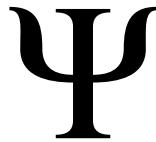




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Parent Management Training

*– en foreldreveiledningsmetode for
behandling av barn med atferdsproblemer.*

*Teori, behandlingsprogram og
implementering i Norge.*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Eva Fohlin Apelseth og Christine Amlie

Høst 2001

Roar Solholm
Institutt for klinisk psykologi

TAKK

Takk til Roar Solholm for god veiledning. Vi vil også gjerne takke alle deltakerene i opplæringsprogrammet som tok seg tid til å besvare spørreskjemaet, og Elisabeth Askeland som skaffet til veie informasjon om implementeringsprosessen.

Jeg, Eva, ønsker å takke Roger for språklig bistand, for varm og hjelpsom støtte når prosessen var som mest hektisk og for gode og konstruktive innspill. Takk også til Sebastian som tilbød seg å hente lillebror på skolen når helst det var behov for det. Takk til både Sebastian og Adrian for at dere har vist så mye forståelse for at den siste måneden har vært noe av et unntakstilstand.

Spesielt vil jeg, Christine, takke Anne, som har hjulpet oss på mange måter denne høsten! Uten deg hadde dette ikke vært mulig! Takk til min kjære Tomas for gode kommentarer, kyndig datahjelp og uvurderlig støtte underveis. Takk til Erik og Mikal for at dere er som dere er! Takk til vår familie og venner som har stilt opp for oss.

Sist, men ikke minst, vil vi takke hverandre for godt samarbeid – det har vært lærerikt og styrkende å være to om oppgaven. Vi har vært til støtte for hverandre, ikke minst i den mest hektiske innspurten.

Abstract

Antisocial behavior is arguably one of the most comprehensive and expensive diseases in child psychiatry. Parent Management Training-Oregon (PMT-O), a treatment and prevention program for families with children with antisocial behavior, is currently being introduced in Norway. PMT-O is based on the "social interaction learning theory", developed by Patterson and coworkers at Oregon Social Learning Center. PMT-O is a detailed program designed to improve parenting practices, and indirectly reduce antisocial behavior in the children. This paper describes and discusses the theoretical foundation for PMT-O, and gives a detailed description of the treatment program, as well as the implementation of PMT-O in Norway. A questionnaire survey was conducted among the 33 therapists currently undergoing training in the use of PMT-O in Norway, evaluating their satisfaction with the training.

Sammendrag

Antisosial atferd blant barn og ungdom er et stort og økende helsemessig og økonomisk problem. Parent Management Training – Oregon (PMT-O), et behandlings- og forebyggingsprogram for familier med barn som fremviser antisosial adferd, blir for tiden implementert i Norge som ledd i satsingen på psykisk helsevern. PMT-O er basert på "social learning interaction theory", utviklet av Patterson og medarbeidere ved Oregon Social Learning Center. PMT-O er et detaljert program for styrking av foreldrenes foreldreferdigheter, og derved indirekte redusere adferdsproblemer hos barna.

Denne hovedoppgaven beskriver og diskuterer det teoretiske grunnlaget for PMT-O, i tillegg til å gi en detaljert beskrivelse av selve behandlingsprogrammet, og dets implementering i Norge. En spørreskjema undersøkelse ble gjennomført blant de 33 terapeutene som har gjennomgått opplæring i PMT-O i Norge, for å evaluere i hvilken grad deltakerne var fornøyd med opplæringen.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	7
1.1 Situasjonen i Norge	7
1.2 Avgrensning og problemstillinger	9
1.3 Atferdsproblemer – fenomen og kjennetegn	11
2. Pattersons “social interaction learning theory”	15
2.1 Historikk	15
2.2 Begrepsavklaring	20
2.3 Sentrale kjennetegn ved ”Social Interaction learning theory”	21
2.4 Pattersons makrososiale analyse	25
2.5 Pattersons mikrososiale analyse av familieinteraksjoner	27
2.5.1 ”coercion”: et sentralt begrep i social interaction learning theory	28
2.5.2 Faseinndelt utvikling av antisosial atferd	30
2.5.2.1 Trinn 1 – ”grunntrening”	31
2.5.2.2 Trinn 2 – ”de sosiale omgivelsene reagerer”	31
2.5.2.3 Trinn 3 – ”avvikende venner og ”finsliping” av antisosial atferd”	31
2.5.2.4 Trinn 4 – ”karriere som antisosial voksen”	32
3. Behandlingsprogrammet “Parent Management Training”	33
3.1 Praktiske rammer og arbeidsform	34
3.2 Pedagogiske og terapeutiske virkemidler	35
3.2.1 Pedagogisk materiell	35
3.2.2 Rollespill	36
3.3. Terapeutrollen	39
3.4 Gangen i behandlingen	41
3.4.1 Det innledende PMT-O – intervju	41
3.4.1.1 Familiens historie / ”storyline”	41
3.4.1.2 Informasjon om PMT-O	42
3.4.2 Strukturert samspillsoppgave	42
3.4.3 Temaer	44
3.4.3.1 Effektive beskjeder	45

Parent Management Training	5
3.4.3.2 Ros og oppmuntring.....	46
3.4.3.3 Disiplinering (grensesetting).....	48
3.4.3.4 Monitorering (tilsyn).....	51
3.4.3.5 Problemløsning og kommunikasjon	52
3.4.3.6 Involvering av skolen og skolearbeid	54
3.5 Løpende temaer.....	55
3.6 Evalueringsstudier.....	57
4. Implementeringen av PMT i Norge	60
4.1 Første trinn i implementeringen.....	60
4.2 Videre planer for implementering.....	62
4.2.1 Struktur for implementeringen.....	62
4.2.2 Opplæringskrav	63
4.2.3 Retningslinjer for opplæring i trinn 3	63
4.2.4 Målsetting	64
4.2.5 Økonomisk finansiering.....	64
5. Spørreundersøkelsen.....	65
5.1 Metode	65
5.2 Resultater	66
5.2.1 Opplysninger om gruppen - spørsmål 1-6:	66
5.2.2 Erfaringer fra arbeidsseminarene – spørsmål 7- 17	66
5.2.3 Erfaringer fra terapeutisk arbeid – spørsmål 18-23	67
5.2.4 Erfaringer fra veiledning – spørsmål 24-35.....	68
5.2.5 Generelle spørsmål – spørsmål 36-42.....	68
5.3 Diskusjon	69
6. Oppsummering og diskusjon	71
6.1 Teori.....	71
6.1.1 Innvendninger i forhold til teorien.....	71
6.1.2 Viktige områder å belyse	72
6.1.3 Noen uklare aspekter ved teorien.....	75
6.2 Behandling	77
6.2.1 Svake sider ved resultatstudier.....	77

6.2.2 Inntrykket av PMT-O i forskjellige resultatstudier.....	77
6.2.2.1 Forskningsunderbygging	77
6.2.2.2 Behandlingsresultater.....	78
6.2.2.3 Generaliseringseffekter	78
6.3 Viktige områder å belyse samt videre implikasjoner for behandling.....	79
6.3 Implementeringen av PMT-O i Norge.....	80
Referanser	84
Appendiks A	93
Appendiks B.....	110

1. Innledning

1.1 Situasjonen i Norge

Internasjonalt og nasjonalt er det rettet fokus mot den stigende forekomsten av atferdsproblemer. I Norge gjenspeiler problemet seg tydelig i barne- og ungdomspsykiatrien hvor antall barn henvist for atferdsproblemer har økt betydelig de senere årene. Aller størst er problemene for gutter. Vel halvparten av barna som er henvist til barne- og ungdomspsykiatrien er gutter. Av disse er den hyppigst representerte aldersgruppen 7 til 12 år. Tilnærmet halvparten av de henviste guttene kommer på grunn av atferdsproblemer (Hagen, 2000).

Det har vært vanskelig å finne frem til effektive behandlingsmetoder for barn med atferdsproblemer (Sørli, 2000), og ulike behandlingmetoder er brukt, deriblant individuell samtaleterapi med barnet, leketerapi og ulike gruppebehandlingstilbud. Felles for disse er at ingen har vist signifikant gode resultater (Kazdin, 1996a).

Fra sentralt nivå til bydelsnivå har det blitt satt fokus på behovet for økt satsing på forbygging og behandling. Behovet er fulgt opp med økonomiske bevilgninger (St prp nr 63, 1997-1998). En handlingsplan er utarbeidet for å imøtekomme behoven fra barn og unge med atferdsproblemer. I denne blir det valgt ut 2 (3) metoder for videre satsning; Multisystemisk terapi for ungdom mellom 12 og 18 år, Parent Management Training for barn mellom 4 og 12 år og i noen fylker også Webster Stratton sin metode som gruppetilbud (Disen & Helland, 2001).

I St prp nr 63 (1997-98) la regjeringen frem forslag til en opptrappingsplan for å styrke psykisk helsevern. Opptrappingsplanen gjelder for perioden 1999-2006 og innebærer investeringer for ca. 6,3 milliarder kroner i tillegg til en økning av driftsutgifter til nærmere 4,6 milliarder kroner over 1998 års nivå. Det sies videre at barne- og ungdomspsykiatrien er et fagfelt som fortsatt trenger betydelig styrking. 64 milliarder kroner ble bevilget til økte driftsutgifter i barne- og ungdomspsykiatrien for årene 1997 til 1998. I St. meld. nr. 17 (1999-2000) (s. 5) ble det fokusert på hvordan regjeringen kommer til å ”styrke og videreutvikle innsatsen med å forebygge og bekjempe barne- og ungdomskriminalitet”. Det er derfor blitt utarbeidet en handlingsplan mot barne- og ungdomskriminalitet som skal gjennomføres i tidsrommet 2000-

2004. St. meld. nr 17 (s. 5), omtaler videre at ”bedre samordning og koordinering av det forebyggende arbeidet står sentralt i planen, sammen med bedre oppfølging av barn og ungdom med alvorlige atferdsproblemer, unge lovovertridere og kriminelle ungdomsgjenger”.

I SAMDATA psykiatri 4/00 kommer det frem at det på 90-tallet har vært en betydelig kapasitetsøkning i barne- og ungdomspsykiatrien på nasjonalt nivå. Antall pasienter har økt fra om lag 18 000 i 1996 til over 23 000 i 1999. Majoriteten av de pasienter som ble behandlet i 1999 er nye pasienter (kun 12% ble henvist i 1996 eller før). 55% av pasientene henvist til barne- og ungdomspsykiatrien er gutter. Nærmere halvparten av henvisningene finnes i aldersgruppen 7 – 12 år (48,8% og 48,6% for årene 1996 og 1999). Den nest største gruppen av henviste gutter er de som har fylt 13 år eller mer (40,0% i 1996 og 39,7% i 1999) mens aldersgruppen 0 – 6 år utgjør de resterende. Tendensen viser en generell økning av pasienter med eksternaliserende problemer, men en sterkest økning blant gutter. Tall for 1999 viser at 48,3% av guttene var henvist på grunn av atferdsvansker, hyperaktivitet, rusmisbruk eller kriminalitet. Tilsvarende gruppering i 1996 utgjorde 45% (Hagen, 2000).

Det har også vært en betydelig realvekst i brutto driftsutgifter for barne- og ungdomspsykiatrien på 90-tallet. For årene 1991 – 1995 var økningen 15,9% (hvilket utgjør 106 mill. kr.), mens det for tidsperioden 1996 – 1999 har vært en økning på 29,6% (hvilket utgjør en økning på 228 mill. kr.)(Hagen, 2000). Det har ikke lyktes å få tak på tall som viser hvor stor andel av de totale kostnadene som kan knyttes direkte til gruppen atferdsproblemer. Tallene indikerer likevel at atferdsproblemer både er ressurs- og kostnadskrevende.

I 1997 ble det utarbeidet en handlingsplan rettet mot barn og unge med alvorlige atferdsproblemer. Dette for å imøtekomme behovene fra denne målgruppen (Rundskriv Q-12/97). Målet med handlingsplanen er, i følge rundskrivet, å forbedre innsatsen i opplæringen og behandlingen av barn og unge med atferdsproblemer og å sikre et helhetlig hjelpetilbud til de som er i risikozonen for å utvikle alvorlige atferdsproblemer samt de som allerede har utviklet slike problemer. Det ble fra Sosial- og helsedepartementet og Barne- og familiedepartementet tatt initiativ til å arrangere en ekspertkonferanse om temaet. Norges forskningsråd, program for forskning om mental helse, påtok seg arrangøransvaret.

Det ble sett som viktig å belyse systematisert og anvendelig kunnskap om årsaksforhold, forebygging og effektivitet av ulike behandlingsformer. En ekspertgruppe (bestående av overlege Pål Zeiner (leder), forsker Elisabet Backe-Hansen, professor Ståle Eskeland, professor Terje Ogden, undervisningsleder Per Rypdal samt professor Emerita Hilchen Sommerchild) fikk følgende mandat : ”På grunnlag av den kunnskapen, som fremkommer på ekspertkonferansen, skal den nedsatte ekspertgruppe fremlegge en skriftlig redegjørelse om hvilke tilnærminger som anbefales om forebygging og behandling i arbeidet med barn og unge med atferdsvansker” (Norges forskningsråd, 1998, s. 4).

Ekspertgruppens uttalelser la stor vekt på en bred forståelse av atferdsvanskenes natur med inkorporering av de senere års forskningsresultat. Ekspertgruppen anbefalte (med bakgrunn i forskningsresultater) prosjekter som prøver ut tidlig intervensjon til risikobarn, men at det parallelt med dette også blir prøvd ut effektive behandlingsmetoder til barn og unge som har utviklet alvorlige atferdsforstyrrelser. De så det også som ønskelig med en parallell utvikling der fagfeltet generelt skal tilføres kunnskap (gjennom seminarer, kurs og lignende) for å få en bedring i behandlingen av atferdsforstyrrelser i Norge.

Målet med arbeidet som kan gjøres parallelt med eksisterende arbeid beskrives i 3 punkter:

- Øke kunnskap om alvorlige atferdsforstyrrelser hos fagfolk og legfolk.
- Systematisk utprøving av lovende metoder i forebyggende og kurativt arbeid.
- Overføre resultater fra forsøksdriften til det eksisterende arbeide med denne gruppen.

(Norges forskningsråd, 1998, s. 7).

1.2 Avgrensning og problemstillinger

Parent Management Training er en behandlings- eller opplæringsmetode for foreldre som har barn med atferdsproblemer. I behandlingen får foreldrene undervisning og veiledning. De vil gjennom dette lære seg ulike ferdigheter for å redusere barnas avvikende atferd. I tillegg blir det fokusert på å fremme prososial atferd hos barnet. En hovedtanke bak behandlingstilnærmingen er at det kun er foreldrene som er i stand til å produsere en varig endring i barnas atferd. Dette er begrunnet med at det kun er foreldrene som har de resurser som kreves for å fremme en

forandring, og at det også kun er de som bryr seg så mye om barnet at de orker å holde ut i arbeidet.

Behandlingsprogrammene er skreddersydde for flere ulike kliniske grupper. Alvorlighetsgraden varierer fra meget aggressive barn til preventive formål. De er utformet for individuell behandling og for gruppebehandling. I denne oppgaven vil vi konsentrere oss om det individuelle behandlingsprogrammet som implementeres i Norge. Det retter seg mot familier med atferdsvanskelige barn i aldersgruppen 4 til 12 år.

Formålet med oppgaven er å gi en samlet fremstilling av ”Sosial interaction learning theory” som er teorien som Parent Management Training bygger på, å gi en grundig innføring i behandlingsmodellen slik den blir tillempet i Norge, samt å belyse implementeringen av PMT-O i Norge. Fremstillingen av teorien bygger på en litteraturgjennomgang. Noe av utfordringen har vært mangelen på oversiktlige fremstillinger av teorien bak behandlingsprogrammene. Vi vil også gi en utførlig beskrivelse av behandlingsprogrammet. Vi har i beskrivelsen tatt med sentrale deler av den forskning som ligger til grunn for teorien og behandlingsprogrammet.

Implementeringen av PMT-O i Norge har nå vart i 2 år og 33 terapeuter har vært gjennom et opplæringsprogram i PMT-O. Vi har i den forbindelse ønsket å utforske noen av de inntrykk som deltakerne i opplæringsprogrammet har gjort seg. Dette er gjort med en spørreundersøkelse blant deltakerne i opplæringsprogrammet, der hovedformålet var å få et inntrykk av om deltakerene var fornøyd med opplæringen de har mottatt.

Oppgaven bygger i stor grad på artikler av forskere ved ”Oregon Social Learning Center” (OSLC). Mange av artiklene ble plukket ut fra OSLCs referanseliste som er tilgjengelig på internett (OSLC, 2001). Videre har vi søkt etter relevant litteratur i databasene Bibsys og Psychlit. Noe litteratur har vært vanskelig tilgjengelig. Mange av OSLCs publikasjoner er gitt ut på eget forlag og noe av den litteraturen som vi gjerne hadde ønsket å benytte oss av, har ikke vært mulig å skaffe til veie. Vår veileder Roar Solholm vært behjelpelig med informasjon om opplæringsprogrammet. Stortingsmeldinger og proposisjoner er bestilt fra Statens forvaltningstjeneste. Rundskrivene er bestilt fra Barne- og familiedepartementet samt Helse- og

sosialdepartementet. I tillegg har nasjonal prosjektleder Elisabeth Askeland vært behjelpelig med ulike skriv som har hjulpet oss til å få innblikk i implementeringsprosessen.

1.3 Atferdsproblemer – fenomen og kjennetegn

Som tidligere nevnt er atferdsproblemer et sterkt økende problem både i Norge og i andre land. Det rapporteres nasjonalt om en betydelig økning i aggressiv, utagerende og destruktiv atferd de siste tiårene (McMahon & Wells, 1998). Atferdsforstyrrelser er nå den vanligste psykiske lidelsen blant barn og ungdom (Hagen, 2000). Prevalensen for ”conduct disorder”(CD) ligger i USA på mellom 2% og 9%, for ”oppositional defiant disorder”(ODD) ligger den på 6% til 10% i varierende ikke kliniske utvalg (Mc Mahon & Wells, 1998). Halsteinli (1999) anslår at det rammer ca. 5% i disse aldersgruppene, med fordelingen 3:1 for gutter fremfor jenter. Sørli (2000) har gransket forskningsresultat fra den vestlige verden der det fremkommer at 10% - 12% av barn og ungdom har problematferd av moderat art, mens 1 – 3% hevdes å ha signifikante alvorlige atferdsproblemer. Hun viser også til andre referanser som estimerer alvorlige atferdsvansker til 3 – 7% .

Tallene illustrerer risikoen for individuell og samfunnsmessig skade og underbygger samtidig behovet for å forstå underliggende mekanismer. Behovet for behandling og klassifisering har aldri vært større enn nå (Hinshaw & Anderson, 1996).

Ved klassifisering av avvikende atferd er det vanlig å skille såkalt eksternaliserende atferd, som innebær impulsivitet, overaktivitet, aggressivitet og antisosiale handlinger, fra internaliserende atferd, som angst, tilbaketrekning, somatisering og tankeforstyrrelser (i noen tilfeller er det likevel en viss komorbiditet mellom disse to).

En annen viktig deling er mellom åpen (dvs. det meste av den antisosiale atferd som finnes i de diagnostiske kriteriene) versus skjult (for eksempel lyve, stjele, ildspåsettelse) antisosial atferd.

Videre skilles det, når det gjelder eksternaliserende atferd, mellom uoppmerksom og overaktiv atferd på den ene siden, og aggressiv og antisosial atferd på den andre siden (Hinshaw & Anderson, 1996).

Sørli (2000) skriver at problematferd er et relativt begrep og derfor må sees i forhold til den kontekst den opptrer i, samt i forhold til hva som anses som det normale og akseptable. Hun setter opp 8 punkter som hun mener at atferden bør vurderes opp mot, for å kunne si om den skal betraktes som avvikende. Punktene gjelder kultur, kontekst, karakteristikk hos personen som skal vurdere barnet, egenskaper ved barnet og barnets atferd, hvorvidt atferden er generalisert, kort versus langsiktig risiko for skade hos barnet, samt grad av konsekvenser av atferden.

Ogden (1999) skriver at det vanligste kjennetegnet ved antisosial atferd er "non-compliance". Dette begrepet handler om når barn nekter å gjøre det de blir bedt om, og manglende vilje til å samarbeide med voksne. Ogden mener også at for å kunne beskrive en atferd som antisosial, kreves det at hendelsene både er aversive og betingede. I tillegg må kriteriene være mulige å operasjonalisere. Den antisosiale atferden er lært og er derfor mulig å forandre gjennom sosial påvirkning (Ogden, 1999).

I henhold til "International Classification of Disorders" (ICD-10), (WHO, 1996) er atferdsforstyrrelser problematferd som avviker fra det et individ tidligere har vist, og fra det som er aldersadekvat og/eller det som er sosialt akseptabelt i det gitte miljø.

I ICD-10 deles atferdsforstyrrelsene inn i en sosialisert og en usosialisert form ut fra tilstedeværelse/fravær av varig relasjon til jevnaldrende. Videre brukes kategoriene "Atferdsforstyrrelser begrenset til familien" og "Opposisjonell atferdsforstyrrelse".

Både ICD-10 og Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV), (American Psychiatric Association, 1994) opererer med en rekke forskjellige diagnoser i forbindelse med impulsivitet og uoppmerksomhet og/eller ulike sammensetninger av aggressiv og antisosial atferd. De to oftest forekommende diagnosene i disse sammenhengene er opposisjonell atferdsforstyrrelse (oppositional defiant disorder, ODD), samt alvorlig atferdsforstyrrelse (conduct disorder, CD)(McMahon & Wells, 1998). Felles for diagnosene er at de er karakterisert av et stadig gjentatt og vedvarende mønster av dyssosial, aggressiv og trassig atferd som viser klare brudd på sosiale forventninger og normer for alderen (ICD-10).

De diagnostiske kriteriene i DSM-IV er svært like de som finnes i ICD-10, men her brukes ikke inndelingen sosialisert og usosialisert. I DSM -IV er CD og ODD en del av klassen "Attention Deficit Disorder" (ADD) og "Disruptive Behavior Disorder" (DBD).

ODD er en diagnose som først og fremst gjelder mindre barn. Den omfatter ikke kriminelle handlinger eller mer alvorlige former for dyssosial og aggressiv atferd, men leder til en signifikant forverring i akademisk og sosial fungering. ODD går dermed under betegnelsen "lettere atferdsforstyrrelser".

CD innebærer alvorligere atferdsforstyrrelse og listen over antisosial atferd er lengre og alvorligere med blant annet benektelse av andres rettigheter. To typer av CD beskrives i DSM-IV. I den første typen starter atferdsproblemene (minimum 1 av de 15 kriteriene) før 10 års alder, mens atferdsproblemene i type 2 ikke fremtrer før etter 10 års alder. (Dette er de gruppene som Moffit kaller "life-course-persistent" vs. "adolescence-limited" og Patterson benevner som "early starter" vs. "late-starter"(Moffit, 1993; Patterson, 1992)). Mange ungdommer som faller inn under denne diagnosen vil kunne klassifiseres som kriminelle.

Begrepene som brukes i forskningslitteratur bygger enten på diagnostiske kriterier eller operasjonelle definisjoner. Hinshaw & Anderson (1996) fremhever at kompleksiteten når det gjelder antisosial atferd og det store antallet subkategorier medfører at det kan være vanskelig å sammenligne forskning foretatt ved forskjellige laboratorier. Det blir fokusert på ulike symptomer og handlinger og ulike begrep blir brukt om disse barna avhengig av den faglige kontekst der problemene erfares og blir vurdert. Patterson, Dishion & Chamberlain (1993) viser til at det er mange forskjellige måter å vurdere antisosiale atferdsproblemer på. En måte er å se det langs et kontinuum: fra lettere til mer alvorlige former for handlinger. I tillegg er det individuelle forskjeller i forhold til hvor ofte de aktuelle handlingene blir utført. Patterson et al. (1993) fremhever at jo hyppigere frekvensen er, desto alvorligere har atferden vist seg å være. Risikoen for en videre negativ utvikling vil være større i tilfeller med tidlig arrestasjon og samtidig korrelere til alvorlighetsgraden av atferden .

Antisosial atferd er et begrep som normalt anvendes om voksne. Patterson (1982) argumenterer for å utvide begrepet til å inkludere barn. Han sikter da til atferd som ofte forutgår den alvorlige antisosiale atferden:

- norm- og regelbrytende atferd, for eksempel fysisk utagerende atferd.
- sterke sinneutbrudd og opponering hos de yngre barna .

Patterson (1992) skriver at antisosiale trekk inkluderer:

- åpen antisosial atferd som er avhengig av atferden til en annen person
- skjulte handlinger som har som hensikt å unnvike ubehagelige erfaringer eller maksimere umiddelbar selvtilfredsstillelse.

Patterson (1992) skriver videre at mange forskjellige termer er blitt brukt for å beskrive barn med atferdsproblemer. I mangfoldet benyttes begreper som ”conduct disorder”, utagerende, hyperaktive, aggressive og antisosiale. Han beskriver videre hvilket problem dette utgjør for forskere på basis av at det ikke kan la seg gjøre å måle hvert aspekt ved definisjonen for hvert enkelt begrep. Forskerne ved OSLC ble til slutt ”enige om å anvende termen antisosial som det minst kontroversielle og mest beskrivende for atferdens natur” (Patterson, 1992, s.4, vår oversettelse). Da antisosial er et begrep som i Norge ofte er blitt brukt i sammenheng med problematferd som stjeling, rusmisbruk og vold finner vi det problematisk å bruke begrepet om barn under 12 år. Vi følger derfor ekspertgruppens anbefalinger om å bruke begrepet *atferdsproblemer* som en generell term som inkluderer både lettere og vanskeligere atferdsforstyrrelser. Ogden (1987) gir følgende definisjon av atferdsproblemer: ”Atferd som krenker andres grunnleggende rettigheter eller bryter viktige aldersbestemte normer og regler i samfunnet”.

2. Pattersons “social interaction learning theory”

” The task of a developmental theory for delinquent behavior is to explain both the stability and the changes in a form that characterizes the trajectories of antisocial individuals over time” (Patterson, 1996, s. 81).

Pattersons teoretiske modell er en teori i stadig utvikling. Det er en empirisk basert teori som viser hvordan antisosial atferd tilegnes gjennom læringserfaringer i familien og hvordan utviklingen skjer i faser. Primært er dette ikke en teori om årsaker til atferdsproblemer, men hva Patterson har kalt en ”performance” modell. Modellen søker å si noe om hvorfor barn utfører de handlinger de gjør. ”The performance model” legger til grunn at uavhengig av tid og alder, er dette problemer som det er mulig å gjøre noe med. Prognosene er likevel best for barn i førskolealder (Patterson, 1982).

Vi vil først se på historisk basis for ”social interaction learning theory”. Deretter følger en kort begrepsavklaring, sentrale kjennetegn ved teorien, samt Pattersons inndeling i en makrososial og en mikrososial analyse. Under den sistnevnte analysen hører også ”coercion theory” og ”coercion family process”, samt Pattersons faseinddelte beskrivelse av antisosial atferd.

2.1 Historikk

Den følgende fremstillingen av historikken bygger på en artikkel av Patterson, Dishion & Chamberlain (1993). Når annen informasjonskilde er brukt er dette markert med referanse.

Frem til midten av 1950- tallet var behandlingen av barn med atferdsvansker psykodynamisk. Kjernen i behandlingen handlet om terapeut – barn relasjonen. I tillegg ble mye tid konsentrert rundt frigjøring av emosjoner. Implisitt var målet å hjelpe barnet til innsikt i de konflikter som gav opphav til atferdsproblemene. Pattersons engasjement kom delvis som en reaksjon mot disse rådende ideene.

Utviklingen i eksperimentell psykologi og barnepsykiatrien medførte, i løpet av 60- og 70-årene, store forandringer i behandlingen av antisosiale barn. Blant annet var Skinner sitt arbeid til inspirasjon for mange forskere som studerte aggressiv atferd hos barn. Operant tenkning utgjorde et grunnlag for forståelsen av hvordan aggresjon blir lært og uttrykt. Aggresjon ble sett som et direkte resultat av forsterkningsbetingelser, som så ble understøttet av det sosiale miljøet rundt barnet. I en ytterligere utvikling ble det antatt at sinne, sosial kognisjon, lav selvfølelse og negative attribusjoner hos barnet med atferdsproblemer, var sekundære effekter av den treningsprosessen som kom i stand gjennom barnets interaksjon med sine sosiale omgivelser (Patterson, 1982).

Denne tenkningen gjorde derfor at problemfokuseringen ble dreid bort fra barnet.

Observasjonslæring / imitasjonslæring (at barnet lærte gjennom å observere andre) økte sosialiseringprosessen. Etersom det var forsterkningen fra barnets sosiale miljø som var bestemmende for hva barnet foretok seg, kunne ikke barnet i seg selv ses som selve problemet. Det var nødvendig å ta hensyn til forsterkningen fra de sosiale omgivelsene. Å gå inn og intervensere i forhold til kognisjon, selvfølelse, attribusjon eller annet uten å forandre de utløsende hendelsene (contingencies) for aggressiv atferd ville derfor ikke medføre noen reduksjon av aggresjon.

1957 begynte Patterson å arbeide ved University of Oregon. Han studerte sammenhengen mellom ros og barns atferd, og mellom belønning og negativ atferd. Arbeidet utgjorde en start for Patterson og OSLC gruppens forskning og utvikling av teori vedrørende barns utvikling av atferdsproblemer (Patterson, 1982; Eddy, 2000). Observasjoner av barn med atferdsproblemer har støttet opp under hypotesen om at barns vanskelige atferd kan synes å være direkte svar på stimuli og forsterkningsbetingelser gitt av andre (Reid, 1969; ref. i Eddy, 2000). ”Foreldre, søsken, venner, lærere og andre signifikante personer vekker og opprettholder [uten å ville det] den atferd de finner negativ” (Forgatch, 1991, s. 294, vår oversettelse). Skåringssystemer ble utviklet for å i detalj beskrive den sosiale samhandlingen. Disse systemene har vært viktige for dannelsen av hypoteser angående utviklingen og opprettholdelse av avvikende prosesser i familien samt behandlingsevaluering (Reid, 1978; Patterson, 1982).

På midten av 60- tallet brukte flere forskere operant atferdsterapi som behandlingsmetode for aggressive barn (Patterson, 1985). Laboratoriestudiene som ble utført (blant annet Whaler, Winkle, Peterson & Morrison, 1965; Patterson, Littman & Bricker, 1967; Patterson, 1982; ref i Patterson, Dishion & Chamberlain, 1993), ledet til noe Patterson et al. (1993) karakteriserer som en "contingency" teori for barns aggression, hvilket i sin tur la grunnlaget for en tidlig form for foreldretreningsterapi (parent training therapy - PTT). Å lære foreldrene atferdsterapi førte til en reduksjon av atferdsproblemene hos både de aktuelle barna og deres søsken (Johnson & Brown, 1969; Patterson & Brodsky, 1966; ref. i Forgatch, 1991). Patterson (1982) utførte en studie av 18 familier, tilfeldig randomisert enten til behandling etter OSLCs modell eller til annen privat behandling. Resultat fra studien viste liten eller ingen forbedring hos de barna var som blitt behandlet ved det private alternativet, mens det i gruppen behandlet gjennom OSLC-modellen, viste en signifikant bedring hos 75% av de aktuelle barna. Atferdsforandringen ble målt til å vedvare også et år etter avsluttet behandling.

