



Beskrivelse og vurdering av tiltaket:

Parent Training Management - Oregon (PMTO) en behandlingsmetode rettet mot foreldre

Ungsinnforfatter: Sturla Fossum

Vurdert i Ungsinnpanelet: 14.1.2011

Ungsinnforfatteren er ansvarlig for beskrivelsen av tiltaket. Beskrivelsen er basert på informasjon fra Atferdssenteret ved Universitetet i Oslo, spørreskjema utfyllt av Terje Christiansen og Roar Solholm ved Atferdssenteret og gjennomgang av annen tilgjengelig litteratur. Ungsinnpanelet er ansvarlig for vurdering og klassifisering.

Innledning

Parent Management Training – Oregon (PMTO) er et individuelt behandlingstiltak for foreldre/ foresatte med barn i alderen 4-12 år med alvorlige atferdsproblemer. PMTO er en behandlingsmetode der foreldrene lærer ulike ferdigheter i blant annet mer hensiktsmessig oppdragelsespraksis, ferdigheter i problemløsning, samt å øke barnas mottakelighet for disse ferdighetene. Formålet med PMTO er å stanse, redusere eller forebygge atferdsvansker hos barn ved å endre samspillet mellom foreldre og barn. Intervensjonen tar også sikte på å fremme alminnelige sosiale ferdigheter og øke sosial inkludering blant barna. PMTO er utviklet i USA og har vært gjenstand for en rekke studier der, men er også evaluert i en norsk studie (Ogden & Hagen, 2008).

Eier av tiltaket og distributør/implementeringsansvarlig for tiltaket i Norge

Atferdssenteret – Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis.
Postboks 7053 Majorstuen, 0306 Oslo
23 20 58 00
Post-atferd@atferdssenteret.no.
Utviklingsavdeling barn – Atferdssenteret
Se også www.atferdssenteret.no

Eier av tiltaket i utlandet

ISII – Implementing Sciences International Incorporated
<http://www.pmt.org>

Beskrivelse av tiltaket

I PMTO møter terapeuten foreldrene en gang i uken. Vanligvis gjennomføres mellom 20 og 30 møter med foreldrene. Hvert møte har en varighet på ca en time. I familier med to foreldre, fremheves betydningen av at begge møter til behandlingen. I all hovedsak møtes



foreldrene og terapeuten alene, men barna er involvert ved at de ofte blir underrettet om de tiltak som vedkommer dem. Hvis det vurderes som ønskelig, hensiktsmessig eller nødvendig, kan også barnet delta i timen. I slike møter vil terapeuten bygge opp under foreldrenes foreldreautoritet når barnet skal introduseres for de ulike tiltakene. For å trene foreldrene benyttes korte introduksjoner til de ulike temaene kombinert med ulike øvelser, rollespill og ferdighetstrening som baseres på å styrke den positive samhandlingen mellom foreldrene og barnet, modellering, refleksjoner og hjemmeoppgaver.

Mellom møtene arbeider foreldrene med konkrete hjemmeoppgaver. PMTO terapeuten tar telefonkontakt med foreldrene midtveis mellom de ukentlige møtene, og i denne samtalen er hjemmeoppgavene et sentralt tema. Behandlingen er tematisk bygget opp. Innledningsvis kartlegges familiens styrker og ressurser, deretter styrkes foreldrenes ferdigheter i å samarbeide med barnet ved å gi gode beskjeder og så lære nye ferdigheter på en systematisk måte ved bruk av ros og oppmuntring, for slik å fremme prososial atferd. Positiv involvering er et tidlig og gjennomgående tema i behandlingen. Deretter introduseres temaene grensesetting og tilsyn for å kunne forebygge og håndtere negativ atferd. Dette etterfølges så av temaene problemløsning, kommunikasjon med barn og samarbeid mellom hjem og barnehage/skole. Rammene for intervensjonen og temaene er presentert i en egen manual (se Askeland, Apeland, Christensen, & Solholm, 2010a). Det er også utarbeidet foreldremateriell som deles ut til deltakerne i møtene.

Det teoretiske grunnlaget for tiltaket

Modellen som ligger til grunn for PMTO, er "The Social Interaction Learning Modell" eller SIL-modellen. Ifølge Forgatch (2002) representerer SIL-modellen sammensmeltningen av to beslektede, men ulike teoretiske strømninger, sosial læring og sosial interaksjon. I begge disse perspektivene poengteres innflytelsen de sosiale omgivelsene har på individets generelle tilpasning.

Det sosiale interaksjonsperspektivet beskriver samhandlingen mellom familiemedlemmer på et mikrososialt nivå. Sentralt i analysen av den mikrososiale samhandlingen står den såkalte "coercion theory". Coercion er forsøksvis blitt oversatt som press /tvingende atferd, og defineres med at en person i en dyade tar i bruk aversive stimuli som er betinget av atferden til den andre. Disse samspillmønstrene læres og praktiseres og ender opp som overlærte og automatiserte mønstre, uten at deltakerne er disse bevisste (Patterson, 1982; Patterson, Reid, & Dishion, 1992; Reid, Patterson, & Snyder, 2002; Solholm, Askeland, Christiansen, & Duckert, 2005). Spesielt har fokuset vært rettet mot interaksjonen mellom foreldre - barn der det forekommer gjensidig og hyppig bruk av tvang og press, noe som bidrar til å fremme atferdsavvik og hemme sunn utvikling og tilpasning hos barnet. Slike samspillmønstre blir ofte preget av gjensidig negativitet, eskalering av denne og negativ forsterkning. Familiemedlemmene blir på denne måten fanget i en interaksjonsstil som også kan forstyrre og overføres til samspillet med andre utenfor familien.

