intervjuer, slik at den som var hovedansvarlig for intervjuet ikke selv transkriberte det. Dette for at vi begge skulle oppleve et nærmere ”eierskap” til intervjuet, også den som deltok i mindre grad.

Etterpå gjennomlyttet og korrekturleste vi hverandres transkriberte intervjuer. Dette gjorde vi for å sikre at transkripsjonene har vært korrekte og for å sammen bli enige dersom noe var vanskelig å forstå eller lyden var utydelig.

Vi opplevde at vi fikk til en god dialog og at informantene var åpne og emosjonelt nærværende. Det ble gitt fyldige beskrivelser og historier. Da vi i utgangspunktet hadde tenkt å intervjuer ti informanter, ble det vurdert om vi skulle forsøke å rekruttere tre informanter til. Imidlertid syntes vi at vi hadde relativt stor spredning i materialet på områder som problematikk, familiebakgrunn og behandlingsopplevelse. Basert på datamaterialet vi hadde, kom vi frem til at vi hadde nok informasjon med våre syv familier til å si noe om hvordan ulike familier opplever PMTO-behandling.

Analyser

Intervjuanalysen er stadiet mellom den opprinnelige fortellingen som kom frem i intervjuet og det endelige resultatet som forskeren presenterer til leseren. Det er på dette stadiet at forskeren skaper en sammenheng mellom det innsamlede materialet og det som til slutt skal presenteres. Analysemetodene er en hjelp i arbeidet med å organisere intervjuteksten og å få frem meningen i det som blir sagt i en fortettet form slik at materialet kan presenteres på en mer kortfattet måte (Kvale, 2001).

I analysene av vårt materiale har vi benyttet oss av elementer fra ulike tilnærminger innenfor kvalitativ metode. Å veksle mellom ulike fremgangsmåter er ikke uvanlig innenfor intervjuanalyse, og går under betegnelsen ad hoc meningsgenerering (Kvale, 2001). I bearbeidningen av datamaterialet har vi hovedsaklig fulgt prosedyren for tematisk analyse, i tillegg har vi utarbeidet to familiers narrativer, en teknikk som er hentet fra narrativ analysetradisjon.

Tematisk analyse er en metode hvor man identifiserer, analyserer og rapporterer mønstre eller temaer i et datamateriale (Braun & Clarke, 2006). Denne fremgangsmåten har tradisjonelt vært sett på som et kodingsverktøy som blir benyttet innenfor ulike kvalitative analysemetoder, og har ikke vært anerkjent som en selvstendig metode. Braun og Clarke (2006) argumenterer imidlertid for at tematisk analyse bør anses som en fullverdig analysemetode på linje med andre tilnærminger. Da tematisk analyse ikke er knyttet til en spesifikk teori, er den mer fleksibel og mer tilgjengelig. Den krever ikke samme grad av teoretisk og teknologisk kunnskap som for eksempel Grounded Theory, og egner seg derfor godt for mindre erfarne forskere.

Ved kvalitative forskningsintervjuer vil det ofte komme frem veldig mye informasjon, og ikke alt kan inkluderes i presentasjonen av materialet. Forskernes fokus vil gjerne endre seg noe underveis, og man får klarere for seg hva man ønsker å rette oppmerksomheten mot. Det er derfor avgjørende at forskeren klargjør hva de har gjort og hvorfor, noe vi har lagt stor vekt på.

Steg i prosessen

1) I første omgang leste vi gjennom hvert vårt intervju. Med utgangspunkt i hva informantene fortalte, laget vi tentative temaer og valgte ut alle utsagn som passet inn under disse. Vi satte ingen andre begrensninger for kategoriene enn at de skulle utpeke seg som viktige tema i forhold til forskningsspørsmålene våre. Vi valgte å gjøre dette hver for oss så vi uavhengig av hverandre kunne utarbeide ulike forslag til temaer, før vi i felleskap avgjorde hvilke av disse vi ville benytte i den videre analysen. Da vi sammenlignet hva vi hadde gjort, fant vi at vi begge hadde tatt utgangspunkt i de tre hoveddimensjonene i intervjuet "før", "under" og "-etter behandling". Dette fremstod som en naturlig måte å strukturere materialet på.

Også i forhold til temaene vi hadde kommet fram til var det stor overlapp. Dette tenker vi er et uttrykk for at vi hadde et svært samstemt syn på hva som var relevant i forhold til forskningsspørsmålene våre. Vi hadde likevel kommet fram til noen ulike

temaer. Disse gjenspeilte hovedsaklig spesifikke elementer i historien til den ene familien som ikke gikk igjen i det andre. Familie 1 fortalte for eksempel om en familiesituasjon som var preget av stor konflikt med personer utenfor familien. Dette dannet grunnlag for et tema vi på dette tidspunktet kalte kontekstuelle faktorer. Selv om denne kategorien ikke var aktuell for familie 2, ble vi enige om å beholde kategorien, da vi anså den som å ha stor betydning for vårt forskningsfokus.

Vi registrerte også at vi hadde flere temaer som i for stor grad sammenfalt med spørsmålene fra intervjuguiden. Dette gjorde at vi satt med omtrent like mange kategorier som intervju spørsmål. Flere av disse temaene var overlappende så vi kunne slå dem sammen. Det var likevel fortsatt utfordrende å fri seg fra de opprinnelige spørsmålene. Vi brukte mye tid på diskusjon, veiledning og å bevege oss mellom intervjumaterialet og temaene. Dette hjalp oss til å systematisere, se materialet mer helhetlig og trekke ut det vi anså som mest vesentlig. På denne måten endte vi opp med færre og mer overordnede temaer.

2) Analyse av alle intervjuene

Vi analyserte intervjumaterialet i sin helhet i fellesskap. I løpet av denne prosessen fikk vi både en ny forståelse av materialet, og bedre oversikt. Vi oppdaget ingen nye temaer, men fant at enkelte temaer fremdeles overlappet i stor grad og kunne slås sammen. Det at det ikke fremkom nye temaer tenker vi har sammenheng med at vi gjorde en grundig og utfyllende analyse av de to første intervjuene, samt at vi i første omgang hadde valgt ut to familier som var veldig ulike og representerte bredden i materialet godt.

Enkelte av de opprinnelige temaene ble droppet, da de ble vurdert som mindre viktige for vårt forskningsfokus. For eksempel nevnte noen av informantene betydningen av at PMTO også ble implementert på skolen. Dette temaet valgte vi å utelate, fordi vi tenker at foreldrenes opplevelse av behandlingen mer indirekte påvirkes av dette sammenlignet med en rekke andre temaer, for eksempel relasjonen til terapeuten. Et tema vi i utgangspunktet tenkte var interessant å ta med var ”årsaksattribusjon til barnets problemer”. Vi opplevde det imidlertid problematisk at foreldrene stort sett bare ga ett konkret svar (for eksempel barnets diagnose) når vi spurte spesifikt etter *årsaken* til barnets problemer, mens de tidligere i intervjuet hadde nevnt andre faktorer som også kunne tolkes som årsaksattribusjoner. Ut i fra intervjumaterialet var vi derfor usikre på om denne informasjonen rommet foreldrenes

fulle oppfatning, da foreldrene ikke hadde blitt gitt instruks om å gi et uttømmende svar på hva de så som årsak til barnets problemer. Vi tenkte vi her stod i fare for å bli i overkant fortolkende og trekke slutninger vi egentlig ikke hadde belegg for. I analyseprosessen ellers har vi bevisst valgt å holde oss på et eksplisitt nivå fremfor å innta en mer fortolkende holdning til materialet (Braun & Clarke, 2006), og vi bestemte oss derfor for å utelate dette temaet.

3) Narrativ strukturering

Kategoriseringsprosessen gir en god tematisk struktur, men medfører en fragmentering av datamaterialet, noe som kan gjøre at man risikerer å miste helheten ut av syne. Vi valgte derfor å skrive, i en narrativ form, en kort utviklingshistorie for hver familie. Dette gjorde vi ved å omarbeide intervjuetekstene til en fortettet fortelling som strakk seg fra tiden før behandling og frem til i dag. Ved å benytte dette grepet fikk vi en mer helhetlig forståelse av utviklingsforløpet i familienes historier. På dette stadiet så vi tydeligere en sammenheng mellom familiesituasjonen i forkant av PMTO, opplevelsen av behandlingen og familiens situasjon i dag.

Vi har presentert to av disse historiene i resultatkapitlet, for å best mulig formidle til leseren hvordan to ulike utviklingsprosesser kunne forløpe. Vi har valgt to historier som etter vår oppfatning representerer ytterpunktene i datamaterialet vårt, da det er familier hvor foreldrene befinner seg i veldig ulike livssituasjoner som vi tenker har hatt forskjellig innvirkning på deres opplevelse av behandlingen og hvordan de har det i dag.

4) Presentasjon

Som siste ledd i en analyseprosess er det forskerens oppgave å sortere ut hvilke temaer han eller hun anser som relevante da man umulig kan presentere hele datamaterialet. Resultatene som skal formidles til leseren avhenger av hvilke temaer som utkrystalliserer seg som viktige og interessante i forhold til forskerens forskningsspørsmål. Vi har valgt ut temaer som vi tenker godt illustrerer familienes behandlingsopplevelser, og som gir et inntrykk av bredden og kompleksiteten i materialet vårt ved at vi fremhever informantenes likheter og forskjeller. Temaene vil bli presentert tidsmessig etter samme prinsipp som i intervjuguiden. De temaene vi valgte å inkludere i oppgaven var:

- Før behandling: *Barnets problematikk, Samspill og relasjon mellom foreldre og barn, Relasjon og samarbeid mellom foreldrene, Selvtillit som forelder.*
- Under behandling: *Det terapeutiske møtet, Mottakelse og bruk av foreldreverktøyene.*
- Etter behandling: *Samspill og relasjon mellom foreldre og barn, Relasjon og samarbeid mellom foreldrene, Selvtillit som forelder, Familiesituasjonen i dag, Behov for videre oppfølging.*

Vi valgte så ut de sitatene vi mente best illustrerte hvert tema. Samtlige informanter ble representert i oppgaven gjennom sine sitater. I noen tilfeller har vi bearbeidet sitatene for å klargjøre mening. Vi fjernet da ord eller setninger vi mente medførte uklarhet og forvirring, og gjorde enkelte omformuleringer i den hensikt å gjøre sitatet mer forståelig for leseren. Et eksempel på dette er setningen: *og det var vel største delen av at vi måtte benytte oss av det tilbudet*, som vi omformulerte: *og det var vel den største grunnen til at vi måtte benytte oss av det tilbudet*. Vi har imidlertid tilstrebet å være så tro mot originalsitatene som overhodet mulig, og mener vi har lyktes med dette. Der vi har utelatt lengre passasjer i et sitat er det markert på følgende vis: (...).

RESULTATER

Introduksjon av familiene

For å gi leseren bedre oversikt over utvalget, har vi valgt å lage en tabell der vi presenterer noen karakteristika ved hver familie.

Familie	Hvem deltok i behandling?	Barnets kjønn og alder	Barnets tilleggsproblematikk ved behandlingsstart	Informant
Moland	Kun mor	Jente, 8-9 år	Depressive reaksjoner	Mor
Bøler	Kun mor	Gutt, 7-8 år	ADHD, depressive reaksjoner	Mor
Strand	Mor og far	Gutt, 7-8 år	ADHD og epilepsi	Mor
Kristiansen	Mor og far	Gutt, 7-8 år	Tourettes syndrom	Mor og far
Løvmø	Kun mor	Jente, 7-8 år	Depressive reaksjoner	Mor
Normann	Mor og far	Gutt, 8-9 år	ADHD	Mor og far
Olsen	Mor og far	Jente, 6-7 år	Dysleksi	Far

Vi vil nå presentere temaene våre illustrert med utsagn fra foreldrene. Vi har valgt å gi informantene våre fiktive navn for at man lettere skal kunne følge familiens opplevelser og meninger i forhold til behandlingen, og sammenholde dette med informasjon fra matrisen. For øvrig er det gjort flere grep for å ivareta anonymisering, se metodekapitlet. I våre kommentarer til sitatene har vi benyttet betegnelsene *enkelte* dersom vi viser til to informanter, *noen* ved 3 informanter, *flere* der vi viser til 4-5 informanter og *mange* eller *nesten alle* ved 6 informanter.

Før behandlingen

Alle familiene beskriver situasjonen før behandlingen som svært vanskelig, og flere bruker begrepet fortvilet om hvordan de hadde det i denne perioden. Det er et gjennomgående trekk at konfliktnivået mellom foreldre og barn var høyt, og at foreldrene følte seg maktesløse, slitne og oppgitt. Vi har valgt ut følgende temaer som

illustrerer hvordan det kunne være for familiene i perioden forut for PMTO: *Barnets problematikk, samspill og relasjon mellom foreldre og barn, relasjon og samarbeid mellom foreldrene, selvtillit som forelder.*

Barnets problematikk

Alle familiene ble med i behandlingen på grunn av store atferdsvansker hos barna, men selv om alle beskriver en konfliktfylt hverdag, er det forskjellige historier som fortelles. For eksempel var barnets problematikk noe ulik fra familie til familie. Alle foreldrene beskriver at barnet deres hadde annen problematikk i tillegg til atferdsvanskene, noe som stemmer godt overens med forskningen, som viser til høy komorbiditet blant barn med atferdsvansker (Rutter & Taylor, 2005; Kazdin & Whitley, 2006). I vårt utvalg var det tre barn som var blitt diagnostisert med ADHD, et barn med Tourettes syndrom, et med epilepsi, et med dysleksi og tre barn som opplevdes som utpreget deprimerte i tillegg til atferdsvanskene. Mange av barna beskrives av foreldrene som overaktive og ulydige.