Parallelt med at læringsprinsipper fikk økt betydning i behandlingen av barn begynte også mange forskere å dreie fokuset over mot korttidsbehandling. Blant disse var blant annet Minuchin (grunnleggeren av strukturell familieterapi) og Haley (grunnleggeren av strategisk familieterapi). Flere resultatstudier og sammenligningsstudier så på reduksjon av barns problematferd ved bruk av foreldretrening eller andre metoder. Felles for disse var at de hadde en tidsramme på 10 timer og brukte studentterapeuter (Eyberg & Johnson, 1974; Anchor & Thomason, 1977; ref. i Patterson, 1985). Studiene viste gjennomgående negative resultater. Andre igjen utførte lignende studier med gjennomgående gode resultater (Karolyn & Rosenthal, 1977; Peed, Roberts & Forehand, 1977; ref. i Patterson, 1985). Patterson (1985) kritiserte studienes design. Han mente at behandlingsresultatene var lite reliable på tvers av forskere i tillegg til at ukjente elementer virket forstyrrende ved en sammenligning. Mens OSLC brukte erfarne terapeuter i sine studier ble det i mange av studiene nevnt over, brukt studentterapeuter. Senere studier har også vist at behandlingstid er av betydning for behandlingsresultatene. Studier uten tidsbegrensning viste bedre resultater enn studier med tidsbegrensning (Forgatch, 1991).

Felles for både de tidligere og nåværende PTT versjonene er at forandring av utløsende hendelser (contingencies) ses på som nødvendige, men ikke tilstrekkelige, betingelser for å

redusere kjernesymptomene. Fokuset ble siden rettet mot spørsmålet om hvorvidt forsterkere kunne øke den aggressive atferden, og hvilke elementer som var de naturlige forsterkerne. Bandura viste at modell-læring i forhold til et annet barn (det å observere et annet barn utføre en handling) kunne gi en signifikant økning i den aggressive atferden hos det observerende barnet (Bandura & Walters, 1963). Vedrørende hjemmesituasjonen ble det oppdaget at den viktigste utløsende faktoren for aggresjon var negativ forsterkning (escape conditioning).

Forsøk på å trene foreldre med aggressive barn, viste seg å ha effekt. Treningen gikk ut på å endre foreldrenes atferd overfor barna. Dette inspirerte Patterson og kolleger til å forsøke å skape en empirisk basert teori for barns aggresjon. Grunnantakelsen var at i familier med feilaktige ”contingencies”, ville barna ikke bare utvikle antisosiale trekk, men også manglende sosiale ferdigheter. Observasjonsstudier i hjem (Patterson, 1982) viste at foreldrene i slike familier var mer irritable enn andre foreldre, i særdeleshet mot barnet med atferdsproblemer. Søsknene hadde også en høyere forekomst av aggresjon rettet mot hverandre enn hva som forekom i andre familier. Det viste seg at barna var raske med å tilegne seg den kunnskapen om at aggressive motangrep ga resultat: familiemedlemmet som innledet angrepet trakk seg tilbake. Patterson (1982) har vist at det ikke kreves mange episoder med negativ forsterkning for å få en signifikant økning i barnets ”coercive” atferd. Familiens handlinger kunne gi kortsiktige gevinster, men samtidig uheldige virkninger, i et lengre tidsperspektiv. Det ble avdekket svikt i foreldrenes oppfølging av sine trusler om reaksjon overfor barna. Truslene fikk derved kun negativ konsekvens i form av å forsterke det vanskelige klimaet i familien. Foreldrenes sviktende bruk av positiv forsterkning overfor barna, medførte samtidig at foreldrene ikke fikk den nødvendige støttefunksjon for barnas modning og utvikling. Kjernen i PTT ble (og er fortsatt) derfor å fokusere på foreldrenes uforutsigbare reaksjoner (noncontingent reaksjons). Måltrettet ville man øke deres bruk av positiv forsterkning overfor prososial atferd og effektiv straff overfor negativ atferd.

På 1970- tallet skjedde det et skifte i fokus for sosial lærings teori. Patterson kaller det for ”4. generasjons sosiale læringsteori”(Patterson et al, 1993). Blant annet ble det større oppmerksomhet omkring konteksten: miljøet rundt familien og den gjensidige innvirkningen som barna og foreldrene har på hverandre. Sosial isolasjon, stress, depresjon hos foreldrene,

antisosiale trekk hos foreldrene og sosial nød, viste seg å være determinanter for ineffektive foreldreferdigheter (parenting practices). En av hovedantakelsene var at ferdigheter i familien (family management skill) kontrollerer de faktorer som styrer den antisosiale atferden. Herunder ble det antatt at ineffektiv disiplinering og monitorering fra foreldrenes side er forsterkningsbetingelser for antisosial atferd.

Flere studier har blitt gjort for å evaluere dette. "Oregon Youth Study" (OYS) startet i 1983 og hadde som målsetting å kartlegge den effekten foreldreferdighetene kunne ha på barnas atferd (OSLC, 2001b). I tillegg ønsket forskerne å studere langtidskonsekvensene av barnas atferd. 206 barn i 4.-5. klasse (fourth grade) fra potensielle risikoområder fikk tilbud om å delta i studien. Barna og deres familier ble betalt (200 \$) for å fylle ut skjemaer, delta i intervju og bli observert i hjemmet (en gang pr. år). Studien har nå pågått i 17 år. Resultater fra studien viser at nesten halvparten av de som hadde atferdsproblemer på barneskolen var blitt arrestert ved 14 års alder. Av disse ble 75% "kronisk kriminelle" (minst 3 arrestasjoner ved fylte 18 år). Det ble også funnet sosiale-, akademiske- og misbruksproblemer i denne gruppen (Capaldi & Patterson, 1991; Gran, 1998). "Intergenerational Study (IGS – Kids)" bygger videre på OYS studiet. Deltakerene fra OYS er nå unge voksne og mange har selv fått barn (200 OYS deltakere har til nå fått 149 barn). Hensikten er å sammenligne foreldreferdighetene til disse nyblivne fedrene med de foreldreferdigheter deres egne foreldre hadde (Gran, 1998). Oregon Divorce Study I og II består av henholdsvis 196 og 238 nyskilte mødre (DeGarmo & Forgatch, 1999, OSLC, 2001b). ODS-I startet i 1984 og var en passiv longitudinell studie. Formålet med studien var å utvikle og teste modeller som kunne være relevante i forhold til barnets tilpasning etter mødrenes separasjon. Resultater viste at mange mødre står i stor fare for å utvikle depresjon etter en skilsmisse. Stress forklarte 67% av forekomsten av depresjon. Tap av sosialt nettverk var en viktig faktor ved barnas tilpassning (DeGarmo & Forgatch, 1999; Forgatch, Patterson & Ray, 1996; Patterson & Forgatch, 1987).

Pattersons teoretiske modell bygger også på familiesystemisk teori og Minuchin har vært en viktig inspirasjonskilde. I familiesystemisk behandling er det viktig å få terapeuten akseptert i familiesystemet. Terapeutens videre rolle blir å avbryte den lite funksjonelle relasjonen mellom barnets problematferd og de strukturer som har produsert dem. Et mål er å få barnet til å prøve

en annen væremåte og samtidig få familiemedlemmene til å respondere på denne. Patterson referer til Minuchin (1974; ref. i Patterson et al., 1993) som blant annet foreslår å få samtlige familiemedlemmer til å prøve andre roller (reversere de rollene de til nå har hatt) for å sette fokuset på de strukturelle problemene. Bevisstgjøringen brukes deretter som et verktøy for å fremme en forandring. Dette er ideer som tatt opp i behandlingsprogrammet PMT-O.

Sosial kognitiv teori og sosial interaksjonsteori er en del av grunnlaget for den teoretiske modellen. Sosial kognitiv teori fremhever faktumet at barn ikke er passive mottakere av forsterkningsbetingelser iverksatt av deres sosiale miljø, men aktive tenkere der handlingene blir styrt av deres forventninger om positive eller negative utfall. I sitt arbeid har Dodge (Dodge, 1985; ref. i Patterson, 1991) brukt kognitive variabler for å konstruere en empirisk basert teori for barns aggresjon. Her viser han blant annet at når barn misforstår hva som faktisk skjer, blir reaksjonen sinne/frustrasjon; barna mangler evnen til alternative reaksjoner .

Fase II av "Oregon Divorce Study" begynte i 1992 og var en randomisert longitudinell studie. Intervensjonen var basert på sosial læring og sosial interaksjons perspektiv. Studien viste sammenhenger mellom barnets tilpassing og kontekstuelle faktorer som sosial støtte fra omgivelsene (DeGarmo & Forgatch, 1999).

2.2 Begrepsavklaring

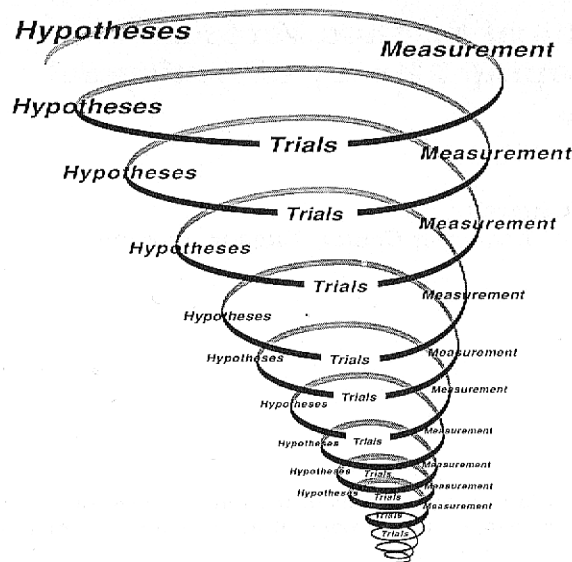
Flere navn er i litteraturen blitt brukt om Pattersons teori. I den amerikanske litteraturen brukes "Patterson`s social learning analysis", og "Patterson`s social interaction learning theory" / "A social interaction theory" mens Ogden (1999) benevner teorien som "Pattersons sosiale interaksjons – læringsteori. Begrepene kan brukes om hverandre. Det er i oppgaven valgt i hovedsak å bruke den benevnelsen som vi oftest har sett forekomme i artikler utgitt av OSLC: "Patterson`s social interaction learning theory".

Sentralt i teorien står begrepet "coercion". Patterson (1986) beskriver "coercion" som en prosess som involverer familiemedlemmer i et stadig økende negativt samspill. Forandringene skjer gjennom en form for treningsprosess der familiemedlemmer benytter økende grad av ubehagelig oppførsel for å oppnå noe som er ønskelig for seg selv.

Det er vanskelig å finne et norsk ord som er dekkende for dette begrepet. I noen norsk litteratur oversettes begrepet med ”tvingende” eller ”tvingende atferd”. Vi mener at dette ikke er helt dekkende for prosessen/interaksjonene. Derfor har vi valgt å bruke det engelske ”coercion” videre i oppgaven. ”Coercion theory” er underordnet ”social interaction learning theory” og reservert for det mikrososiale samspillet (Forgatch, 2001)

2.3 Sentrale kjennetegn ved ”Social Interaction learning theory”

”Social interaction learning theory” er en teoretisk modell som er empirisk basert. Grunnlaget for modellen er å finne i flere tiår med forsøk på å intervenere i familier med antisosiale barn. Den bygger på kliniske intervensjonsstudier. Nye konsept er blitt tilføyd hvis variablene har vært mulige å måle (se figur 1) og hvis deres reliabilitet og validitet har kunnet demonstreres (Patterson, 1996).



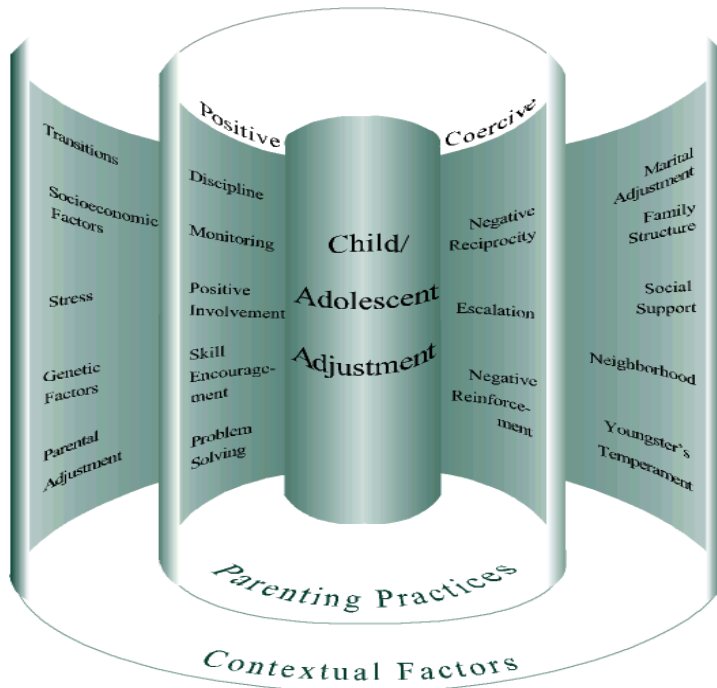
Figur 1: ”The clinical science vortex”, av Marion Forgatch, 1991.

Illustrasjon av hvordan OSLC tenker om sin forskning gjennom tretti år. Gjengitt med tillatelse fra forfatteren.

De analytiske strategiene evaluerer i hvilken grad en relasjon mellom en avhengig og uavhengig variabel er påvirket av en 3. variabel. Det er blant annet blitt funnet at relasjonen mellom stress hos foreldrene og negativ atferd hos barna / ungdommene blir mediert av barnoppdragelse preget av ”coercion”. Det er brukt både longitudinelle studier som har produsert korrelasjonsdata og eksperimentelle studier for å teste kausaliteten mellom variablene (Forgatch & Martinez, 1999) (se figur 1). Disse variablene har sitt grunnlag i rapporter fra observatører, barnet selv, foreldrene, venner og lærere. (Ogden, 1999).

Patterson har kalt den teoretiske modellen for en ”performance modell”. Navnet henspeler på tilnærmingen til å bygge en teori om utviklingen av antisosial atferd spesielt gjeldende for ”early – starters” (Patterson, 1996). I ”Performance model” ligger det en intensjon om å prøve å forklare hvorfor noen barn har en mer antisosial atferd enn andre barn. Teorien identifiserer noen spesielt viktige betingelser (se figur 2) som er viktige for å kunne predikere hvilke barn som vil utvikle antisosial atferd. Modellen viser hvordan antisosial atferd tilegnes gjennom læringserfaringer i familien og hvordan utviklingen skjer gjennom faser. Teorien ser manglende eller uegnede foreldreferdigheter som den viktigste faktoren i forhold til barns atferdsproblemer. Avvikende venner og problemer på skolen bidrar senere til å forsterke den negative utviklingen (Ogden, 1999).

A Social Interaction Learning Model



Figur 2: "Social interaction learning model". Gjengitt med tillatelse fra OSLC.

Patterson skriver at målinger av barneoppdragelse direkte bestemmer noe av den varians som assosieres med mål på sosialisering. Som et eksempel viser han til sammenhengen mellom barnoppdragelse og aggresjon. Også teorier om interaksjon mellom familie og venner samt teorier om hvordan konteksten påvirker familieinteraksjonen og vice versa utgjør en del av grunnlaget for social learning interaction theory (Patterson, 1996; Forgatch & Martinez, 1999). De kontekstuelle variabler som opereres med er: antisosiale foreldre, problematiske barn, skilsmisse, et kriminelt nabolag, stress og besteforeldre med manglende ferdigheter. Som determinanter brukes dårlige familie/foreldre ferdigheter når det gjelder: monitorering, disiplin, positiv forsterkning og problemløsning (Patterson, Reid & Dishion, 1992). Hypotesen er at de kontekstuelle variablene kun øker risikoen for antisosial atferd når foreldrenes bruk av monitorering og disiplin er inadekvat. Når så skjer vil foreldreferdighetene bli negativt påvirket av de kontekstuelle faktorene. Når foreldrene har en oppdragelsespraksis som er velfungerende vil foreldreferdighetene ha en medierende effekt i forhold til de kontekstuelle faktorene (Forgatch & Martinez, 1999) og kan derfor også fungere som en buffer mot uheldige faktorer i

miljøet rundt barnet eller ungdommen. (Effekten konteksten har på barnets tilpassning medieres av familie prosesser (Patterson, 1996)). I en kvantitativ analyse av longitudinelle studier av antisosial atferd ble det funnet at de mest konsistente og innflytelsesrike prediktorene for senere kriminell atferd var foreldrevariabler (Loeber & Dishion, 1983; ref. i Reid & Patterson, 1989). Spesielt har det vist seg at hard inkonsistent disiplin, samt dårlig tilsyn (monitorering) av barna, predikerte senere kriminell atferd (Patterson et al., 1992). Patterson (1986) hevder at økning i den tid barnet tilbringer i gatemiljøer uten voksen involvering koverierer med økninger i antisosial atferd. I en studie av Patterson, Dishion & Yoerger (1999) ble det fremsatt hypoteser om at problematferd hos barn i hovedsak utvikles i to intervaller med intens vekst. Et intervall ville være mellom spedbarnsalder og førskolealder, mens den andre ville være mellom tidlig og sen ungdomstid. Det ble også fremsatt en hypotese om at det i ungdomstiden ville være et skifte fra en mer ”barnlig” form av antisosial atferd til nye former av antisosial atferd, karakterisert som ”skjult antisosial atferd”. Rusmisbruk, risikabel seksuell atferd og arrestasjon ble valgt som latente konstrukt for vekst i problematferd i ungdomsårene. Longitudinelle data fra et risikoutvalg ble brukt til å analysere individuelle trender for hver av de tre formene av problematferd fra 10 til 18 års alder. Resultatene viste en signifikant sammenheng mellom tidlig involvering med avvikende venner og vekst i nye former av antisosial atferd. Det viste seg også at denne sammenheng ble mediert av grad av ”avvikende trening” (tid brukt sammen med avvikende venner samt alvorlighetsgrad i avviket hos vennene) rundt 14 års alder.

Teorien opererer på to ulike, men likevel relaterte nivåer. Nivå 1 består av den i ovenstående stykke beskrevne makromodellen som i generelle termer beskriver hvordan foreldreatferd korrelerer med negativ atferd hos barnet (Patterson, 1997). De makrososiale forholdene påvirker barna indirekte gjennom foreldrenes oppdragelsespraksis og familieprosesser (Ogden, 1999).

Det 2. nivået, den mikrososiale analysen, er basert på observasjoner av foreldre – barn interaksjon. Den anvendes for i detalj forklare hvordan foreldre og barn forandrer hverandres atferd over tid. Den generelle strategien er dynamisk i den forståelse at nye variabler kan bli tilføyd hvis deres plass i modellen kan spesifiseres. En grunnleggende antakelse er at determinanter for aggresjon ikke kommer fra barnets sinne men snarere i reaksjonene fra det sosiale miljøet rundt barnet. Videre former barnet miljøet. Dvs. barnet er en aktiv agent. Teoriens

langsiktige mål er å skape modeller som er mulige å replikere og som redegjør for minimum halvparten av variansen av resultatmålinger (Patterson, 1997).

Teorien retter spesielt fokuset mot de komplekse læringsprosesser, på mikro- og makroplan, som inntreffer i en kontekst av familieinteraksjon (Wells, 1995). Patterson (1997) refererer til Skinners uttalelse om at all sosial atferd har en funksjon. Han hevder at en primær funksjon av sosial atferd er å produsere forutsigbare forsterkningsreaksjoner og å unngå negative reaksjoner fra omgivelsene.

2.4 Pattersons makrososiale analyse

De makrososiale analysene omhandler ulike belastninger, som foreldres skilsmisse og andre tidligere nevnte forhold, som påvirker foreldrene og dermed også barna. Den kumulative effekten av foreldrenes uoverensstemmelser og stress bidrar til ytterligere å redusere foreldrenes kompetanse, og forsterker barnets aggressive atferd (Berkowitz, 1983).

Patterson (1996) skriver at det er en generelt godtatt antakelse at spesifikke sosiale prosesser genererer økning både av foreldre med dårlige foreldreferdigheter og vanskelige barn. Han viser til Sampsons sosiale disorganiseringsteori hvor konsekvenser av forandringer i de kontekstuelle variablene, så som økonomiske sykluser (cycles), blir utdypet. Patterson (1996) tenker at Sampsons teori om sosial disorganisering utgjør en basal forklaring for den prosessen som øker forekomsten av isolerte foreldre og foreldre med dårlige ferdigheter. Dette kan igangsette noe Patterson vil kalle for en tosidig (dual) prosess som leder til utviklingen av antisosiale barn:

Den ene prosessen inneholder elementene :

1. En økonomiske syklus hvor forekomsten av aleneforeldre er stor. Enten består de av ungdommer som aldri har vært gift, eller av skilte foreldre.
2. Et ytre miljø (nabolag) som er preget av disorganisering som medfører sosial isolering. Dette bidrar til at aleneforeldrene utvikler dårlige foreldreferdigheter.

Den andre prosessen inneholder :

Faktorene i den forrige prosessen medfører at disse foreldrene ofte viser liten omsorg, har dårlige kostvaner og misbruker ulike rusmidler (noe som blant annet øker risikoen for å føde premature og dysmature barn). Dette kan få som følge at barnet / spedbarnet blir vanskelig å håndtere.

Sammen kan disse to prosessene få som følge at barnet utvikler antisosial atferd (hvilket også vises i at de ofte tilhører gruppen tidlig straffede). I henhold til "coercion" modellen er det interaksjonen mellom disse to prosessene som medfører størst risiko for utvikling av antisosial atferd hos barn (Patterson, 1982).

I forskning som Capaldi & Patterson (1991) har utført, fremla de hypoteser om at antall forandringer i familiestrukturen som barn og ungdommer opplevde hadde betydning for forekomsten av antisosial atferd. Forskingen ble utført på et utvalg av 80 familier med gruppevis forskjellig familiestruktur: barnet levde enten sammen med begge biologiske foreldre, med alenemødre eller i "stefar-familier" der det hadde vært flere ulike forandringer i familiestrukturen. Mødrene til guttene ble bedt om å liste opp samtlige foreldrefigurer som gutten hadde hatt siden fødselen. Resultater fra studien viste en nesten lineær økning i risikoen for tidlig arrest for hver ny forandring i familiestrukturen. Denne effekten forklarte Capaldi og Patterson med hypotesen om at forandringer i familiestrukturen ville kovariere med antisosial atferd. I tillegg mente de at dette ikke hadde sammenheng med økt stress i forbindelse med hver strukturell forandring, men med at det er større risiko for at de menn og kvinner som lever med hyppige strukturelle forandringer har en antisosial personlighet. Den påfølgende forskningsundersøkelsen ga støtte til hypotesen.

Patterson forutsetter derfor at det medierende konstruktet når det gjelder barn (gutter) som tidlig har en kriminell atferd som medfører arrestasjon, er foreldrenes antisosiale atferd (Patterson, 1996). Forskning utført ved OSLC (for eksempel Bank, Forgatch, Patterson & Fetrow, 1993; Patterson & Dishion, 1988; ref. i Patterson, 1996) viser også at antisosiale kvinner har en signifikant større risiko for å velge antisosiale menn som partner. Denne effekten blir mindre hvis kvinnene har et nettverk av familie og naboer som kan supplere de dårlige foreldreferdighetene gjennom reaksjoner direkte rettet til barnet, eller en partner med noe bedre

ferdigheter. De økonomiske syklusene øker mobiliteten blant mennesker og bidrar til å svekke denne "buffer" effekten (flytting av økonomisk/arbeidsmarkedsrelaterte årsaker).

2.5 Pattersons mikrososiale analyse av familieinteraksjoner

Termen "mikrososial" refererer til analyser av interaksjonssekvenser (Patterson, 1986). Han skriver at analyser har vist at relativt triviell atferd (slik som trass og erting) har vist seg å utgjøre en basis for (familiemedlemmenes) læring av høyfrekvent aggressiv atferd. Foreldre med slike foreldreferdigheter er, i henhold til Patterson (Berkowitz, 1983) spesielt henfalte til å tillate familiemedlemmene å interagere på måter som forsterker barnas aggressive atferd. Foreldrenes manglende kontroll avspeiler seg i en relativt stor brist på diskriminasjon og selektivitet i måten de responderer overfor barna. De forsterker ofte barnas negative atferd gjennom å vise oppmerksomhet overfor voldsom atferd mens de mislykkes i å konsekvent rose barnas positive atferd. Når de straffer barnas negative atferd er det ikke alltid tydelig sammenheng mellom disiplineringen og den aktuelle atferden. Foreldrene til antisosiale barn er også mer tilbøyelige til å provosere sine barn gjennom å være uvennlige og straffende. Sammenlignet med andre barn får disse barna større tendens til å møte aggresjon med aggresjon. Mikroanalysen viser at disse guttenes søsken utgjør en spesielt viktig faktor når det gjelder negativ forsterkning av atferden. Forskerne fra Oregon fant at søsken i mange tilfeller provoserer søsken, men slutter å plage når den provoserte blir sint. De lærer vedkommende dermed at aggresjon lønner seg (Berkowitz, 1983).

I observasjonsstudier i familier påviste Patterson (1982) at atferdsvanskelige barn hadde en betydelig hyppigere bruk av "coercive" metoder og at barnets foreldre og søsken hadde hyppigere aggressive henvendelser enn hva som var vanlig i "normale familier". De samme observasjonene viste at barnas bruk av "coercion" hadde en like god effekt i familier uten atferdsvanskelige barn. Dette ble forklart med at barn i "normale familier" hadde et betydelig bredere spekter av responser å spille på. Patterson (1996) viste til forskning han var i ferd med å publisere. Der fremkom det at guttene i "normale familier" i større grad (målt i frekvens) merket et positivt utbytte ved bruk av positiv verbal atferd enn ved bruk av negativ verbal atferd. For barnet med atferdsproblemer var det i større grad den negative verbale atferden (i tillegg til negativ nonverbal atferd) som ga utbytte.

Patterson (1982) antar videre at guttene som en konsekvens av dette fikk svekket muligheten til å lære seg adekvate sosiale ferdigheter som hvordan de vil kunne opptre overfor nye bekjentskaper, ta andres perspektiv og interesse. De vil lettere kunne misforstå situasjoner samt oppleve nøytrale situasjoner som truende. Det er derfor, mener Patterson, en stor risiko for at det antisosiale barnet blir avvist av sine mer normale venner. Antisosiale barn har også en større risiko for å få problemer på skolen (Patterson & Forgatch, 1987). Patterson og Forgatch mener at dette, helt eller delvis, skyldes deres uheldige personlighet. På grunn av at de er impulsive og har dårlig selvkontroll blir de rastløse og lett distraherbare. Avvisning fra andre barn gjør at disse guttene ofte dras mot ungdommer med lignende personligheter og mot et miljø med tendens til å bryte mot tradisjonelle normer og vurderinger. Nykommere til disse gruppene får ofte eksplisitt eller implisitt krav om å bruke illegale stoffer. Lovbrudd gir dem den popularitet de ikke får på andre måter (Berkowitz, 1983). Kriminalitet blir således en konsekvens av mange forskjellige faktorer/påvirkninger.

Patterson, DeBaryshe & Ramsey (1989) har gått gjennom studier angående forskningsresultater når det gjelder etiologi og utvikling av atferdsproblemer fra tidlig barndom til ungdomsårene. De fant bevis for at kronisk antisosial atferd forutgås av et stort antall negative erfaringer.

2.5.1 "coercion": et sentralt begrep i social interaction learning theory.

Som tidligere nevnt under begrepsavklaring, er dette er en form for tvingende prosess som driver familiemedlemmene til å bli stadig mer negative i sin væremåte overfor hverandre. Hypotesene ang. hvorfor denne negative prosess starter har støtte i flere longitudinelle studier (Patterson, 1986). En av hypotesene er at interaksjon mellom foreldre med manglende foreldreferdigheter og et barn med et vanskelig temperament er en god indikator for å finne ut hvilke barn som står i fare for å utvikle atferdsproblemer.

Patterson (1996) skrev at "the coercion model" forutsetter at grunnleggende determinantene for antisosial atferd er et sammenbrudd i foreldreferdighetene og at "coercion theory" er en strategi for å samle inn data som er relevant for familieprosesen (Patterson, 1980b). "The coercion family process" er en sentral prosess i utviklingen av antisosial atferd (Patterson, 1982; Patterson &

Forgatch, 1987). Med ”coercive family process” mener Forgatch og Patterson det å benytte ubehagelig oppførsel for å oppnå noe som er ønskelig for individet. De mener også at det er denne prosess som er det mest grunnleggende bidraget til utvikling av kriminalitet og andre alvorlige problemer i ungdomstiden. ”The coercive family process” er beslektet med straff ettersom den er basert på ubehagelige hendelser for å endre en annens oppførsel. Forskjellen mellom ”the coercive family process” og straff er forskjellen mellom å påføre en annen person ubehag for å skape en spesiell reaksjon i kontrast til å påføre ubehag for å stoppe en spesiell oppførsel. Også straff kan få negative konsekvenser (Patterson og Forgatch, 1987). I enkelte tilfeller kan straff likevel være riktig å bruke. Bruk av ”coercion” er aldri riktig. I prosessen brytes foreldrenes oppdragskompetanse ned og det skjer en forsterkning av negativ atferd hos både barn og foreldre (Patterson & Forgatch, 1987).

Patterson og Forgatch (1987) beskriver også prosessen som ”the reinforcement trap” (forsterkningsfellen). Dette er en mer trinnvis måte å fremstille den prosess som utvikler seg. Forgatch & Martinez (1999) beskriver 3 typer av negative samspills mønstre (”coercive patterns”): gjensidig negativitet, eskalering av konflikt og negativ forsterkning. Gjensidig negativitet er når en person responderer i stil med den henvendelse den først fikk (for eksempel skriker til svar når den som henvendte seg skrek). Det er et tydelig tegn til stress i familien når dette begynner å bli en reaksjon som er mulig å predikere. Eskalering vil bli en virkningsfull mekanisme i disse familiene da den innebærer at personen som blir utsatt trekker seg tilbake. Hele denne prosess blir, i Pattersons termer, et eksempel på negativ forsterkning ettersom den negative atferden stopper opp når noen gir etter / trekker seg tilbake. Disse 3 regnes som spesielt egnet for å ødelegge interpersonlige relasjoner i og utenfor hjemmet. Grunnlaget for prosessen kan sannsynligvis spores tilbake til en kombinasjon av følgende faktorer: barnet kan karakteriseres som vanskelig, foreldrene har begrensede ferdigheter eller er tynget av ytre omstendigheter som arbeidsledighet, separasjon, ekteskapskonflikter, alkoholisme eller depresjon (Patterson & Forgatch, 1987).