I følge Patterson er aversive hendelser til stede i rikt monn i alle familier. Disse aversive hendelsene kan virke uskyldige, men forskning har vist at det er en økt forekomst av slike aversive hendelser i familiene til barn med atferdsvansker, og videre at disse kan



predikere senere alvorlig antisosial atferd (Capaldi, 1992; DeGarmo, Forgatch, & Martinez, 1999; Forgatch & Martinez, 1999). Foreldre med gode sosiale ferdigheter lærer seg å bruke prososiale teknikker og strategier for å nøytralisere og/ eller avlede slike hendelser. Foreldre og barn i de kliniske utvalgene derimot, karakteriseres ofte ved at de benytter uønsket og aversiv atferd for å håndtere slike hendelser.

Det sosiale læringsperspektivet handler om hvordan disse atferdsmønstrene etableres og opprettholdes (forsterkningsbetingelser) både i familien og omgivelsene forøvrig, og dette gjenspeiles i en makromodell om positive og negative foreldreferdigheter. Antakelsene som ligger til grunn for foreldretrening er at foreldreferdigheter kan påvirke forsterkningsbetingelsene i en familie og derigjennom også barnets atferd. Foreldres oppdragerpraksis har også vist seg å være helt sentral for endring av barnets atferd, og har vist seg å være "endringsmekanismen", eller mediatoren i behandlingen (Kjøbli & Hagen, 2009). I SIL-modellen tas det også hensyn til at kontekstuelle variabler kan påvirke foreldreferdighetene, og dermed indirekte kan påvirke barns tilpasning.

Ifølge Patterson og kolleger (1992) står antisosiale barn i fare for å starte en utvikling eller "karriere" som grovt kan deles inn i fire stadier: 1) Grunntrening i antisosial atferd gjennom deltakelse i de negative samspillmønstrene i familien. 2) Anvendelse av antisosial atferd i møte med de nære sosiale omgivelsene utenom familien (kamerater, barnehage, skole osv), noe som igjen kan føre til negative reaksjoner fra disse (som avvising, utstøting osv). 3) Kontakt med og tilhørighet til avvikende vennegrupper og miljøer, der barnet er i fare for en ytterligere utvikling av sine antisosiale ferdigheter som et resultat av dette. 4) I sin ytterste konsekvens kan et barn som er antisosialt, tenkes å fortsette en slik "karriere" som en antisosial voksen. Generelt antar man at en tidlig intervensjon vil kunne bryte en slik karriere og bidra til en mer positiv utviklingsbane.

Erfaringer med tiltaket og evaluering i Norge

PMTO behandling er tilgjengelig i alle fylker i Norge. Det er 40 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og 55 ulike enheter i det statlige barnevernet som tilbyr PMTO behandling. Samtidig er det 66 kommuner og bydeler som også har tilbudet tilgjengelig (se også Ogden, Hagen, Askeland, & Christensen, 2009).

Det er gjennomført en landsomfattende randomisert-kontrollert studie (RCT-studie) av tiltaket i Norge som innbefattet 112 barn i alderen 4-12 år. Denne studien ble avsluttet i 2006. Studien ble gjennomført i ordinære kliniske settinger, og vurderes derfor som en såkalt effektivitetsstudie. Studien viste at PMTO er en effektiv og virksom behandlingsmetode for familier med barn som har alvorlige atferdsproblemer. Foreldre og lærere i PMTO-gruppen rapporterte om mindre utagerende atferd hos sine barn sammenlignet med dem som mottok annen type behandling. Likeledes viste observasjoner styrkede foreldreferdigheter i PMTO-gruppen. Barnas lærere rapporterte om økt sosial kompetanse. I studien ble PMTO behandlingen sammenlignet med annen ordinær behandling, men det spesifikke innholdet i denne behandlingen er ikke kjent. PMTO syntes å være særlig effektivt i forhold til eksternaliserings-vansker for de barna som var yngre enn 8 år sammenlignet med barna som var eldre enn 8 (se Ogden, & Hagen, 2008). Videre er det nylig gjennomført en oppfølgingsstudie ett år etter avsluttet



behandling. Resultatene fra denne viste at behandlingseffektene synes å vedvare, og at disse i all hovedsak fortsatt er i favør av PMTO behandlingen (Hagen, Ogden, & Bjørnebekk, i trykk).