MOR: (ler) Han på en måte kunne bare løpe rundt, ikke sant, nå må du kle på deg og da bare løp han. Du hadde ikke kontroll på ungen. Han var jo opp under taket, ikke sant, klatret på vegger, det var helt vanvittig når du ser tilbake (...)

I: Kunne han være noe sånn utagerende eller aggressiv mot dere, var det mest aktivitetsnivået?

MOR: Nei, det var bare aktivitetsnivået eller kjøttkaker i ørene rett og slett da, for å si det sånn. Og så var det mye det der at han tok ikke imot beskjeder (...) klarte ikke gjennomføre noe, han bare masa rundt for å si det sånn. så... (Strand)

MOR: Før vi skjønnte hva han sleit med så kunne jeg si til ham" i morgen skal vi lage sjokoladecake" (...), men det var dumt å si, for da begynte han klokka fem om morgenen. Og da hadde han ikke bare lagd... Han dro utover. Jeg visste ikke at det gikk an å få et kjøkken til å se sånn ut. Det var mel utover, og havremelet... Man ble jo helt lamslått av det kjøkkenet. Egga lå jo bare utover der... (Kristiansen)

At barnet ikke tok imot beskjeder, og at de forhandlet og argumenterte om "alt" er typiske beskrivelser. Andre oppgir at det i tillegg til ulydighet var mye aggresjon involvert.

MOR: Mm. Vet ikke hvor mange ganger han har rasert rommet sitt. Har noen malingstrøk der..

FAR: Jada.

MOR: Han slo i filler og..

I: Kunne han være.. gå til angrep på dere eller..

MOR: Jeg har.. det er spesielt meg da, som har kommet i den situasjonen.

(Normann)

De fleste foreldrene opplevde barnet sitt som frustrert og trist over situasjonen de befant seg i. Det kan imidlertid virke som om noen av familiene hadde barn som var særlig nedstemte og triste. Disse foreldrene beskriver hvordan barna gråt mye, vanskelig lot seg trøste, og at de ved en eller flere anledninger uttalte at de ikke orket leve mer.

MOR: Hun var veldig lei seg. Hun lå bare og grein og grein og sa at vi bare kunne ta livet av henne. Og det er litt spesielt når du er åtte år. Så det syns jeg, det var det verste, at hun var så deprimert. Vi kunne bare ta livet av henne. Hun hadde ikke noe liv. (Moland)

MOR: Når hun var seks år hadde hun lyst til å ta livet av seg (...) Hun var seks- sju år når hun sa at "dette er ikke noe liv, mamma" (Løvmo)

Samspill og relasjon mellom foreldre og barn

Blant familiene kom det også frem ulike beskrivelser av relasjonen mellom foreldre og barn. Selv om alle familiene beskrev store vansker i forhold til barnet, var det oftest slik at vanskene var knyttet til spesifikke situasjoner (for eksempel leggesituasjonen, ved spisebordet, overganger), og handlet ikke om den grunnleggende relasjonen til barnet. Det hadde utviklet seg et tvingende samspill preget av konflikt, sinne og frustrasjon. Selv om foreldrene uttrykket fortvilelse over barnets oppførsel, beskrev de ikke foreldre-barn relasjonen i seg selv som utrygg.

FAR: For eksempel å gå og legge seg da. Det var veldig vanskelig å i det hele tatt nærme seg badet. (...) Så vidt jeg husker så var det vel, det var nok litt... det eskalerte. Til å begynne med så var det ganske rolig, men så ble det kjefting, og så ble det bare "Nå skal du. Nå SKAL du!" (Olsen)

MOR: Vi var heldige for vi fikk hjelp ganske tidlig (...). Det var ikke sånn at det hadde låst seg. Men det skulle ikke gått så lang tid... Et år til med den atferden, så blir... Du får han så lett oppi halsen, så da kunne det fort blitt veldig gærent.

I: Og at dere også får et helt annet forhold til ham da?

MOR: Ja, jeg tror at det kunne skjedd. (Kristiansen)

Noen av foreldrene hadde fått et svært negativt syn på barnet og dets problemer. Den vanskelige relasjonen hadde vedvart over lengre tid, og var ikke alltid direkte knyttet til barnets atferd. Disse foreldrene beskrev store problemer med å i det hele tatt like barnet sitt.

MOR: Første dagen jeg kom dit så sa jeg: "hjelp meg å like dattera mi igjen". For jeg hadde mest lyst å kaste henne i søpla, og jeg var ikke noe flau for å si det, men det var sånn "hjelp meg, så hun skal få det bra", og det var det viktigste, "og at jeg skal få det bra med mitt barn". For jeg var klar til å gi henne bort omtrent, altså.(...) Det er ganske kjipt å ikke like ditt eget barn. Og da tenkte jeg, da det var på det verste, kommer jeg noen gang til å gjøre det? Du tror nesten at du ikke er i stand til å gjøre det en gang. (Moland)

Relasjon og samarbeid mellom foreldrene

Et viktig område hvor familiene skiller seg fra hverandre, handler om relasjon og samarbeid mellom foreldrene. I to familier hadde foreldrene et sammenfallende syn på hva som var vanskelig i deres situasjon, og hvordan de skulle forsøke å løse disse problemene. Dette var gjerne i familier hvor parforholdet mellom foreldrene ble beskrevet som godt.

I: Hvordan hadde dere det sammen i familien på den tiden?

FAR: Totalt sett hadde vi det bra, men det var litt høyt konfliktnivå.

I: Først og fremst mellom barnet og dere eller..

FAR: Ja

I: Ikke mellom deg og kona di?

FAR: Nei, tvert i mot.

I: Ja. Dere stod sammen i kampen.. holdt jeg på å si (ler)

FAR: Ja (ler) (Olsen)

I enkelte andre familier hadde foreldrene problemer med å bli enige om oppdragelsen. Disse familiene forteller at de håndterte barnet på svært forskjellige måter, ved at den ene var altfor ettergivende og den andre altfor streng. Det oppsto en polarisering mellom foreldrene som barnet kunne spille på ved å sette foreldrene opp mot hverandre. Når mor og far praktiserte forskjellige regler ble hjemmesituasjonen lite strukturert og forutsigbar for barnet. Dette påvirket også parforholdet i negativ retning ved at konflikten beveget seg fra å være mellom foreldre og barn til å bli en kamp mellom de voksne.

FAR: (om situasjonen) Den var ustrukturert. Vi var ikke enige oss foreldre i mellom om hva som var riktig og hva som var galt. Og det er klart det går på bekostning av barnet. Når han ser at vi ikke er enige så er det mye lettere for han å argumentere for hans side i forhold til den situasjonen han er i. Og det var vel den største grunnen til at vi måtte benytte oss av det tilbudet. Vi måtte se konsekvensene av at vi to ikke var enige. Og hva det gjør med barna da.

MOR:(...) Vi var jo ikke enige i hvordan vi skulle løse konflikter med (sønn). Så når han på en måte tok en konflikt med ham, så begynte jeg å forsvare han, ikke sant. Og så begynte vi å diskutere i stedet.

FAR: (om parforholdet) For å si det sånn, vi hadde samme adresse, det var det vi kan si om det! (ler)

MOR: (ler) Ja det blei litt sånn. Jeg var nok den som forsvarte, og fant unnskyldninger for alt sammen. Mens han gikk mer rett inn i konflikten og ville endre på ham. Så det var konstant diskusjon, oss i mellom, hele tida. (Normann)

I noen familier var det stor uenighet mellom foreldrene, både med tanke på hvordan de så på problemene, hvorvidt de ønsket kontakt med hjelpeapparatet og hvordan de tenkte om barnet sitt. Mor og far hadde ulike måter å forholde seg til barnet på, og de hadde gjerne et fundamentalt ulikt syn på oppdragelse.

MOR: Og hun har alltid sagt at hos pappa er det ingen grenser. Hun kunne bestemme middagen, pannekaker hver dag for eksempel. Kunne legge seg når hun ville. Alltid leke.. Alt var på hennes premisser. Hun bestemte. (Løvmø)

I disse tilfellene var det i tillegg store konflikter mellom foreldrene, og de hadde gått fra hverandre. Samarbeidet dem i mellom fungerte svært dårlig. En mor beskriver at forholdet mellom henne og barnefar har vært preget av alvorlig psykisk vold store deler av barnets liv.

Selvtillit som forelder

Flere nevner at de følte seg mislykket som foreldre, og at det var mye skyldfølelser knyttet til det å ha et barn med atferdsvansker. Mange opplevde at de ikke ble forstått av omgivelsene, og at de gradvis begynte å tro det var dem selv det var noe galt med, som ikke klarte å ha kontroll på ungen sin.

MOR: Ja det var jo... det går mye på deg selv, og du tenker at du er udugelig som mor. Ja så det gikk mye på meg selv da (gråter). (...) Før vi satte i gang

med dette PMTO, da var det ikke lett å vite hva man skal gjøre, skal man pakke og bare dra? (Strand)

Under behandlingen

Det terapeutiske møtet

Motivasjonen for å starte i behandling var stor hos de aller fleste, da familiesituasjonen ble opplevd som uholdbar. Noen familier oppgir at de var skeptiske til om PMTO virkelig kunne snu den vanskelige situasjonen de befant seg i, men fikk mer tiltro til metoden så snart de møtte terapeuten. Det å bli møtt, og å få håp hadde stor betydning for de fleste:

MOR: Også var det det med det håpet. For egentlig var vi ganske sånn nedkjørt, og...vi er jo med på alt, men å tro at vi skulle få til sånn veldig mye... Vi var jo litt småskeptisk, men hun ga jo det håpet. Hun sa at nå har dere kommet så tidlig, han er så liten... Hun ga håp om at "det går bra", "det har vi erfaring med". Her var det behandlingsoptimisme helt fra start. Det smitta over. For da begynte vi å tenke at dette her går sikkert bra. (Kristiansen)

Med ett unntak fremholder samtlige familier relasjonen til terapeuten som svært viktig for behandlingen. Det som særlig ble pekt på var at terapeuten framsto som en trygg person som vekket tillit og som formidlet håp om at situasjonen ville endre seg. Mange forteller at det var spesielt god kjemi mellom dem og terapeuten, og de tror ikke det ville vært det samme med en annen behandler.

FAR: Og ære være han vi hadde. Han var både utadvendt og åpen og ærlig tvers gjennom. Så det... det gjorde det enkelt for oss å stole på den mannen.(...)

MOR: Også var han veldig engasjert. Utrolig engasjert. Og det var det som gjorde at vi falt sånn for ham, at han er så engasjert i det.

FAR: Og aktiv lytter, som du var inne på

MOR: Og han viser oppriktig glede over det du gleder deg over. Og det tror jeg er viktig for de som skal kjøre den utdanninga her

I: Være engasjerte

MOR: Ja. Og vise at de bryr seg. (Normann)

Flere av familiene vektlegger hvor viktig det var å endelig møte en person som forstod hvordan de hadde det i familien, som hadde kompetanse og erfaring med barn med atferdsvansker. De opplevde det som lettende at noen endelig erkjente at barnet deres hadde store problemer, og at dette var noe de ikke var alene om.

MOR: Jeg syntes det var veldig deilig å få noen å snakke med. (...) En som tok deg på alvor. For det er ikke lett å snakke med hvem som helst om at man har et barn med sånne problemer. Det er liksom ikke... Det å få aksept for at vi hadde et barn som var rimelig vanskelig, det var den første lettelsen.
(Kristiansen)

Flere av familiene fremhever også viktigheten av at terapeuten var fleksibel i forhold til å lytte til aktuelle problemer familien kom med, selv om dette hørte til lenger ut i programmet. De fleste uttaler likevel at det var nyttig å lære verktøyene i den rekkefølgen de ble presentert, da de opplevde at ferdighetene i stor grad bygget på hverandre.

Mottakelse og bruk av foreldreverktøyene

Fire av verktøyene utmerket seg når familiene skulle si noe om erfaringene de hadde hatt med å ta i bruk foreldreverktøyene. Dette var *gode beskjeder, positiv involvering, belønningsskjema og pausetid*; verktøy som nesten samtlige hadde gjort seg opp en mening om.