I prosessen som ”reinforcement trap” beskriver, vil foreldre oppleve en negativ forsterkning i det at barnet slutter med den aktuelle atferden når de trekker seg tilbake. Barnet i sin tur opplever positiv forsterkning fordi det får det som det vil. Barnet lærer etter hvert denne måten å håndtere

lignende situasjoner på. Den generaliseres senere til andre situasjoner, for eksempel samhandling med andre barn eller skolesituasjonen. Også foreldrenes atferd endres etter hvert. Disse endringene er destruktive. Relasjonen mellom foreldre og barn og foreldrene seg i mellom skades av slike episoder (Forgatch & Patterson, 1989). Forskning ved OSLC (Patterson & Forgatch, 2000) har vist at barn lærer seg å bruke en slik ubehagelig oppførsel for å få viljen sin på en ganske forutsigbar og trinnvis måte. Oppførselen, som til å begynne med er lett ubehagelig, utvikler seg over tid til å bli mer ekstrem. Bruken av denne oppførselen varierer fra familie til familie. I noen familier skjer det kun i ekstreme situasjoner mens det i andre forekommer ofte. Forgatch & Patterson (1989) viser til egen forskning der det fremkommer at jevnlig bruk av slikt tvang kan få alvorlige konsekvenser. De nevner blant annet følgende: barna begynner å unngå foreldrene eller å lyve for dem hvilket får som konsekvens at foreldrene i enda større grad mister kontrollen over hva barna gjør (Patterson & Forgatch, 2000). Fiendtlige kommentarer fører ofte til en kamp og kan ende opp i en betydelig konflikt. Bruk av alvorlige reaksjoner som roping og trusler skaper avstand mellom foreldre og barn og foreldrene vil senere fortsette med den samme atferden overfor barnet fordi de merket at det hadde virkning. Hele denne negative familieprosessen starter vanligvis med at et barn i familien begynner å oppføre seg mindre samarbeidsvillig og mer ubehagelig. Dette innvirker i sin tur på foreldrene og søsken som, om ikke i fullt så alvorlig grad som det aktuelle barnet, begynner å bruke en negativ atferd overfor hverandre. Etter hvert resulterer prosessen i at familien slutter å fungere som en ”kooperativ enhet”. Resultatet av hva barnet lærer under denne prosessen fører videre til neste trinn i utviklingen av antisosial atferd (Forgatch & Patterson, 1989).

2.5.2 Faseinndelt utvikling av antisosial atferd

Utviklingen beskrives i fire faser (Forgatch & Patterson, 1989; Patterson, 1982, 1992). Beskrivelsen av fasene overlapper noen ganger hverandre og har også noen ganger et noe forskjellig tidsaspekt. Dette kan trolig ses i sammenheng med Pattersons påpeking av at strategien for oppbyggingen av teorien er dynamisk i form av at nye variabler/nye aspekter tilføyes etter hvert som deres gyldighet blir bevist. Ogden (1999) har også laget en beskrivelse av de fire fasene. Disse er i samsvar med Patterson (1992) beskrivelse av fasene. Følgende oppsummering av fasene tar utgangspunkt i Pattersons og Ogden sin fremstilling og

benevnelsene av fasene bygger på Ogdens norske oversettelse. Når annen kilde er brukt er dette markert med referanse.

2.5.2.1 Trinn 1 – ”grunntrening”

Dette trinnet foregår på hjemmebane. Barnas vanskelige temperament, i tillegg til nevrologiske og fysiologiske kjennetegn, gjør at de blir vanskelige å kontrollere og å påvirke. De er aggressive overfor jevnaldrende, impulsive, motorisk urolige og har problemer med å innordne seg etter regler og autoriteter. I henhold til Patterson & Forgatch (2000) er ”the coercive family process” den viktigste komponenten i utvikling av antisosial atferd og at familier blir ødelagt.

2.5.2.2 Trinn 2 – ”de sosiale omgivelsene reagerer”

Her har også den negative tendensen blitt merkbar på skolen. Atferdsproblemene er merkbare i skoletimene. På skolen har barna problemer med å tilpasse seg regler og forventninger. De er aggressive og har problemer med å håndtere kritikk, noe som ofte får til følge at de slutter å gjøre lekser, nekter å arbeide i timene og ofte skulker skolen. Pga. den aggressive fremtoningen og stadige konfrontasjoner reduserer lærere, foreldre og andre voksne sin kontakt med dem. Også jevnaldrende trekker seg vekk fra dem og de blir dermed ofte tilskuere til andre barns aktiviteter. Foreldrenes inadekvate oppdragelsesmetoder medfører at den problematiske atferden øker ytterligere i intensitet og omfang. Den uheldige utviklingen (Forgatch & Patterson, 1989) får en negativ innvirkning på barnets selvfølelse og barnet kan begynne å vise depressive trekk.

2.5.2.3 Trinn 3 – ”avvikende venner og ”finsliping” av antisosial atferd”

Avvisning fra jevnaldrende, konfrontasjoner med foreldre og lærere samt nederlag på skolen medfører at disse barna søker seg til barn og ungdommer med lignende problemer. Her føler de ofte press til blant annet å bruke forskjellige rusmidler. Lovbrudd setter dem i respekt /gjør dem akseptert i disse gruppene. I henhold til Patterson & Forgatch (2000) går utviklingen fra ulydighet og raserianfall til slåssing og deretter mot stjeling og andre lovbrudd. Kriminalitet blir således en konsekvens av mange forskjellige påvirkninger. Eldre barn med atferdsproblemer er både vanskelige å disiplinere samt å monitorere ; da de i veldig liten grad gir sine foreldre informasjon om hvor de er og hva de gjør, er de i prinsipp frie til å gjøre hva de vil. Ingen har mulighet til å stoppe dem.

I Oregon Youth Study (OYS) viste det seg i løpet av studien å være en signifikant vekst i skjult antisosial atferd (Patterson & Yoerger, 1999). Eksempel på skjult antisosial atferd var: å true andre, løpe sin vei, stjele fra butikker eller andre, lyve og ”stå og henge med” med antisosiale venner. Det viste seg også å være store forskjeller i risiko for utvikling av antisosial atferd i ung, respektive voksen alder, mellom forskjellige grupper. I den gruppen som ble regnet som risikogruppe for utvikling av kronisk skjult antisosial atferd (der økningen i skjult antisosial atferd begynte tidlig i alder) viste seg risikoen å være 49% (for ungdomskriminalitet) respektive 41% (kriminalitet i voksen alder). I den gruppe som ble regnet for å ha moderat risiko for utvikling av antisosial atferd i ung og voksen alder (der utviklingen av skjult antisosial atferd startet senere) var risikoen 16% respektive 9%. Det viste seg også at korrelasjonen mellom målinger av antisosial atferd i barndommen og arrestasjon i voksen alder ble signifikant mediert av graden av vekst i skjult antisosial atferd hos vedkommende.

Når barna går fra et trinn til neste trinn økes sannsynligheten for at de vil utvikles til antisosiale voksne. For hvert trinn avtar imidlertid antall barn.

2.5.2.4 Trinn 4 – ”karriere som antisosial voksen”

Når de blir voksne vil deres manglende sosiale ferdigheter utsette dem for mange problemer. Parforhold ”sprikker”, de får problemer i arbeidslivet og har ofte en meget begrenset karriere her. De får ofte problemer med rusmissbruk og havner i fengsel eller på psykiatrisk institusjon.

3. Behandlingsprogrammet “Parent Management Training”

Parent Management Training (PMT-O) er et behandlingsprogram som bygger på kunnskapen fra ”Social Interaction learning theory”. I PMT-O får foreldrene til barn med atferdsproblemer veiledning og undervisning i metoder for å redusere barnas negative atferd og fremme den prososiale atferden (Ogden, 1999). Med utgangspunkt i ”social learning interaction theory” har OSLC utviklet flere program for forebygging og behandling av barn med atferdsproblemer. Disse er fleksible og utformet for flere forskjellige grupper, blant andre: behandling av enkelt familier med barn med atferdsproblemer, ”parent education groups” og ”treatment foster care” for ekstremt antisosiale ungdommer. Med utgangspunkt i behandlingsprogrammet driver de forebyggende tiltak for høy-risiko populasjoner, for familier som bor i områder med høy kriminalitet, for alene-mødre og for familier med tenåringer med atferdsvansker (DeGarmo & Forgatch, 1999; Forgatch & DeGarmo, 1997). Programmene er utprøvd på skoler, i behandlingsinstitusjoner, i hjem og ved OSLC. I tillegg til å redusere negativ atferd har ulike studier også vist en økning i prososial atferd (Forgatch & Martinez, 1999). På tross av variasjonen i programmene har de likevel en del fellestrekk: behandlingen gjennomføres primært med foreldrene som målgruppe. Foreldrene blir trent til å identifisere, observere og definere problematferd (nøyaktig spesifisering av problemet er nødvendig for å kunne bruke forsterknings- eller negative konsekvenser effektivt). Denne problemfokuseringen danner grunnlaget for behandlingsprogrammet som er basert på sosiale læringsprinsipper. Behandlingstimene skal gi kunnskap om forskjellige behandlingsteknikker og videre hvordan teknikkene kan brukes i praksis. Deretter praktiseres teknikkene hjemme (Kazdin, 1996a).

Det blir videre i oppgaven tatt utgangspunkt i behandlingsprogrammet rettet mot oppfølging av enkelt familier med barn som har utviklet, eller har tegn på alvorlige atferdsproblemer.

Kjennskap til behandlingsprogrammet kommer fra ”Håndbok for Terapeuter og Trenere i Parent Management Training (PMT-O Oregon-modellen)” (heretter referert som håndboken) (Forgatch & Atferdsprosjektet, 2001) samt personlig kommunikasjon med deltakere og nasjonal prosjektleder Elisabeth Askeland. Når annen kilde er brukt er dette markert med referanse.

3.1 Praktiske rammer og arbeidsform

Foreldrene møter til behandling en gang i uken. Antall timer totalt er avhengig av problemets art og alvorlighetsgrad, men i gjennomsnitt brukes 20 timer. Dette varierer mellom 5 og 70 timer. Barna som kan ha utbytte av denne behandlingen er mellom 6 og 16 år. Hvert møte varer i 60 minutter +. På grunn av at innholdet i PMT-O er relativt fastlagt, har erfaring vist at timene må vare lengre enn hva som er standardlengde på behandlingstime hos psykolog. Det skal også være åpning for at familien skal ha anledning og tid til å ta opp egne tema.

Foreldrene får ukentlige hjemmeoppgaver som gir dem muligheten til å prøve ut nye teknikker hjemme. Oppgavene skal gjøre foreldrene mer oppmerksomme på konflikttema og gjøre det lettere for dem å ta relevante problemer med seg til timene. Terapeuten ringer hjem til familien en gang i uken for å følge opp hjemmeoppgaven og motivere foreldrene til å komme til neste time. Dette er en støtte som skal øke sjansene for at foreldrene klarer å fullføre behandlingen.

PMT-O-terapeuten skal i samarbeid med foreldrene utvikle foreldreferdighetene i løpet av behandlingen. Dette skal skje gjennom en kombinasjon av undervisning, veiledning og terapi. Erfaringer fra OSLC tilsier at terapeutene ikke bør forelese for mye. En måte å undervise foreldrene på, i henhold til håndboken, er ved hjelp av en spørrende talemåte. Ved å spørre foreldrene om egne tanker, idéer eller meninger omkring timens sentrale begrep (som for eksempel 'samarbeid' eller 'oppmuntring'), blir de mer aktive, og det kommer lettere i stand en dialog. PMT-O-terapeutene blir drillet i å formidle det som foreldrene skal lære på en kort og lettfattelig måte. Denne måten å undervise på har OSLC kalt "rap", tatt fra rapmusikkens korte og raske måte å si ting på. Komprimert informasjon brukes for å unngå belæring i henhold til PMT-Os synspunkter om normaliserende faktainformasjon. Terapeuten skal begrunne hvorfor et aktuelt begrep, som for eksempel 'samarbeid', er viktig for behandlingen. Foreldre må også få informasjon om hva som er vanlig å forvente av barn på de ulike alderstrinn. En del normative utsagn benyttes. Et eksempel på dette er: "det gjennomsnittlige barn samarbeider 70% av tiden". Terapeuten er aktiv og bruker tradisjonelle undervisningsteknikker i fremstillingen av PMT-O.

En vanlig time har et fast innhold, men tidsforbruket på de ulike temaene kan variere etter aktuelt behov. Når foreldre og terapeut har hilst og satt seg, går de målrettet og detaljert

gjennom hjemmeoppgaven fra forrige gang. Rollespill, idèdugnad og problemløsning brukes aktivt ved gjennomgåelsen. Det avsettes 15 minutter til dette. Den neste halvtimen brukes på å repetere tidligere ferdigheter, introdusere nye ferdigheter og rollespill. Om lag 10 minutter er til disposisjon for neste ukes hjemmelekse. De siste 5 minuttene brukes til å avslutte.

3.2 Pedagogiske og terapeutiske virkemidler

3.2.1 Pedagogisk materiell

Illustrasjoner brukes for å markere terapeutiske poeng og tydeliggjøre idéer. Illustrasjonene kan også fungere som en huskelapp for foreldre. Eksempel på terapeutiske poeng er bildet av to trapper, en med store og en med små trappetrinn. Dette illustrerer hvor viktig det er at barna ikke får for store oppgaver eller krav fordi det øker sjansen for å ikke lykkes. Hvis foreldrene derimot deler oppgaver eller krav opp i mindre og konkrete steg har barnet større muligheter for å lykkes. Illustrasjonene brukes i timene og foreldrene får dem med hjem i foreldrepermen.

Ulike typer kartleggings skjema brukes for å registrere ulike typer atferd som for eksempel sporing av atferd og bruk av belønning. OSLC har samlet idéer de har ”fått” av foreldre som har vært til behandling. Slik har de utviklet en stor idésamling som de bruker for å hjelpe andre foreldre. En slik idésamling er til hjelp for foreldre av flere grunner. Idélister gir foreldrene hjelp til å utforme egne lister. I tillegg vil listene gi foreldrene indirekte normativ informasjon.

Hjemmeoppgaver er en del av det pedagogiske materialet. Det skal gi foreldrene anledning til å bruke de nylærte ferdighetene hjemme. Hjemmeoppgavens gjennomføring vil vise foreldrene og terapeuten hvordan verktøyene virker i familien, og hvorvidt det er nødvendig med tilpassing eller mer øvelse. Gjennomgangen av oppgavene er konkrete og foreldrene oppfordres til å ta med reelle konflikter familien opplevde den foregående uken. Terapeuten bruker i gjennomgangen av hjemmeoppgaven rollespill for å illustrere konflikter og mulige løsninger.

Foreldrene får en foreldreperm som de oppbevarer det skriftlige materialet i. Ukentlig får de utdelt skriftlig materiell som utfyller eller oppsummerer ukens tema. Permen vil til slutt bli en oppslagsbok foreldre kan fortsette å bruke selv etter endt behandling.

3.2.2 Rollespill

OSLC-gruppen har i sitt behandlingprogram tatt i bruk rollespill som et viktig redskap etter råd og inspirasjon fra Salvador Minuchin og hans systemiske familierterapi.

Rollespill brukes allerede tidlig i behandlingen og gjør intervensjonen aktiv og utprøvende fra start av. Foreldrene beveger seg rundt i rommet, prøver ut forskjellige strategier og kan le av komiske familiesituasjoner. Denne måten å jobbe på er en terapeutisk teknikk både for å fremme refleksjon, effektiv læring og for å skape mindre motstand.

Hvordan lage effektive og lærerike rollespill ?

Terapeuten spør aldri om foreldrene vil rollespille. Erfaringsmessig vekker spørsmålet ofte motstand. Rollespill annonseres heller ikke som en teknikk som brukes i behandlingen da det kan føre til unødvendig engstelse. Terapeuten informerer istedet om at behandlingen inneholder øvelser og trening. Når det er tid for å øve skal terapeuten ha sett seg ut den av foreldrene som er mest villig til å samarbeide og kan for eksempel si: ”Nå er du ”Ole (barnet)” og jeg er deg. Nå kommer jeg til å be deg om å gjøre lekser og du skal si nei. Jeg vil be deg om igjen, du skal nekte igjen”. Slik glir terapeuten inn i rollespillet sammen med forelderen/foreldrene. Terapeuten gir utførlige, klare og presise instruksjoner til forelderen om hva han /hun skal si og hvordan han/hun skal si det. Terapeuten sier også hva han/hun selv kommer til å si og gjøre, samt si hvor foreldrene skal stå eller sitte. Alt dette er tenkt å ufarliggjøre situasjonen, og er med på å sikre positive utfall av rollespillene. Terapeuten styrer og kommer med forslag om hva foreldrene skal si og hva de skal gjøre underveis i rollespillet. Terapeuten bruker sin kunnskap om familien for å personifisere rollespillene slik at det blir så interessant og relevant som mulig for foreldrene. Bruk av humor sees på som viktig fra OSLC sin side. Foreldre får hjelp av terapeuten til å le av situasjoner, av terapeuten eller av seg selv. Terapeuten blir oppfordret til å være sjenerøs med feedback som er spesifikk og oppmuntrende. Positiv forsterkning er viktig i læringssituasjoner, også i denne. Foreldrenes idéer blir poengtert gjennom terapeutens spørreprosess. Utfordringen for terapeuten er å stille spørsmål på en strategisk og retningssskapende måte slik at foreldrene lykkes i å besvare spørsmålene. På den måten er det tenkt at de gode idéene tilhører foreldrene, og ikke terapeuten. Når terapeuten rollespiller sammen med familien demonstreres PMT-O's viktige prinsipper uten at terapeuten fremstår som belærende.

”Right way” og ”Wrong way”.

Rollespillene kan anvendes på to ulike måter: ”den gale måten” å gjøre ting på eller ”den riktige måten”. Når terapeuten viser den ”gale måten” er hensikten at det skal få foreldrene til å føle seg mer vel og at dette kan bringe humor inn i situasjonen. Dette spillet skal ha en ufarliggjørende og normaliserende effekt som i liten grad bringer frem foreldrenes skyld- og skamfølelser. Ved å vise ”gal måte” og ”god måte” kan foreldrene lettere sammenligne og se kontrastene mellom viktige kjennetegn (som holde seg rolig vs. bli sint, få barnets oppmerksomhet før man gir en beskjed vs. rope fra et annet rom.). Det er ingen regel om at terapeuten skal begynne med den ”gale måten” først eller sist, det viktige er at foreldrene ser kontrastene mellom dem og å øve på den ”riktige måten”.

Når ”den gale måten” presenteres demonstrerer terapeuten hvordan noe kan gjøres på en dårlig måte. Foreldrene oppfordres til å identifisere spesifikke elementene i rollespillet som gjorde at disiplineringen ble feil. Deretter bes foreldrene om å foreslå forbedringer og terapeuten demonstrer rollespillet med forbedringene. Sammen påpeker terapeuten og foreldrene de gode og de dårlige delene ved rollespillet. Flere små rollespill demonstreres for å få frem og utvide flere gode og dårlige måter man kan gjøre ting på.

Dette skal gi foreldrene et større materiale å velge fra og tanken er at deres perspektiv vil utvides. Til slutt diskuterer terapeuten og foreldrene de ulike rollespillene.

Når den ”gode måten” demonstreres, blir foreldrene oppfordret til å påpeke det som var bra. Foreldrene blir bedt om å komme med forslag som vil forverre rollespillet og terapeuten demonstrerer dette. Sammen med foreldrene benevner terapeuten de elementene som forverret den ”gode måten” å handle på. Terapeuten viser så et godt eksempel igjen, men med ett eller to elementer som forverrer situasjonen tydelig. Foreldrene får hint fra terapeuten om hvilke element som var feil i rollespillet, og de blir spurt om de kan identifisere hvilke element det var som gjorde handlingen verre. Trenger de hjelp til å finne elementene, spør terapeuten hva de mener om de enkelte delene av rollespillet som gjorde handlingen litt mindre virkningsfull. I diskusjonen til slutt oppsummerer foreldrene og terapeuten de ulike måtene å handle på og effekten små elementer har på en atferd.

Familiene kan ha spesifikke problemer, ting de kvir seg for eller forventninger om vanskelige reaksjoner fra barna. Foreldrene kan ved hjelp av deres ”medbrakte” problemstillinger,

spesifikke situasjoner eller krangler bruke rollespillet til å få ideer og tips til forbedringer og/eller løsningsmuligheter. Slik kan foreldrene øve. Tanken er at de etter hvert vil oppleve mestring av selv de vanskeligste situasjoner. Med dette skal de ulike foreldreverktøyene kunne tilpasses hver enkelt familie og deres behov. Terapeuten bruker sin kunnskap om familien og deres spesifikke problemer løpende slik at rollespillene blir relevante i forhold til familiens vansker. Å rollespille er ”å late som” og skal gi distanse i forhold til problemene. Dette kan terapeuten bruke aktivt hvis foreldrene ikke klarer å ta opp ting som er vanskelig.

Terapeuten får gjennom rollespill direkte informasjon om hvorvidt en teknikk er innlært eller ei. Å se foreldrene i aksjon gir terapeuten muligheten til å gripe tak i det foreldrene gjør som er bra, og lede dem i riktig retning ved å gi dem feedback.

Rollespillene kan godt overdrives med en kommentar om at ” alle har vi vel prøvd denne måten å si ting på”. Terapeuten skal samtidig klare å unngå at det hele blir overfladisk. Foreldrene vil i så fall sitte med en følelse av at deres problem er dypere enn hva terapeuten har demonstrert. Det er samtidig viktig at de ikke føler at de blir hengt ut når de terapeuten spiller mor eller far.

Etter et rollespill kan foreldre være sårbare og terapeuten bør derfor være påpasselig med å være konkret og rosende i sin tilbakemelding til foreldrene. Hvis det er nødvendig med rettelser gir terapeuten ros både før og etter. Ved å fokusere på det positive foreldrene gjorde, skapes det lettere et godt klima i de kommende rollespillene. Foreldrene får muligheten til å evaluere seg selv. Da kan de neste gang selv si hva de ville gjort annerledes, hva som var vanskelig og hva som var lett. Terapeuten stiller spørsmål og samtaler med foreldrene om dette.

Gode grunner til å rollespille i henhold til håndboken er :

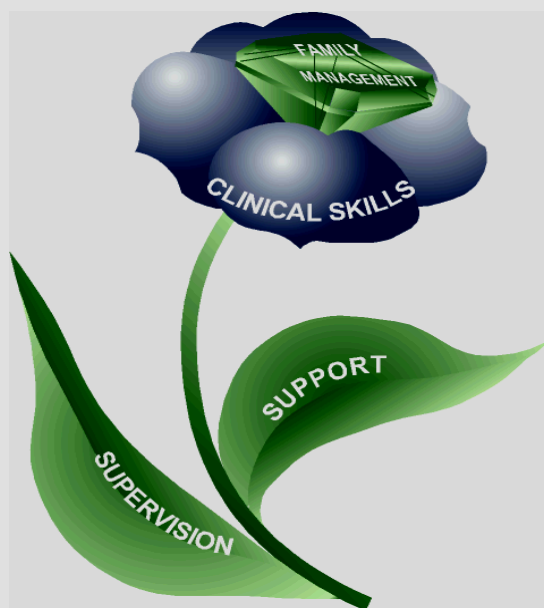
- Illustrasjon av viktige prinsipper : Ved å bruke små rollespill for å illustrere vanlige samhandlingssituasjoner mellom foreldre og barn lærer foreldrene uten at terapeuten virker belærende. Bruk av humor og normalisering er viktig .
- Perspektivtaking og empati: Ved bruk av rollespill skal foreldrene lære hvordan det er å være barn i forhold til voksne. Ved å rollespille ”wrong way” og ”right way”, demonstreres

effekten ved de forskjellige henvendelser til barn. Dette vil utvide foreldrenes perspektiv og øke deres kunnskap om kommunikasjon (nonverbalt og verbalt).

- Refleksjon :Rollespillene setter foreldrene i situasjoner som krever at de reflekterer over sin atferd, både i ord og handlinger. De må tenke over hvilken effekt de har på barna, og hvilken effekt de ønsker å ha på dem. I et rollespill hvor en forelder spiller et barn og terapeuten er mor eller far som gir en uheldig beskjed, får forelderen mulighet til å reflektere over egen opplevelse. Foreldrene må svare på om de følte seg villig til å adlyde eller trassig og sint.
- Ferdighetstrening: Rollespillet gir foreldrene anledning til å øve opp teknikkene før de bruker dem hjemme. (hvordan de skal gi ros og oppmuntring, sette grenser og løse problemer). Dette øker sjansene for å lykkes når de bruker teknikkene hjemme.

3.3. Terapeutrollen

PMT: Hard Core, Soft Edges



Figur 3: Illustrasjon av terapeutferdigheter. Gjengitt med tillatelse fra OSLC.

Terapeutens rolle er å lære foreldrene å ta i bruk effektive foreldreferdigheter. For å hjelpe familiene med denne forandringsprosessen kreves det at terapeuten besitter gode kliniske ferdigheter. OSLC anbefaler at terapeuten bruker alminnelige ”soft skills” (se figur 3). Tidlig i behandlingsprosessen blir det fokusert på at terapeuten er i stand til å etablere en god relasjon basert på samarbeid med foreldrene (Forgatch & Martinez, 1999).

OSLC er tydelige på at holdningene terapeutene har til familiene de jobber sammen med ikke skal være ovenfra og ned (personlig kommunikasjon; Forgatch, 2000). Terapeutene skal signalisere en ”på lag” holdning som OSLC mener er en teknikk som reduserer motstand. Derfor er det viktig å bruke tid på å bli kjent med familien og problemene deres. Familien må få tillit til terapeuten slik at de føler seg trygge og kan våge seg inn i denne ukjente behandlingen sammen med hjelperen. Programmet vektlegger det positive i at foreldrene har kommet til behandling fordi de nå søker den kunnskapen de ikke har hatt tidligere. Dette skal PMT-O-terapeuten hjelpe dem med.

Dette krever at terapeuten gjør seg kjent med foreldrenes vurderinger og noterer seg deres sterke sider både som foreldre og enkeltpersoner. Den grunnleggende antakelsen er at foreldrene er de som er best egnet til å fremme barnas positive utvikling. Når foreldrene ber om hjelp til oppdragelsen av sine barn fordi de føler de har mistet kontrollen, er det viktig at fagpersoner gir dem håp. Foreldrene er de som kan ta tilbake kontrollen og hjelpe barnet til en bedre tilværelse sammen med sine medmennesker, hjemme og ute. Foreldrene kjenner barnet best og vet hvilke problemer som oppstår hjemme. De vet også hva barnet liker av aktiviteter, mat, leker og belønninger. Foreldrene er viktige i barnas liv og har kommet for å få hjelp til å få det bedre sammen med dem. Samarbeid er derfor et nøkkelord i hele programmet. Terapeuten må derfor få til en god samarbeidsstemning mellom foreldrene og seg selv.

Samarbeidsformen i møtene med terapeuten skal kunne gi en modell for hvordan de selv kan skape en atmosfære av samarbeid i hjemmet. På den måten trenes foreldre og indirekte barnet i hvordan de kan utvikle og opprettholde samarbeid. I begynnelsen må terapeuten være støttende og forståelsesfull, men etterhvert kan det være nødvendig å være mer undervisende og konfronterende.

OSLC gruppen understreker viktigheten av engasjement og inngående kjennskap til behandlingsprogrammet ved videreformidling. Når foreldrene kommer til behandling, enten til gruppe- eller individualbehandling, skal de møte en aktiv terapeut som tar ansvar for å styre timen slik at timens program blir gjennomgått. Det er klare målsettinger for timen og hvordan målet skal nås. Ved sine bevisste valg av spørsmål og aktiviteter styrer terapeuten også det som kommer av informasjon. Bruk av humor er et viktig virkemiddel, men avpasses hver enkelt familie.

PMT-O behandling definerer ikke terapi som samtale. Dette fører til en anderledes behandling enn den tradisjonelle samtaleterapien. Her er det ingen regler for sitte stille hele tiden. OSLC-terapeutene byr gjerne på kaffe/te. Denne gjestfrie måten å møte foreldre og familier på gjenspeiler OSLC-gruppens holdninger om likeverdighet.

3.4 Gangen i behandlingen

Det innledende PMT-O-intervju og strukturert samspillsoppgave hører inn under temaer. I fremstillingen har vi valgt å presentere dem i forkant av temaer for å gjøre fremstillingen mer oversiktlig. De elementer som nå er presentert under temaer er de samme som er brukt i spørreundersøkelsen.

3.4.1 Det innledende PMT-O – intervju

Terapeutene skal bygge en relasjon til familien. Terapeuten bør også gi familien et overblikk over hva som skal skje i timen og videre fremover i terapiforløpet. Dette blir gjerne utformet som en ”rap”. Terapeuten bruker også situasjonen til alminnelig kartlegging gjennom anamnestic intervju.

3.4.1.1 Familiens historie / ”storyline”

Et viktig moment ved dette intervjuet er å innhente informasjon om familiens bakgrunn og historie. Ved OSLC benevnes dette som ”storyline”. Det legges vekt på familiens måte å presentere seg selv på. PMT-Os forståelse av problemene familien beskriver er ikke en passiv forståelse. Foreldrene blir korrigeret i sin måte å beskrive sin historie på ved at terapeuten ber dem

spesifisere situasjoner og hjelper dem å reformulere, gi dem håp og optimisme. Foreldrenes presentasjon skal veves sammen med PMT-O storyline som viser til årsaksforståelsen som ligger til grunn for PMT-O. Terapeuten trenger informasjon om hva familien opplever at problemene er, hvordan de begynte, hvor lenge de har vart og hva som skjedde ved det tidspunkt de først begynte å vise seg. Videre er det viktig å identifisere familiens styrke og resurser, styrkene og ressursene rundt den enkelte samt hvilke verdier familien har og forholdene rundt familien. Familiens effektivitetsnivå i forhold til nøkkelkomponentene i PMT-O (se temaer) skal vurderes og terapeuten bør lage seg hypoteser rundt dynamikk, ressurser og utfordringer i familien. Hver enkelt familiemedlems syn på mål for endring og forbedring bør komme frem. Dette formes som et intervju ("family history interview").

3.4.1.2 Informasjon om PMT-O

De fleste som kommer til behandling ønsker at terapeuten på et nærmest magisk vis skal gjøre familien "helbredet". I informasjonen om PMT-O vil terapeuten klargjøre noen kjente forhold som gjennom erfaring har vist å gjelde for de fleste familier som kommer til behandling. Terapeuten understreker at noen barn er vanskeligere å oppdra enn andre og derfor trenger mer struktur og oppfølging og at noen forhold gjør det vanskeligere å oppdra barn (slik som skilsmisse, nye partnere og traumatiske opplevelser). Videre går terapeuten gjennom viktige forutsetninger for behandling i henhold til PMT-O modellen: antagelsen om at foreldrene er barnets viktigste lærere og at de er de eneste som bryr seg nok om barnet til å kunne gjennomføre alle de små skritt som trengs for at barnet skal få en sunn utvikling. For å kunne gjennomføre dette trenger foreldrene hensiktsmessige verktøy. Foreldreverktøyene må tilpasses det enkelte barn og familie og terapeuten vil samarbeide med familien om dette. Dette leder til første hjemmeoppgave som blir å skrive ned sterke sider hos alle familiemedlemmene samt hva familien ønsker at utfallet av behandlingen skal være.

3.4.2 Strukturert samspillsoppgave

Terapeuten kan selv avgjøre om den strukturerte samspillsoppgaven skal gjennomføres ved første møte med familien eller etter et innledende møte. Ofte har terapeuten hatt en samtale med foreldrene i forkant av dette samspillsmøtet for å forsikre seg om at familien er klar over hvilken

situasjon de møter. Det blir anbefalt at foreldrene i forkant av samspillsoppgaven besvarer hjemmeoppgave relatert til dette. I tillegg skal det innhentes skriftlig samtykke til videofilming.

Foreldrene og det aktuelle barnet inviteres til dette møtet. Søskene skal derimot ikke inviteres med mindre det er spesielle grunner for dette. Ved dette møte skal familien gjennomføre noen oppgaver. Hensikten med oppgavene, i henhold til håndboken, er å gi terapeutene innblikk i hvordan familien samhandler og samarbeider. OSLC har erfart at disse oppgavene gir tilnærmet samme informasjon som et omfattende hjemmebesøk. Oppgavene blir videofilmet. Familien blir instruert om å oppføre seg så ”naturlig” som mulig.

Familiene skal ha anledning til å stille spørsmål i forkant av oppgavene. Oppgavens art varierer etter om barnet er over eller under åtte år. Familien får en oppgave om gangen. Tidsbruken er 5 til 10 minutter per oppgave, til sammen ca. 30 minutter. Terapeutene er ikke tilstede når familien arbeider med oppgavene, men familien får informasjon om hvor terapeutene befinner seg og om disse vil følge med under opptakene.

For familier med barn over 8 år består oppgavene av:

- planleggingsoppgave der familien sammen skal planlegge noe hyggelig som de kan og vil gjennomføre i uken som kommer.
- problemløsningsoppgave delt i 3 deler:
 - finne to konflikttemaer ved hjelp av listen. Barnet bør hjelpes til å finne et som det har interesse av.
 - problemløsning vedrørende foreldrenes tema.
 - problemløsning vedrørende barnets tema.
- evalueringsoppgave der familien skal komme frem til en felles løsning og om de oppførte seg annerledes enn hjemme.

For familier med barn under 8 år er oppgavene tilpasset barna da de ofte ikke klarer å finne et eget tema.

3.4.3 Temaer

PMT-O er bygd opp rundt visse grunnleggende temaer :

- å forbedre foreldrenes kommunikasjon med barnet (gjennom tydelig kommunikasjon om hva som er positiv respektive negativ atferd og gjennom å stimulere barnet til samarbeid)
- fremme foreldrenes bruk av positiv forsterkning (bekreftelser, ros og privilegier)
- lære grensesettende metoder (gjennom konsekvens og moderat negative metoder som for eksempel forlutt av privilegier)
- lære problemløsning og konfliktløsning samt å bedre tilsynet av barnet i skolen (for eksempel gjennom rapporter fra læreren).

I forbindelse med implementeringen av PMT-O i Norge er temaene / komponentene i behandlingsprogrammet blitt systematisert i håndboken. Det er første gang en slik systematisering er blitt gjort i forhold til et individuelt behandlingsprogram. Håndboken begynner med initial intervju og kartleggingsmøte (se initial intervju og strukturert samspilloppgave). Rekkefølgen av de øvrige sekvensene vil i starten av terapien følges relativt fast, mens det etter hvert (fra temaet problemløsning og kommunikasjon) vil være åpning for å variere rekkefølgen ut i fra det terapeuten finner mest hensiktsmessig i den respektive familie. Ved OSLC eksisterer kun en lignende manual for gruppebehandling, der målgruppen er enslige mødre til barn med atferdsproblemer. Den amerikanske manualen består av et større antall temaer enn den norske og har fått navnet ”Parenting through change”(Forgatch, 1996).

Behandlingstemaene kan inndeles på forskjellige måter. Vi har i oppgaven, både når det gjelder utformingen av spørreskjemaet, og her i beskrivelsen av hvert enkelt tema, valgt å strukturere temaene etter følgende inndeling:

- 1: effektive beskjeder
- 2: ros og oppmuntring
- 3: disiplinering (grensesetting)
- 4: monitorering (tilsyn)
- 5: problemløsning
- 6: involvering av skolen og skolearbeid.

Temaene bygger direkte på den norske håndboken. Vi har i fremstillingen prøvd å gi hvert enkelt tema et kort og konkret navn samt prøvd, i den grad det har vært mulig, å unngåe overlapping mellom temaene. I tillegg til hovedtemaene fins ”positiv involvering”, ”regulering av egne følelser” og ”motstand” som løpende tema gjennom behandlingen.

Det viste seg under arbeidet med temaene at det er vanskelig å beskrive samtlige helt frittstående uten at det noen ganger forekommer et vist overlapp mellom dem. Spesielt gjelder dette monitorering og grensesetting.

Temaene har vokst frem gjennom empirisk erfaring. Mindre virksomme komponenter er byttet ut med mer effektive, og temaene reflekterer således det som gjennom erfaring er sett som de største manglene i foreldreatferden hos foreldre med atferdsvanskelige barn (Patterson & Forgatch, 1987). Samtlige temaer tas derfor opp med foreldrene, men vektleggingen av dem vil variere med barnets problemprofil (Ogden, 1999). Tidsbruken vil også være varierende. Hvert enkelt tema gjennomgås frem til at terapeuten erfarer at foreldrene mestrer det.

3.4.3.1 Effektive beskjeder

Stadige protester fra barnet er den aller hyppigste årsaken til at barn blir henvist til hjelpeapparatet. Når protestene blir omfattende er dette et faresignal vedrørende risiko for utvikling av mer alvorlige atferdsproblemer. Protestene har en tendens til å trappes opp mot en mer omfattende negativ atferd (Forgatch & Patterson, 1989). Patterson (1986) skriver at analyser har vist at relativt triviell atferd (slik som ulydighet og trass) har vist seg å utgjøre en basis for (familiemedlemmenes) læring av høyfrekvent aggressiv atferd. Det å ikke følge beskjeder kan gå ut over barnas læring i skolesituasjon. I tillegg viser forskning at barn som ikke følger regler ofte blir avvist av jevnaldrende (Patterson & Forgatch, 1987; Patterson & Forgatch, 2000). I sin mikrososiale analyse viser Patterson hvordan dette kan fremstilles som en trinnvis prosess (Patterson & Forgatch, 1987). (Termen ”mikrososial” refererer i følge Patterson (1986) til analyser av interaksjons sekvenser).

I håndboken hevdes det at gjennom å lære en god måte å fremføre viktige beskjeder til barnet, vil foreldrene samtidig lære seg å gi uttrykk for klare forventninger (å presisere det som forventes

skal bli gjort fremfor å påpeke det som ikke er blitt gjort). I tillegg til å fortelle barna hva som forventes av dem er det viktig at foreldrene lærer å gi beskjed om hva barna ikke kan gjøre.

Målet er at foreldrene skal få et bedre samarbeid med barnet. Trening i det å gi gode og tydelige beskjeder er funnet å fremme samarbeid. Dette er derfor et av det første PMT-O – verktøyene som foreldrene lærer.

Det er først og fremst viktig å hjelpe foreldrene å klargjøre samt å tydelig formulere hva de forventer. Det er her viktig at foreldrene gir uttrykk for hva barnet skal gjøre, fremfor hva det ikke skal gjøre. I manualen formuleres dette som start versus stoppbeskjeder. En start beskjed fokuserer på den positive atferden og har derfor en positiv ladning. Stoppbeskjeder har en tilsvarende negativ ladning. De bør unngås når det er mulig og ellers kombineres med en startbeskjed; ”Ikke dytt din lillebror. Hjelp ham opp trappen”. Foreldrene får også hjelp med å fremsette tydelige regler.

Hva som er gode og hva som er dårlige beskjeder blir også klargjort.

Gode beskjeder – sier når, hvordan og hva barnet forventes å gjøre. Videre bør de gis under de riktige betingelsene (fysisk nærhet, øyekontakt, konkretisering, vennlighet, tydelighet, oppfølging, direkthet og riktig tidspunkt. Spørsmål og argumentering bør unngås).

Dårlige beskjeder inneholder for mange ord, negative følelser, for mange beskjeder på en gang, uhøflighet og manglende oppfølging. Dessuten blir det problematisk om den som gir beskjeden virker usikker på seg selv eller unnlater å sikre seg barnets oppmerksomhet.

3.4.3.2 Ros og oppmuntring

Oppmuntring innebærer at foreldrene retter oppmerksomheten mot barnets positive oppførsel. Det har vist seg at foreldre har lett for å ta barnas positive atferd for gitt, mens forskning har vist at manglende oppmerksomhet overfor positiv atferd fører til en økning i negativ atferd (Patterson, 1996). Samtidig har det vist seg at jo mer oppmerksomhet foreldrene viser overfor barnas negative atferd, desto større økning av denne vil barnet vise. Foreldre til barn med atferdsproblemer vil lettere tillate familiemedlemmene å interagere på måter som forsterker barnas aggressive atferd (Patterson, 1982). Foreldrenes manglende kontroll avspeiler seg i en

relativt stor brist på diskriminasjon og selektivitet i måten de responderer overfor barna. De forsterker ofte barnas negative atferd gjennom å vise oppmerksomhet overfor voldsom atferd mens de mislykkes i å konsekvent rose barnas positive atferd (Berkowitz, 1983). Det er derfor, i henhold til håndboken, viktig å lære foreldrene å oppmuntre positiv atferd, gjennom blant annet å vise oppmerksomhet overfor denne, og samtidig unngå å forsterke problematferd gjennom å la være å vise oppmerksomhet (også negativ) overfor denne type atferd. Da målet er å eliminere negativ atferd er fremgangsmåten å forsterke, gjennom å fokusere på, den positive atferden (for gjennom dette å redusere den negative atferden). Verktøyet som brukes for å forandre foreldrenes atferd og oppnå en prososial atferd hos barnet er i første hånd positiv forsterkning. Den positive forsterkningen kan uttrykkes på flere forskjellige måter; av sosial art f.eks. oppmerksomhet og ros, eller som ”token reinforcement” f.eks. poeng eller stjerner som senere kan omsettes til andre verdier.

Foreldrene får lære seg grunnleggende læringsprinsipper i forhold til oppmuntring. Dette gjelder forhold som: å oppmuntre til små steg av gangen for at det skal bli oppnåelig, ikke kreve at barnet skal være perfekt, å gi belønningen etter at ønsket atferd er inntruffet, være konsekvent samt å bruke belønningsskjemaer og andre strukturerte systemer.

Belønningssystemene vil være av ulike typer, alt fra smil, klem og verbal ros til komplekse poengskjemaer. Sammensatte ferdigheter krever mer komplekse motivasjonssystemer, men i tillegg til å basere systemet på hvilken type atferd som skal læres er det, i henhold til håndboken, viktig å ta foreldrene sine ferdigheter i betraktning. Konkrete belønninger blir et verktøy som foreldrene kan bruke for å oppnå at barna gjør som det blir bedt om, og for at barna skal følge regler.

Det skilles mellom symboler og belønningsskjema. Symbolene kan være klistermerker, ”barnepenger”, verdikuponger etc. og brukes for enklere atferd (som å henge opp jakken eller sette skoene på plass). Belønningsskjemaene anvendes for mer sammensatt atferd eller for aktiviteter som kan deles opp i flere trinn og skal utformes og gjennomgås sammen med barna.

Foreldrene får strukturert undervisning i hvordan de kan lage et belønningsskjema etter følgende punkter :

- identifisere den atferd som skal læres eller forbedres
- atferden skal så inndeles i oppnåelige steg
- hvert steg skal ut fra vanskelighetsgrad eller viktighet få fastsatt en poengsum
- kriterium skal fastsettes i forhold til hvor mange poeng som skal kreves inntjent for å oppnå en belønning
- en belønningsmeny, som er betydningsfull nok for barnet og overkommelige for foreldrene, skal fastsettes for å motivere barnet
- foreldrene bør ansvarliggjøres i forhold til å hjelpe og oppmuntre barnet til å lykkes
- foreldrene skal også hver dag gjennomgå skjemaet sammen med barnet

3.4.3.3 Disiplinering (grensesetting)

Tanken bak dette temaet er at barna må lære seg å akseptere grenser for å utvikle egenkontroll. Adekvate grenser kombinert med oppmuntring fra foreldrene skal fremme barnas selvtillit og evne til samarbeid. Når barna er ulydige og ikke kan akseptere grenser, hevdes det i håndboken at dette vil få konsekvenser for barnas evne til å lære seg sammensatte ferdigheter. Foreldrene trenger derfor strategier for å kunne sette grenser og stoppe vanskelig atferd. Gjennom slike strategier tenkes det at foreldrene vil få evne til å håndtere barnas problematferd slik at de kan lære barna nye ferdigheter. I henhold til håndboken innebærer strategiene å kunne formidle klare forventninger, gi gode beskjeder, oppmuntre ønsket sosial atferd og å kunne formidle konsistente negative konsekvenser der det er nødvendig. Gjennom bruk av slike strategier har det, i henhold til håndboken, vist seg at atferdsproblemene minsker.

Chamberlain & Patterson (1995) skriver at foreldre og barn har innvirkning på hverandre på en rekke områder under konfrontasjoner i forbindelse med disiplinering. Problemer vedrørende disiplinering har vist seg å være relatert til sosial interaksjon mellom foreldre og barn. Gjennom "the coercion family process" vil konsekvensen kunne bli at barna havner i risikogruppen for antisosial atferd og emosjonelle problemer. De viser også til en studie av hvilken rolle barnets erfaringer av foreldrefaktorer vil ha for senere utvikling av depresjon og alkoholisme i voksen alder (Wahler og Sansbury, 1990; ref. i Chamberlain & Patterson, 1995). De fant blant annet at

inkonsekvent disiplin var den viktigste faktoren for utvikling av aggresjon og opposisjonell atferd hos barnet. Reid & Patterson (1989) hevdet at i tillegg til å være aggressive og mer irritable i foreldre – barn interaksjonen, har studier vist at mødre til aggressive barn er betydelig mindre effektive når det gjelder å korrigere barna når de gjort noe ulovlig. De viste til en studie utført av Reid, Taplin & Lorber (1981) der foreldre til aggressive barn og foreldre til barn uten atferdsproblemer ble sammenlignet i forhold til bruk av effektiv disiplinering. Resultat fra studien viste blant annet at barna uten atferdsproblemer i 86% av tilfellene sluttet umiddelbart å utføre en handling når de fikk beskjed om det. De aggressive barna stoppet med atferden i 64% av tilfellene. Forskjellen var her statistisk signifikant for både mødre og fedre.

Foreldreferdighetene blir negativt påvirket av de kontekstuelle faktorene. Når foreldrene har en oppdragspraksis (monitorering og disiplinering) som er velfungerende vil foreldreferdighetene ha en medierende effekt i forhold til de kontekstuelle faktorene (Forgatch & Martinez, 1999) og kan derfor også fungere som en ”buffer” mot uheldige faktorer i miljøet rundt barnet eller ungdommen.

Kjerneidéen for utvikling av antisosial atferd er at foreldrenes disiplinering av barna ikke er adekvat på grunn av tidlige problemer med å håndtere den daglige ”coercive” atferden hos barna gjennom konsekvente regler (Reid & Patterson, 1989). Foreldrene har i stedet tydd til gjentatt masing og noe Reid og Patterson kaller for ”eksplosiv disiplin”. Dette har i sin tur ført til at foreldrene har mistet mulighetene for å rettlede barnet utenfor hjemmet som ytterligere har øket risikoen for generalisering av barnas antisosiale atferd gjennom ulike settinger. Chamberlain & Patterson (1995) skriver også at høy grad av irritabilitet hos foreldrene har vist å være relatert til høy grad av aggresjon hos barnet. Modellen har, ifølge Reid og Patterson (1989), blitt replikert i flere studier som har vist sterk sammenheng mellom disiplin og ”coercive” atferd hos barnet og mellom disiplin og dårlig tilsyn.

Målet vil være å hjelpe foreldrene til å fastsette rammer rundt barnet. Dette innebærer at foreldrene må definere regler for å kunne hjelpe barna til å skille mellom hensiktsmessig og uhensiktsmessig atferd.

Foreldrene blir informert om de grunnleggende prinsippene for dette temaet. Dette gjelder forhold som hvorfor det er viktig å sette grenser overfor barna, hvordan negative konsekvenser skal brukes og hvorfor de brukes. Videre gjennomgås viktige læringsprinsipper (som viktigheten av å bruke klare og tydelige regler, å omsette konsekvensene umiddelbart etter atferden inntruffet, valg av riktig tidspunkt osv.) samt hvilke ”feller” som bør unngås (som å gå inn i en diskusjon som lett kan utvikle seg til en maktkamp eller bruk av trusler). Dette kan formuleres i en ”rap”.

Pausetid er en konsekvens som brukes som et verktøy for å redusere problematferd. Dette er en mildere form for konsekvens. Som med alle konsekvenser er det viktig at pausetid brukes konsekvent og ikke brukes som en trussel. Videre bør foreldrene vurdere hva som kan være et egnet tidspunkt for å introdusere pausetid. 5 minutter anbefales som en passende varighet. Hvis barnet etter 5 minutters pause fortsatt nekter å samarbeide legges nye 5 minutter til. Det er viktig at terapeuten får foreldrene til å reflektere over et egnet sted. Barnet skal være skjermet samtidig som det ikke skal fremstå som en skammekrok. Hensikten er å skape distanse mellom to parter som er på vei inn i en konflikt.

- Rollespill brukes for å prøve ut pausetid. I rollespillet medvirker både foreldre og terapeuten.
- Foreldrene vil også få i hjemmelekse å prøve ut det nye verktøyet.

Hvis barna nekter å akseptere pausetid så trenger foreldrene en sterkere konsekvens. Gjennom å innføre tap av privilegier som en konsekvens, er tanken at barna også skal lære seg å akseptere pausetid. Eksempel på privilegier som kan tas vekk er: telefontilgang, å gå ut for å leke, bruk av CD eller TV eller å ta vekk en favorittleke. Dette er en konsekvens som brukes for mer alvorlig atferd som for eksempel lyving, stjeling, fysisk utagering, ødeleggelse av andres ting eller å komme for sent hjem. Oppgavens art skal tilpasses alvorlighetsgraden i det som er blitt gjort.

Ekstraoppgaver er en konsekvens som kommet til gjennom erfaringer med at timeout ikke alltid er en hensiktsmessig konsekvens. Hvis barnet nekter å utføre en ekstraoppgave blir de fratatt et privilegium.

3.4.3.4 Monitorering (tilsyn)

De foreldrekonstrukt som er vist å sterkest kunne predikere atferdsproblemer hos barna er disiplin og monitorering (Patterson et al., 1992). I tillegg til å være et eget tema blir monitorering også diskutert under de tidligere temaer.

”Coercion” modellen hevder at risiko for tidlig arrestasjon er størst for de barn som tilbringer mye tid uten voksen tilsyn, men sammen med avvikende venner (Patterson, 1999).

Patterson (1986) viser til undersøkelser der det fremkommer at økning i den tid barn tilbringer i gatemiljøer uten voksen involvering samvarierer med økninger i antisosial atferd. I sin trinnvise modell over hvordan antisosial atferd utvikles viser han hvordan barn kommer inn i en uheldig sirkel der ”familiekooperasjonen” langsomt løses opp, jevnaldrende ”normale” venner trekker seg vekk og barnet i alt større grad henvises til antisosiale miljøer for sosial kontakt.

For å motvirke en slik uheldig utvikling er det, i henhold til håndboken, viktig at foreldrene har en oversikt over barnas arenaer utenfor hjemmet, hva barna bruker tiden til, deres forhold til jevnaldrende, i hvilken grad vennene viser en avvikende oppførsel samt barnas sosiale utvikling og forhold til andre i familien.

Målet vil være å hjelpe barna å utvikle positive sosiale ferdigheter i forhold til venner samt å bedre familieforhold. Til sammen vil dette også motvirke at barna kommer inn i uheldige sirkler.

Foreldrene blir introdusert for begrepene tilsyn og oppfølging med fokus på følgende punkter :

- Grunnleggende informasjon om barnets aktiviteter utenfor hjemmet.
 - hvem er barnet sammen med
 - hva gjør barnet
 - hvor går det
 - på hvilke tidspunkt er barnet ute
- Hvordan forflytter barnet seg , etc.
- Diskusjon rundt hvilken frihet barnet er i stand til å håndtere.
- Muligheter for å få barnet til å delta i aktiviteter som gir positive ferdigheter.
- Sikre barnet.

- Å fremme og utvikle sunne forhold i familien.
- Å hjelpe barnet til å utvikle positive forhold til jevnaldrende.

Dette er et arbeid som utføres både på et makro og et mikro nivå. På makronivå blir oppgaven for foreldrene å holde seg orientert om hva som foregår i barnets omgivelser når de ikke er hjemme. På mikronivå krever det at foreldrene er observante på barnets oppførsel når det er i kontakt med andre.

Foreldrene blir trent i å observere, dvs, hva er viktig å fokusere på i barnets oppførsel, til hvilke tider er det viktig å være observant. De bes om å reflektere rundt normative standarder for å lettere kunne avgjøre hva som er avvik.

Foreldrene må finne ut av barnet interesser, hva som kan fremme interesser, og engasjere seg i få barnet med på aktiviteter som kan utvikle positive ferdigheter. Foreldrene bør undersøke hva som har vært til hinder for dette. Håndboken viser til studier som har vist at leketid med far er en måte gutter lærer positiv sosial atferd på. Blant de grunnleggende sosiale ferdighetene som barnet må lære er turgåing, deling, å kunne følge regler, forhandling med ulikt utgangspunkt, forholde seg rolig og vennlig samt å kunne ta kontakt på en god måte.

I treningen av foreldreferdigheter blir det brukt hjemmeoppgaver, sjekklister og huskelapper som hjelpemiddel for foreldrene.

3.4.3.5 Problemløsning og kommunikasjon

I familier som har barn med atferdsproblemer er det ofte merkbart at mange problemer har hopet seg opp. Å arbeide for å løse problemene vil være med på å forhindre fremtidige problemer, i tillegg til at det vil redusere stress og konflikter i familien.

Fokuset vil først og fremst være å normalisere de problemer som familien opplever som uovervinnelig. Dette innebærer å lære dem problemløsningsprosessen.

Det arbeides med å styrke foreldrenes ferdigheter. Foreldrene blir oppmuntret til først å prøve ut strategiene selv, for så benytte dette i sin relasjon med barna. Det opereres med en konkret trinnvis problemløsningsprosess:

- Formulering av et mål : Erfaring har vist at fokusering på problemer i fortid, lett ender i negative diskusjoner der foreldre og barn kaster ut beskyldninger mot hverandre (Patterson & Forgatch, 1987). Foreldrene blir derfor oppmuntret til å formulere målet slik at det fokuseres på det de ønsker å oppnå og ikke på det som er uønsket. Dette fremmer en positiv ånd over videre samarbeid og utvikling.
- Idèdugnad :Foreldrene oppmuntres her til å være kreative. Dette gjøres for å forebygge rigiditet som kan låse dem fast i en spesifikk løsning på problemene. Det å ha tenkt ut alternative løsninger forbygger den frustrasjon som kan oppstå når en løsningsstrategi misslykkes. Idèdugnaden gir også mulighet for at alle kan delta, og stimulerer derfor til felles engasjement.
- Vurdering av løsninger :Fordeler og ulemper med de ulike idéene diskuteres for å komme frem til et passelig stort grunnlag for å lage en plan.
- Utforming av plan :Krav til planen er at den bør være realistisk (la seg gjennomføre).
- Formulering av avtale :Hensikten med å utforme en skriftlig avtale er at den skal ha større gjennomslagskraft enn hva en muntlig ville hatt.
- Utprøving av avtalen :Foreldrene oppmuntres her til å vise tålmodighet og notere seg effekten av planen; hva som virket og hva som ikke virket.

Når problemløsningsprosessen er gjennomgått vil foreldrene motiveres for å ta i bruk de nye ferdighetene i praksis. Dette vil først skje gjennom rollespill (se rollespill). Foreldrene vil oppfordres til å ta utgangspunkt i enten et reelt problem eller et hypotetisk problem, alt ettersom hva terapeuten finner mest hensiktsmessig.

Når dette er gjennomført vil foreldrene få i oppgave å velge et mål som enten gjelder parforholdet eller familien. Kravet til målet vil være at det skal være mulig å jobbe med den kommende uke (ønsker foreldrene å jobbe med et større mål så må dette være mulig å dele opp i mindre biter). Dette vil foreldrene få som hjemmeoppgave (se hjemmeoppgaver).

Hjemmeoppgaven skal på dette stadiet kun involvere foreldrene, ikke barnet. Målet vil være å

samkjøre foreldrene i problemløsning for at de skal kunne håndtere situasjonen på en effektiv måte.

3.4.3.6 Involvering av skolen og skolearbeid

Håndboken hevder at gjennom å hjelpe barna å overvinne hindringer kan foreldrene bedre barnas muligheter til å lykkes på skolen. Dette forutsetter at foreldrene kan klare å identifisere barnas problemområder, dele dem i småtrinn for å gjøre dem overkommelige, oppmuntre til fremgang gjennom belønning samt å hjelpe barna å strukturere arbeidet. Ferdighetene som barna lærer på skolen skal bygge opp deres selvfølelse. Dette, mener håndboken, gjelder både umiddelbart og for fremtiden. Det har vist seg at barn som mislykkes på skolen og avvises av jevnaldrende ofte utvikler tydelige depressive trekk (Forgatch & Patterson, 1989). Å hjelpe barna til å bedre lykkes på skolen vil derfor være med på å aktivt motvirke en slik utvikling. Håndboken har også som forutsettelse at gjennom å lære å fullføre skolearbeid får barna også trening i å følge faste rutiner. Når foreldrene fastsetter lekserutiner og gjennom veiledning og støtte gradvis får barna inn på bedre baner, vil barna samtidig lære selvdisiplin og holde tidsfrister, innfri forpliktelser og oppføre seg hensiktsmessig i strukturerte situasjoner.

Chamberlain & Patterson (1995) har funnet at manglende veiledning og involvering fra foreldrene sin side har sammenheng med skoleproblemer hos barna. De viser også til studier som har vist at foreldres involvering spiller en viktig rolle for barnas utvikling (eller manglende utvikling) av medgjørighet og samarbeidsevne (Parpal & Maccoby, 1985, ref. i Chamberlain & Patterson, 1995).

Målet er å få barna til oppleve mestring på skolen.

Foreldrene blir bedt om å ha en idédugnad etter følgende punkter:

- å sette opp klare mål
- identifisere hindringer
- dele oppgavene i små trinn
- legge merke til barnas forsøk på å forbedre seg
- oppmuntre til god oppførsel ved å bruke belønninger for små fremskritt
- å oppmuntre / belønne til tross for at resultatet ikke er perfekt

Viktige forutsetninger for at barna skal oppleve mestring på skolen blir gjennomgått med foreldrene. Dette handler om:

- Hvordan foreldrene kan tilrettelegge og oppmuntre til at barna skal komme i tide på skolen. Det handler her om å gå igjennom kvelds- og morgenrutiner og belønne barna når de klarer å være effektive.
- Hvordan barna kan hjelpes til å holde orden på sakene. Her brukes lister og belønningsskjemaer som hjelpemiddel til å forbedre rutinene.
- Lekserutiner. Foreldrene blir bedt om å sette av en fast dag i uken til ”ferdighetsbyggende” aktiviteter. En idèdugnad brukes for å finne aktuelle aktiviteter til treningen.
- Spesielle leseaktiviteter. Håndboken anvender begrepet ”styrkelesing” for å beskrive en arbeidsmåte der foreldrene i totalt 15 minutter veksler mellom først å lese høyt for barnet for deretter å snu oppgavene og la barnet lese høyt. Teksten skal diskuteres for å øke forståelsen.
- Å involvere seg i barnas skolehverdag. Dette er en forutsettelse for at foreldrene skal kunne vite hvordan barna har det. Det er viktig å legge til rette for en god kommunikasjon mellom hjemmet og skolen. Dette bør skje gjennom samtale med barna om skolen, samtale med barnas lærere, besøk på skolen, være med på aktiviteter som skjer på skolen og gjennom å ha oversikt over barnas skolemateriell.
- Kommunikasjon mellom hjemmet og skolen. Foreldrene kan ved problemer prøve å bli enige med lærerne om en plan for løsning av problemet.

3.5 Løpende temaer

Dette er temaer som ikke behandles frittstående men er gjennomgående temaer under hele terapien. Blant disse temaer regnes positiv involvering, regulering av egne følelser og motstand. . Motstand er et tema som av Patterson (1985) blir regnet som spesielt viktig. Vi velger derfor å gi grundigere beskrivelse av begrepet ”motstand”..

Positiv involvering er en tilnærming som balanserer mellom oppmuntring og disiplinering. En grunnleggende syn i PMT-O er at foreldrene blir sett på som sine barns viktigste lærere.

Gjennom å oppmuntre barnas positive sider og initiativ samt å sette grenser for negativ atferd vil foreldrene, i henhold til håndboken, lære barna å samarbeide. Dette vil da også bidra til en hyggeligere tone i hjemmet. Ved regulering av følelser er budskapet at følelser kan kontrolleres. Teknikker for følelses kontroll blir gjennomgått med foreldrene (Ogden, 1999).

Hovedantagelsen er at motstand hos foreldrene er til hinder for bedring både hos foreldrene og derved også hos barna. Motstand reguleres både av disposisjoner hos klienten og hos terapeuten (Patterson, 1985). Da motstand var av avgjørende betydning for behandlingsresultatene utførte OSLC flere studier for å finne ut hvilke faktorer som påvirket dette. I ”Social interaksjon learning theory” antas det at motstanden ikke ligger i klienten men i samhandlingsprosessen mellom klient og terapeut. Hvis foreldrene har blitt beordret til behandling av rettssystemet er det naturlig at de er motvillige. Likeså hvis terapeuten underviser, lærer og konfronterer. Særlig gjelder dette hvis terapeuten presenterer forslag på en dårlig måte. Motstanden som foreldrene viser synes å ha langvarig effekt på terapeutens atferd. Motstanden virker utsløkkende og som straff på terapeutens hjelpeatferd og engasjement. I en litteraturgjennomgang angående studier av motstand fant Patterson & Chamberlain (1994) at økningen i terapeutenes forsøk på å intervensere genererte en økning i foreldres motstand. Kontekstuelle variabler, slik som patologi hos foreldrene, korrelerte også med høyere grad av motstand.

Selv om terapeuten begynner med å se foreldre i et positivt lys kan terapeuten etter mye motstand begynne å se dem i negativt lys. På ”staff” møtene hos OSLC (saksmøter) ble tema som motstand tatt opp. Møtene er viktige for behandlingsresultatene fordi de fungerer som en støttegruppe hvor terapeuten får støtte og oppmuntring, men også nye syn og ideer, blant annet til alternative måter å håndtere motstanden på. OSLC-gruppen begynte på et vist tidspunkt å se på opptak av familier hvor terapeuten var pessimistisk i forhold til behandlingsprognose. Dette førte til flere studier som skulle studere fenomenet motstand videre. De konkrete og observerbare hendelsene som foreldrene uttrykte like etter at terapeuten hadde undervist eller kommet med forslag til forbedringer ble observert. Ved hjelp av videoopptak utførte de mikroanalyser av forholdet mellom klient og terapeut og et kodingssystem for motstand ble utviklet. ”Client Resistance Code” ble delt inn i 7 kategorier:

- avbryter, snakker samtidig med terapeuten.