Gode beskjeder. Dette verktøyet ble fremhevet som noe av det viktigste i forhold til endring i alle familiene. Mange sier de har integrert verktøyet i hverdagen, og en familie forteller at dette er eneste måten å få kontakt med sønnen på:

MOR: Jeg gjør det helt konsekvent, for det er den eneste måten jeg får kontakt på (...) Og hvis man glemmer seg bort, for det gjør man jo, og så sier jeg bare noe ut i lufta og så har ikke han fått det med seg, og så sier jeg "(barnets navn), jeg har jo sagt det til deg!" og så sier han "nei", - han har ikke fått den beskjeden. Så det er derfor jeg gjør det om morgenen. Går helt bort til ham og sier "nå må du gå..." Og det er egentlig første gang han hører det. Så hvis du prøver det ute i gangen, det hører han ikke. Det er egentlig enkelt, men det er bare det å huske på at du må faktisk ganske bort til for at han skal høre.
(Kristiansen)

Flere av familiene mener de så endring hos barnet som en umiddelbar effekt av denne intervensjonen, og mange var overrasket over at barnet adlød i så mye større grad enn før. De forteller at det å gå bort til barnet, ta på det og se det i øynene var effektivt. De fleste oppgir at de fremdeles bruker dette verktøyet.

MOR: Gode beskjeder er vi veldig bevisst på selv i dag, så mange år etterpå.
I: Ja.

MOR: Det er å være i nærheten, se på, gjerne ta på, være tydelig og gi, si en ting om gangen.

I: Ja. Hva slags erfaringer hadde dere med å starte med det?

MOR: Det som vi synes var morsomt var at ungene ble veldig overrasket, for de skjønnte ikke hva som skjedde. (Ier)

I: Nei. De var ikke vant til den formen for kommunikasjon?

MOR: Nei, vi hadde jo som sagt mye kjefting og løping og... og sånn etter unger. Og så begynner vi med det der, og da ble dem helt... og utførte.

I: Hm. Så det fungerte.

MOR: Ja det fungerte med en gang altså. Veldig morsomt. (Strand)

En familie forteller at nærkontakten som krevdes ved å gi gode beskjeder var uvant for datteren, men at det likevel hadde god effekt:

MOR: Når jeg skulle gi beskjeder for eksempel. Ta på henne, se på henne, og gi en beskjed. Det var veldig ubehagelig for henne i begynnelsen. Det var så uvant. Det ble så veldig tett. Og for meg så var det, jøss, hun gjør det jeg sier med en gang, det var...har jeg fått en liten robot? (Løvmo)

En historie fra en av familiene illustrerer godt hvordan et liten jente har fanget opp essensen i et verktøy som gode beskjeder, og bruker dette til egen fordel:

FAR: Det jeg.. jeg kan fortelle en liten historie. Jeg hadde noen venner på besøk. Så begynte han kompisens min som var på besøk, han har en datter som var og lekte på rommet med de andre barna, så begynte han å snakke om at hun ikke hører på hva han sier. Så begynner vi å prate om dette med gode beskjeder, nærhet, hvis du ikke får noen respons, gå nærmere, gå nærmere, ta på og så... det skal jeg prøve sier han. Så går han inn på rommet, så sier han: nå skal vi gå. Og hun totalt overser ham. Eh... også går han litt nærmere og gir samme beskjed. Da gjør hun, datteren vår, da, hun går bort til kompisens min, legger hånda på skulderen hans, ser ham rett inn i øynene og sier: Nå synes jeg DU skal gå! (Olsen)

Positiv involvering. Flere av familiene trekker fram dette som det viktigste de lærte i behandlingen. Det de særlig peker på er at samspillet med barnet ble mer positivt gjennom at de fokuserte på barnets gode sider, roste barnet i større grad enn før, og satte av tid til å være sammen.

MOR: Også, det var jo litt den der positive involveringen også, det at vi involverte oss på en annen måte enn bare å si nei ikke gjør det, nei ikke gjør det, men å heller si at det du gjorde der var kjempebra.

I: Være mer bevisst på det.

MOR: At vi ble litt mer positive... vi så mer positivt på ting han gjorde, de små tingene. (Normann)

MOR: Som i vårt tilfelle så fikk jo hun veldig mye kjeft. Og så glemte man faktisk både å se og gi beskjed hver gang hun gjorde noe bra. Det ble liksom totalt oversett. Så det var en stor lærdom for meg, å "ta" (barnets navn) på det når hun gjorde noe bra. (...) Jeg tror det er alfa og omega, altså. Det er det viktigste av alle tingene i hele verden, det å komme med positive tilbakemeldinger, og, om så bare gi en klem, eller si at du setter pris på dem for det de er eller en konkret ting sånn "nå synes jeg du har vært flink", eller... Det er det viktigste jeg har lært. (Moland)

Enkelte familier forteller at dette verktøyet hjalp dem å begynne å se barnet sitt i et mer positivt lys, noe som hadde stor betydning for utviklingen av en bedre relasjon dem i mellom. Dette var de samme familiene som i utgangspunktet beskrev en spesielt vanskelig foreldre- barn relasjon. De er i dag fremdeles bevisst på å bruke positiv involvering, og har i større grad enn tidligere integrert dette i samspillet med barnet.

MOR: Positiv involvering ble jo til at... altså, jeg husker at jeg reagerte veldig på det fordi... jeg måtte tenke meg om, og lære meg til å si fra at det er fint å være sammen med deg. Og den var helt ny for meg. Det bruker jeg veldig mye ennå (...)Og jeg lærte meg å sette mer pris på, eller som de sa, bli mer bevisst og sette mer pris på samværet med henne. (Løvmo)

I tilfellene hvor positiv involvering ikke fremheves som utpreget viktig, handler dette ikke om at informantene ikke fikk noen igjen for å bruke verktøyet. Tvert i mot var dette i familier hvor foreldrene påpekte at positiv involvering i liten grad tilførte noe nytt i familien, da dette var noe de var flinke på å bruke fra før av. Noen sa at de alltid hadde vært opptatt av gjøre positive aktiviteter og vise at de satte pris på barnet. Alle satte imidlertid pris på å få dette verktøyet presentert i PMTO, for å bli påminnet viktigheten av å være bevisst på å involvere seg i barnet på en positiv måte.

Belønningsskjema. Flere familier beskrev at belønningsskjema fungerte bra. Foreldrene forteller at de ble overrasket over at barnet ofte utførte det som var oppført på belønningsskjemaet, og mange fikk en forståelse av hvor viktig det var med konkrete forsterkninger for å få barnet til å samarbeide.

MOR: Ja, det belønningssystemet det funka på ham.

FAR: Ja, det funka på ham! For når han så at han liksom fikk tre kort, så utløste det kanskje en premie, eller...

MOR: Det var det som overraska meg, at det funka. For der har man prøvd så mye rart. Vi trodde vi hadde vært igjennom alt, og så, at han tok de belønningkorta "sånn"...det var liksom, litt sånn overraskende, egentlig. Men vi lærte med ham at han må ha det sånn.

FAR: Forutsigbarhet.

MOR: Ja, men han måtte ha det med en gang, han måtte ha kjappe belønninger han. (Kristiansen)

Flere oppgir imidlertid at verktøyet opplevdes tungvint, og selv om det kunne være effektivt, var det ikke lett å innlemme i en allerede travel hverdag. Kun en familie forteller at de bruker belønningsskjema i noen grad fremdeles. Blant de resterende familiene var det enighet om at verktøyet var vanskelig å opprettholde etter at behandlingsperioden var over.

MOR: Det var tungt. Det syntes jeg var mye jobb. Jeg rydda i noen papirer her om dagen og så fant jeg et belønningsskjema. (ler) Hun ønsker jo nå å få begynne med det igjen. Mye jobb, men, altså, veldig viktig for henne og... Hun sank jo poeng på dette her, sant, så, og gleda seg til full pott. (...) Ja, altså, jeg kunne synes det var tungt. Jeg brukte veldig masse tid på det. (Løvmo)

Pausetid. Flere av familiene opplevde pausetid som svært effektivt, og beskriver dette verktøyet som en mild form for straff som likevel gjorde inntrykk på barna.

MOR: Det som jeg syns, det geniale med PMTO da, det er at konsekvensene ikke er så store, at de trenger ikke ha husarrest en uke for eksempel.

I: Nei.

MOR: Nei. Og at det er like effektivt med de 3 minuttene på stolen. (Strand)

De erfarte at barna også kunne like en "time out", det å komme vekk fra en konfliktsituasjon og få roet seg. Pausetiden utgjorde et brudd i kontakten slik at ikke konflikten med medfølgende aggresjon og sinne eskalerte.

FAR: Etter hvert ble det jo sånn at han skjønnte det selv og, at han måtte i pausetid (...). Så skjønnte han vel at det ikke var så dumt heller egentlig, sitte litt og tenke gjennom før han susa videre. (Kristiansen)

Alle familiene som brukte pausetid benyttet verktøyet i kun noen minutter av gangen, men det var likevel tilstrekkelig for at begge parter kunne hente seg inn. To av familiene bruker pausetid fremdeles. Tre av familiene syntes pausetid var svært vanskelig å gjennomføre på grunn av barnets reaksjon på intervensjonen, og at det ble ubehagelig både for dem og barna. En av disse familiene opplevde at sønnen deres ble mer oppjaga av å sitte på en stol og være i sentrum for alles oppmerksomhet. De to andre forteller at pausetid i og for seg var effektivt i forhold til barnets atferd, og at det ofte holdt bare å true med å bruke dette verktøyet for å få barnet til å adlyde, men at de ikke opplevde det som et godt verktøy med tanke på relasjonen til barnet.

MOR: Pausetid var for henne helt forferdelig. Vi hadde pausetid. Jeg dro ut en spisestuestol, og at hun måtte sitte på den, hun... Nei, det var helt forferdelig for hu. (...) Men kanskje på henne så var det... det føltes nesten som overgrep. Det ble voldsomt for henne. (...) Og da ble jo det en sånn trussel, ikke sant. Kanskje litt lett å ty til. Det holdt faktisk ofte bare å ta i stolen. (Løvmø)

Øvrige verktøy. De øvrige verktøyene ble ikke omtalt like utfyllende, men noen tendenser kan være verdt å nevne likevel:

- Oppmuntringstegn hadde varierende popularitet blant familiene, og få bruker dette i dag.
- Problemløsning har fungert godt for særlig to familier. En familie bruker det de lærte gjennom dette verktøyet til å løse konflikter mellom familiemedlemmer, mens i den andre familien benyttes familieråd til å planlegge aktiviteter og rutiner, og slik gjøre hverdagen mer forutsigbar for barnet.
- Tap av gode var brukt i varierende grad, og to familier sier det var vanskelig å finne goder som var viktige nok for barnet til at det skulle ha noen effekt. En familie bruker dette i større grad nå som barnet har blitt eldre. En familie opplevde dette verktøyet som den mest effektive grensesettingsstrategien.
- Ekstraoppgaver ble kun brukt av en familie, de andre syntes ikke dette var nyttig. Barnas lave alder brukes ofte som argument for at det var vanskelig å gjennomføre dette verktøyet.

Om å ta i bruk nye foreldreferdigheter. Alle foreldrene trekker frem at verktøyene er basert på lett forståelige prinsipper, og at de derfor virker enkle å

gjennomføre. Imidlertid erfarte de fleste at det å begynne å ta i bruk verktøyene ikke alltid var like lett. Familiene skulle endre et tvingende og konfliktfylt samspillsmønster som var blitt automatisert. Noen beskriver at det kunne være tøft å ta i bruk foreldreferdighetene på en konsekvent måte, og at barnet kunne gjøre kraftig motstand overfor de nye reglene.

FAR: En ting er å gi en god beskjed. Men det er ikke sikkert at alle etterkommer den gode beskjeden. Og hvordan løser du da den situasjonen du kommer opp i? Det å ta den konflikten helt ut, i stedet for å gi etter da som vi normalt ville gjort. (...) Det var en tøff periode. Det var nesten tre måneder i strekk før han egentlig forstod at her blir det ikke noe avvik. Selv om vi har gitt oss gang etter gang tidligere, så viste det seg at når vi var standhaftige lenge nok her, med mye snørr og tårer, så var det også med å snu. Vi måtte kjøre løpet helt ut. Vi kunne ikke avvike fra det som vi hadde blitt enige om, for da ramla hele kortstokken ned. (Normann)

Etter behandling

Vi har nå sett hvordan foreldrene mottok og benyttet de spesifikke foreldreverktøyene under behandlingsperioden. Vi vil nå gå nærmere inn på hvordan foreldrene opplevde at PMTO i sin helhet bidro til å løse de utfordringer familien hadde i forkant av behandlingen. Ser de noen endringer i problemene de søkte hjelp for? Her presenterer vi temaene *samspill og relasjon mellom foreldre og barn, relasjon og samarbeid mellom foreldrene, selvtillit hos foreldrene, familiesituasjonen i dag og behov for videre oppfølging.*

Samspill og relasjon mellom foreldre og barn

Alle familiene forteller at de opplevde PMTO som endrende i forhold til barnets atferdsvansker og samspillet i familien. Det typiske utsagnet er at dette medførte at familiesituasjonen gikk fra kaos til mer orden, ro og stabilitet. Enkelte familier sier det tok tid før de så klar endring i barnets atferd, men de fleste forteller at endringene begynte å skje umiddelbart, og at det startet med de gode beskjedene, belønningsskjema og positiv involvering.