- Viser negativ holdning (svar som tyder på uvillighet, uttrykker manglende evne til å gjøre som terapeuten foreslår, viser håpløshet).
- Utfordrer, konfronterer terapeuten (terapeutens kvalifikasjoner, erfaring).
- Egen agenda; tar opp nye tema, unngå diskutere tema som terapeuten snakker om.
- Følger ikke med, oppmerksom, svarer ikke.

Tegn på samarbeidende svar som :

- Ikke motstand; nøytrale svar, viser samarbeidsvilje, følger terapeutens regler.
- Lettende; korte svar som tyder på at personen følger med, viser enighet.

(Kavanagh, Gabrielson & Chamberlain, 1982 ref. i Patterson, 1985).

Ytre variabler kan påvirke klientenes motstand. Det kan være miljøvariabler som for eksempel sosioøkonomisk status, livskriser, grad av fornøydhet i ekteskap og hvem klienten ble henvist til behandling av. Psykologiske variabler kan også være av betydning som humør og sinne. Studier har vist at depresjon hos mødre korrelerer med motstand i begynnelsen av terapien. Mødres skåre på MMPI's skala for fiendtlighet korrelerte med motstand midt i behandlingen (Patterson, 1985).

Patterson (1985) fant i sin studie at fasiliterende atferd fra terapeuten reduserte sjansen for motstand hos klienten. Fasiliterende atferd defineres som svar som indikerer at terapeuten hører på det klienten kommer med. Terapeutens støttende atferd syntes ikke å ha betydelig effekt på motstand. Når terapeuten lærer eller konfronterer økte motstand betydelig hos alle deltakerene i dette studiet (n=7) (Patterson, 1985). Chamberlain & Baldwin (in press ref. i Bank, Patterson & Reid, 1987) hevder at behandlingsprogrammets suksess i stor grad avhenger av terapeutens evne til å håndtere klientens motstand.

3.6 Evalueringsstudier

OSLC har drevet omfattende forskning både i forbindelse med utvikling av nye behandlingsmodeller og for å teste effekten av etablerte behandlingsmodeller (Forgatch & Martinez, 1999) Noen sentrale eksperimentelle studier evaluerer forebyggings- og foreldretreningsprogram (Forgatch & DeGarmo, 1997, 1999; DeGarmo & Forgatch, 1999)

Vi vil her spesielt nevne et evalueringsstudie av som var ment å teste "coercion theory". I tillegg ville studien undersøke om bedring i foreldreferdigheter påvirket barnas tilpasning. Utvalget bestod av 238 nyseparerte mødre med gutter i 1-3 klasse (Grade). De ble tilfeldig plassert i eksperiment- og kontrollgruppen. Forebyggingsprogrammet hadde som hensikt å skulle forbedre mødrenes foreldreferdigheter. Spesielt ble det fokusert på disiplin, positiv involvering, monitorering, problemløsning og ferdighetsoppmuntring (hjelp til skolearbeid). Disse ferdighetene ble vurdert ved hjelp av observasjon i laboratorie av mor-barn samhandling. Observasjonene ble gjort før programstart og etter 6 og 12 måneder. Mødre og barn fikk da oppgaver som de skulle utføre sammen (strukturert samspillsoppgave). Samspillet ble filmet og deretter skåret av terapeutene ved hjelp av "The Interpersonal Process Code" (Rusby, Estes & Dishion, 1991 ref. i Forgatch & DeGarmo, 1999).

Målinger av barnets tilpasning ble vurdert ut fra skåringer fra lærerene, mødrene og barna selv. Hypotesen var at intervensjonen ville ha effekt både på foreldreferdighetene og dermed indirekte også på barnets tilpasning.

Eksperimentgruppen var med på gruppemøter en gang i uken i 16 uker. I tillegg ringte terapeuten hjem til mødrene en gang i uken. Gruppeterapeutene fikk 2 timers veiledning hver uke.

Mødrene evaluerte hvert gruppemøte og sin egen fullføring av hjemmoppgavene. De fylte ut Child Behavior Checklist (Achenbach, 1992, ref. i Forgatch & DeGarmo, 1999) i tillegg til et skjema angående angst og depresjon (for utfyllende opplysninger se Forgatch & DeGarmo, 1999). Lærerne fylte ut "Teacher Report Form" (Achenbach, 1991 ref. i Forgatch & DeGarmo, 1999) samt et skjema på prososial atferd og tilpasningsdyktighet. Guttene fylte ut "Child Depression Inventory" (Kovacs, 1985, ref. i Forgatch & DeGarmo, 1999) og et skjema om kamerattilpasning. 1999).

Analysene viste at mødrene i eksperimentgruppen reduserte bruken av "coercive" foreldreferdigheter sammenlignet med kontrollgruppen. Kontrollgruppe-familiene økte bruken av negativ forsterkning og fikk ingen reduksjon i den negative gjensidigheten som ble sett hos

eksperimentgruppen. Det ble uventet målt nedgang i positiv involvering og ferdighetstrening for hele utvalget. Nedgangen var vesentlig større for kontrollgruppen enn eksperimentgruppen.

Etter 12 måneder skårte eksperimentgruppen høyere på positiv involvering sammenlignet med kontrollgruppen. Intervensjonshypotesen ble støttet da det ble påvist nedgang i ”coercive” foreldreferdigheter i eksperimentgruppen og mindre ”forfall” i positiv involvering sammenlignet med kontrollgruppen.

Forskning har vist at gutter fra skilte familier har økt risiko for å utvikle tilpasningsproblemer som for eksempel problematisk eksternaliserende atferd, svekket akademisk prestasjon, dårligere kameratforhold, depresjon og angst (Forgatch & DeGarmo, 1999). Flere forskere søker nå etter de aspektene ved skilsmisse som fører til barnas problemer. Ved OSLC har man fremsatt en hypotese om at foreldreferdighetene svekkes av ytre belastninger som skilsmisse, depresjon, dårlig økonomi med mer. ”Coercion theory” er en teori som spesifiserer foreldreferdigheter som kan påvirke barns atferd og bidra til tilpasningsproblemer både på kort og på lang sikt (Patterson, Reid & Dishion, 1992). Forskningsfunn kan tyde på at foreldreferdigheter er en årsaksmekanisme for utvikling og opprettholdelse av barnas atferdsproblemer og derved at bedre foreldreferdigheter vil ha positiv effekt på barnas atferd (Forgatch & DeGarmo, 1999).

4. Implementeringen av PMT i Norge

4.1 Første trinn i implementeringen

På bakgrunn av tilgjengelig forskning valgte den tidligere omtalte ekspertgruppen 2 (3) metoder for videre satsning i Norge:

- Multisystemisk terapi (MST) for ungdom mellom 12 og 18 år
- Parent Management Training (PMT-O) for barn mellom 4 og 12 år
- Som tillegg vil to fylker (Sør-Trøndelag og Troms) satse på Webster Stratton sin metode som bygger på lignende prinsipper som PMT-O, men gjennomføres som et gruppetilbud.

(Disen & Helland, 2001).

Den 18. mars 1999 sendte Sosial- og helsedepartementet sammen med Barne- og familiedepartementet ut et skriv adressert til samtlige av landets fylkeskommuner med overksriften ”Tilbud om deltakelse i utviklings- og opplæringsprogram rettet mot barn og unge med atferdsproblemer”. Det ble her informert om PMT-O- Oregon og MST- South-Carolina. Det ble også informert om den praktiske gjennomføringen av de 2 opplæringsprogrammene samt hvordan utgiftene var tenkt å fordeles (drift av teamene betales av fylkeskommunene, mens staten dekker utgiftene til opplæring, konsultasjon og veiledning)(Disen, 1999). Alle fylker mottok tilbud om opplæring.

Opplæringsprogrammet for PMT-O er utarbeidet av Dr. Marion Forgatch ved Oregon Social Learning Center (OSLC) i samarbeid med Barne- og familiedepartementet. Dette inngår videre i prosjektet ”Forskning og kompetanseutvikling i forhold til barn og unge med alvorlige atferdsproblemer” som ledes av forsker og professor Terje Ogden. Terje Ogden har, i samarbeid med stipendiat Mona Duckert, ansvaret for evalueringen av PMT-O i Norge. Prosjektleder Elisabeth Askeland har det faglige overordnede ansvaret for implementeringen i Norge (Askeland, 1999).

I rundskriv PMT-O Q-16/01 (Disen & Helland, 2001) beskrives implementeringen av PMT-O i Norge i 3 faser:

1. trinnet ble avsluttet sommeren 2001 og bestod av :

- opplæring og sertifisering av de første PMT-O- terapeutene i Norge
- rundskriv til kommuner og fylkeskommuner i Norge om ansvar for videre implementering

2. trinnet gjelder siste halvår 2001 og bestod av :

- møte med resurssentrene for avklaring av rammebetingelser ang. koordinatorstillingene
- tilsetting av regionale PMT-O- koordinatører
- avklaring av lokale PMT-O- konsulents arbeidsbetingelser
- utvikling av regionale implementeringsplaner
- etablering av nye utdanningsgrupper

3. trinnet gjelder fra og med første halvår 2002 og består av

- opplæring og informasjon i henhold til de regionale planene
- nye grupper som skal utdannes til PMT-O –terapeuter

Det spesifiseres at det siste trinnet kommer til å strekke seg over mange år for at alle tjenestenivåer skal få denne kompetansen, spesielt da nye koordinatører og PMT-O – konsulenter må rekrutteres.

Første ledd i utviklingen av behandlingskompetanse overfor barn med atferdsproblemer startet våren 1999. Til sammen deltok 33 deltakere fra 16 av landets fylker. Deltakerene ble delt inn i 3 grupper som etter tur fikk innføring i behandlingsmodellen av de ansvarlige kursholderene fra Oregon. Opplæringen har bestått av syv arbeidsseminar, innsending av videoopptak av klienttimer, skriftlig tilbakemelding fra OSLC på videoopptakene, månedlige veiledningsseminar og telefonveiledning. Seminarene, ledet av 2 autoriserte veiledere i PMT-O fra OSLC, inneholdt en teoretisk gjennomgang av behandlingsprogrammet, samt innføring i de ulike komponentene som gode foreldreferdigheter består av. Det ble brukt rollespill både for å demonstrere hvordan man skal lære disse komponentene til foreldre og for å øve opp egne terapeutferdigheter.

I tiden mellom arbeidsseminarene ble det forventet at deltakerene jobbet med fiktive eller reelle familier. I arbeidet med fiktive familier brukte man kollegaer for å rollespille familier. Kravene til klientarbeidet var, utenom de fiktive familiene, 3 treningsfamilier og 2 sertifiseringsfamilier. Terapitimene ble filmet og videoen ble sendt inn til vurdering av de amerikanske lærerne. Et skjema som beskriver timen skulle fylles ut og sendes med videoen (hvem som var tilstede, hva

planen og målet for timen var, hvilke komponenter var i fokus, hva skjedde faktisk i timen, hva gikk bra og hva var utfordrende osv.). Videoene ble oversatt i Oregon og de amerikanske opplæringslederne sendte tilbake en skriftlig tilbakemelding på videoen.

I tillegg ble det gitt veiledning fra den norske prosjektlederen gjennomsnittlig 2 ganger pr. måned. Opplæringen ledet frem til en sertifisering som behandler og veileder i PMT-O.

I skriv ”Vedr. Videreføring av Parent Management Training og stedlig tilrettelegging” datert 16.10.2001 (Elisabeth & Christiansen, 2001) vises det til at første fase i implementeringen nå er gjennomført. 33 personer har fått opplæring og er nå ferdige spesialister i PMT-O. Disse skal nå forestå opplæringen av nye PMT-O terapeuter i Norge. Det er ansatt 6 PMT-O spesialister i stillinger som regionskoordinatorer (en i hver helseregion, med unntak for helseregion øst som har 2 koordinatorer) og disse skal forankres i et utviklings- eller kompetansesenter i den respektive helseregionen. Sammen med PMT-O spesialistene og fylkeskommunale tjenester for psykisk helsevern og barnevern vil koordinatorene være sentrale aktører i utarbeidelsen av de regionale implementeringsplanene.

4.2 Videre planer for implementering

Det som nå forberedes (i henhold til ovenstående skriv av 16. oktober 2001) er opplæring av aktuelle fagpersoner i 2. linjetjenesten innenfor psykisk helsevern for barn og unge og i barnevernet. Aterdsprosjektet vil derfor, sammen med ansvarlig regionskoordinator, besøke samtlige fylker under oktober – desember d.å.

4.2.1 Struktur for implementeringen

Det presiseres i rundskriv PMT-O Q-16/01 (Disen & Helland, 2001) at de 5 helseregionene må ta ansvar for å utdanne et tilstrekkelig antall PMT-O-terapeuter. Hvor mange dette vil være, skal vurderes lokalt. Antallet avhenger av faktorer som befolkningsgrunnlag og annen tilgjengelig og tilsvarende kompetanse i regionen (f.eks terapeuter utdannet i Webster-Stratton- metoden). Videre pekes det på at utprøving, evaluering og utvikling av nye behandlingsmetoder for barn og unge med atferdsproblemer bør skje samlet og koordinert. Det er derfor etablert et nasjonalt utviklings- og forskningssenter for atferdsproblematikk blant barn og unge ved Universitetet i

Oslo. Her vil det blant annet arbeides med implementering, kvalitetssikring, videreutvikling og forskning rundt PMT-O. Strukturen for PMT-O– implementering vil være basert på følgende ledd:

- nasjonalt utviklings- og forskningssenter for atferdsproblematikk
- regionale koordinatorene
- lokale konsulenter
- terapeuter under opplæring

4.2.2 Opplæringskrav

I rundskriv PMT-O Q-16/01 (Disen & Helland, 2001) stilles det krav til at de som får tilbud om å delta i neste opplæringsprogram må ha høyskole- eller universitetsutdannelse samt at de må arbeide innenfor et tjenestoområde som gir mulighet for å arbeide med familier og barn med begynnende eller uttalte atferdsproblemer etter PMT-O- metoden. I skriv fra Elisabeth Askeland & Terje Christiansen (19. oktober 2001b) skal opplæringskandidatene ha bakgrunn som kliniske terapeuter.

4.2.3 Retningslinjer for opplæring i trinn 3

Opplæringen vil bestå av en kombinasjon av innføring i det teoretiske og forskningsmessige grunnlaget for intervensjonsarbeidet, introduksjon til strukturen i behandlingskomponentene samt praktiske øvelser i metodens intervensjonsaktiviteter. Hver deltaker må sette av 2 dager pr. uke til opplæringen. Inkludert i tiden er eget terapeutarbeid der kravet er at hver deltaker har et minimum av 5 familier som følges opp med ukentlige konsultasjoner gjennom hele opplæringstiden. Parallelt med det kliniske arbeidet skal hver deltaker gjennomføre 6 arbeidsseminarer. Arbeidsseminarene består av 2-3 dager fordelt over 1,5 år. Gjennomføring av minst 5 familier i terapi samt deltakelse på arbeidsseminarene er et krav for at deltakeren skal kunne bli sertifisert. Det vil være muligheter for å få veiledning og sertifisering i inntil 2 år etter at opplæringen startet. Opplæringen er planlagt å starte januar 2002 og vil vare frem til mai 2003 (Askeland & Christiansen, 2001b).

4.2.4 Målsetting

I rundskriv PMT-O Q-16/01 (Disen & Helland, 2001, s. 2) står det ”På sikt er det et mål at PMT kompetanse innehas i psykisk helsevern for barn og ungdom og det fylkeskommunale barnevern og av kommunale instanser innenfor helse- og sosialsektoren og i barnehager og skoler, og at det er et landsdekkende tilbud”. Det forutsettes derfor et samarbeid mellom både stat, fylkeskommuner og kommuner samt at helseregionene skal fungere som baser for opplæringsstrukturen. Ved å implementere PMT-O som et landsdekkende tilbud og gjennom å introdusere PMT-O på de arenaer hvor barnefamilier finnes (barnehage, skole, helsestasjon etc.) forsøkes det å ivareta det forebyggende prinsippet.

4.2.5 Økonomisk finansiering

Sosial- og helsedepartementet skriver i rundskriv PMT-O Q-16/01 (Disen & Helland, 2001) at de forventer at det satses på polikliniske og ambulante tjenester i det psykiske helsevern. De ser her PMT-O og MST som sentrale metoder. I tillegg til prosjekter for tiltak for pasienter med rusmiddelrelaterte og psykiske problemer, støtter Sosial- og helsedepartementet kun prosjekter knyttet til opptrappingsplanene (herunder også PMT-O – tiltak). Sosial- og helsedepartementet har for siste halvåret (2001) bevilget 3.5 mill kr. til implementeringen av PMT-O og lover at de vil følge opp bevilgingen for år 2002. Bevilgingen skal anvendes til avlønning av koordinatører på regionsnivå og delvis også av PMT-O-konsulenter i kliniske stillinger.

Barne- og familiedepartementet (rundskriv PMT-O Q-16/01) har stått for finansieringen av prosjektlederstillingen for implementeringen av PMT-O i Norge samt for opplæringen av de første terapeutene som ble sertifisert sommeren 2001. De vil videre bevilge midler til 4 stillinger ved Senter for klinisk psykologisk forskning, UiO, som skal arbeide videre med implementeringen av PMT-O. Også Barne- og familiedepartementet vil følge opp bevilgingen i år 2002.

5. Spørreundersøkelsen

PMT-O er et detaljert og omfattende behandlingsprogram, som tidligere vist i oppgaven. Så vidt vi vet er dette ikke blitt overført til andre land enn Norge, i et lignende omfang. Det er flere utfordringer i forbindelse med enn slik overføring. I tillegg til rent språklige problemer, kommer forskjeller i behandlingskultur, forskjeller i organisering av helsetilbud og forskjeller i terapeutenes utdannelse fra USA til Norge.

I forbindelse med opplæringen av norske PMT-O terapeuter, ønsket vi å evaluere i hvilken grad deltakerne i programmet følte de hadde utbytte av opplæringen, og hvorvidt det var spesielle problemer i forbindelse med overføringen av behandlingsmetode, så vel som eventuelle språklige problemer. Vi vil gjerne få presisere at dette ikke er en evaluering av PMT-O som metode, og heller ikke en fullstendig evaluering av implementeringen av PMT-O i Norge.

5.1 Metode

Spørreskjemaet inneholder 42 spørsmål (se appendiks A), og er inndelt i fire komponenter: individuell bakgrunn, arbeidsseminar, terapeutisk arbeid og veiledning. Med arbeidsseminarene menes de syv samlingene med undervisning fra OSLC. Spørsmålene i forhold til seminarene har gått på teori, undervisning i temaene (effektive beskjeder, etc.) demonstrasjon av og øvelse i terapeutferdigheter og teknikker. Delen om terapeutisk arbeid inneholder spørsmål angående klientarbeid med fiktive og reelle familier. Delen om veiledning inneholder spørsmål angående veiledningssamlinger, telefonveiledningen samt de om skriftlige tilbakemeldingene på videoopptakene. Til slutt kommer noen åpne spørsmål generelt om opplæringen.

Spørreskjemaene ble sendt ut til alle 33 deltagere i opplæringsprogrammet medio september 2001, altså på det tidspunkt trinn 1 nettopp var avsluttet. Sammen med spørreskjemaet lå ett brev som forklarte formålet med studien, og et frankert svarkonvolutt. Spørreskjemaene ble besvart anonymt. Etter ett purrebrev svarte 30 deltagere (90%). Siste spørreskjema ble returnert medio november. Datene ble behandlet i SPSS 10, og Excel 2001 er brukt for fremstilling av figurer.

5.2 Resultater

Nummereringen av figurene bryter med apa-manualens regler to steder da det av ”figurtekniske” grunner har vært det enkleste.

5.2.1 Opplysninger om gruppen - spørsmål 1-6:

Gruppen som har mottatt opplæring i PMT-O har bestått av 6 pedagoger, 16 psykologer, 6 sosionomer/barnevernspedagoger og to med en annen bakgrunn (figur 1B). Det er i gjennomsnitt 18 år siden gruppens deltakere fullførte sine respektive utdannelser (figur 2B). Over halvparten arbeidet i BUP (figur 3B). Deltakerene har tilbudt mange ulike typer behandling til barn med atferdsvansker og deres foreldre. 42% hadde brukt alle disse fire – individualterapi, familiebehandling, foreldrerådgivning og konsultasjon/rådgivning (figur 4B). De aller fleste deltakerene (90%) har jobbet med mer enn 20 saker med atferdsvanskelige barn (figur 5B). Deltakerene ble bedt om å angi hvilke behandlingsteoretiske orienteringer de var tilhengere av (spørsmål 6). Det var mulig å skåre egen tilhørighet til orienteringene på en skala fra 0 til 6 (hvor 0 = ikke tilhenger og 6 = sterk tilhenger). Løsningsorientert terapi og kognitiv terapi var de to orienteringene som flest hadde skåret høyest på, mens færrest beskrev seg som psykodynamisk orienterte og annen orientering (figur 6B).

5.2.2 Erfaringer fra arbeidsseminarene – spørsmål 7- 17

Når det gjelder teorigjennomgangen av de enkelte komponentene var mer enn 80% godt fornøyd eller svært fornøyd med effektive beskjeder, ros og oppmuntring og problemløsning (figur 7B). 33 % var godt eller svært fornøyd med de tre andre komponentene (monitorering, problemløsning og positiv involvering) (figur 7B). Det samme mønsteret gjaldt for teknikkpresentasjonen i forhold til de seks komponentene (figur 8B). For effektive beskjeder, ros og oppmuntring og disiplinering er alle de 30 deltakerene, som besvarte skjemaet, fornøyd eller bedre, mens for temaene monitorering, problemløsning og positiv involvering var opptil 17 % mindre fornøyd (figur 8B). Av de kommentarene som kom hos de mindre fornøyde var det uttrykt ønske om mer undervisning, spesielt i positiv involvering og monitorering. Opplæringsprogrammet gav deltakerene mulighet til å øve opp egne terapeutiske ferdigheter innenfor hvert tema (effektive beskjeder osv.). Vedrørende effektive beskjeder, ros og oppmuntring og disiplinering var henholdsvis 28, 27 og 26 deltakere godt fornøyd eller bedre (93, 90 og 87%) (figur 9B). Ved monitorering, problemløsning og positiv involvering var 6, 9 og

7 deltakere godt fornøyd eller bedre med treningsmulighetene (henholdsvis 20, 30 og 23 %) og 9, 10 og 8 deltakere var mindre fornøyd (henholdsvis 30, 33 og 27%) (figur 9B). I de utfyllende kommentarene ble det hos noen uttrykt ønske om mer øvelse i forhold til monitorering og positiv involvering samt mer tid generelt på trening.

Majoriteten av deltakerene var fornøyd eller bedre med teorigjennomgangen på arbeidsseminarene (figur 10B). Tjue deltakere (77%) var godt fornøyd eller bedre med seminarlederens pedagogiske form. 16 deltakere (53%) var godt fornøyd eller bedre med at teorigjennomgangen foregikk på engelsk. Tjue deltakere (83%) var godt fornøyd eller bedre med rollespill som illustrerende teknikk. Tre deltakere kommenterer at bruk av rollespill var en positiv erfaring. 21 deltakere (70%) var godt fornøyd eller bedre med bruken av rollespill i smågrupper/par. Tre deltakere (10%) var mindre fornøyd med bruk av rollespill i smågrupper/par. To deltakere bemerker at man har brukt for lite tid på rollespill, tre andre deltakere gir uttrykk for at det ble for mye rollespill, både som illustrasjonsteknikk og som øvelse i smågrupper (figur 10B).

Nesten alle deltakerene (90%) hadde presentert egen sak/egne saker på arbeidsseminarene (figur 11B) og 20 deltakere (67%) var godt fornøyd eller bedre med utbyttet av tilbakemeldingen som de fikk på presentasjonen (figur 16B). At presentasjonen og tilbakemeldingen har foregått på engelsk er de fleste fortrolig med, 17 deltakere (57%) er godt fornøyd eller bedre mens 5 deltakere (17%) er mindre fornøyd (figur 16B). En deltaker kommenterer at språket har ført til anstrengelser og en mener at noen deltakere kanskje har latt seg hemme av språket slik at diskusjonene ble begrenset.

5.2.3 Erfaringer fra terapeutisk arbeid – spørsmål 18-23

Mens 13 deltakere (43%) var godt fornøyd eller bedre med bruk av fiktive familier, var åtte deltakere (27%) ikke fornøyd eller mindre fornøyd (figur 12B). Elleve deltakere (37%) var ikke fornøyd eller var mindre fornøyd med omfanget bruken av fiktive familier fikk (figur 12B). Av 5 kommentarer var 3 positive og 2 negative til bruk av fiktive familier. Av 14 kommentarer på spørsmål 18 og 19 om fiktive familier mener 6 at omfanget burde vært begrenset. Seks deltakere (20%) var godt fornøyd med skjemaet ”case session...” i forhold til fiktive familier, mens 6 (20%) var mindre fornøyd eller ikke fornøyd (figur 12B). Fem av seks kommentarer påpeker at

skjemaet var ” for omfattende” eller vanskelig. En påpeker det er positivt i den forstand at det tvinger frem refleksjon rundt terapien.

En større andel var godt eller svært fornøyd med arbeidet med reelle familier (figur 13B). Noen deltakere kommenterer at klientarbeidet kunne begynt tidligere. Flere mener at reglene rundt arbeidet med reelle familier kunne vært mer fleksible. Elleve deltakere (37%) er godt fornøyd med bruk av ”case session ...” skjemaet i forhold til reelle familier og 5 deltakere (17%) var mindre fornøyd (figur 13B). Også her gikk kommentarene i retning av at skjemaet ”case session...” var noe omfattende og arbeidskrevende.

5.2.4 Erfaringer fra veiledning – spørsmål 24-35.

16 deltakere (57%) var godt fornøyd eller bedre med med omfanget av veiledningssamlingene, 4 deltakere (13%) var mindre fornøyd (figur 14B). To av deltakerene kommenterer (av fem kommentarer) at det var for mange i veiledningsgruppen. Tretten deltakere (44%) var godt fornøyd eller bedre, med utbyttet av veiledningen (figur 14B). Tre utfyllende kommentarer uttrykker inspirasjon og et ønske om mer veiledning i mindre grupper.

12 deltakere (40%) var mindre eller ikke fornøyd med omfanget av telefonveiledningen (figur 14B). Samlet gir de utfyllende kommentarene et bilde av telefonveiledningen som rotete og at det ofte ikke ble noe av den. Når det gjelder utbyttet av telefonveiledningen er 9 deltakere (30%) godt fornøyd eller bedre og 7 deltakere (24 %) mindre fornøyd eller ikke fornøyd (figur 14B). Over halvparten, 17 deltakere (57%), har tatt kontakt med norsk veileder utover oppsatt veiledning. Mange kommenterer at det var et viktig supplement (figur 11B).

14 deltakere (47%) var fornøyd med oversettelsen av videoene, og to var mindre fornøyd (figur 15B). Fire deltakere forteller om misforståelser eller uklarheter i forbindelse med oversettelsene. For omfanget og utbyttet av de skriftlige tilbakemeldingene fra OSLC er henholdsvis 12 og 13 deltakere (40 og 43%) godt fornøyd eller bedre, men her er det også en større andel som er mindre eller ikke fornøyd (figur 15B).

5.2.5 Generelle spørsmål – spørsmål 36-42.

Majoriteten (70%) meddeler at de er godt fornøyd eller bedre med vektleggingen av de ulike elementene i opplæringsprogrammet (figur 16B). Av 6 kommentarer er alle fornøyd, men mange ønsket mer teori og veiledning generelt, og problemløsning spesielt.

Deltakerene bemerker at PMT-O er forskjellig fra andre metoder ved sin struktur, målrettethet, detaljrikdom og direkte råd og verktøy til foreldrene (spørsmål 37). Terapeuten er mer styrende, har fokus på resursser, bruker rollespill og tradisjonelle undervisningsmateriell som tavle m.m. og bruker mye humor. Metoden er manualbasert godt dokumentert i forskning.

Seksten deltakere meddeler at familiene er positive til behandlingen (spørsmål 38). Uttrykk som for eksempel ”vi er blitt en ny familie” og ”vi har fått et nytt liv” forteller om håp og tro på at behandlingen virker.

Angående spørsmål 39 om det er ”momenter i metoden som bør tilpasses norske forhold”, mener majoriteteten av at disiplin, belønning og monitorering i større grad må tilpasses norske forhold. Én deltaker mener at norske barn ikke har samme respekt for autoriteter som amerikanske barn og at terapeutene sammen med foreldrene må tilpasse disiplineringsteknikkene. Flere deltakere mener at lydighet oppfattes anderledes i Norge enn i USA, én mener at det er en ressurs at barn kan argumentere for sine synspunkt. Én deltaker mener det er for mye fokus på penger (kidbucks) som belønning i USA. En annen deltaker mener pausetid i noen familier kan oppfattes som strengere enn ekstraoppgaver, og at dette derfor bør tilpasses hver enkelt familie. Begrepenes ordlyd kommenteres også av flere deltakere. De mener de bør erstattes med gode norske ord, disiplin burde for eksempel erstattes av begrepet grensesetting.

24 deltakere (80%) rapporterer at kulturforskjeller ble problematisert underveis i opplæringen (figur 17B). Alle rapporterer at de er glad for at de har deltatt i opplæringen. 28 av 30 rapporterer at de ønsker å delta i den videre implementeringen av PMT-O i Norge.

5.3 Diskusjon

Hovedinntrykket er at deltagerne i opplæringsprogrammet i stor grad er fornøyde med gjennomføringen av opplæringen og det faglige utbyttet. De fleste deltakerne hadde relativt lang erfaring målt ut fra tidligere saker og år siden gjennomført grunnutdanning. Få regnet seg som sterke tilhengere av en psykodynamisk eller humanistisk/eksistensiell orientering.

På arbeidseminarene kan det virke som temaene effektive beskjeder, ros / oppmuntring og disiplinering har vært bedre presentert enn monitorering, problemløsning og positiv involvering. En må imidlertid tolke eventuelle forskjeller forsiktig, da dette utvalget har begrenset statistisk styrke. Trenden er imidlertid lik for spørsmålene 8, 9 og 10. Kurskonseptet har delvis blitt til

underveis i samarbeid med kursdeltakerene og kan ha forandret noe karakter underveis. Det er én mulig forklaring på variasjonene som foreligger vedrørende de forskjellige komponentene deltakerene har fått opplæring i. En annen er rett og slett at disse komponentene er bedre utviklet, med flere og bedre eksempler på rollespill, flere normative argumenter eller lignende.

Monitorering, problemløsning og positiv involvering er de komponentene som i følge deltakerene har vært dårligst dekket i opplæringen og som mange har ønsket mer informasjon om. Så vidt vi vet er dette allerede blitt tatt til etterretning når opplæringsprogrammet nå går inn i den videre implementeringen av PMT-O i Norge.

Språk kan ikke sies å ha representert noe stort problem, men det var en del frustrasjon i forbindelse med den skriftlige tilbakemeldingen fra OSLC. Det kan ha vært en misforståelse i forhold til denne tilbakemeldingen – at noen har forventet at den skulle ha fungert som en veiledning i forhold til klienttiden. Terapeutene fikk slik ikke direkte utbytte av dem i forhold til saken de holdt på med. På tross av dette er majoriteten fornøyd eller bedre både med omfanget og utbyttet av tilbakemeldingene fra OSLC. De fleste kommentarene (11 angående omfang og 15 angående utbytte) gjelder forsinkelsene i tilbakemeldingene. Noen kommenterer at de har kunnet bruke tilbakemeldingen videre i arbeidet på tross av forsinkelsen. Majoriteten har tatt kontakt med og har blitt kontaktet av andre kursdeltakere. OSLC mener at kollegial støtte er en viktig for å oppnå gode behandlingsresultater. Den videre implementeringen i Norge skal ha en ”startpakke”- en ukes seminar – hvor man gjennomgår teori og elementer. I denne ”startpakken” inngår også øvelse med fiktive familier. Deltakerene brukes som medlemmer i slike fiktive familier. Etter denne uken starter deltakerene med reelle saker og får løpende veiledning gjennom hele opplæringsperioden. Det vil også være jevnlig samlinger.

6. Oppsummering og diskusjon

6.1 Teori

”Sosial interaction learning theory” er en empirisk basert teori. Den viser hvordan antisosial atferd tilegnes gjennom læringserfaringer i familien og hvordan utviklingen skjer i faser. Teorien bygger på omfattende forskning. Dette er primært ikke en teori om årsakene til atferdsproblemer, men en ”performance model”. Modellen legger til grunn at uavhengig av tid og alder er dette problemer som går å gjøre noe med. Prognosene er likevel best for yngre barn (Patterson, 1982).

Vi vil først presentere noen innvendninger mot teorien. Patterson (1996) har selv kommet med forslag til bedringer. Disse vil bli presentert sammen med teori vi tenker kan være med på å utdype sammenhengen. Til slutt vil vi omtale noen områder der teorien kan fremstå som noe uklar.

6.1.1 Innvendninger i forhold til teorien

I henhold til Eleanor Maccoby (1980), mangler ”Coercion modell” et perspektiv nemlig fokuset på hvorfor noen barn ønsker å gjøre slik som de er blitt bedt om og iblant også ser og gjør det som trengs, uten at foreldrene har spurt om det. Dette er en atferd som hun mener umulig kun kan tilskrives at barnet har fått rikelig med positiv forsterkning, men må ha en sammenheng med mange forskjellige faktorer. Til forskjell fra ”The coercion modell” ser hun attachment som en viktig faktor. Hun mener at kvaliteten på de attachment /tilknytnings bånd som er bygget opp tidligere i barnets liv har en stor innvirkning. Hun viser også til foreldrenes evne til å spørre barnet om noe på en harmonisk måte, gjensidig belønnende felles aktiviteter så som lek og foreldrenes villighet til å samtykke når barnet kommer med rimelige forlangende. Disse faktorene gir, i henhold til Maccoby, til sammen et bilde av den tidligere relasjonshistorien mellom barnet og foreldrene.

Maccoby (1980) etterlyser mødrenes personlighet som en faktor i utviklingen av ”coercive family process”. Patterson (1980; 1982) har ikke laget noen generell personlighetsvurdering, men bruker MMPI for å utrede forskjeller i symptomer mellom mødre til barn med store

atferdsproblemer og mødre til ”normale” barn. Symptomskalene viser at mødre til aggressive barn er deprimerte, sinte, trette, isolerte og lider av angst. Kausaliteten er her ikke mulig å slå fast.

I prosessen som ”reinforcement trap” beskriver, vil foreldre oppleve en negativ forsterkning i det at barnet slutter med den aktuelle atferden når de trekker seg tilbake. Barnet i sin tur opplever positiv forsterkning fordi det får det som det vil. Barnet lærer etter hvert denne måten å håndtere lignende situasjoner på (Forgatch & Patterson, 1989). Wells (1995) viser til Whaler og Dumas som i sin ”predictability hypotheses” / ”inconsistency theory” har en alternativ teoretisk forklaring til de forsterkningseffekter som underligger coercive familie interaksjon. Den teoretiske forklaringen fokuserer på barns behov for forutsigbarhet. De har i laboratorieforsøk vist at et uforutsigbart miljø innvirker sterkt negativt på barn. De har også vist at mødre til meget aggressive barn er mindre nyanserte i sin bruk av negativ (straffende) atferd overfor barna og skaper dermed en mer uforutsigbar miljø overfor barna. De hevder derfor at barnas bruk av ”coercion” blir negativt forsterket fordi at det fremtvinger en respons fra foreldrene som for barnet er mulig å predikere.

6.1.2 Viktige områder å belyse

Den sentrale rolle som i teorien tillegges foreldrenes ferdigheter gir i henhold til Patterson (1996) grunnlag for flere spørsmålsstillinger. Spørsmålsstillingene gjelder områder i teorien som Patterson mener vil være viktige å belyse for videre utvikling av teorien.

Et spørsmål er hvordan effektene fra sosialiseringstrening i hjemmet generaliseres til sted og situasjoner der foreldrene ikke lenger er til stede.

Korttidseffekter av foreldretrening er vel dokumentert. Generaliseringen av denne effekt, både når det gjelder barna med atferdsproblemer eller deres foreldre, er mindre godt dokumentert (McMahon & Wells, 1998). I tidligere effektstudier har mangelen på eksperimentell kontroll og bedømmelse av barnas og foreldrenes atferd utenom klinikken satt begrensninger for å kunne trekke konklusjoner om effektiviteten av de forskjellige foreldretreningsprogrammene (Forehand

& McMahon, 1981). Patterson (1996) viser til de første forsøkene, i begynnelsen av 1960- årene, på å utvikle en performance teori i forhold til utvikling av antisosial atferd. Disse forsøkene stoppet opp på grunn av vansker med å forklare individuelle forskjeller. Det stod her klart for forskerne ved OSLC at atferd som ble forsterket i en setting ikke kunne generaliseres til en annen setting. Etter at det ble rettet økt oppmerksomhet rundt sosial validitet og generaliseringseffekter har foreldretreningsmodellene utviklets til "behavioral family therapy" (Mc Mahon & Wells, 1998)

1. Patterson (1982) viser til at negativ forsterkning, i tillegg til hjemssituasjonen, også forekommer i kameratgruppen. Han mener at det kan se ut som at det er en tendens til at kameratgruppen viderefører utviklingen fra coercive atferd til antisosial atferd. Dette mener han skjer gjennom at kameratgruppen gjennom positiv forsterkning øker atferd som stjeling, lyving og bruk av droger.

2. Utviklingsteoretikere og sosiologer har i henhold til Patterson (1996) sammen utviklet en forklaringsmodell for hvordan atferd generaliseres fra hjemmet til samfunnet over tid. Generaliseringseffekten forklares her med at barnet internaliserer foreldrenes (og samfunnets) vurderinger. Disse internaliserete verdier utgjør siden barnets rettingslinjer gjennom tid og ulike settinger.

3. Patterson (1996) antar at den mekanisme som har størst betydning for generaliserbarhet på tvers av settinger, er at barnet som en gang har utviklet en antisosial atferd aktivt vil søke etter miljøer hvor det vil få en positiv respons (positiv forsterkning) i forhold til sin antisosiale atferd. Dette vil føre barnet til miljøer der det foreligger relativt begrenset med voksen innblanding.

Andre spørsmål ved teorien som bør belyses er i henhold til Patterson (1996) på hvilken måte foreldres oppdragelsespraksis vil gi individuelle forskjeller i hvordan barnas antisosiale atferd kommer til uttrykk. Dette kan ses sammen med problemstillingen om hvorfor barnet i en gitt situasjon gjør en ting i stedet for noe annet.

1. I de tidligere forsterkningsbaserte sosialiseringsteoriene (1960-tallet) fremstår barnet som en passiv agent når det gjelder utviklingsprosessen av ”coercive” familiemønster og barnets antisosiale atferd (Patterson, Dishion & Capaldi, 1993). Patterson (1982) ser imidlertid barnet som en aktiv agent i denne prosess. Barnet vil være i stand til å fremkalle responser som kan karakteriseres som ”coercive” også hos de personer som i andre tilfeller ikke bruker dette responsmønsteret.

2. Patterson (1996) mente at forsterkningsteori ikke kan brukes for å forklare hvorfor noen barn er mer aggressive enn andre. Det er derfor nødvendig å fokusere på intraindividuell atferd for å kunne forstå grunnen til individuelle forskjeller. Fokuset blir da dreid fra den forsterkning som påvirker en spesifikk respons til samtlige forsterkninger som aktiverer alle de responser som inntreffer i den aktuelle settingen. Den viktigste forsterkningsbetingelsen (reinforcing contingency) for ”coercive” atferd i familiens interaksjon viser seg i henhold til Patterson (1992) som negativ forsterkning. Den negative forsterkningen foregår i tre trinn. Forgatch & Martinez (1999) beskriver 3 typer av negative samspills mønstre (coercive patterns): gjensidig negativitet, eskalering av konflikt og negativ forsterkning. Disse 3 regnes som spesielt egnet for å ødelegge interpersonlige relasjoner i og utenfor hjemmet. Grunnlaget for prosessen kan sannsynligvis spores tilbake til en kombinasjon av følgende faktorer (som er nevnt tidligere); barnet kan karakteriseres som vanskelig, foreldrene har begrensede ferdigheter eller er tyntet av ytre omstendigheter som arbeidsledighet, separasjon, ekteskapskonflikter, alkoholisme eller depresjon (Patterson & Forgatch, 1987).

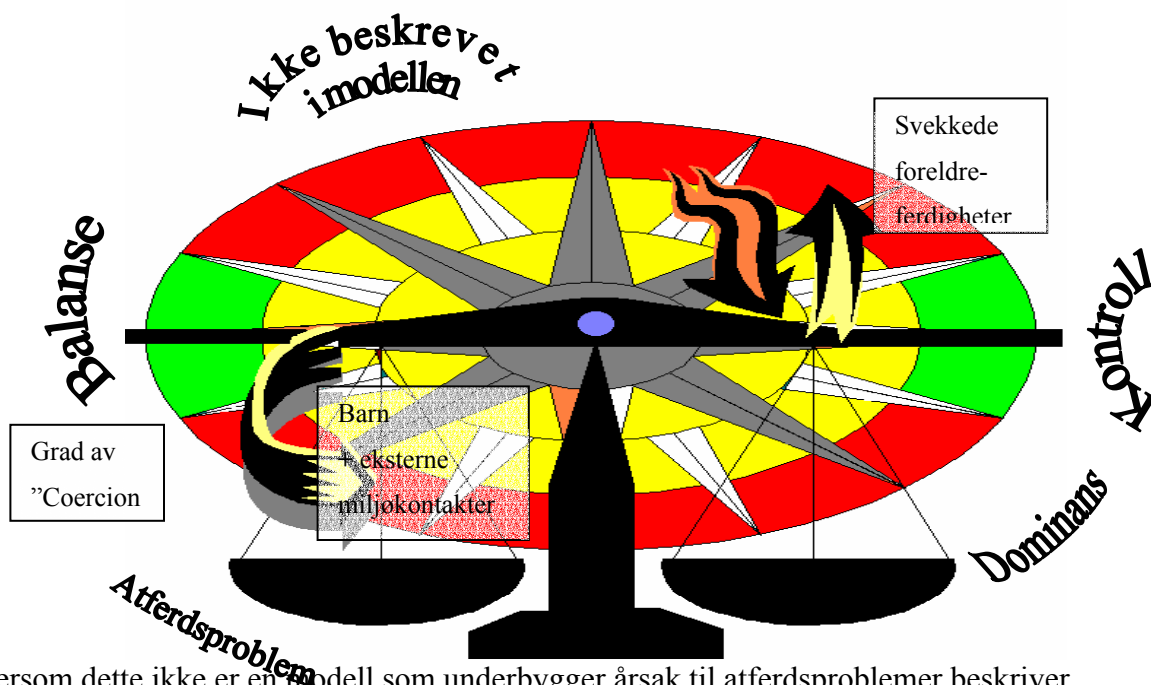
3. Patterson (1996) pekte også på analyser som viser at familier er forskjellige i hvilke reaksjonsmåter som er tillatt blant medlemmene. Hvis barnets ”coercive” reaksjon på forelderens aggressive henvendelse kan forklares gjennom den respons barnet får vil det være viktig å kartlegge hvor ofte barnet mottar slike henvendelser. Snyder og Patterson (1995) gjennomførte en studie av 20 familier angående dette. Resultatene viste at sammenhengen mellom barnets coercive reaksjoner og foreldres aggressive henvendelse forklarte 78% av den totale variansen av barnas bruk av coercion.

6.1.3 Noen uklare aspekter ved teorien

Konteksten tileggs stor betydelse ved barnas utvikling av antisosial atferd (Patterson, 1996; Forgatch og Martinez 1999). Forgatch & Martinez (1999) skriver i forbindelse med dette at hvis en eller flere kontekstuelle faktorer slår negativt ut overfor familien vil det i sin tur ha en negativ innflytelse på foreldreferdighetene, hvilket også vil ha en uheldig innvirkning på barnet eller ungdommens tilpasning. Patterson (1996) viser blant annet til Sampsons teori om sosial disorganisering når han beskriver hvordan de kontekstuelle faktorene kan innvirke på barnets tilpasning og utvikling av antisosial atferd. Foreldreferdighetene kan således bli negativt påvirket av de kontekstuelle faktorene. Samtidig tilskriver teorien foreldreferdighetene en medierende effekt i forhold til de kontekstuelle faktorene.. De kan hvis de er adekvate, fungere som en ”buffer” mot uheldige faktorer i miljøet rundt barnet eller ungdommen (Forgatch & Martinez, 1999). Dette kan virke som en motsetning men trenger ikke å være det. Så vidt vi kan se har skjæringspunktet fra den ene til den andre ikke blitt forklart i litteraturen. ”Social interaction learning theory” er imidlertid ikke noen ferdig teori, men en teori i stadig utvikling (Forgatch, 1991). Dette kan være en mulig forklaring til at ikke alle sammenhenger er like tydelige.

Ved gjennomgang av Pattersons (1996), Forgatch & Martinez (1999) og Patterson & Forgatch (1987) sine beskrivelser av ”the coercion family process” kan det være noe uklart hva de forskjellige regner som grunnlaget for denne negative prosessen. Skyllles det samspillsmønstre i familien, eller er det egenskaper og ferdigheter hos foreldrene som utgjør grobunnen for denne negative prosess og hvilken rolle tilskrives de aggressive barna å ha for forløpet av prosessen? Patterson (1980) ser mødrene som offer (ikke ”de skyldige”) for denne prosess. Grunnlaget for dette synet er i henhold til Patterson forskning som viser at mødrene ikke er de som starter prosessen. Deres bidrag er at de responderer på en stor del av barnas negative atferd. Tilstedeværelsen av et problembarn i familien har stor innvirkning på mødrenes atferd, men i mindre grad på fedrene sin atferd (Patterson et al., 1992). Patterson (1982; 1992 etc.) fremhever betydelsen av interaksjoner ved utvikling av antisosial atferd, teorien identifiserer ikke enkelte ”skyldige”.

I utgangspunktet er modellen definert som at det ikke er en teori om årsaker til atferdsproblemer men en ”performance model”. Samtidig beskrives utdypende og trinnvise prosesser underbygget med betydelig forskning.



Dersom dette ikke er en modell som underbygger årsak til atferdsproblemer beskriver forskningen likevel mange prosesser / interaksjoner omkring dette . Mellommenneskelige interaksjoner som modellen beskriver betinger flere parter. I tenkningen rundt dette har vi tillatt oss å plassere problemstillingene på en konstruert vektarm. Interaksjonen er vektarmen som kan helle i forskjellig retning i forhold til tyngden av loddene. Desto tyngre vektskålen er med antisosiale egenskaper hos et barn, desto bedre foreldreferdigheter behøves for å demme opp for dette. Svakere foreldreferdigheter legger grunnlag for at selv mindre antisosiale egenskaper hos barnet kan lede videre til de beskrevne prosessene.

Figur 4. Vår vektarm fremstilling av ”social interaction learning”

P
M
T

Tapt kontroll

En slik vektarm framstilling (figur 4) kan i så tilfelle visualisere hvorfor teorien som utgangspunkt forutsetter at det kan gjøres noe med problemene. Den kan også bidra til å fremstille et viktig aspekt ved teorien – at det ikke er en teori som utpeker noen part i interaksjonen som ”den skyldige” da en ”coercive” prosess betinger flere parter.

6.2 Behandling

6.2.1 Svake sider ved resultatstudier

Kazdin (2000) skriver i en gjennomgang av psykoterapi forskning at få studier har evaluert behandlings prosessen, de underliggende mekanismer når det gjelder forandring, barnet, familien eller de kontekstuelle faktorer som effektivitet virker å være avhengig av. Dette medfører begrensninger når det gjelder kunnskap om hvordan behandlingen virker og hvilke som har effekt av behandlingen. Videre kan mange av de evalueringsstudier som er blitt gjort kritiseres for å bruke terapiformer der behandlingseffekten aldri har kunnet dokumenteres (for eksempel leketerapi) som behandlingsteknikk overfor kontrollgruppen (Kazdin, 1996b). Det er mulig at manglende oppmerksomhet angående spørsmål om hvorfor og hvordan behandling gir en terapeutisk (symptom) forandring kan resultere i at stadig nye terapiformer blir utviklet eller at stadig nye kombinasjoner av terapi blir prøvd ut. Dette vil medføre at hva som er av interesse / hva som er fokus vil variere med den tilnærming som til enhver tid dominerer forskningen (Kazdin, 2001).

6.2.2 Inntrykket av PMT-O i forskjellige resultatstudier

6.2.2.1 Forskningsunderbygging

I henhold til Kazdin (2000) er det viktigste poenget at PMT-O er den mest forskningsunderbygde behandlingsteknikken for barn med atferdsproblemer. PMT-O har blitt evaluert i mange forskjellige randomiserte og kontrollerte resultatstudier. Studiene har omfattet barn fra 2 til 17 år med lettere og mer omfattende atferdsproblemer (Kazdin, 1997). Behandlingsteknikkene som brukes i PMT-O har sterk forskningsstøtte (Kazdin, 2001). Serketich & Dumas (1996) fant i sin metaanalyse (26 studier) av effektiviteten av foreldretrening på antisosial atferd hos barn at PMT-O var en av de best dokumenterte behandlingsmodellene for atferdsvanskelige barn mellom 2 og 17 år. Brestan & Eyberg (1998; ref i Kazdin, 2000) viser til en metaanalyse av 82

studier (totalt 5257 barn) av der PMT-O ble identifisert som den eneste veletablerte intervensjonen for conduct disorder.

6.2.2.2 Behandlingsresultater

PMT-O har ledet til markerte forbedringer av barns atferd. Dette har kommet frem i foreldre- og lærerrapporter av avvikende atferd, direkte observasjon av atferd i hjem og på skole samt tilbakemeldinger fra institusjoner (Kazdin, 1997). Wells (1995) beskrev flere studier der Pattersons behandlingsteknikker har blitt prøvd ut. Blant annet replikerte Fleischman (1981; ref i Wells, 1995) behandlingsprosedyrene for PMT-O i en studie. Resultater fra studien viste en signifikant reduksjon av avvikende atferd hos barna som hadde fått PMT-O behandling.

I en sammenlignende studie har barn som har fått diagnosen "conduct disorder", blitt analysert opp mot normativa data etter endt behandling. Resultatene viste store endringer i funksjon hos barna med diagnosen "conduct disorder" etter endt behandling. Disse barna kunne da plasseres i samme ikke kliniske gruppe som barna som ble brukt ved sammenligningen.

Behandlingseffekten har, i mange studier, vedvart 1 til 3 år etter endt behandling (Patterson et al., 1992). Noen studier viste at behandlingseffekten vedvarte 10 til 14 år etter endt behandling (Long et.al., 1994, ref. i Kazdin, 2000).

6.2.2.3 Generaliseringseffekter

Studier har vist generaliserings effekter fra PMT-O behandling til blant annet søsken (Kazdin, 2000). Forehand & McMahon (1981) beskriver områder der de mener at det er spesielt viktig å vurdere generaliseringseffektene. Det er i forhold til situasjon (fra den terapeutiske situasjonen til hjemmet og skolen), fra behandlet atferd til atferd som ikke har vært fokusert på i behandlingen, i hvilken grad foreldrene kan overføre de lærte ferdighetene til også å brukes på ubehandlede søsken samt å se effektene i lys av den tid det gått siden behandlingen ble avsluttet). De hevder at generalisering er viktig for resultatet av foreldretreningsprogrammer fra minst to 2 forskjellige perspektiver; først og fremst fra et behandlingsperspektiv da generalisering gir en bedre utnyttelse av terapeutens tid, men også fra et preventivt perspektiv da generalisering vil minske repetisjon av behandlingen og også vil minske risikoen for fremtida atferdsproblemer hos barnet. Forehand & McMahon (1981) viste i en studie at det å integrere formell (formal) trening av

sosiale læringsprinsipper i foreldretrening øker både behandlingsresultatene, og generaliserbarheten.

6.3 Viktige områder å belyse samt videre implikasjoner for behandling

Effekten av PMT-O på ungdommer har ikke like god forskningsmessig dokumentasjon som dokumentasjonen i forhold til barn. Forskning har vist at ungdommer som er henvist til behandling har mer alvorlige og kroniske atferdsavvik enn hva yngre barn har (Kazdin, 2000). Kazdin (1997) konkluderer, etter en litteraturgjennomgang, med at forsøk på å intervensere i forhold til antisosiale ungdommer stort sett har ledet til negative resultater. Som best har han funnet forbedringer i opp til 2 år etter behandlingsslutt. Patterson, DeBaryshe & Ramsey (1989) har i en studie vist at foreldretrening er effektivt når det brukes i forhold til yngre barn med atferdsproblemer. Patterson & Narrett (1990) skriver at de beste resultatene kommer fra behandlingsstudier med 4 – 8 år gamle barn. For å få en best mulig effekt av behandlingen vil det være viktig å konsentrere intervensjonene så tidlig som mulig (Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989) De kommer derfor med en anbefaling om å, i forhold til behandling, gå inn og identifisere barn i de første klassetrinnene som har atferdsproblemer og / eller mangler sosiale ferdigheter. De kommer videre med følgende anbefaling for utvikling av intervensjoner; fremgangsrrike intervensjoner bør inneholde følgende 3 komponenter: foreldretrening, ferdighetstrening for barnet og akademisk trening.

Patterson (1999) mener at det å identifisere gutter som står i fare for å havne i gruppen av barn som tidlig utvikler atferdsproblemer (early – onset delinquency), og rettlede dem vekk fra dette, vil være en adekvat korttidsstrategi. I det lange løp mener han at det er nødvendig å undersøke determinanter for prevalensen av denne risikogruppen. Gjennom å identifisere slike determinanter mener han at det vil være mulig å designe et intervensjonsprogram som kan settes i verk ved et langt tidligere tidspunkt. Han argumenterer med at i flere tilfeller hvor ”coercion” prosessen egentlig karakteriseres som å være i et tidlig stadium, har den hos mange av guttene likevel pågått i mange år. Det har vist seg å være langt vanskeligere å nå gode resultater når prosessen har pågått en stund (Patterson, 1982; Berkowitz, 1983). På bakgrunn av en grundig undersøkelse av determinanter mener han at intervensjonene burde kunne rettes mot de familier som stod i fare for å oppdra barn som senere ville tilhøre nevnte risikogruppe. I henhold til

Patterson (1999) finnes allerede de forskningsresultater som trengs for å kunne rette intervensjonene mot riktig målgruppe (blant annet studier vedrørende handikappede barn og deres familier og studier på sosialt mistilpassede familier).

Patterson (1999) mener at forskning som vil vise hvordan intervensjonene skal utformes for å gi best mulig resultat eksisterer. Ramey og Ramey (1992, ref. i Patterson, 1999) har i sine studier funnet bevis for at det eksisterer en lineær relasjon mellom intervensjoners intensitet og kognitiv eller akademisk resultat. Mens hjembesøk av terapeuten en dag i uken ikke hadde noen effekt, viste hjembesøk tre ganger i uken signifikant effekt og hjemmebesøk 5 ganger i uken en bortimot optimal effekt. De fant også at den største effekten oppnås når intervensjonen startet tidlig og ble opprettholdt frem til barnet var rundt åtte år.

Eddy & Chamberlain (2000) gjorde en studie av familieferdigheter (slik som veiledning, disiplin og en positiv relasjon mellom foreldre og ungdom) og avvikende venners innflytelse på ungdommers antisosiale atferd. De fant at både familieferdigheter og avvikende venner hadde en medierende effekt på behandlingen og at det til sammen kunne forklare en tredjedel av variansen i antisosial atferd. Patterson & Yoerger (1997) mener at hvis antakelsen om at ungdomskriminalitet kovierer med forekomsten av foreldre med manglende foreldreferdigheter er riktig, må intervensjonene fremfor alt konsentreres om å redusere forekomsten av ineffektive/manglende foreldreferdigheter.

6.3 Implementeringen av PMT-O i Norge

PMT-O setter mange krav til foreldrenes evne. De må kunne tilegne seg kunnskapen fra mange elementer i PMT-O samt klare å gjøre nytte av dette. De må klare å systematisk observere barnets atferd over tid og møte til ukentlige behandlingsmøter. For noen familier har det vist seg at disse kravene føles uoverstigelige (Kazdin, 2000).

PMT-O setter høye krav til terapeutens ferdigheter. Det er et omfattende behandlingsprogram som terapeuten skal gjennomgå sammen med foreldrene. Terapeuten skal både fungere som en veileder, kunne undervise på en måte som fremmer refleksjon hos foreldrene og samtidig ikke blir belærende. I tillegg skal terapeuten kunne fremme terapeutiske poeng. Mange studier har

konkludert med at behandlingsresultatene til stor grad er avhengige av terapeutens evner (Beutler, Machado, & Neufeldt, 1994). Chamberlain & Baldwin (in press) (ref. i Bank, Patterson & Reid, 1987) hevder at suksessen ved bruk av PMT-O til stor grad er avhengig av terapeutens evne til å håndtere klientens motstand. Terapeutiske evner har vist å korrelere med grad av erfaring (Beutler, Machado, & Neufeldt, 1994). Dette er i overensstemmelse med resultater fra flere studier som ikke har klart å påvise en signifikant behandlingseffekt etter terapi drevet av studentterapeuter (Patterson, 1985). Blant annet har Bernal et al. (1980), (ref. i Patterson, 1985) vist at behandling med foreldretreningsteknikker ikke ga signifikante resultater da det ble brukt studentterapeuter.

Patterson poengterer viktigheten av å bruke erfarne terapeuter i PMT-O behandling (Patterson, 1982, 1985). Opplysningene fra spørreundersøkelsen viser at gruppen som mottatt opplæring i PMT-O oppfyller kravet Patterson setter til PMT-O terapeuter. I gjennomsnitt er det 18 år siden deltakerne fullførte sine utdannelser. Majoriteten av deltakerne har jobbet med mer enn 20 saker som har gjaldt barn med atferdsproblemer.

Dette aspekt er imidlertid ikke direkte tatt høyde for i rettingslinjene for videre opplæring av terapeuter. I rundskriv PMT-O Ø-16/01(Disen & Helland, 2001b) fremgår det at krav som stilles til deltakere i neste opplæringsprogram er høyskole- eller universitetsutdanning og at vedkommende har en arbeidssituasjon som gir mulighet for å arbeide med familier og barn med begynnende eller uttalte atferdsproblemer etter PMT-O – metoden. Askeland & Christiansen (2001b) skriver i tillegg at opplæringskandidatene skal ha bakgrunn som kliniske terapeuter. Hvor lang denne erfaring skal være blir ikke spesifisert.

Den største innvendningen mot PMT-O er i henhold til Kazdin (2000) at det er få muligheter for terapeuter å få opplæring i behandlingsmodellen. De terapeutiske ferdighetene kan ikke karakteriseres som trivielle, men trengs å trenes inn. Å trene terapeuter i en terapiform er et omfattende arbeid (Kazdin, 1996b). Kazdin (1996b) viser til at det er mange ferdigheter som gjelder utøvelse av terapien, som bør læres. I tillegg er det viktig at den blivende terapeuten får trening i hva som skal sies, hva som ikke bør sies og får tilbakemelding i forhold til sin fremtoning overfor klientene.

Sett i sammenheng med Kazdins påpekende om begrensede muligheter for opplæring i PMT-O så er opplæringsprogrammet i Norge ganske unikt. Norge har i dag flere utdannede PMT-O terapeuter enn hva som finnes i USA. I tillegg vil en ny gruppe PMT-O terapeuter være ferdig utdannet våren 2003 (Askeland & Christensen, 2001b). Sosial- og helsedepartementet har lovet å følge opp den økonomiske bevilgningen for neste år og poengterer at bevilgningen skal brukes til avlønning av regionskoordinatorer og til dels av PMT-O-konsulenter i kliniske stillinger. Bevilgningene vil således gå til foremål som støtter videre implementering av PMT-O.

Hvis vi ser på deltakernes syn på opplæringsprogrammet (det som kommer frem i spørreundersøkelsen), så kan det virke som at behandlingsprogrammet gjennomgående har holdt en god kvalitet. Sett på bakgrunn av at deltakerne generelt har en solid erfaring som behandlere, bør det kunne forutsettes at de har et godt grunnlag for vurdering av behandlingsprogrammet. (I tillegg til lang arbeidserfaring var det en god spredning i erfaring med ulike terapiretninger. De mest representerte retningene var løsningsorientert terapi og kognitiv terapi, fulgt av atferdsterapi og familie/systemiske retninger). Deltakerne var gjennomgående fornøyd med teorifremstilling, undervisning og demonstrasjon av øvelse i terapeutferdigheter og teknikker. Noe misnøye viste seg ved vektleggingen av de ulike elementene (temaene) i opplæringsprogrammet.

Når det gjelder Kazdins påpekelse av viktigheten av at de blivende terapeutene får tilbakemelding på sin fremtoning overfor klientene, er dette et punkt der det fremkommer en del misnøye. Utgangspunktet var godt. Hver enkelt deltaker tok opptak av terapitimer på video. Videoene ble så sendt til Oregon for oversettelse. Deltakeren fikk deretter en skriftlig tilbakemelding på videoen. Missnøye er begrunnet med at tilbakemeldingene ble relativt forsinket. De fleste er likevel fornøyd med både omfang og utbytte av tilbakemeldingene. Etter de signaler vi har fått vil forsinkelse med tilbakemeldingene bli forbedret ved neste opplæringsprogram (personlig kommunikasjon, Elisabeth Askeland 28.10.2001).

Prosjektet "Forskning og kompetanseutvikling i forhold til barn og unge med alvorlige atferdsproblemer" ledes av forsker og professor Terje Ogden. Han vil her sammen med stipendiat Mona Duckert ha ansvaret for evalueringen av PMT-O i Norge. Hovedmålsettingen vil

være å evaluere effektiviteten av PMT-O i arbeidet med å redusere antisosial atferd og øke sosialt kompetent atferd hos barn i alderen 4 til 12 år. Det vil spesielt rettes oppmerksomhet mot de handlinger og atferdsmønstre som har vist seg å predikere utvikling av alvorlig antisosial atferd i ungdom og i voksen alder. Hensikten er at evalueringen skal bidra til økt kunnskap om de sosiale og psykologiske prosesser som leder til en reduksjon av avvikende atferd og en økning i prososial atferd hos barn med atferdsproblemer. I tillegg skal evalueringen fokusere på implementeringen av PMT-O i Norge og de hemmende og fremmende faktorer som kan gjøre seg gjeldende når metoden skal tas i bruk (Ogden, 2000). Det knytter seg stor interesse til resultatene av evalueringsprosjektet.