MOR: Hele familiesituasjonen ble snudd på hodet altså. Plutselig så... ja det var nesten sånn at fra en dag til en annen så var det... rolige middager, det var greit med påkledning, ungene syntes det var gøy, for en av de første tingene vi begynte med var jo at vi skulle ha skjemaer for at de skulle henge opp jakker

og sekker og sette skoene sine på plass. Jeg husker at de gledet seg til å komme hjem for å gjøre dette. Så det var virkelig morsomt altså. Og forandringene skjedde veldig fort. (Strand)

Enkelte foreldre opplevde at de begynte å se barnet i et annet lys, fikk styrket relasjonen til barnet, og at både foreldre og barn ble tryggere på hverandre.

MOR: Ja, for hun var jo veldig deprimert når vi begynte der, og det gikk jo over, det gikk over. Hun ble mye tryggere, tror jeg, av... Ja, det endra seg jo. (...)

I: Føler du at det har kommet gjennom den behandlingen, eller?

MOR: Ja, med det at jeg har lært å gjøre henne tryggere, da, og at hun ser på seg selv som mer verdifull, eller... (...) Og så har hun jo lært det også, at jeg faktisk bryr meg om henne, og er glad i henne, og liker henne. (Moland)

Beskrivelser som brukes om forholdet nå er at det er tryggere, mer preget av positive tilbakemeldinger fra foreldre til barn og at de har blitt flinkere til å snakke sammen om vanskelige ting. De har nå et mer positivt syn på barnet.

MOR: Hun fikk det jo bedre, altså relasjonen meg og hun ble jo mye bedre (...) Vi fikk det mye bedre sammen, jeg lærte meg mer å sette pris på henne. (Løvmø)

Relasjon og samarbeid mellom foreldrene

I forhold til relasjon og samarbeid mellom foreldrene ser vi klare tendenser i vårt utvalg. I familiene hvor begge foreldrene var motivert og deltok i behandlingen beskriver de å være enda mer samkjørt nå enn før.

MOR: (om oppdragelse) Vi har vel blitt flinkere til å snakke om det. Ikke sant: hvordan skal vi forholde oss til dette? Hvordan gjør vi dette? Også det at når jeg først har tatt en sjefsavgjørelse, da, så bare aksepterer han det og omvendt. (Strand)

I en familie hvor mor hadde ny samboer, deltok kun mor i behandlingen. Hun beskriver det som vanskelig å lære videre til stefar den kunnskapen hun hadde tilegnet seg gjennom PMTO. Det kunne ofte oppstå konflikt og uenighet rundt bruk av oppdragelsesstrategier.

MOR: Og at hvis det er to foreldre, eller samboer også, som vi var, men som ikke tenkte at det er viktig at begge går, så er det veldig viktig at begge går.

I: Ja, at man motiverer til det.

MOR: Ja, jeg tror det. For det er det viktigste for barn å ha to foreldre som ikke står og krangler etterpå at "Nei, ikke gjør det sånn da, vi gjør det sånn". (Bøler)

I tilfellene hvor kun mor deltok og far ikke bodde sammen med familien, ble det rapportert at PMTO kunne være et konfliktfylt tema, og at det kunne være vanskelig å være alene om gjennomføringen av foreldreferdighetene. Per i dag er det ingen av disse som oppgir at behandlingen påvirket foreldresamarbeidet i noen grad, verken positivt eller negativt.

Selvtillit som forelder

Som vist under avsnittet *Før behandling*, hadde flere av informantene lav selvtillit som foreldre da de startet opp PMTO-behandlingen. Flere oppgir at de i løpet av behandlingen fikk større tiltro til egen foreldrekompetanse, og føler seg nå tryggere i foreldrerollen. De kunne begynne å tro at ikke alt handlet om at de hadde mislyktes som foreldre. Mange nevner at det å få noen konkrete verktøy de kunne bruke hadde stor betydning for å håndtere hverdagen på en bedre måte. De sier at barna raskt oppfattet at det var blitt klarere grenser, og at de som foreldre følte seg sikrere i sin rolle.

MOR: Det med behandlingen som var veldig positivt, det var at jeg lærte meg mer det å være en tydelig voksen, som jeg ser at han trengte. Og ikke minst det å være tydelig på grenser. For jeg har liksom fra begynnelsen hatt den oppfatningen at hvis jeg er den snille mammaen, så blir han kjempesnill. Men det blir han ikke. (...) Jeg er mamma, jeg tar avgjørelsene. Det er en trygghet det å kunne være streng uten å være slem. (Bøler)

Noen har til og med fått en opplevelse av å være ekstra gode foreldre nå.

MOR: Husker du jeg sa til deg at, før vi begynte i behandlinga at jeg følte meg så elendig som forelder? (...) Fra den følelsen til å faktisk føle at man mestrer et barn med spesielle behov, det er ganske stor endring akkurat det. Så jeg synes at vi klarer ham nå, og at det ga veldig mye selvtillit tilbake til oss. Kanskje det var det viktigste, at vi fikk et annet syn på oss selv som foreldre, tenker jeg, altså. (Kristiansen)

Familiesituasjonen i dag

Selv om alle familiene opplevde en endring til det bedre i løpet av og umiddelbart etter behandlingsperioden, er det betydelig forskjell på hvordan de skisserer familiens situasjon i dag, flere år etter behandlingen. For flere av familiene har endringene vedvart. De beskriver at de fortsatt har en mer strukturert og forutsigbar hverdag. De opplever å ha bedre ferdigheter til å møte barnas atferd enn før behandlingen, og at samarbeidet med barnet er bedre. I tillegg er barnas atferdsvansker blitt vesentlig bedret, og er i noen tilfeller mer eller mindre borte. Disse barna oppleves også gladere og fungerer bedre sosialt enn før. Foreldrene føler seg svært lettet over den positive utviklingen.

MOR: Altså det har skjedd veldig mye, så han har endra seg helt totalt. Så alt det vi sleit med er på en måte borte. (...) Det var mest hjemmesituasjonen her som endra seg til det positive. (...) Han blei mye gladere. Det syns jeg han ble. Han satt ikke bare inne på rommet sitt i mørket, for det var jo det han gjorde. (Normann)

Imidlertid er det ikke alle våre informanter som beskriver dagens situasjon like positivt. Selv om alle familiene opplevde en umiddelbar endring under og etter PMTO, er det noen som fortsatt har en hverdag preget av store utfordringer. Disse foreldrene forteller at barna fremdeles strever på flere arenaer, og at de også har utviklet tilleggsproblemer som angst, depressive reaksjoner og eskalerende problemer på skolen.

MOR: Hun sa det forrige dagen. "veit du hva livet er?" sa hun til venninna. "Ja, livet er sånn...", "nei, livet er en kamp, altså" (...) Altså, hun var seks- sju år når hun sa at "dette er ikke noe liv, mamma". Og det sier hun nå og. Det er ikke noe liv, hun vil ikke leve dette livet. Hun har det ikke bra. (Løvmo)

MOR: Det er... (barnets navn) er veldig ute av balanse for tiden. Han... han hater skolen, han vil ikke gjøre lekser, han er mye mer aggressiv og sint igjen. Eh... han, ja... å motivere han til å gå på skolen og sånn også er vanskelig, eh... mye tilbake til de samme greiene, mye mas og krangling og... alt, de der evige diskusjonene. Og mye mer nå enn før, fordi nå har han blitt eldre (...) Også.. så prøver vi jo det vi kan.. nei det er veldig vanskelig nå. (Bøler)

Behov for videre oppfølging

Situasjonen familien opplever å være i i dag er avgjørende for behovet for oppfølging. Her er det stor variasjon mellom familiene, både når det gjelder opplevd behov, og når

det gjelder hva de har fått av oppfølging frem til nå. En familie forteller at de har følt seg fri til å kontakte terapeuten når som helst, men at de ikke har behov for oppfølging da situasjonen i hjemmet har blitt langt på vei problemfri. Enkelte foreldre forteller at PMTO i stor grad blitt en integrert del av samspillet i familien.

MOR: Det som er litt godt med sånn som vi ser på PMTO, at det ligger i ryggraden vår, altså. Det er ikke noe vi må tenke over lenger. (Strand)

Flere av familiene sier imidlertid at de har behov for oppfølging etter PMTO. Blant annet fordi det er lett å glemme nøyaktig hvordan de forskjellige verktøyene skal brukes. Det er heller ikke så enkelt å motivere seg selv til å gjennomføre krevende verktøy som for eksempel belønningsskjema uten at noen gir feedback. En del av de spesifikke verktøyene fungerte mens behandlingen pågikk, men har vært vanskelige å holde ved like i en hektisk hverdag. Alle ytrer et ønske om å bli kontaktet av terapeuten angående oppfølging, da det kan være vanskelig å ta initiativ til dette selv.

De ser for seg at oppfølgingen kunne vært PMTO i miniformat, oppfriskningskurs med jevne mellomrom, eller et foredrag. Det kan være vanskelig å ta med seg det de lærte den gangen til nye konfliktsituasjoner, og de etterspør råd om hvordan verktøyene kan benyttes på barna nå som de er eldre. En familie har hatt jevnlig kontakt med terapeuten sin frem til nå, og mener selv dette har vært av stor betydning for at de har det så bra i dag.

MOR: Vi har hatt kontakt med han omtrent helt til nå, vi, mer eller mindre.

I: Ja. Så da kan dere snakke med han hvis det er ting dere er bekymra for eller...

MOR: Mm. Ja jeg føler ikke det er noe problem å ta en telefon til ham og si at nå har det og det skjedd, hvordan kan jeg...

I2: Hva tenker dere situasjonen hadde vært dersom det hadde blitt avslutta etter det året, og at det ikke hadde vært noe mer etter det?

FAR: Det tror jeg hadde blitt et problem.

MOR: Det tror jeg og!(...) Jeg tror det at hvis vi hadde tatt dette året her, og så bråstopp.. så vet jeg ikke om vi hadde klart å følge det opp like godt som.. fordi du snakka med (terapeut) med jevne mellomrom. Og helt automatisk spør han hvordan går det? Går det greit, følger dere dette?

(Normann)

Tre av familiene oppgir i tillegg å ha behov for videre hjelp og oppfølging til barnet. To av disse familiene skulle ønske barnet hadde fått et eget tilbud i tillegg til PMTO. Selv om barnas atferdsmessige symptomer har blitt mindre, strever de i dag med

symptomer på angst og emosjonelle vansker. Foreldrene forteller at barna har hatt konfliktfulle oppvekstbetingelser, og at de har hatt opplevelser som i foreldrenes oppfatning trenger å bearbeides mer. De føler at de selv ikke er tilstrekkelige for å hjelpe barnet, og uttrykker ønske om at de hadde noen utenom familien til å prate med om hendelser fra oppveksten.

I den siste familien skulle mor ønske sønnen hadde blitt mer inkludert i behandlingen. Både fordi han da kunne uttalt seg om hvordan han opplevde de ulike verktøyene, og fordi hun tror det ville vært lettere om terapeuten kunne observere samspillet dem i mellom på nært hold. Hun tenker også det ville vært enklere hvis hun kunne trene på verktøyene med sønnen når terapeuten var tilstede.

Utviklingshistorier

Vi har valgt ut to historier vi tenker illustrerer mangfoldet og kompleksiteten i utvalget. Hvordan disse to familiene forteller om sine erfaringer før, under og etter behandlingen tegner til sammen svært forskjellige bilder av ganske så ulike familier. Det har vært særlig å spennende se disse to familienes utvikling gjennom behandlingsprosessen i lys av hverandre. Ved å skrive om intervjumaterialet til en utviklingshistorie ønsker vi å gjøre det lettere for leseren å oppfatte historienes kontinuitet, noe som lett forsvinner gjennom løsrevne sitater. Kanskje vi gjennom deres fortellinger kan forstå mer av hvordan familiers utgangspunkt og erfaringer underveis kan påvirke deres syn på endring, og deres opplevde utbytte av PMTO-behandling.

Familien Løvmø

Utgangspunkt. Familien var i en svært vanskelig situasjon med barnefaren som utøvet psykisk terror mot mor. Mor beskriver at det har vært et høyt konfliktnivå dem i mellom fra datterens fødsel til i dag. Hun mener dette i stor grad har komplisert forholdet til datteren, ved at mor opplevde å ha problemer med å knytte seg til henne. Fram til nylig har datteren hatt samvær med far, hvor det var helt andre regler enn hos mor. Hun har også vært vitne til alvorlige konflikter mellom foreldrene. Mor beskriver datteren som utagerende, ukonsentrert og urolig. Hun kunne ha ti raseriutbrudd per dag, og var mye sint og frustrert. Da hun var seks år uttalte hun at hun ville ta livet av seg. Hun argumenterte konstant og opplevdes som svært trassig.