Epilog

Etter et omfattende arbeid med litteratursøk, kunnskapsvervelse, systematisering og redigering for at denne oppgaven i størst mulig grad skulle få et nyansert innhold, har vi samtidig, som snart ferdiguteksaminerte psykologer, underbygget vår manglende mulighet til å arbeide med PMT-O. Et ironisk paradoks som vi sikkert får leve med i mange år. Det har likevel vært givende å arbeide med oppgaven. Vårt inntrykk er at den brede satsningen innenfor PMT-O i Norge, som nå tar form, absolutt er berettiget i forhold til den dokumentasjon som foreligger.

Referanser

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. (4th ed.). Washington, DC.: American Psychiatric Association.

Askeland, E. (1999). Orientering om neste workshop med Marion Forgatch. (brev datert 10.09.99). Oslo: Atferdsprosjektet, Senter for klinisk psykologisk forskning, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

Askeland, E., & Christiansen, T. (2000). Vedrørende opplæringsprogrammet i Parent Management Training (PMT-O) (brev datert 04.02.00). Oslo: Atferdsprosjektet, senter for klinisk psykologisk forskning, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

Askeland, E., & Christiansen, T. (2001a). Vedr. videreføring av Parent Management Training og stedlig tilrettelegging. (16. oktober 2001). Oslo: Atferdsprosjektet, Senter for klinisk psykologisk forskning, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

Askeland, E., & Christiansen, T. (2001b). Vedr. invitasjon til å finne fram til et nytt kull terapeuter som kan få opplæring i behandlingsmetoden Parent Management Training (PMT-O-Oregon) rettet mot barn med atferdsvansker. (19. oktober 2001). Oslo: Atferdsprosjektet, Senter for klinisk psykologisk forskning, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

Bandura, A., & Walters, R. (1963). Social Learning and Personality Development. London: Holt, Rinehart and Winston.

Bank, L., Patterson, G. R., & Reid, J. B. (1987). Delinquency Prevention Through Training Parents in Family Management. The Behavior Analyst, 10(1 (Spring)), 75-82.

Berkowitz, L. (1993). Aggression It's causes, Consequences, and Control. New York: McGraw-

Hill, Inc.

Beutler, L. E., Machado, P.P.P. & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. (fourth edition). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Capaldi, D. M., & Patterson, G. R. (1991). Relation of Parental Transitions to Boys' Adjustment Problems I. A Linear Hypothesis. II. Mothers at Risk for Transitions and Unskilled Parenting. Developmental Psychology, 27(3), 489-504.

Chamberlain, P., & Patterson, G. R. (1995). Discipline and Child Compliance in Parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), Handbook of parenting. Applied and Practical Parenting. (Vol. 4, pp. 205-225). New Jersey/Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates.

DeGarmo, D. S., & Forgatch, M. S. (1999). Contexts as Predictors of Changing Maternal Parenting Practices in Diverse Family Structures: A Social Interactional Perspective of Risk and Resilience. In E. M. Hetherington (Ed.), Coping With Divorce, Single Parenting, and Remarriage. A Risk and Resiliency Perspective. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Disen, A., & Helland, H. (1999). Tilbud om deltakelse i utviklings- og opplæringsprogram rettet mot barn og unge med atferdsproblemer. (brev datert 18.03.99). Oslo: Det kongelige sosial- og helsedepartementet. Barne- og familiedepartementet.

Disen, A., & Helland, H. (2001). Rundskriv om implementering av metoden Parent Management Training (PMT-O) i Norge- Q-16/01 (brev datert 01.08.2001). Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Barne- og familiedepartementet.

Eddy, J. M., & Chamberlain, P. (2000). Family Management and Deviant Peer Association as Mediators of the Impact of Treatment Condition on Youth Antisocial Behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(5), 857-863.

- Eddy, M. (2000). OSLC 2000. Upublisert erfaringsamling fra OSLC. (Kan muligens skaffes fra OSLC, 160 E. 4th Ave., Eugene, OR 97401, Phone: (541)485-2711, Fax: (541)485-7087).
- Forehand, R. L., & McMahon, R. J. (1981). Helping the noncompliant child. A clinician's guide to parent training. New York: The Guilford Press.
- Forgatch, M. S. (1991). The Clinical Science Vortex: A Developing Theory of Antisocial Behavior. In D. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), The Development and treatment of childhood aggression (pp. 291-315). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Forgatch, M. S. (1996). Parenting through Change. Oregon: Oregon Social Learning Center.
- Forgatch, M. S., & Atferdsprosjektet, Universitetet i Oslo. (2001). Håndbok for terapeuter og trenere i Parent Management Training (PMT-O Oregon-modellen). Oslo:
- Forgatch, M. S., & DeGarmo, S. (1997). Adult problem solving: Contributor to Parenting and Child Outcomes in Divorced Families. Social Development, 6(2), 237-253.
- Forgatch, M., & DeGarmo, D. S. (1999). Parenting Through Change: An effective Prevention Program for Single Mothers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67(5), 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(10), 923-937.
- Forgatch, M. S., Martinez, C. R., & DeGarmo, D. S. (2000). An efficacy trial for single mother families: the Oregon divorce study. Paper presented at the Inaugural World Conference, Atlanta.

Forgatch, M. S., & Patterson, G. (1989). Parents and Adolescents. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.

Gran, E. (1998). Can a child be changed?, (24. Oktober 2001)
<http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/little/readings/oregonlc.html>

Hagen, H. (Ed.). (2000). Samdata psykiatri. Rapport. Psykiatritjenesten 1999- omstilling og vekst. (Vol. 4-00). Trondheim: SINTEF Unimed NIS SAMDATA.

Halsteinli, V. (2000). Hvem er de nye pasientene i BUP? (kap 9). In H. Hagen (Ed.), Samdata psykiatri, Rapport Psykiatritjenesten 1999 - omstilling og vekst (Vol. 4-00), (pp. 107-112). Trondheim: SINTEF Unimed NIS SAMDATA.

Hinshaw, S. P., & Anderson, C. A. (1996). Conduct and Oppositional Defiant Disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), Child Psychopathology (pp. 113-149). New York: The Guilford Press.

Kazdin, A. E. (1996a). Developing effective treatments for children and adolescents. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Disorders. Empirically Based Strategies for Clinical Practice (pp. 9-18). Washington, DC: American Psychological Association.

Kazdin, A. E. (1996b). Problem solving and parent management in treating aggressive and antisocial behavior. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Disorders. Empirically Based Strategies for Clinical Practice (pp. 377-408). Washington, DC: American Psychological Association.

Kazdin, A. E. (1997). Parent Management Training: Evidence, Outcomes, and Issues. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36(10), 1349-1356.

- Kazdin, A. (2000). Treatments for aggressive and antisocial children. Juvenile Violence, 30(4), 841-858.
- Kazdin, A. (2001). Bridging the Enormous Gaps of Theory With Therapy Research and Practice. Journal of Clinical Child Psychology, 30(1), 59-66.
- Maccoby, E. E. (1980). Commentary. In G. R. Patterson, (1980b). Mothers: the unacknowledged victims. Monographs of the Society for Research in Child Development, 45(No. 5), (Serial No. 186).
- McMahon, R. J., & Wells, K. C. (1998). Conduct Problems. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), Treatment of Childhood Disorders (Second edition ed., pp. 111-207). New York: The Guilford Press.
- Moffit, T. E. (1993). Adolescents-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A Developmental Taxonomy. Psychological Review, 100(4), p. 674-701.
- Norges Forskningsråd. (1998). Barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Hva kan nyere viten fortelle oss? Hva slags hjelp trenger de? Ekspertuttalelse etter konferansen 18.-19. september 1997 om tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelige og utagerende. Oslo: Norges Forskningsråd.
- Ogden, T. (1987). Atferdspedagogikk i teori og praksis: om arbeid med atferdsproblemer i skolen. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ogden, T. (1999). Antisocial atferd og barneoppdragelse. "Parent Management Training" som foreldreopplæring. Spesialpedagogikk(6), 3-17.
- Ogden, T. (2000). Alvorlige atferdsproblemer hos barn og unge: Familie- og nærmiljøbaserte tiltak. Norges barnevern(1), 4-14.

OSLC. (2001a). Publications. (hentet 24.01.01). <http://www.oslc.org/Pubs/cumbibnewf.html>

OSLC. (2001b). Current Projects. (hentet 21.08.01). <http://www.oslc.org/dproj:html>

Patterson, G. R. (1980). Mothers: the unacknowledged victims. Monographs of the Society for Research in Child Development, 45(No. 5, Serial No. 186).

Patterson, G. R. (1982). A Social Learning Approach. Coercive family process. (Vol. 3). Eugene, OR: Castalia Publishing Company.

Patterson, G. R. (1985). Beyond technology: the next stage in developing an empirical base for parent training. In L. L'Abate (Ed.), The Handbook of family psychology and therapy. Homewood, IL: Dorsey Press.

Patterson, G. R. (1986). Performance Models for Antisocial Boys. American Psychologist, 41(4), 432-444.

Patterson, G. R. (1996). Some Characteristics of a Developmental Theory for Early-Onset Delinquency. In M. F. Lenzenweger & J. J. Haugaard (Eds.), Frontiers of Developmental Psychopathology. New York: Oxford University Press.

Patterson, G. R. (1997). Performance Models for Parenting: A Social Interactional Perspective. In J. E. G. L. Kuczynski (Ed.), Parenting and Children's Internalization of Values. A Handbook of Contemporary Theory. (pp. 193-226). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Patterson, G. R. (1999). Some Alternatives to Seven Myths about Treating Families of Antisocial Children. Crime and the Family Conference.

Patterson, G. R., & Chamberlain, P. (1994). A Functional Analysis of Resistance During Parent Training Therapy. Clinical Psychology Science and Practice, 1(1), 53-70.

- Patterson, G. R., & Forgatch, M. (1987). Parents and Adolescents Living together Part 1: The Basics. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. (2000). Å leve sammen. Foreldre og tenåringer. Det grunnleggende. Del 1. [Parents and adolescents living together. Part 1: The Basics.]. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Patterson, G. R., & Narrett, C. M. (1990). The Development of a Reliable and Valid Treatment Program for Aggressive Young Children. International Journal of Mental Health, 19(3), 19-26.
- Patterson, G. R., & Yoerger, K. (1999). Intraindividual growth on covert antisocial behaviour: a necessary precursor to chronic juvenile and adult arrests? Criminal Behaviour and Mental Health(9), 24-38.
- Patterson, G., Capaldi, D., & Bank, L. (1991). An early-starter model for predicting delinquency. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), The development and treatment of childhood aggression (pp. 139-168). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A Developmental Perspective on Antisocial Behavior. American Psychologist, 44(2), 329-335.
- Patterson, G. R., Dishion, T. J., & Chamberlain, P. (1993). Outcomes and Methodological Issues Relating to Treatment of Antisocial Children. In T. R. Giles (Ed.), Handbook of Effective Psychotherapy . New York: Plenum Press.
- Patterson, G. R., Dishion, T. J., & Yoerger, K. (2000). Adolescent Growth in New Forms of Problem Behavior: Macro- and Micro-Peer Dynamics. Prevention-Science, 1(1), 3-13.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). A Social Learning Approach. Volume 4.

Antisocial boys. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.

Reid, J. B., & Patterson, G. R. (1989). The development of antisocial behaviour patterns in childhood and adolescence. European Journal of Personality, 3, 107-119.

Reid, J., Taplin, P. S., & Lorber, R. (1979). A Social Interactional Approach to the Treatment of Abusive Families. In R. B. Stuart, D. S. W. (Ed.), Violent Behavior: Social Learning Approaches to Prediction, Management and Treatment . New York: Brunner/Mazel Publishers.

Serketich, W. J., & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. Behavior Therapy, 27(2), 171-186.

Snyder, J. J., & Patterson, G. R. (1995). Individual differences in social aggression: A test of a reinforcement model og socialization in the natural environment. Behavior Therapy, 26, 371-391.

St.meld. nr. 17. Handlingsplan mot barne- og ungdomskriminalitet. 1999-2000. (1999). Oslo: Det kongelige barne- og familiedepartement.

St prp nr 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. (1998). Oslo: Det kongelige sosial- og helsedepartement.

Sørli, M.-A. (2000). Alvorlige atferdsproblemer og lovende tiltak i skolen En forskningsbasert kunnskapsstatus. Oslo: Praxis Forlag.

Wells, K. C. (1995). Parent Management Training. In G. P. Sholevar (Ed.), Conduct disorders in children and adolescents. (pp. 392). Washington, DC,: American Psychiatric Press, Inc.

WHO ICD-10: psykiske lidelser og adferdsmessige forstyrrelser: klassifkation og diagnostiske

kriterier.- [ny rev. udg.]. (1996). København: Munksgaard.

St meld nr 25. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. 1996-97. (1997).

Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Rundskriv Q-12/97. Handlingsplan for barn og unge med alvorlige atferdsproblemer. (1997).

Oslo: Det kongelige barne- og familiedepartementet.

Appendiks A

Spørreundersøkelse blant deltakerene i opplæringsprogrammet i Parent Management Training.

Opplysninger om din bakgrunn:

1. Grunnutdanning:

- Pedagog
 Psykolog
 Sosionom /barnevernspedagog
 Annet

2. Når ble grunnutdanningen fullført? _____

3. Nåværende arbeidssted:

- BUP/BUPA/ behandlingshjem
 Familiekontor
 Barnevern
 Annet

4. Hvilken type behandling har du tilbudt atferdsvanskelige barn og deres foreldre tidligere? Sett gjerne flere kryss.

- Individualbehandling
 Familiebehandling
 Foreldrerådgivning
 Konsultasjon / veiledning

5. Hvor mange saker med atferdsvanskelige barn har du arbeidet med tidligere ?

- 0
 1-5
 6-10
 11-20
 20 +

6. Hvilken behandlingsteoretisk orientering har du ?

Gradér fra 0 til 6. Null betyr at du ikke er tilhenger av orienteringen, mens seks betyr at du er sterk tilhenger av orienteringen. Sett gjerne ring rundt flere orienteringer hvis det blir mest riktig for deg.

Psykodynamisk terapi	0 1 2 3 4 5 6
Humanistisk/ eksistensiell terapi	0 1 2 3 4 5 6
Familieterapi / systemisk terapi	0 1 2 3 4 5 6
Løsningsorientert terapi	0 1 2 3 4 5 6
Kognitiv terapi	0 1 2 3 4 5 6
Atferdsterapi	0 1 2 3 4 5 6
Annen (hvilken).....	0 1 2 3 4 5 6

Under følger noen spørsmål angående de ulike komponentene i opplæringsprogrammet. Programmet har bestått av en rekke arbeidsseminarer (workshops), terapeutisk arbeid med fiktive og reelle familier samt veiledning (veiledningssamlinger, telefonveiledninger og skriftlige tilbakemeldinger).

Arbeidsseminar, spørsmål 7- 17.

Arbeidsseminarene har bestått av teorigjennomgang, teknikkpresentasjon (rollespill demonstrasjon), rollespill i par/ grupper og diskusjoner.

7. Hvor fornøyd er du med teorigjennomgangen på de arbeidsseminarene som har vært?

- svært fornøyd
 godt fornøyd
 fornøyd
 mindre fornøyd
 ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

8. Hvor fornøyd er du med teorigjennomgangen i forhold til disse komponentene/ temaene (se under) på arbeidsseminarene?

	svært fornøyd	godt fornøyd	fornøyd	mindre fornøyd	ikke fornøyd
• effektive beskjeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ros og oppmuntring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• monitorering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• disiplinering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• problemløsning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• positiv involvering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utfyllende kommentarer:.....

9. Hvor fornøyd er du med teknikkpresentasjonen på arbeidsseminarene i forhold til de ulike komponentene/ temaene under?

	svært fornøyd	godt fornøyd	fornøyd	mindre fornøyd	ikke fornøyd
• effektive beskjeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ros og oppmuntring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• monitorering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• disiplinering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• problemløsning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• positiv involvering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utfyllende kommentarer:.....

10. Hvor fornøyd er du med muligheten til å få trent på de forskjellige komponentene?

	svært fornøyd	godt fornøyd	fornøyd	mindre fornøyd	ikke fornøyd
• effektive beskjeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ros og oppmuntring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• monitorering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• disiplinering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• problemløsning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• positiv involvering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utfyllende kommentarer:.....

11. Hvor fornøyd er du med seminarlederens pedagogiske form?

- svært fornøyd
- godt fornøyd
- fornøyd
- mindre fornøyd
- ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

12. Hvor fornøyd er du med at teorigjennomgangen har foregått på engelsk?

- svært fornøyd
- godt fornøyd
- fornøyd
- mindre fornøyd
- ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

13. På arbeidsseminarene har rollespill vært brukt for å illustrere teori, terapeutiske poeng og terapeutiske ferdigheter. Hvor fornøyd har du vært med dette?

- svært fornøyd
- godt fornøyd
- fornøyd
- mindre fornøyd
- ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

14. En del av teknikkopplæringen på arbeidsseminarene har foregått som rollespill i smågruppe/par. Hvor fornøyd er du med denne formen for ferdighetstreningen?

- svært fornøyd
godt fornøyd
fornøyd
mindre fornøyd
ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

15. Har du presentert egne saker på arbeidsseminarene?

- ja
nei

Utfyllende kommentarer:.....

16. Hvis du har presentert en eller flere saker og fått tilbakemelding på den eller de, hvor fornøyd er du med utbyttet av tilbakemeldingen?

- svært fornøyd
godt fornøyd
fornøyd
mindre fornøyd
ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

17. Hvor fornøyd er du med at presentasjonen og tilbakemeldingen har foregått på engelsk?

- svært fornøyd
godt fornøyd
fornøyd
mindre fornøyd
ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

Terapeutisk arbeid med fiktive og reelle familier, spørsmål 18- 23.

18. Hvor fornøyd er du med bruk av fiktive familier som øvelse i starten av opplæringen?

- svært fornøyd
godt fornøyd
fornøyd
mindre fornøyd
ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

19. Hvor fornøyd er du med omfanget bruken av de fiktive familiene fikk?

- svært fornøyd
godt fornøyd
fornøyd
mindre fornøyd
ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

20. Videoopptakene av de fiktive familiene ble beskrevet og evaluert av deg ved hjelp av skjemaet "case session information form". Hvor fornøyd er du med dette skjemaet i forhold til de fiktive familiene?

- svært fornøyd
godt fornøyd
fornøyd
mindre fornøyd
ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

21. Hvor fornøyd er du med omfanget av terapeutisk arbeid med reelle familier?

- svært fornøyd
- godt fornøyd
- fornøyd
- mindre fornøyd
- ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

22. Hvor fornøyd er du med skjemaet "case session information form" i forhold til videooptakene av de reelle familiene?

- svært fornøyd
- godt fornøyd
- fornøyd
- mindre fornøyd
- ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

23. Hvor fornøyd er du med at skjemaet måtte fylles ut på engelsk?

- svært fornøyd
- godt fornøyd
- fornøyd
- mindre fornøyd
- ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

Veiledning, spørsmål 24 - 35.

Med veiledning forstår vi veiledningssamlinger og telefonveiledninger med norsk veileder samt den skriftlige tilbakemeldingen på dine videoopptak fra OSLC.

24. Hvor fornøyd er du med omfanget av veiledningssamlingene i forhold til ditt behov?

- svært fornøyd
- godt fornøyd
- fornøyd
- mindre fornøyd
- ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

25. Hvor fornøyd er du med utbyttet av veiledningssamlingene?

- svært fornøyd
- godt fornøyd
- fornøyd
- mindre fornøyd
- ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

26. Hvor fornøyd er du med omfanget av telefonveiledningen ?

- svært fornøyd
- godt fornøyd
- fornøyd
- mindre fornøyd
- ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

27. Hvor fornøyd er du med utbyttet av telefonveiledningen?

- svært fornøyd
godt fornøyd
fornøyd
mindre fornøyd
ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

28. Har du tatt kontakt med norsk veileder utover de oppsatte veiledningssamlingene/ telefonveiledningene?

- ja
nei

Utfyllende kommentarer:.....

29. Videoopptakene av dine klienttimer ble oversatt til engelsk. Hvis du bruker de skriftlige tilbakemeldingene som en indikator på hvor gode oversettelsene har vært, hvor fornøyd er du med oversettelsen av videoene?

- svært fornøyd
godt fornøyd
fornøyd
mindre fornøyd
ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

30. Hvor fornøyd er du med omfanget av de skriftlige tilbakemeldingene fra OSLC?

- svært fornøyd
- godt fornøyd
- fornøyd
- mindre fornøyd
- ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

31. Hvor fornøyd er du med utbyttet av de skriftlige tilbakemeldingene i forhold til ditt videre arbeid med saken ?

- svært fornøyd
- godt fornøyd
- fornøyd
- mindre fornøyd
- ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

32. Hvor fornøyd er du med at den skriftlige tilbakemeldingen har foregått på engelsk?

- svært fornøyd
godt fornøyd
fornøyd
mindre fornøyd
ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

33. Har du tatt kontakt med andre kursdeltagere med problemstillinger i forhold til saken(e) du holdt på med?

- ja
nei

Utfyllende kommentarer:.....

34. Har du blitt kontaktet av kursdeltagere med problemstillinger i forhold de aktuelle sakene det ble jobbet med?

- ja
nei

Utfyllende kommentarer:.....

35. Har du, utover arbeidsseminarene, kontaktet OSLC direkte med problemstillinger i forhold til den/de saken/e du jobbet med på det daværende tidspunktet?

Utfyllende kommentarer.....

Til slutt har vi noen generelle spørsmål (36-42):

36. Hvor fornøyd er du med vektleggingen av de ulike elementene (teori, terapeutisk egen aktivitet og veiledning) i opplæringsprogrammet?

- svært fornøyd
godt fornøyd
fornøyd
mindre fornøyd
ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

37. Hva er de viktigste forskjellene mellom PMT og andre måter du har jobbet på før?

38. Hvilke tilbakemeldinger har du fått fra foreldre du har samarbeidet med?

39. PMT er laget i USA av amerikanske forskere for amerikanske familier. Er det momenter i metoden du mener bedre bør tilpasses norske forhold?

40. Ble kulturforskjeller problematisert underveis i opplæringen?

ja
nei

Utfyllende kommentarer...

41. Hvor fornøyd er du med at du deltok i opplæringsprogrammet?

- svært fornøyd
- godt fornøyd
- fornøyd
- mindre fornøyd
- ikke fornøyd

Utfyllende kommentarer:.....

42. Har du lyst til å delta i videre implementering av PMT i Norge?

- ja
- nei

Utfyllende kommentarer:.....

Kommentarer angående spørreskjemaet og dets utforming og/eller utdypende svar på spørsmål blir mottatt med takk.

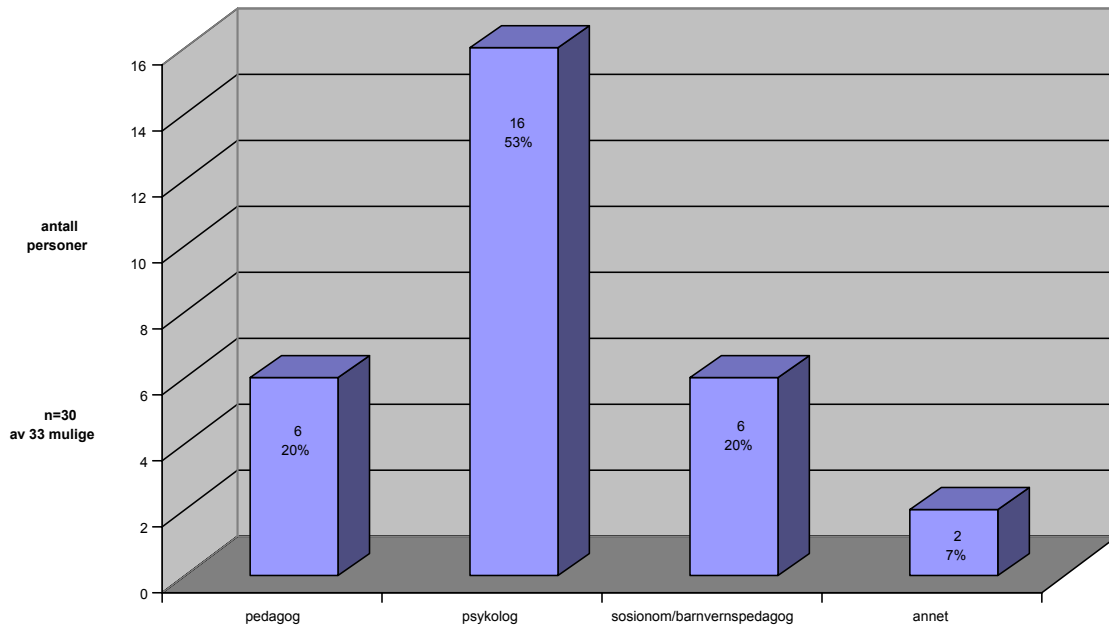
Tusen takk for at du tok deg tid til å svare!

Appendiks B

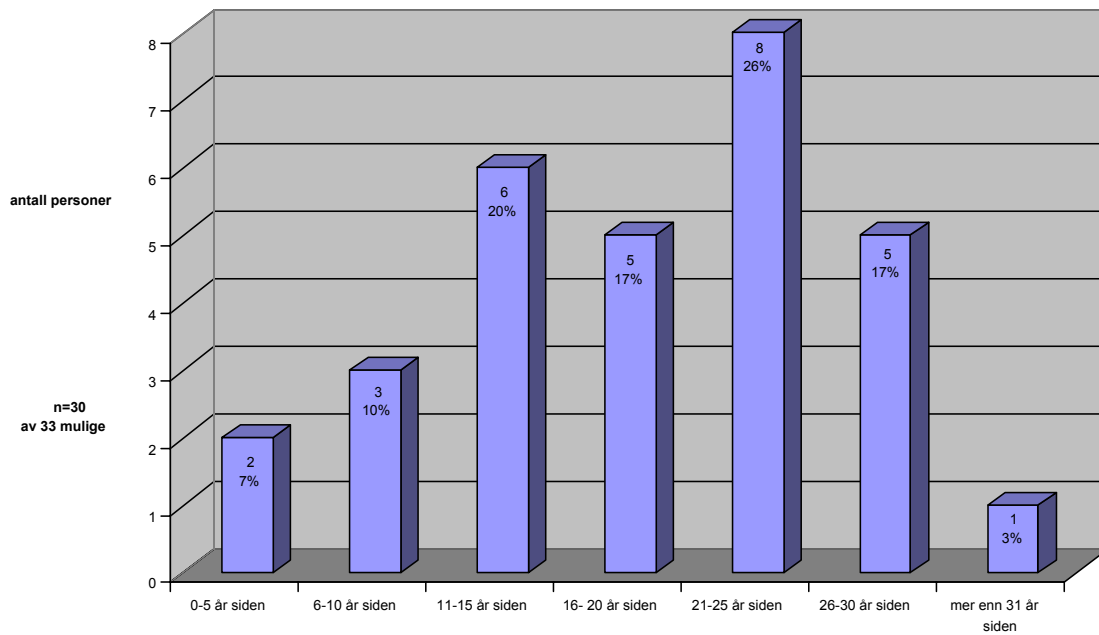
Resultater fra spørreundersøkelsen vist i figurer.

Figurene viser resultatene fra spørreundersøkelsen. Stolpene er markert med antall deltakere. De fleste stolpene angir i tillegg deltakerantallet i prosent. Enkelte steder er dette utelatt på grunn av plassmangel. Figur 6B viser bare antall personer.

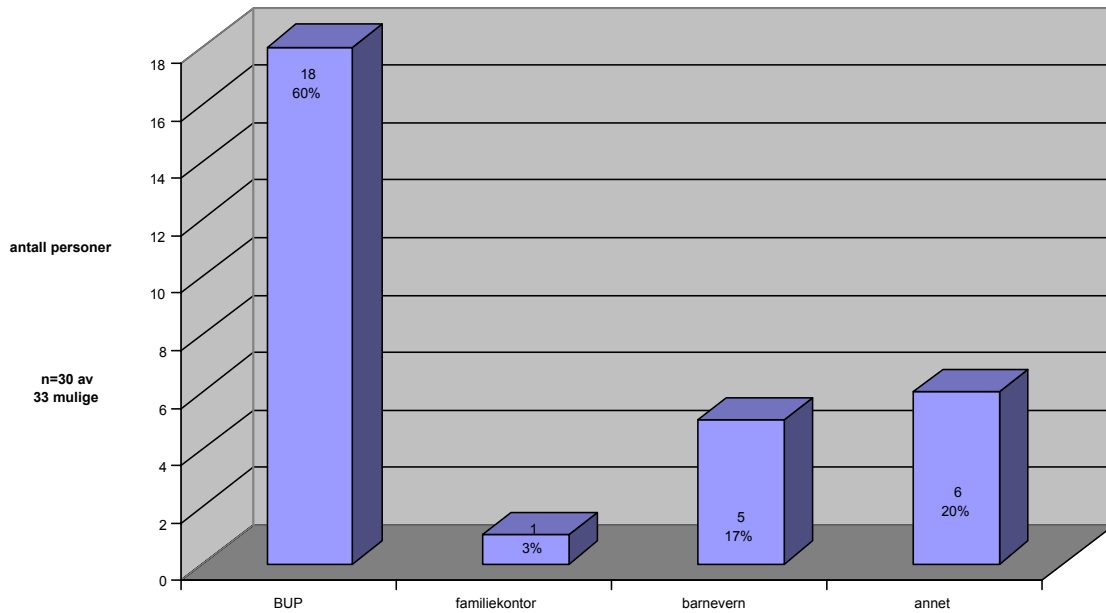
Figurene 1B, 2B, 3B, 4B, 5B, 6B, 8B, 9B og 10B gjengir deltakerenes svarfordelingen på ett spørsmål. Figurene 8B, 9B og 10B viser deltakerenes grad av fornøydhetsgrad på spørsmål 8, 9 og 10. På grunn av disse spørsmålenes delspørsmål stables deltakerenes fornøydhetsgrad oppå hverandre. I de resterende figurene refererer hver stolpe til et spørsmål. Deltakerenes svar (grad av fornøydhetsgrad) stables også her oppå hverandre.



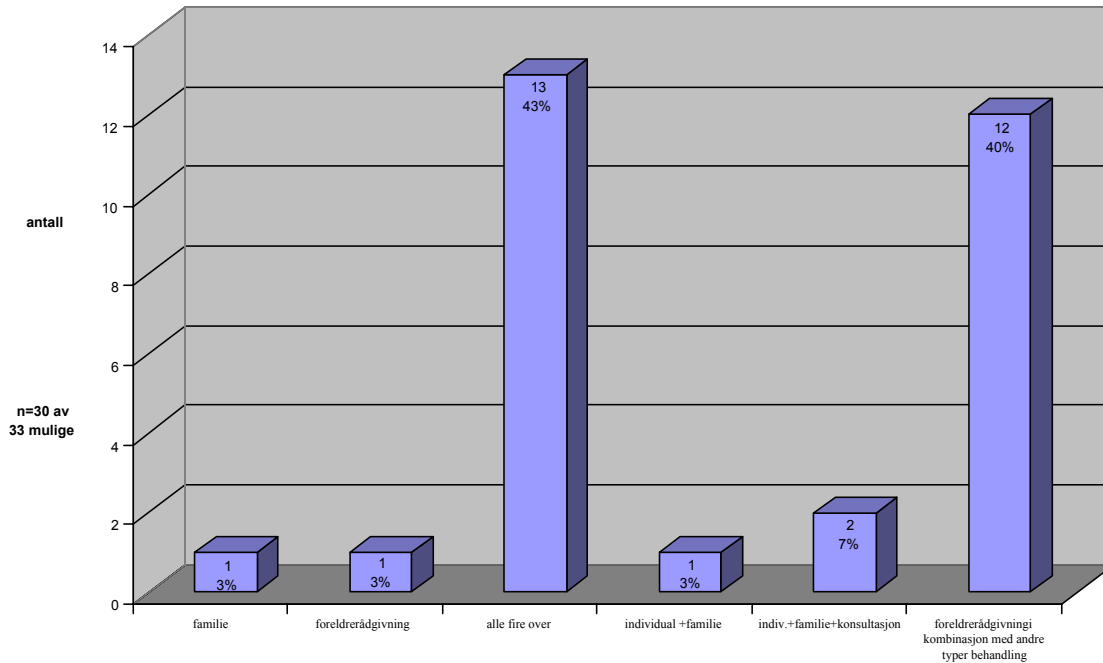
Figur 1B: Deltakerenes yrkesbakgrunn (spm. 1).



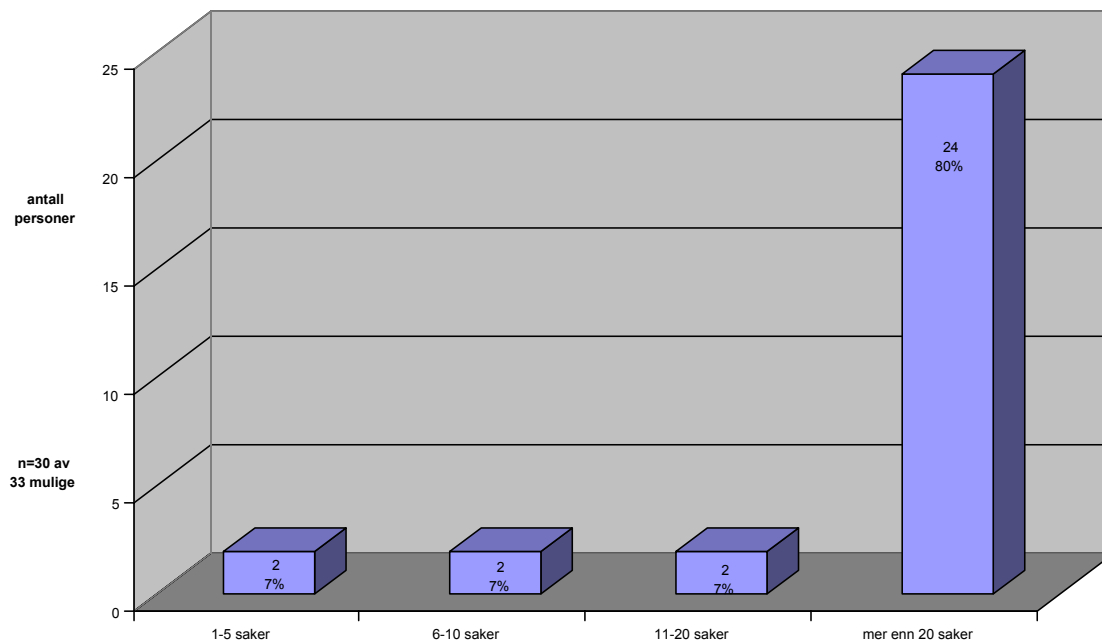
Figur 2B: Antall år siden deltakerene var ferdig utdannet (spm. 2).



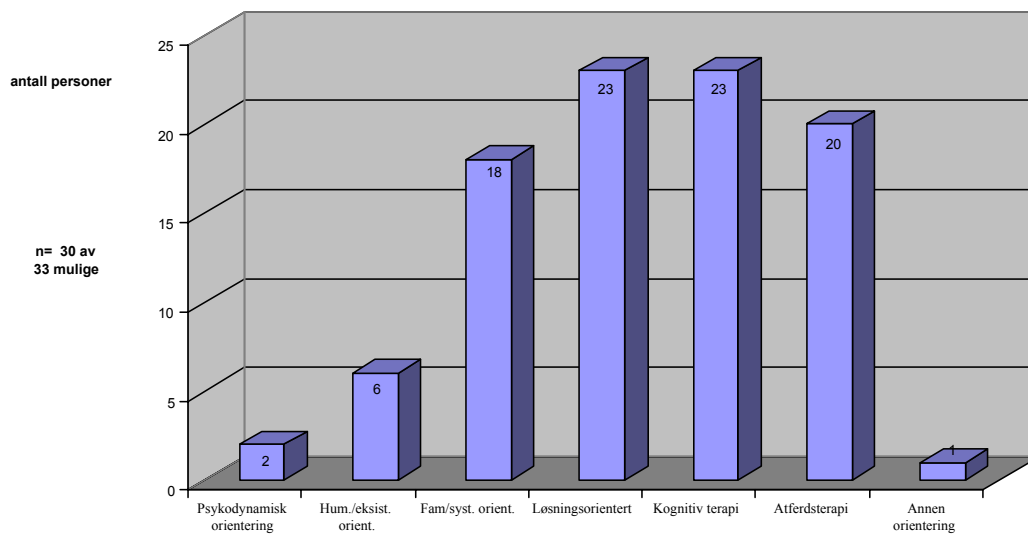
Figur 3B: Deltakerenes nåværende arbeidssted (spm. 3).



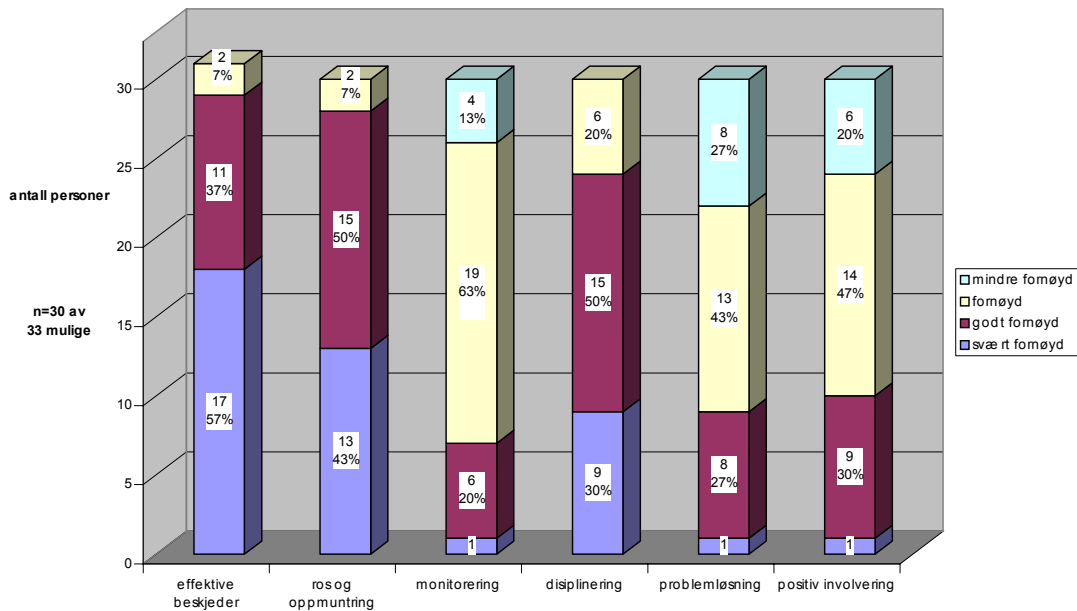
Figur 4B: De behandlingstilbudene deltakerene tidligere har tilbudt foreldre og barn med atferdsproblemer. Deltakerene kunne sette flere kryss, noe som resulterte i mange forskjellige alternativer (spm. 4).



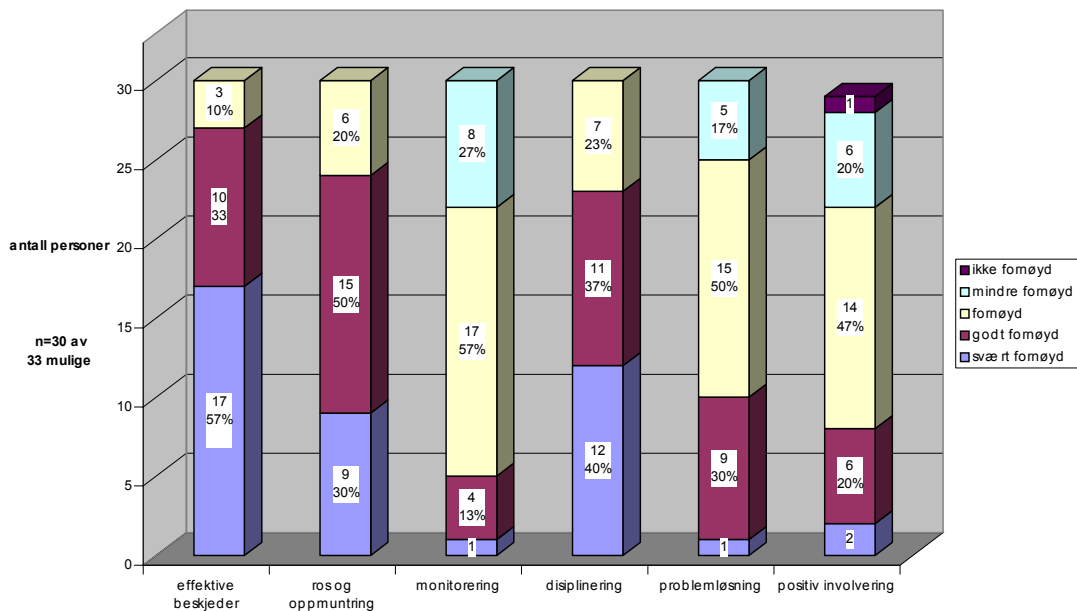
Figur 5B: Deltakerenes erfaring med atferdsvanskelige barn og deres familier beregnet ut fra hvor mange “atferdssaker” de har jobbet med (spm. 5).



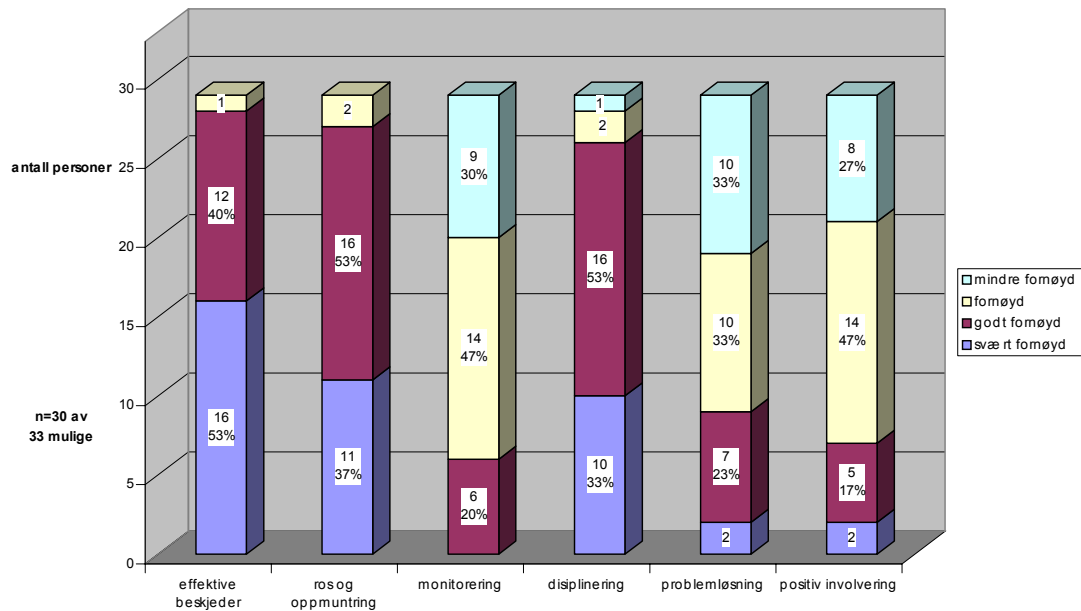
Figur 6B: Deltakerenes tiltro til forskjellige orienteringer. Deltakerene rangerte egen tiltro til 7 forskjellige psykologiske behandlings-orienteringer på en skala fra 0 til 6. 0 betyr ikke tilhenger og 6 betyr sterk tilhenger av orienteringen. Figuren viser hvor mange som har skåret 4 eller over på hver orientering. Deltakerene skulle krysse av på alle orienteringene (spm. 6).



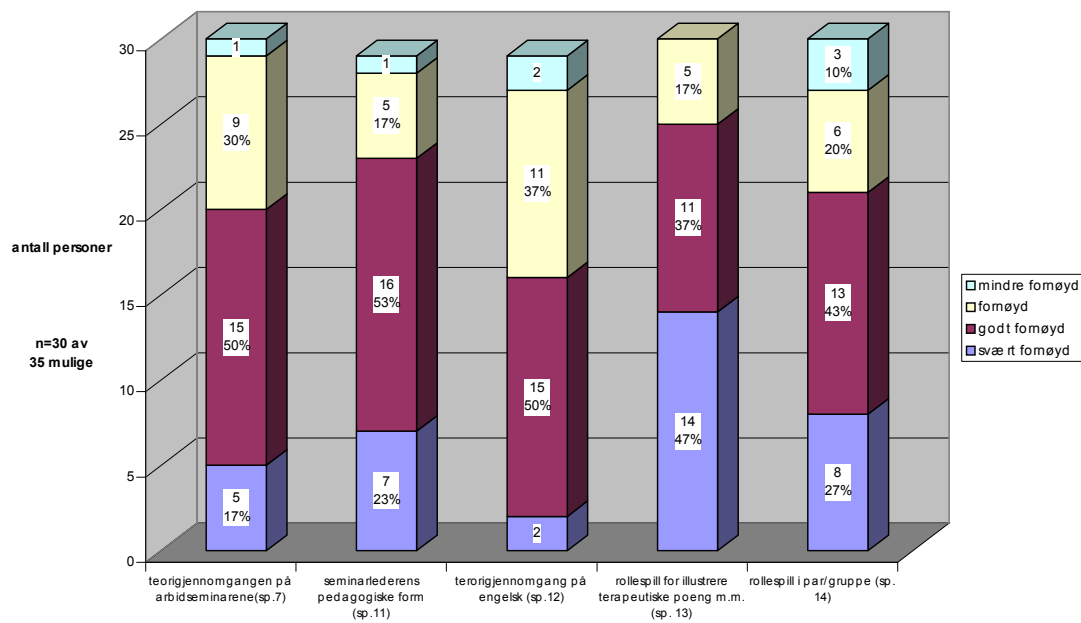
Figur 7B: Deltakerenes fornøydhetsnivå med de enkelte komponentene i forhold til teorigjennomgangen (spm. 8).



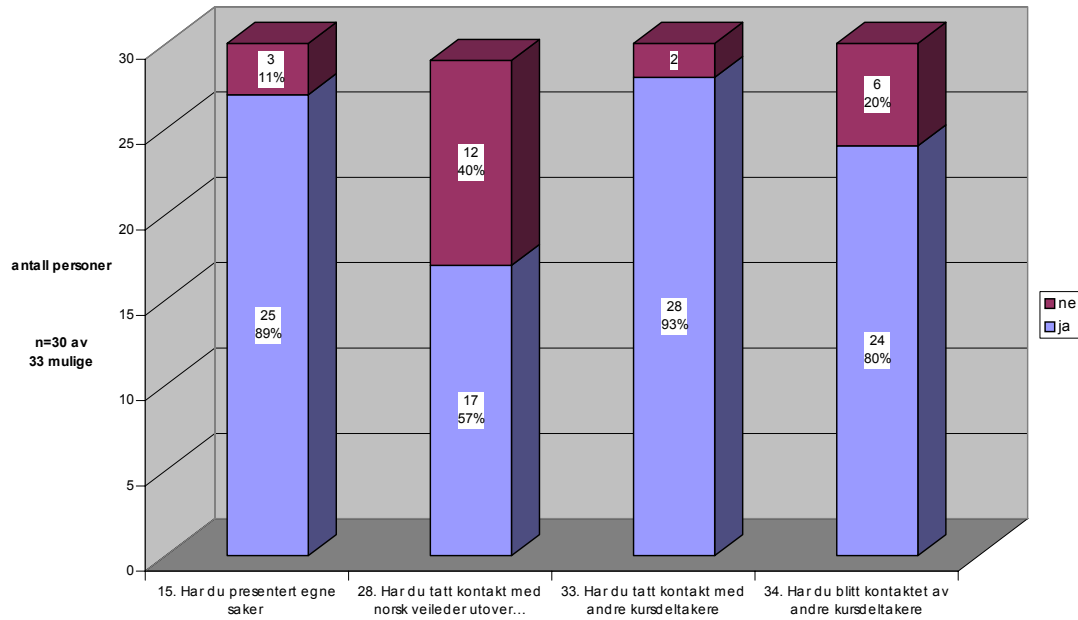
Figur 8B: Deltakerenes fornøydhetsnivå med de enkelte komponentene i forhold til teknikkpresentasjonen (spm. 9).



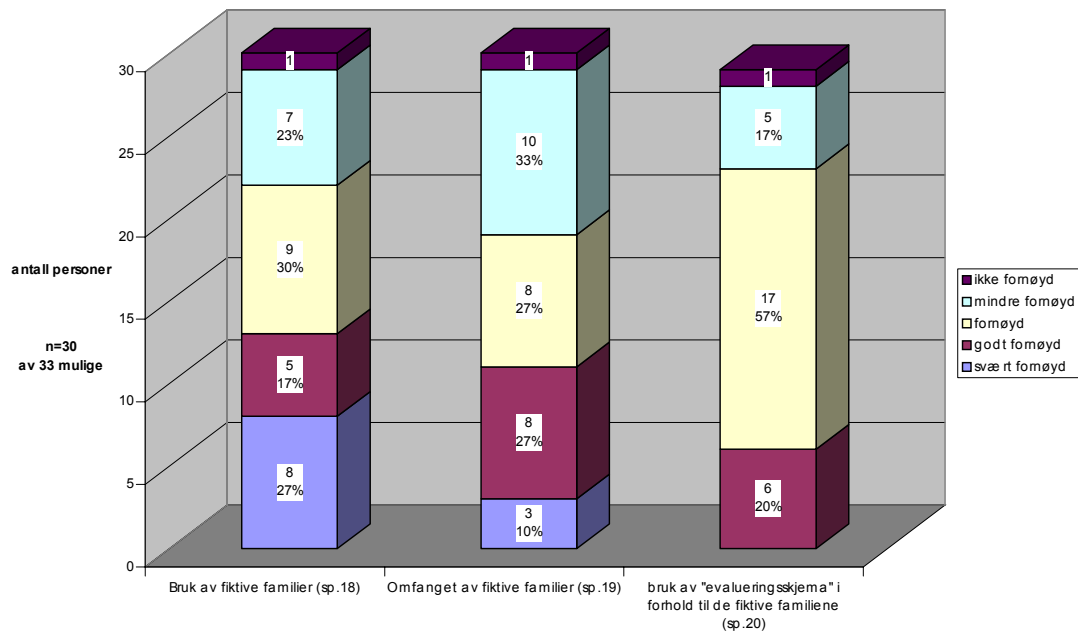
Figur 9B: Deltakerenes fornøydhet med muligheten til å trene opp teknikkferdigheter (spm. 10).



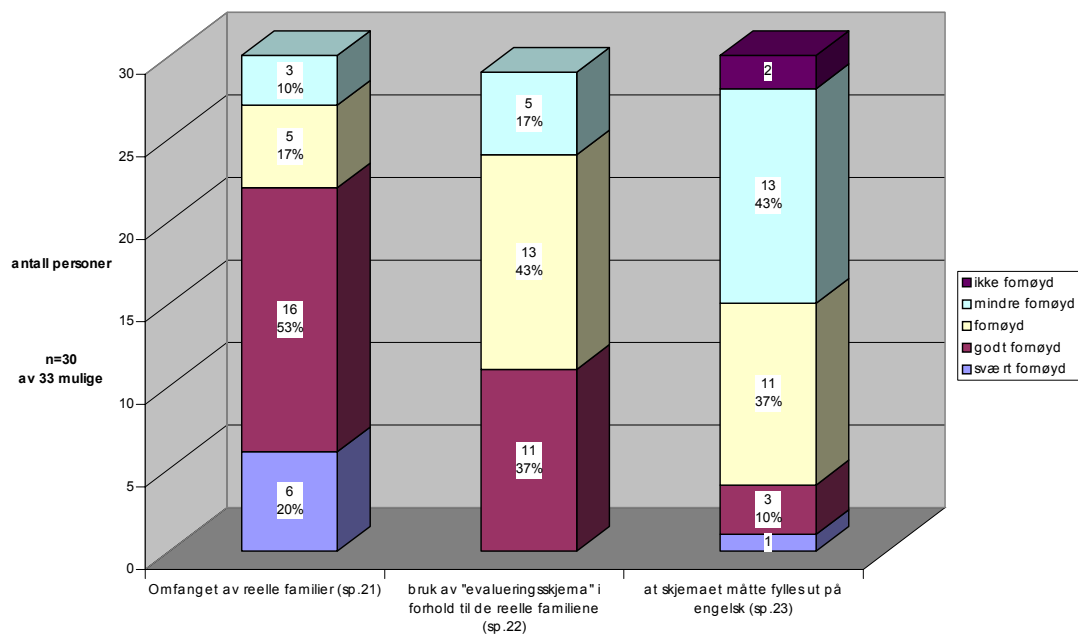
Figur 10B: Deltakerenes svar (fornøydhet) på spørsmål 7, 11, 12, 13 og 14.



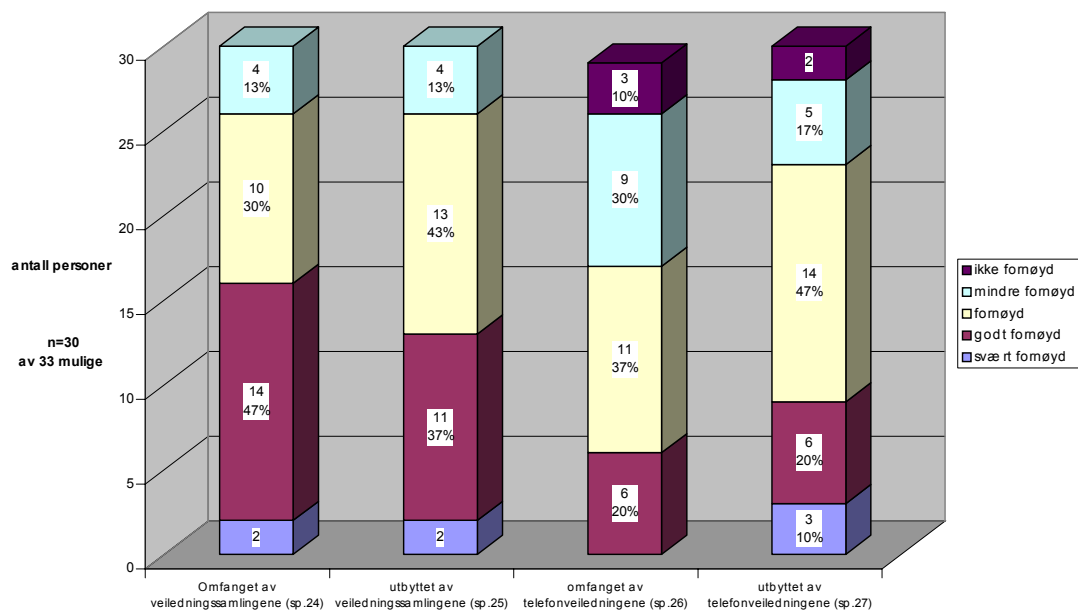
Figur 11B: Deltakerenes ja/nei svar på spørsmål 15, 28, 33 og 34.



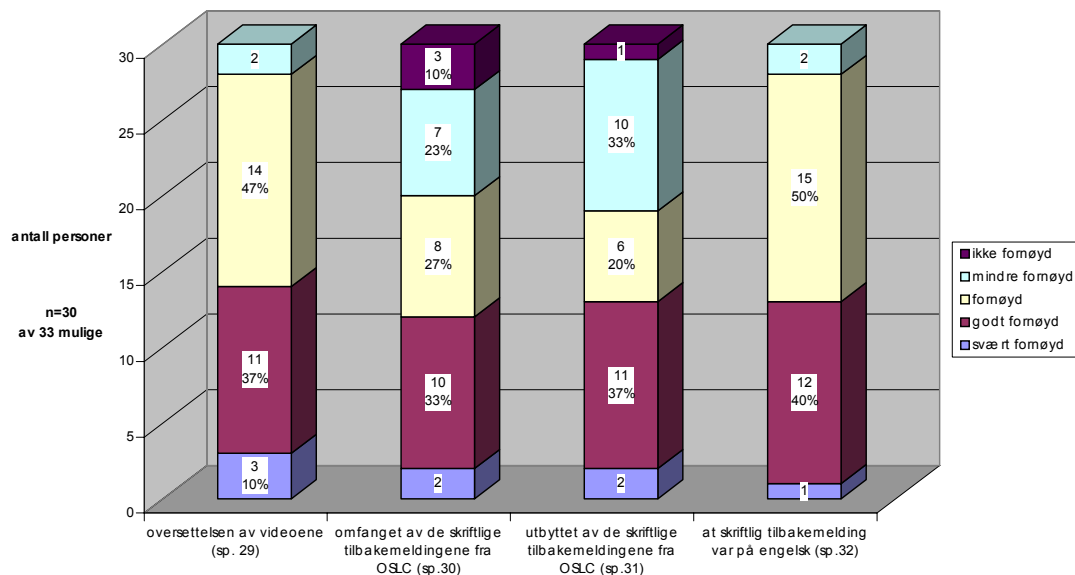
Figur 12B: Deltakerenes fornøydhed angående fiktive familier (spm. 18, 19 og 20).



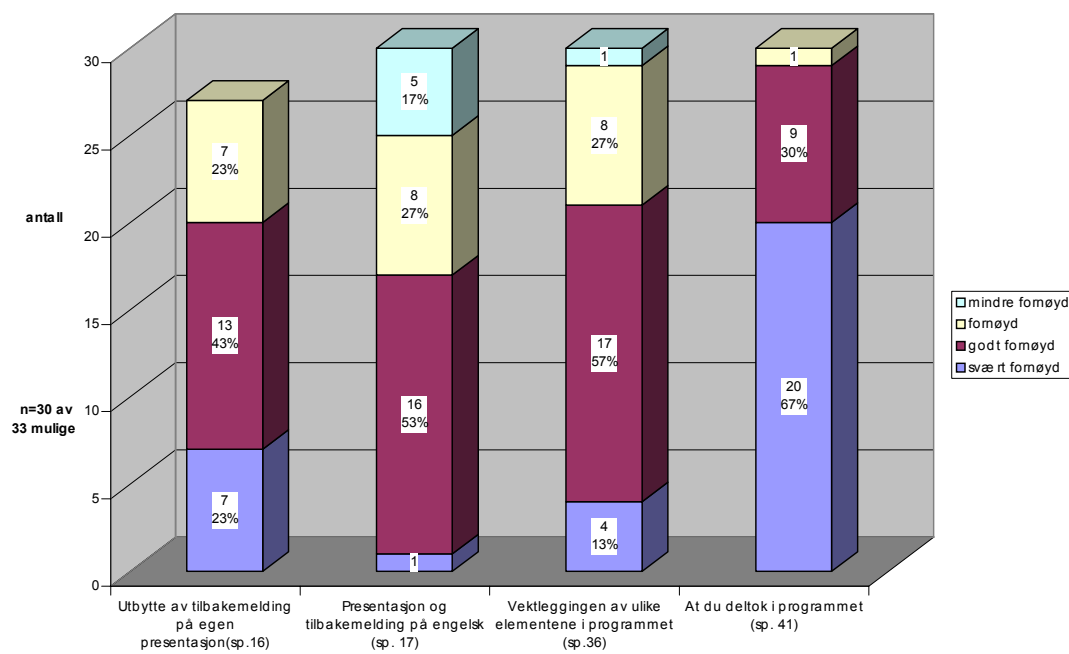
Figur 13B: Deltakerenes fornøyhet med det reelle klientarbeidet (spm. 21, 22 og 23).



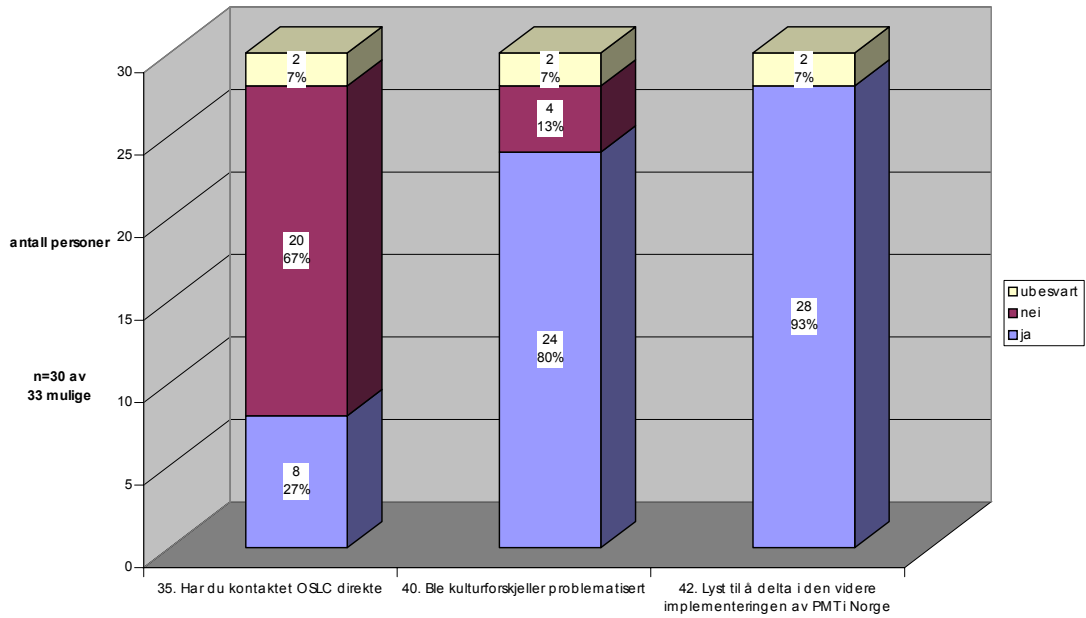
Figur 14B: Deltakerenes fornøyhet med veiledningen (spm. 24, 25, 26 og 27).



Figur15B: Deltakerenes fornøydhet med oversettelsen av videoopptakene, omfanget og utbyttet av skriftlig tilbakemelding på engelsk (spm. 29, 30, 31 og 32).



Figur 16B: Deltakerenes fornøydhet med vektlegging av elementene, presentasjon og utbytte av saker på engelsk, samt deltaking i opplæringsprogrammet (spm. 16, 17, 36 og 41).



Figur 17B: Deltakerenes ja/nei svar på om de har kontaktet OSLC med spørsmål, om kulturforskjeller ble problematisert underveis i opplæringen og om de har lyst til å delta videre i implementeringsprosessen (spm. 35, 40 og 42).