Moren sier hun likevel beundret datterens styrke, og blant annet derfor syntes det var vanskelig å sette grenser for henne. Hun mener dette førte til at datteren ikke respekterte henne, og tror problemene først og fremst handlet om deres relasjon og kom som reaksjoner på vanskelige livshendelser.

Under PMTO. Datteren var 7-8 år da de startet med PMTO og oppstart var for rundt tre år siden. Behandlingen varte omtrent ett år. Far var svært negativ til behandlingen så det var kun mor som deltok. Dette skjedde mot fars vilje, og han forsøkte flere ganger å avbryte behandlingen ved å opptre truende overfor både mor og terapeut, samt å prate negativt til datteren om behandlingen.

Mor beskriver terapeuten som en engel. Hun sier hun innga tillit, var positiv og ga mye av seg selv. Hun uttrykker likevel at det ville vært vanskelig å ta kontakt på eget initiativ nå som behandlingsperioden er over. I løpet av PMTO-behandlingen sier hun at hun ble mer bevisst på å bruke tid sammen med datteren, og at begge to etter hvert satt mer pris på dette samværet. Hun fremhever gode beskjeder som endrende i samspillet med datteren "hun gjorde plutselig som jeg sa". For både mor og datter var det uvant med den nære fysiske kontakten gode beskjeder forutsetter, men selv om datteren først syntes det var ubehagelig viste det seg å ha enorm effekt. Den viktigste endringen var at relasjonen dem i mellom ble så mye bedre, og med en sikrere og mer forutsigbar mor opplevde hun at samspillet med datteren ble enklere.

I forhold til å ta i bruk grensesettingsstrategiene opplevde hun imidlertid enkelte problemer. Hun mener datteren opplevde pausetid som fryktelig urettferdig og en frihetsberøvelse. Selv syntes hun det nesten var som et overgrep å gjennomføre pausetid, men at hun brukte det effektivt som en trussel. Hvis hun forsøkte tap av gode kunne datteren virke helt uberørt selv om moren fratok henne "det kjæreste hun eide", og mor syntes derfor ikke dette verktøyet fungerte særlig bra. Ekstraoppgaver mente hun datteren var for ung til. Selv om hun hadde vansker med å bruke de konkrete PMTO-verktøyene som går på grensesetting, ble hun tydeligere i forhold til hvilke krav hun hadde overfor datteren og å "stå i det". Hun sier også hun lærte å fjerne seg fra konfliktene så de ikke eskalerte.

Oppsummerende beskriver mor PMTO som "det beste som kunne skje" henne, og at hun "forguder" PMTO. Hun påpeker likevel at behandlingen kunne være tøff og kreve mye av henne. En viktig følge av PMTO var at hun ble styrket i forhold til å håndtere datteren når hun kom fra far. I tillegg til den positive endring i relasjonen

dem i mellom forteller hun at datteren reduserte sin utagerende atferd og sjeldnere havnet i eskalerende konflikter med mor. Dette er endringer som har vedvart.

Situasjonen i dag. Selv om samspillet mellom mor og datter er svært mye bedre har barnet fremdeles store problemer. Datteren er diagnostisert med en alvorlig angstlidelse og må følges til og fra skolen. Hun har i tillegg sterke emosjonelle reaksjoner (tristhet og sinne), og sier ofte at dette ikke er noe liv hun vil leve. Hun er fortsatt argumenterende, og har noe sosiale vansker. Den siste tiden har mor og datter vært sammen 24 timer i døgnet på grunn av datterens angst. Mor beskriver situasjonen som uholdbar og uttrykker et sterkt ønske om avlastning. Samværet med far har opphørt for ca et år siden. Mor mener datterens problemer i utgangspunktet var en følge av mors begrensede evne til positiv involvering og manglende grensesetting, kombinert med alt datteren har vært igjennom. Gjennom PMTO opplevde mor klare positive endringer i barnet og i samspillet, men tenkte også den gangen at datteren selv hadde behov for en samtalepartner utenfor hjemmet for å bearbeide sine erfaringer. Datteren har nå fått et eget behandlingstilbud.

Mor forteller at hun fortsatt bruker enkelte ting hun har lært i PMTO, som gode beskjeder, men at hun har glemt mange detaljer og ikke føler seg stø på intervensjonene. Hun har kjent mye på behovet for mer oppfølging, gjerne et ”oppfriskningskurs” i PMTO.

Familien Normann

Utgangspunkt. Familien befant seg i en situasjon preget av mye konflikt, både med sønnen, og foreldrene i mellom. Sønnen hadde forholdsvis store atferdsproblemer med mye argumentering, utagering og sinne. Konfliktene med sønnen kunne oppstå fra uenighet om hvor skoene skulle stå plassert i gangen, og det kunne ta timer fra konflikten startet til det gikk an å snakke til ham igjen. Andre episoder som blir beskrevet er at han gjentatte ganger raserte rommet sitt og ødela ting i raseri. Han klarte ikke å ta i mot beskjeder, verken hjemme eller på skolen. Gutten strevde med sosiale problemer, hadde få venner, og holdt seg mye for seg selv. Det kommer også frem at han hadde gått til fysisk angrep på mor.

Foreldrene var svært uenige om hvordan de skulle håndtere sønnen. Mor beskriver at hun ofte tok sønnen i forsvar, mens far i større grad konfronterte ham. Det som gjerne startet som en konflikt mellom mor og sønn kunne ende opp som en konflikt mellom mor og far. Mor opplevde å ha hovedansvaret hjemme, da far var

mye borte. I tillegg stolte hun ikke på hans evne til å håndtere sønnen. Begge opplevde å ha mislyktes som foreldre.

Under PMTO. Sønnen var 8-9 år da behandlingen startet, og oppstart var for rundt syv år siden. Foreldrene fremhever at de raskt utviklet en veldig positiv relasjon til terapeuten. De beskriver at han var forståelsesfull, innga tillit og var en god lytter. Han ble opplevd som ærlig og ekte, var åpen, utadvendt og engasjert.

I løpet av behandlingen tilegnet de seg mange nyttige foreldreferdigheter. Gode beskjeder ble fremhevd som et svært viktig verktøy, og positiv involvering fungerte også godt. De uttrykker at de ved hjelp av disse verktøyene lærte å fange opp og oppmuntre sønnens positive atferd fremfor å bare fokusere på den negative atferden hans. De syntes problemløsning var viktig for å gi mer forutsigbarhet, noe sønnen trengte. Oppmuntringstegn og belønningsskjema fungerte veldig bra i begynnelsen, men de opplevde at forsterkerne etter en periode mistet sønnens interesse.

Foreldrene fikk ikke til å bruke pausetid, og mente at dette ble for vanskelig for sønnen. Han hadde hatt for vane å rømme inn på rommet sitt for å få være i fred når det ble mye kranling hjemme, og når han måtte i pausetid følte han at han ble sentrum for alles oppmerksomhet. I stedet benyttet foreldrene tap av gode som grensesettingsstrategi. Dette verktøyet fungerte svært godt. Det var viktig at godene alltid måtte være avtalt på forhånd, da sønnen var avhengig av stor forutsigbarhet. Familien benyttet ikke ekstraoppgaver og husket ikke å ha fått presentert dette verktøyet.

Begge foreldrene var svært motivert til å delta i behandlingen, da situasjonen hjemme ble opplevd som uholdbar. Det var likevel en tøff prosess som krevde mye av begge foreldrene, i form av å ikke gi etter i konflikter og bevare troen på seg selv som foreldre. I tillegg måtte foreldrene jobbe mye med samarbeidet seg i mellom. Foreldrene sier mye av grunnen til at de kom seg igjennom denne prosessen var avhengig av svært god oppfølging fra terapeuten. De ble først utskrevet nå nylig, men opplever å ha fått en så god relasjon til terapeuten at de fremdeles kan ta kontakt dersom et problem skulle oppstå.

Situasjonen i dag. Foreldrene har sett en stor atferdsendring hos sønnen, og sier han fungerer mye bedre i dag enn før familien mottok PMTO. De mener også at han er gladere og mindre tilbaketrukket. Han har flere venner og fungerer svært mye bedre på skolen. Dersom han blir sint fjerner han seg oftest fra situasjonen fremfor å

eksplodere som tidligere. At han blir sint skjer imidlertid langt sjeldnere i dag enn det gjorde før. Det har gått fra mye konflikt og at sønnen opplevde at alle var i mot ham, til at han nå opplever at foreldrene ønsker det beste for ham og støtter ham.

Foreldrene sier at de har fått et mer positivt syn på sønnen, og beskriver forholdet som nærere i den forstand at sønnen nå betror seg mer til dem, og at han kan uttrykke det dersom han er sint eller lei seg på en måte han ikke gjorde før.

Foreldrene opplevde også at PMTO hjalp dem som par. De er nå mer samkjørte i forhold til regler og involvering i barnet. Under behandlingen var det i perioder veldig tøft å stå sammen, men nå ser de viktigheten av at de klarte å bli enige. De beskriver at de ved hjelp av PMTO-behandlingen forstod at de ikke var mislykket som foreldre. Samtidig så de klarere sin egen rolle med tanke på hvordan situasjonen hadde utviklet seg. De sier at de ble mer oppmerksomme på hvordan de selv hadde vært, og at det fantes måter å håndtere konflikter på som fungerte bedre for samspillet med sønnen. Familien har det i dag veldig bra, samspillet mellom familiemedlemmene er godt, og sønnens problematikk er sterkt redusert.

DISKUSJON

Resultatene våre støtter i stor grad opp under annen litteratur på området. Flere av våre funn er i samsvar med den norske effektstudien (Ogden & Hagen, 2008) blant annet opplevd nedgang i barnets atferdsvansker og høy grad av fornøydhet med behandlingen. I vår studie kommer det imidlertid frem viktig utfyllende informasjon om foreldreperspektivet i en PMTO-behandling. Ved at syv ulike familier forteller om sine opplevelser med utgangspunkt i sin spesifikke familie- og livssituasjon får vi en nyansert og utdypet forståelse av behandlingsprosessen. I deres historier finner vi både likheter og ulikheter i forhold til utvikling av nye foreldreferdigheter og hvordan de relaterer dette til endringer i familien. De tegner et bilde av hva som kan tilrettelegge for en god behandlingsopplevelse, og forhold som kan skape utfordringer underveis. Foreldrene gir også viktig informasjon om betydningen av oppfølging.

I dette kapitlet har vi valgt å ta for oss følgende temaer: *Nedgang i tvingende samspill mellom barn og foreldre, selvtillit som forelder, terapeutens betydning, samarbeid og relasjon mellom foreldrene, utfordringer ved bruk av grensesettingsstrategier og videre oppfølging.*

Foreldreferdighetenes betydning for nedgang i tvingende samspill mellom barn og foreldre

Alle foreldrene uttrykker at de generelt er svært fornøyd med behandlingen. De opplever å ha tilegnet seg kunnskap og ferdigheter som hjelper dem å håndtere barnet sitt på en bedre måte enn før. De fleste av informantene beskriver situasjonen før behandling som uholdbar, og at de følte seg hjelpeløse og rådville i samspill med barnet. Det å få presentert nye, konkrete løsningsforslag i form av de ulike foreldreverktøyene var lettende og ga håp om endring, et funn som understøttes av annen forskning (Forgatch, Bullock & Patterson, 2004 i Ogden et al., 2005).

Gjennom å ta i bruk de ulike foreldreverktøyene søker man i PMTO blant annet å redusere forekomsten av tvingende samspill i familien. De fleste av våre informanter bekrefter at en slik positiv utvikling fant sted, og forteller om en rask nedgang i samspillsproblemer. Allerede i begynnelsen av behandlingen, ved innføring av gode beskjeder, så de endringer i barnets atferd. Et prinsipp som ligger til grunn for gode beskjeder er at foreldrene skal bli tydeligere overfor barnet. Ved at foreldrene er klare på hva de forventer av barnet, blir det også mer sannsynlig at barnet samarbeider

og etterkommer foreldrenes krav. Samtlige av våre informanter trakk frem at gode beskjeder var et viktig første skritt på veien til endring.

Et annet element foreldrene trekker fram som vesentlig i forhold til nedgang i tvingende samspill er brudd i kontakten ved eskalerende konfliktssituasjoner. Flere foreldre påpeker at dette medførte mindre krangel i hverdagen. Hos noen familier brukte man pausetid for å oppnå et slikt brudd i kontakt, mens andre foreldre løste hovedsakelig dette ved å selv trekke seg unna barnet. I en familie ble det bestemt at barnet kunne gå på rommet. Alle disse måtene å håndtere opphetede situasjoner på representerer et brudd i kontakt mellom barn og foreldre når konflikten er i fare for å eskalere, et viktig prinsipp innen PMTO.

Når foreldrene i dag forteller om samspillsproblemene kommer det frem at flere har fått en klarere forståelse av sin egen rolle i konfliktsituasjoner. Det har blitt tydeligere for dem at barnet ikke kan drive konflikten på egenhånd, men at begge parter bidrar til slik eskalering. Det kan se ut som om dette hjalp foreldrene til å få et mer positivt syn på barnet sitt. Ved å erfare at det er mulig å behandle barnet på en måte som reduserer den aversive atferden ble det trolig lettere for dem å skille barnets oppførsel fra barnet som person.

Selv om det er noe variasjon i hvilke verktøy foreldrene fremhever som mest nyttige, ser vi at å benytte gode beskjeder overfor barnet samt brudd i kontakten ved eskalerende konflikter har hatt spesielt stor betydning for nedgang i tvingende samspill i familiene i vårt utvalg. I følge Patterson, Reid og Dishion (1992) vil man som følge av dette også registrere nedgang i barnets atferdsvansker, noe våre informanter bekrefter.

Selvtillit som forelder

I PMTO er det flere foreldreverktøy som går direkte på å bedre barnets mestringsfølelse i hverdagen. Både positiv involvering, oppmuntringstegn, belønningsskjema, og regelen om at man skal ha fem positive mot en negativ beskjed til barnet sikter mot å styrke barnets tro på seg selv som et kompetent og elsket individ. For oss var det derfor interessant at flere foreldre i så stor grad fremhevet sin egen mestringsfølelse som en betydningsfull del av behandlingsutbyttet. Antakeligvis som følge av vår egen begrensede kliniske erfaring hadde vi ikke forutsett at disse foreldrene følte seg så mislykkede i forkant av behandlingen, og la så mye av skylden for barnets problemer på seg selv. Vi hadde ventet at de i større grad ville attribuere

problemene til egenskaper ved barnet fremfor egen utilstrekkelighet. Gjennom våre informanter fikk vi en forståelse av at det å føle at man ikke mestrer foreldrerollen oppleves spesielt sår, blant annet fordi andre foreldre tilsynelatende håndterer dette så greit. De fleste informantene forteller at det i løpet av behandlingen skjedde en endring i hvordan de så på seg selv som foreldre. De gikk fra å føle seg mislykket og usikre på foreldrerollen, til å kjenne seg tryggere og mer kompetente. For enkelte foreldre innebar denne endringen til og med at de kunne se på seg selv som mer kompetente enn andre foreldre, fordi de mestret den utfordrende hverdagen med et atferdsvanskelig barn. Noen av foreldrene oppgir at de formidlet PMTO-prinsippene til familie og venner med barn, noe som tyder på at de følte seg i posisjon til å gi råd i forhold til oppdragelse. Dette er en vesentlig endring fra før behandling.

Informantene vektlegger at hovedgrunnen til økt selvtillit var at de gjennom å ta i bruk de nye foreldreferdighetene opplevde at barnet i større grad begynte å samarbeide med dem. De trekker imidlertid også frem terapeutens ikke-dømmende og aksepterende holdning som betydningsfull for styrking av selvtilliten. Terapeuten formidlet at det å ha barn med atferdsvansker er spesielt krevende og utfordrende, noe som hjalp foreldrene til å lettere forsones seg med at de ikke hadde klart å mestre dette på egenhånd. I tillegg fokuserte terapeuten på at foreldrene var i posisjon til å påvirke samspillet med barnet. Man kan tenke seg at denne prosessen bidro til at foreldrene fikk mindre skyldfølelse og at de fikk fornyet tro på at de selv kunne bidra til endringer av barnets problemer.

Informantene fremhever også at å tilegne seg nye foreldreferdigheter i seg selv kunne påvirke selvtilliten positivt. Verktøyene ga en følelse av mestring, selv om det ikke alltid medførte at barnet adlød. Å beherske godt innarbeidede foreldreferdigheter innebar en vesentlig forskjell fra før behandlingen, da de hadde vært preget av frustrasjon og rådvillhet overfor barnets atferd. De forteller at det å vite hvordan man skulle forholde seg i samspill med barnet og være sikker i troen på at man gjorde noe riktig økte deres trygghet i foreldrerollen. Det er altså ikke kun atferdsendring hos barnet som kan ha betydning for om foreldreverktøyene oppleves meningsfulle, men også den tryggheten disse verktøyene medfører i seg selv. Dette kan være noe av forklaringen på hvorfor også de foreldrene med barn som fremdeles strever likevel føler seg mer kompetente og er fornøyd med PMTO-behandlingen. Det ser ut som foreldreverktøyene kan gi mer enn bare lydige barn, de skaper også trygge foreldre som i større grad enn før kan tåle barnets atferd uten å la seg rive med i eskalerende

konflikter. Dette er av betydning da PMTO sjelden kan fjerne alle barnets atferdsproblemer. Selv om det kan ta tid før problematferden endres, vil konsekvente og trygge foreldre uansett ha positive implikasjoner for samspillet med barnet. Hvis foreldrene selv opplever å mestre foreldrerollen, er de kommet veldig langt i forhold til å fungere utviklingsfremmende for sitt barn.

Terapeutens betydning for foreldrenes opplevelse av behandlingen

Noe som utmerket seg som svært viktig for hvordan foreldrene opplevde behandlingen, fra det første møtet med PMTO og gjennom hele behandlingsprosessen, var forholdet til terapeuten. Dette var noe flere av informantene trakk fram og vektla selv om vi ikke stilte direkte spørsmål om terapeut-klientrelasjonen. I tråd med annen behandlingsforskning viser dette at alliansen til terapeuten er svært viktig også i PMTO (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Mange sier behandlingen ikke ville vært den samme med en annen terapeut, og de fremhever flere positive egenskaper ved terapeuten, som ærlig, åpen, optimistisk, engasjert og en god lytter. Terapeuten var svært viktig for å formidle håp om endring, samtidig som de trekker frem at det opplevdes som lettende å endelig få anerkjennelse på at de befant seg i en spesielt krevende situasjon. Dette stod i kontrast til venner og bekjentes velmenende råd og innspill, som tidvis kunne tolkes som manglende forståelse av hvor alvorlig familiesituasjonen opplevdes av foreldrene. Selv om terapeuten kom med konkrete forslag til løsninger, opplevde de ikke at terapeuten bagatelliserte problemene, men derimot at han eller hun hadde relevant kompetanse til å hjelpe. Vi tenker at terapeutens evne til å veksle mellom en støttende og en mer instruerende holdning har vært av stor betydning for hvordan foreldrene opplevde å motta hjelp gjennom PMTO.

Terapeuten blir trukket fram som en avgjørende medspiller i arbeidet med innøving av de spesifikke verktøyene. Flere nevner enkelheten i prinsippene bak foreldreferdighetene, men påpeker likevel at det er et svært krevende program, og at selv om prinsippene virker enkle er det ikke like lett å gjennomføre slike endringer i praksis. Foreldrene forteller at terapeuten støttet dem i denne prosessen og styrket dem i troen på at de kunne igangsette nye positive samspill med barnet sitt. Dette viser at selv om metoden bygger på enkle prinsipper, har terapeuten en sentral rolle i forhold til å formidle, motivere og instruere foreldrene. Beretningene om betydningen av terapeutens egenskaper viser at PMTO-behandling ofte har utfordringer av

terapeutisk art til tross for at prinsippene synes enkle. De kognitive og atferdsmessige endringene som skal følge av en slik behandling krever mer enn hva en håndbok eller kursleder kan tilby; man trenger den emosjonelle og faglige støtten fra en trent terapeut med gode prosessferdigheter.

Flere av foreldrene opplevde det som positivt at behandlingen har en fast agenda og struktur. Imidlertid fremhever de det som viktig at terapeuten i blant kunne være fleksibel i forhold til behandlingsstrukturen. Dette styrket opplevelsen av at terapeuten tok dem og deres problemer på alvor. At terapeuten evner å balansere mellom metodens prinsipper og individuell tilpasning er derfor av stor betydning, noe det synes som flere av terapeutene i vårt utvalg har mestret svært godt. Dette viser at selv om PMTO er en strukturert og prinsippstyrt behandlingsmetode, er det rom for å gjøre individuelle justeringer underveis.

Samarbeid og relasjon mellom foreldrene

I PMTO er det et mål at begge foreldrene deltar i behandlingen så langt det lar seg gjøre. Man har funnet at dette blant annet kan påvirke behandlingsutfallet (Kjøbli & Hagen, 2009). Ut fra vårt materiale ser vi at foreldrenes evne til å samarbeide om PMTO-behandlingen hadde betydning for hvordan de opplevde å ta i bruk nye foreldreferdigheter og om de klarte å opprettholde disse i etterkant av behandlingen.

I fire av familiene vi intervjuet deltok begge foreldrene i behandlingen, og de fremhever det å være sammen i denne prosessen som svært positivt. I forkant av behandlingen var de ofte uenige om oppdragelsen av barnet, noe som medførte et høyt konfliktnivå dem i mellom. Begge parter opplevde familiesituasjonen som uholdbar, men klarte likevel ikke å samarbeide i forhold til barnet. Da de startet med PMTO kunne de enes om foreldreferdighetene som en felles måte å forholde seg til barnet på, noe som gjorde det lettere for dem å være konsekvente i samhandling med barnet. Flere av foreldrene forteller at også parforholdet utviklet seg i positiv retning fordi de nå fikk mer tid til å fokusere på hverandre fremfor å krangle om håndteringen av barnet. For disse foreldrene var det av stor betydning å få hjelp utenfra for å kunne komme til enighet om hvordan de skulle håndtere barnet sitt. Vi tenker at PMTO har en styrke i at behandlingsmetoden baserer seg på konkrete løsninger i form av foreldreverktøyene. Disse gir lite rom for forhandling, og det blir enklere å styre unna lange diskusjoner om hva som er riktig å gjøre i forhold til barnet. For foreldrene

tenker vi det kan være lettere at en utenforstående terapeut presenterer en ny oppdragerstil enn at partene selv må forhandle seg frem til en løsning.

Disse foreldrene opplever å ha fått store endringer i familiesituasjonen, og det kan se ut som om nettopp det at de har stått sammen har vært av stor betydning. Det å gjennomføre og å stå i den tøffe situasjonen det er å skulle endre både tanker, følelser og atferd overfor barnet er lettere når man er to som støtter hverandre. De fremhever også betydningen av at de i etterkant av behandlingen hadde en samarbeidspartner som kunne avlaste, oppmuntre og korrigere. Det kan se ut som at partneren her viderefører noen av terapeutens oppgaver og slik tilrettelegger for opprettholdelse av ferdighetene når behandlingen er over.

I tre familier deltok kun mor i behandlingen. For disse tre ser det ut til å ha vært vanskeligere både å ta i bruk foreldreferdighetene samt å opprettholde bruken av dem. I en av disse familiene ønsket mors samboer ikke å delta i PMTO. Disse to var i utgangspunktet uenige om barnets oppdragelse ved at mor ofte var ettergivende mens samboeren var strengere. Under behandlingen opplevde mor at hun ofte forsøkte å ”lære opp” partneren sin i PMTO-prinsippene, noe hun beskriver som krevende og lite fruktbart. I dag er oppdragelsen av barnet stadig et konfliktområde, noe som gjør det vanskelig for mor å opprettholde bruken av ferdighetene hun lærte i PMTO. Hun mener det er av stor betydning at begge parter deltar i en slik behandling, og skulle ønske hun hadde forstått viktigheten av dette tidligere.

I de to resterende familiene var det ikke aktuelt for far å delta i PMTO. Disse fedrene uttrykte motvilje mot å involvere seg i behandlingen, blant annet fordi de ikke anså seg selv som en del av barnets problematikk. I ett tilfelle motarbeidet far aktivt behandlingen ved å kontakte terapeuten og forsøke å få behandlingen stanset, og ved å snakke negativt om behandlingen til barnet. Selv om disse foreldrene ikke bor sammen oppgir mødrene at de hadde store behandlingsmessige utfordringer som følge av denne situasjonen. De beskriver at det var vanskelig å stå alene om å innføre nye og uvante regler i familien uten støtte fra far. De kunne oppleve at fars skepsis forsterket barnets motstand, spesielt i forhold til innføring av de nye grensesettingsstrategiene. Vi tenker at dette bidro til at det ble vanskeligere for mor å bevare troen på at foreldreferdighetene skulle ha positiv innvirkning på barnets atferd når dette stadig ble trukket i tvil av far, noe som igjen gjorde det vanskeligere å ta i bruk verktøyene og å opprettholde bruken av dem.

Man har sett at det er av betydning at begge foreldrene deltar i behandlingen (Kjøbli & Hagen, 2009). Våre funn støtter opp om at dette er svært viktig. Det synes å være langt vanskeligere å følge opp prinsippene i PMTO for de som har deltatt alene, og terapeuten har derfor en viktig jobb når det gjelder å motivere begge parter til å involvere seg i behandlingen. Det er imidlertid klart at det ikke alltid vil være mulig å involvere begge parter, noe vi ser som en utfordring for behandlingsmetoden. Det krever svært mye å stå i dette alene uten støtte fra en partner, og disse foreldrene vil kanskje trenge mer støtte og oppfølging fra terapeuten enn andre familier.

Utfordringer ved bruk av grensesettingsstrategier

Ut fra vårt materiale ser vi at foreldrene har varierende grad av suksess med å ta i bruk alle verktøyene. Noen foreldre hadde problemer med å ta i bruk grensesettingsstrategiene, spesielt gjaldt dette pausetid. I motsetning til tre av foreldrenes syn på dette som et mildt, men svært effektivt redskap, uttrykker de resterende foreldrene at det var problematisk å benytte dette verktøyet overfor barnet. De beskriver at bruk av pausetid medførte kraftige protestreaksjoner hos barnet eller eskalering i den negative atferden. Dette førte til at foreldrene ikke orket eller ville gjennomføre en slik sanksjon. Det er et velkjent fenomen innen PMTO at barn ofte reagerer kraftig ved å intensivere uønsket atferd når pausetid blir introdusert, men at slik opponerende atferd vil forsvinne ettersom barnet opplever konsekvent og korrekt bruk av verktøyet (PMTO-håndbok, 2004). Pausetid skal gjennomføres på en emosjonelt nøytral måte og innebærer ingen form for verbal eller fysisk avstraffelse. Mange familier har trolig tidligere brukt metoder for å stoppe barnets atferd som har vært langt mer voldsomme enn dette, og det er derfor et paradoks at det blir så problematisk for enkelte av våre informanter å gjennomføre pausetid.

I de familiene som hadde problemer med å bruke pausetid vet vi ikke om foreldrene hadde spesielt lav toleranse for barnets negative reaksjoner, eller om reaksjonen hos barnet var uvanlig kraftig. Vi ser imidlertid at tre av disse familiene skiller seg fra de øvrige familiene på enkelte områder. For eksempel deltok kun mor i behandlingen, noe som kan ha gjort det vanskeligere for dem å gjennomføre de nye grensesettingsstrategiene. Mødrene uttrykker særlig problemer med å opprettholde de innlærte ferdighetene i etterkant av behandlingen. Dette kan ha sammenheng med at de ikke lenger har terapeuten å støtte seg til, og at denne overgangen blir spesielt utfordrende når de heller ikke har en partner å samarbeide med.

Vi ser også at barna i disse tre familiene var preget av depressive symptomer, og hadde gjennomgående problematiske livshistorier. Foreldrene uttrykker bekymring for at de selv har bidratt til en vanskelig livssituasjon for barnet, og at de ser den kompliserte oppveksten som en stor del av grunnen til barnets depressive og atferdsmessige reaksjoner. Det kan tenkes at det oppleves vanskeligere å sette grenser for et utpreget deprimert barn som reagerer med fortvilelse og gråt enn et som reagerer med sinne. Man kan forestille seg at barnets reaksjon utløser dårlig samvittighet hos foreldrene, noe som gjør det vanskelig for dem å være konsekvent i bruken av grensesetting.

Disse foreldrene oppgir å alltid ha hatt problemer med grensesetting overfor barnet, og at de ofte har latt barnets oppførsel gå alt for langt før de reagerer ukontrollert i form av sinneutbrudd. Man kan spørre seg om noe av forklaringen på hvorfor pausetid blir vanskelig, ligger i at bruk av konsekvent grensesetting kan trigge foreldrenes skyldfølelse i større grad enn når de reagerer ut i fra sinne. Det å ikke kunne tillate seg å føye barnet de gangene det kjennes ekstra vanskelig å sette grenser, men å alltid stå løpet ut når barnet ikke samarbeider, kan være spesielt utfordrende når du selv føler skyld for barnets problematikk.

Et prinsipp i PMTO er at man ikke skal begynne med grensesetting før tillitsforholdet mellom barn og foreldre er bedret, noe man jobber med gjennom blant annet oppmuntring og positiv involvering. Kun positiv involvering er imidlertid ikke tilstrekkelig for å få bukt med barnets atferdsvansker. Disiplin og grensesetting er av avgjørende betydning for å redusere uønsket atferd hos barnet (Forgatch & Martinez, 1999). I vårt utvalg kunne vi se at foreldrene hadde ulikt utgangspunkt i forhold til relasjonen til barnet og hvor positivt involvert de hadde vært i barnet sitt før behandlingsstart. To av foreldrene fremhevet at positiv involvering var noe av det viktigste de hadde lært, og at dette på mange måter var noe nytt som ble tilført familien. De opplevde denne nye måten å forholde seg til barnet på som svært endrende for relasjonen, fra å ikke "tåle" barnet, til å begynne å sette pris på det igjen. Imidlertid beskriver de at det tok tid utover selve behandlingsperioden før en trygghet mellom dem og barnet var godt etablert. Disse to foreldrene fortalte om et særlig problematisk forhold til pausetid og beskrev det å ta i bruk dette verktøyet med svært sterke ord. Det kan tenkes at slike brudd i kontakten oppleves vanskeligere for begge parter jo mer utrygg relasjonen er, og at pausetid dermed ikke oppleves som en mild konsekvens. I PMTO tar man høyde for at noen familier vil trenge mer tid til å bygge

opp et tillitsforhold og utvikle en positiv og trygg relasjon. Man kan spørre seg om de foreldrene som syntes pausetid var vanskelig, her kunne trengt mer tid til å utvikle relasjonen til barnet før de var rede til å ta i bruk dette verktøyet. Det kan også tenkes at mor ville profittert på mer trening og støtte fra terapeuten ved bruk av intervensjoner som vekker sterke reaksjoner i form av negative følelsesuttrykk hos barnet.

Det kan være vanskelig for terapeuten å vurdere tiden det tar for en familie å opparbeide tillit og etablere en trygg relasjon. Dersom man som terapeut har en opplevelse av at denne prosessen er godt på vei blir det naturlig å gå videre til neste steg i behandlingen. I tillegg kan målet om at PMTO skal være en kortvarig intervensjon være med på å legge et visst tidspress på terapeutene. Ut fra vårt materiale ser vi at både foreldrenes tidligere positive involvering i barnet og kvaliteten på foreldre- barnrelasjonen kan gi hint om viktigheten av et mer langvarig fokus på positiv involvering før man introduserer bruk av pausetid i nettopp denne familien.

PMTO- en korttidsterapi? Videre oppfølging.

Blant våre informanter varierer det hvorvidt de har mottatt oppfølging og i hvilken grad de føler behov for dette i dag. En av familiene understreker at de ikke ville hatt like godt utbytte av PMTO dersom de ikke hadde blitt fulgt opp så godt som de ble i etterkant av behandlingen. Da deres PMTO-terapeut satt i en tverrfaglig samarbeidsgruppe for barnet, hadde de jevnlig kontakt i rundt fem år utover behandlingsforløpet. Det at behandlingslutt ikke medførte brudd i kontakten til terapeuten, hjalp dem å opprettholde bruken av foreldreferdighetene gjennom påminnelser utenfra. I tillegg beskriver de det som en trygghet å vite at terapeuten fremdeles var involvert i barnet dersom situasjonen skulle forverre seg. Familien tilskriver den positive endringen i familien til PMTO, men mener den utstrakte oppfølgingen var helt avgjørende. Dette er viktig kunnskap med tanke på at PMTO i teorien er ment å være en relativt kortvarig intervensjon med et terapiforløp på gjennomsnittlig 20-30 timer fordelt utover seks til åtte måneder (PMTO-håndbok, 2004).

Det er kun to informanter som mener at de ikke har hatt behov for oppfølging etter avsluttet behandling da de opplevde å ha fått tilstrekkelig hjelp med sine problemer. De resterende fire informantene uttrykker et ønske om mer oppfølging i form av kurs eller en samtale med PMTO-terapeuten, da det er utfordrende å benytte

foreldreferdighetene nå når barnet er blitt eldre. I tillegg er noen bekymret for at det vil oppstå nye og utfordrende livssituasjoner som utløser behov for videre behandlingstiltak. Flere oppgir at de gjerne skulle sett at terapeuten inviterte til en oppfølgingssamtale i etterkant av behandlingen fordi de selv synes det kan være vanskelig å ta kontakt.

I noen av familiene i vårt utvalg ble det uttrykt et særlig behov for mer hjelp. Foreldrene beskriver at barna fremdeles har emosjonelle vansker, og ett barn har utviklet en omfattende angstlidelse. Selv om det kan se ut til at foreldretreningsmetoder kan ha god effekt også på barns internaliserende problemer, er det fremdeles noe uklart hvordan PMTO virker på slik problematikk. Hos de andre barna i vårt utvalg beskriver foreldrene at barnas tristhet og frustrasjon gikk ned i takt med atferdsvanskene, mens hos tre av barna ser vi ikke dette mønsteret. I vårt utvalg kan det se ut til at barna som har opplevd meget belastende livssituasjoner som for eksempel vedvarende alvorlig konflikt mellom foreldrene, dødsfall i nær familie eller å ha vært vitne til vold, fortsatt strever. Foreldrene til disse barna uttrykker et særlig ønske om tettere kontakt med hjelpeapparatet og mer hjelp til dem og barnet. I disse sakene tenker vi det kunne hatt stor betydning å bli fulgt opp tettere og over en lengre periode enn hva de opplevde.

Behandlingsvarighet og mulighet for oppfølging er temaer som er viktige, ikke bare innenfor PMTO, men for psykisk helsevern generelt. Stadig fokuseres det mer på effektivitet, høye produksjonstall og å redusere voksende ventelister. I vårt utvalg ser det ut til å ha vært av stor betydning å ha vissheten om at terapeuten fortsatt er tilgjengelig etter avsluttet behandling, noe som viser at det kan være fordeler ved en utvidet kontaktperiode mellom terapeut og familie. Det er mulig at PMTO kunne vært til enda større hjelp dersom man rutinemessig kunne tilby familier en oppfølgingssamtale en viss tid etter avsluttet behandling. Et slikt automatisk oppfølgingssystem kan virke ressurskrevende, men sannsynligvis vil det snarere kunne spare samfunnet og familien for både tid og kostnader ved at man kan gripe inn på et tidligere tidspunkt og avverge at situasjonen blir fullstendig fastlåst. Her tenker vi PMTO har et utviklingspotensiale i forhold til å i større grad sikre varig endring og gode utviklingsmuligheter for barn med atferdsvansker.

I tillegg til å gjøre individuelle tilpasninger i PMTO-behandlingen er det en av terapeutens oppgaver å vurdere hvorvidt et barn eller en familie har behov for andre tiltak i tillegg til eller fremfor PMTO (PMTO-håndbok, 2004). Det er viktig å huske

på at barn med atferdsvansker er en heterogen gruppe, og at ulike faktorer både i og rundt barnet vil kunne hindre gode behandlingsutfall. Selv om dette ikke er tilfelle for informantene i vårt utvalg, kommer man ikke utenom at begrensede intervensjoner i hjemmet ikke alltid er tilstrekkelig hjelp, og at det finnes familier hvor man av ulike årsaker blir nødt til å vurdere omsorgsovertakelse. Familiebasert behandling som PMTO har vært et viktig skritt vekk fra den utstrakte bruken av institusjonalisering, og har vist seg å være et godt egnet tilbud til barn og unge med atferdsvansker. Vi må likevel passe på å bevare et visst mangfold i behandlingstilbudet, da det sjelden finnes én løsning som egner seg for alle.

Konklusjon

Alt i alt ser vi at PMTO har vært til stor nytte for familiene i vårt utvalg, og at behandlingen har medført vesentlige endringer i både foreldrene og barnas livssituasjon. Mest fremtredende i vårt materiale er reduksjon i barnets atferdsvansker, bedret relasjon og samspill mellom foreldre og barn, økt selvtillit hos foreldrene samt forbedret samarbeid mellom foreldrene i familier der begge parter deltok i behandlingen. Disse funnene er i samsvar med annen forskning på feltet, og støtter oppunder PMTO som et godt behandlingstilbud til foreldre med barn med atferdsvansker. Videre fremhever foreldrene alliansen til terapeuten som svært viktig for deres opplevelse av behandlingen. Dette har vist seg å være av stor betydning i alle terapiformer, og er således ikke spesielt for en PMTO-behandling.

Ut fra vårt materiale ser vi at foreldrenes evne til å samarbeide om PMTO-behandlingen hadde betydning for hvordan de opplevde å bruke de nye foreldreferdighetene. Det er av stor viktighet at begge partnerne involverer seg i behandlingen, og man bør motivere til dette så langt det lar seg gjøre. I noen tilfeller er dette imidlertid umulig. Kanskje kan utvidet støtte og oppfølging fra terapeuten være nyttig og gjøre behandlingen enklere å gjennomføre for foreldrene som deltar alene.

Noen foreldre i vårt utvalg opplevde store utfordringer med å benytte grensesettingsstrategier overfor barnet. I disse familiene beskriver foreldrene blant annet vanskelige oppvekstvilkår for barnet, uenighet om behandlingen mellom seg og barnefar eller partner, eller status som aleneforelder. I følge Patterson et al. (1992) vil gode foreldreferdigheter virke beskyttende for barnet i forhold til kontekstuelle risikofaktorer. Det kan derfor være av særlig betydning å øke disse ferdighetene hos foreldre som befinner seg i belastende livssituasjoner. Vi vet imidlertid ikke hvorfor de ikke har klart å bruke for eksempel pausetid, og dette er noe man bør se nærmere på i videre forskning. Er det for eksempel faktorer ved barnet, faktorer ved den voksne eller ved relasjonen dem i mellom som gjør at de ikke nyttiggjør seg av dette verktøyet, og kan vi finne andre måter å hjelpe dem til å utvikle gode grensesettingsstrategier?

Et annet viktig funn er at et flertall i vårt utvalg etterspør videre oppfølging. Vi merker oss at en familie har hatt oppfølging av flere års varighet, og at de selv fremhever dette som avgjørende for den positive familiesituasjonen de i dag befinner

seg i. Informantenes behov for mer hjelp åpner for spørsmålet om man bør innføre en rutinemessig oppfølgingssamtale i etterkant av PMTO-behandling.

Avslutningsvis vil vi understreke at med et utvalg bestående av kun 7 familier kan ikke våre funn generaliseres. Selv om vi ikke kan trekke slutninger utover vårt utvalg, åpner funnene for nye hypoteser, og er interessante med tanke på utforming av videre forskningsprosjekter. Vi håper at vi med dette arbeidet kan bidra til inspirasjon og nye ideer for andre forskere og klinikere innen feltet, slik at man i fremtiden vil kunne hjelpe enda flere familier med atferdsvanskelige barn gjennom den viktige prosessen fra kaos til samarbeid.

Referanser

- Apeland, A. (2007). De voksnes allierte eller barnets? Parent Management Training – Oregon-modellen. I: Haavind, H., & Øvreeide, H. (Red.). *Barn og Unge i Psykoterapi. Terapeutiske Fremgangsmåter og Forandring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Atferdssenteret (2009). <http://www.atferdssenteret.no/parent-management-training-oregon-pmto/category158.html> (Hentet 15.09.2009)
- Atferdssenteret (2004). *PMTO – håndbok*. Oslo: Atferdssenteret – Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Forgatch, M.S., & DeGarmo, D.S. (1999). Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 711-724.
- Forgatch, M.S., & Martinez, C.R. (1999). Parent Management Training. A Program Linking Basic Research and Practical Application. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 923-937.

- Kazdin, A.E. & Whitley, M.K. (2006). Comorbidity, case complexity and effects of evidence-based treatment for children referred for disruptive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 455-467.
- Kjelsberg, E., & Dahl, A. A. (1998) High delinquency, disability and mortality – a register study of former adolescent psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 98*, 34-40.
- Kjøbli, J., & Hagen, K. A. (2009). Interparental collaboration, parenting and child externalizing behavior in a clinical sample: Testing mediation. *Family Relations*. Acceptance of revised manuscript is pending.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Monsen, J.T. (2000). Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi. Utdrag fra klinisk psykologi. Oslo: Tano.
- Ogden, T., Forgatch, M. S., Askeland, E., Patterson, G. R., & Bullock, B.M. (2005). Implementation of parent management training at the national level: The case of Norway. *Journal of Social Work Practice, 19*, 317-329.
- Ogden, T., & Hagen, K.A. (2008). Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 4*, 607-621.

- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process – outcome research: Continuity and change. I: Lambert, M.J. (Red.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Patterson, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, *41*, 432-444.
- Patterson, G.R. (2002). The early development of coercive family process. I: Reid, J.B., Patterson, G.R., & Snyder, J. (Red.) *Antisocial Behavior in Children and Adolescents. A Developmental Analysis and Model for Intervention*. Washington DC, American Psychological Association: 25-45.
- Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, *44*, 329-335.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., & Dishion, T.J. (1992) *Antisocial boys*. (Vol. 4). Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., & Eddy, J.M. (2002). A brief history of the Oregon model. I: Reid, J.B., Patterson, G.R., & Snyder, J. (Red.) *Antisocial Behavior in Children and Adolescents. A Developmental Analysis and Model for Intervention*. Washington DC, American Psychological Association: 3-25.

Rutter, M., & Taylor, E. (2005). *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell Science.

Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T., & Duckert, M. (2005). Parent Management Training – Oregon-modellen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*,

Tjersland, O.A., Engen, G., & Jansen, U. (2009). *Allianser. Verdier, psykologisk teori og metoder i sosialt arbeid med barn, unge og familier*. Upublisert manus.

Webster-Stratton, C., & Herman, K.C. (2008). The impact of parent behavior-management training on child depressive symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 473-484.

World Health Organization, (2006). *WHO ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsmessige forstyrrelser. Klassifikasjon og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard Danmark.

APPENDIX A:

Informasjon til foreldre og samtykkeerklæring

Om prosjektet

Dette intervjuet er en del av et hovedoppgaveprosjekt ved Universitetet i Oslo. Hovedoppgaven er et avsluttende forskningsarbeid ved profesjonsstudiet i psykologi og skal utformes som et skriftlig dokument på ca 50 sider. Denne oppgaven vil handle om familiers erfaringer med PMTO-behandling.

Gjennom å snakke med familier som har gjennomgått PMTO-behandling ønsker vi å forstå hvordan det oppleves å delta i et slikt terapiprogram og hvilke tanker man sitter igjen med i etterkant.

Det vil bli fokusert på hva dere syntes var nyttig eller mindre nyttig, om det ble noen endring i familien som følge av behandlingen, og hvordan situasjonen er for dere pr i dag.

Målsetningen er å samle inn informasjon som kan bidra til å evaluere og videreutvikle PMTO-behandlingen. For å stadig kunne gi et bedre tilpasset tilbud til familier med barn som har atferdsvansker er det helt nødvendig å lytte til deres erfaringer og tanker rundt behandlingen.

Konfidensialitet og arkivering av data

Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd. All informasjon dere gir i intervjuene blir behandlet konfidensielt, dvs at ingen informasjon blir gitt til uvedkommende. Persondata som navn og adresse oppbevares adskilt fra selve intervjumaterialet og kan bare kobles sammen ved bruk av bestemte ID- nummer som bare intervjuerne kjenner.

Alle navn og data som kan identifisere deltakerne vil bli slettet ved prosjektets avslutning og senest 01.11.2009.

Hovedoppgaven vil ikke inneholde navn eller andre persondata, og vil bli utformet slik at ingen enkeltfamilier kan identifiseres. Informasjon som kommer frem under intervjuene vil gjengies i hovedoppgaven, men på en slik måte at det ikke kan knyttes opp mot enkelte familier.

All deltakelse er frivillig

Dere velger helt fritt om dere vil delta i undersøkelsen eller ikke. Dere kan også når som helst trekke dere fra undersøkelsen. Dersom dere ikke ønsker å delta videre vil all innhentet informasjon fra intervjuene bli slettet fra arkiver og databaser.

Ansvar

Det faglige ansvaret for forskningsprosjektet ligger hos Atferdssenterets forskningsdirektør, professor Terje Ogden. Veiledere på intervjuprosjektet er professor Odd Arne Tjersland og avdelingsdirektør og psykologspesialist Elisabeth Askeland, Atferdssenteret.

Ansvarlig for gjennomføring av intervjuene er psykologstudentene Ingvild Stjernen Tisløv og Kjersti Reisæter Aartun.

Har dere spørsmål om intervjuene kan dere kontakte oss på følgende telefonnummer:

Ingvild Stjernen Tisløv – 93 22 45 36
Kjersti Reisæter Aartun – 98 66 13 27

Samtykke

Jeg erkjenner å ha lest informasjonen foran og samtykker i å delta i intervju.

Sted..... Dato.....

Navn:.....

Signatur.....

Navn:.....

Signatur.....

APPENDIX B: INTERVJUGUIDE

Introduksjon

-presentasjon og rolleavklaring.

Før vi starter, vil jeg bare si litt om intervjuet.

Med dette intervjuet ønsker vi å få vite noe om hvordan dere opplevde å delta i PMTO behandlingen og hvordan dere har det i dag.

Siden vi tenker at dette kan bidra til å forbedre behandlingsmetoden, er det viktig for oss å få tak i både de positive og de negative erfaringene dere gjorde dere.

Vi ønsker å få en mest mulig riktig forståelse av dine opplevelser, og for å få det til kommer jeg til å spørre ganske inngående rundt hvert tema

Alle opplysninger som gjør det mulig å identifisere deres familie vil bli tatt bort i oppgaven. Vi vil også understreke at intervjuet ikke skal brukes som en vurdering av deres terapeut, men av behandlingstilbudet generelt.

Er det nå noe dere lurer på? Si fra om du vil ha pauser underveis. Intervjuet vil ta ca halvannen time.

Hvem var med i behandlingen? Andre barn / partner?

1) Hvordan fant dere frem til dette behandlingstilbudet?

- Kjente du til PMTO i forkant? I tilfelle, hva tenkte du om det?
- Hva slags forventninger hadde du? Var du motivert?

2) Ca når startet dere opp PMTO-behandling, og hvor lenge varte opplegget?

3) Hvordan vil du beskrive familiens situasjon da dere skulle starte med behandlingen?

- Hva strevde du mest med ifht barnet?
- Hva opplevde du at barnet strevde mest med? – hjemme – på skolen – sosialt?
- Hvordan hadde dere det sammen på den tiden?
- Kan du gi noen eksempler på konflikter som kunne oppstå mellom deg og barnet ditt? Alvorlighetsgrad? Var dette noe av det vanskeligste som skjedde mellom dere, eller skjedde det verre ting?

4) Og så begynte dere i behandlingen. Hvordan var dét for deg?

- Hvordan opplevde du behandlingsmøtene med rollespill, gjennomgang av hjemmelekser osv.?
- Hvordan opplevde du at det var en fast rekkefølge på hva dere skulle gjennom?
- Følte du behov for en oppfølgingsamtale ½ - 1 år etter at behandlingen ble avsluttet? Hvorfor / hvorfor ikke?

5) Her har jeg med noen begreper som gjerne benyttes i PMTO. Si bare det du forbinder med uttrykket. Vi vet at det kan være lenge siden dere snakket om dette.

- Hva forbinder du med....
- Hvilke erfaringer har du hatt med å bruke...

(Gode beskjeder, oppmuntringstegn, belønningsskjema, positiv involvering, pausetid, ekstraoppgaver, tap av gode, problemløsning.)

når alle lappene ligger på bordet, spør:

- Var det noe som opplevdes som spesielt nyttig for å snu det negative samspillet i familien?
- (dersom ja) Kan du huske ca når i behandlingen dette skjedde?
- Var det noe som opplevdes som spesielt krevende eller vanskelig å gjennomføre?
- Er det noen av disse verktøyene du fremdeles bruker? Noen du ikke bruker?

6) I perioden dere jobbet med PMTO, hvordan reagerte barnet?

- Hva tror du barnet lærte av PMTO-behandlingen?
- Hvordan vil du si at foreldreverktøyene påvirket barnets oppførsel?
- Forandret barnet oppførsel også utenfor hjemmet?
- Var det noe barnet reagerte spesielt godt på, eller satt særlig pris på?
- Var det noe som virket særlig vanskelig for barnet?
- Forandret barnet humør, i så fall på hvilken måte?
- (dersom ja) Når begynte du å merke dette?

7) Du har jo sagt en del om endringer som har skjedd i familien. Er det noe mer du tenker er viktig å tilføye?

(Opplevde du at det skjedde noen endringer med dere som familie som følge av PMTO-behandlingen? Hvilke forandringer?)

- Hva ble bedre?
- Hva fortsatte som før? På skolen – hjemme – sosialt?
- Ble noe verre?
- Er det blitt noen endring i hvordan du løser konflikter mellom deg og barnet ditt? Evt hvordan?
- Når barnet ditt i dag blir irritert eller sint på deg, hvordan viser barnet dette? Hvordan reagerer du? Har du et eksempel på en slik situasjon?
- Føler du det har skjedd noe med stemningen i familien?
- Har det blitt noen forandring mellom deg og partneren din? For eksempel kommunikasjon, samarbeid, barneoppdragelse.

8) Kan det ha vært noe annet i livene deres i denne perioden som kan ha hatt betydning for at det ble / ikke ble noen endring? Det er jo mye som kan påvirke barns atferd, for eksempel å få en ny lærer, eller at noen i nær familie går bort.

- Hvis endring med barnet (eks en ny venn); tror du dette hadde noe med behandlingen å gjøre?
- Hendte det noe som kan ha påvirket din selvfølelse som forelder?

9) Hva tenker du om årsakene til situasjonen dere befant dere i ved behandlingsoppstart? Tenker du annerledes om dette i dag enn du gjorde den gangen?

- Har du endret syn på barnet?
- Har du endret syn på deg selv som forelder?

10) Nå er det gått (x tid) siden dere var i PMTO-behandling. Hvordan er situasjonen i dag?

- Har dere hatt noe kontakt med hjelpeapparatet etter PMTO-behandlingen? (hvis kontakt: hvilken betydning har dette hatt for hvor dere er i dag?)
- Hvis situasjonen er uendret eller verre enn ved oppstart: hva tenker du er årsaken til dette?

11) Oppsummerende, hvilken betydning har PMTO hatt for dere?

12) Hvis du skulle gitt et råd til de som jobber med PMTO og møter familier som deres, hva skulle det rådet vært?