Brukervurdering:

Foreldres tilfredshet med PMTO behandlingen er også vurdert i to mastergradsoppgaver. I den ene studien fremkommer det at foreldrene opplever at familiesituasjonen endrer seg positivt ved at forholdet til barnet syntes å endre seg. Videre poengteres betydningen av en positiv relasjon mellom foreldrene og terapeuten, for et gunstig behandlingsutfall (Aartun & Tisløv, 2009). I den andre studien ble sammenhengen mellom behandlingsutfallet for barnet og foreldrenes tilfredshet med behandlingen sammenlignet (Askeland, 2010). Her fant man at det var en sammenheng mellom foreldrenes fornøydhhet med behandlingen og barnets endring i atferdsproblemer og sosial kompetanse, mens det ikke var en slik sammenheng i forhold til barnets internaliseringsvansker (Askeland, 2010).

Spredningspolitikk og implementeringsstrategier

I spredningen har en så langt prioritert de enhetene og kommunene som har sagt seg villig til å delta i forskningen i forhold til PMTO og det forebyggende programmet Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) (TIBIR er også beskrevet i Ungsinn). Implementeringsstrategien er også knyttet opp mot det eksisterende nettverket av regionale PMTO-koordinatorer og konsulenter, samt regionale og kommunale PMTO terapeuter, i og med at disse fungerer som undervisere, veiledere og konsulenter i forhold til opplæringen av de kommunalt ansatte. Hensikten og målet med denne implementeringsstrategien er å forankre intervensjonen i spesialisttjenestene og i utvalgte kommuner, med nødvendig støtte fra det regionale nettverket.

Spredningsenhetene for tiltaket er helseforetakene (poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge), fagteam, familievernkontorer og andre enheter i det statlige barnevernet, samt ulike enheter i flere kommuner. Rekrutteringen har funnet sted først ved at det er rettet en formell henvendelse om implementering av PMTO, som igjen har blitt fulgt opp av et møte mellom ledere ved enheten og eierne av tiltaket for å tilrettelegge implementeringen av PMTO. Krav til deltakelse har vært at enhetene legger til rette for utøvelse av tiltaket, og det er også ønskelig at ferdige PMTO terapeuter kan bidra videre med spredningen av tiltaket. Ved implementering av PMTO utarbeides det en intensjonsavtale mellom den enkelte enheten i spesialisttjenesten og Atferdscenteret.

For kommuner som implementerer PMTO er deltakelse nært knyttet opp mot implementering av TIBIR. Man stiller krav overfor kommuner om at det utarbeides en kommunal plan med en spesifikt formulert implementeringsstrategi i forhold til behandlingsintervensjonen PMTO og de øvrige modulene i TIBIR-programmet. Også for kommuner utarbeides det en intensjonsavtale mellom den enkelte kommune og Atferdscenteret. Det er en forutsetning for at en kommune skal få delta i implementeringen, at det fristilles fortrinnsvis 2 personer til utdanning som PMTO – terapeuter. I tillegg til å drive behandling er disse også tiltenkt en rolle som veiledere,



undervisere og konsulenter for ansatte som får opplæring i de ulike intervensjonene i TIBIR i den aktuelle kommunen.

Kvalitetssikring av tiltaket

Opplæringsprogrammet er veldokumentert og standardisert og utøves på et regionalt nivå. Det er utarbeidet to håndbøker/ manualer knyttet til PMTO behandlingen: Håndbok PMTO (Askeland, Apeland, Christiansen, & Solholm, 2010a) og Håndbok PMTO: PMTO terapeutens arbeid i barnehage og skole (Askeland, Apeland, Christiansen, & Solholm, 2010b). Det er også utviklet egne skjermversjoner av disse permene som sammen med et eget materiale for foreldre er tilgjengelig for PMTO terapeutene via Atferdssenterets hjemmesider.

PMTO terapeutene under opplæring får veiledning hver annen uke i grupper på inntil fem opplæringskandidater. Til sertifisering innleveres opptak av fire behandlingstimer med oppgitt tema og opplæringskandidatene kan sertifiseres etter 1 ½ års opplæring. Behandlingen vurderes etter et eget validert kodesystem, Fidelity of implementation rating system (FIMP) (Knutson, Forgatch, & Rains, 2003).

For å opprettholde denne sertifiseringen må PMTO terapeutene delta i fordypningsveiledning i to år etter sertifisering. Disse gruppene består maksimalt av 8 deltakere, og de møtes i minimum 8 dager pr år over en 2- års periode. I de påfølgende år må PMTO terapeutene delta på minimum ett etterutdanningsseminar i året og på minst to dager vedlikeholdsveiledning pr år. Etterutdanningsseminarene strekker seg over 2 dager med ulike faglige fordypninger som er aktuelle for PMTO. Disse seminarne arrangeres av regionene i samarbeid med Atferdssenteret.

Kostnadene for implementering av tiltaket

Atferdssenteret finansieres gjennom et årlig tildelingsbrev fra tre samarbeidende direktorater, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet. Kostnadene knyttet til opplæring og materiell for terapeuter dekkes av Atferdssenteret, mens PMTO terapeutenes arbeidssted forplikter seg til å fristille de ansatte for deltakelse i denne opplæringen og dekke kostnadene knyttet til deltakelse (reise og opphold). Selve opplæringen går over 20 kursdager og er kostnadsfri. Utøvere deltar i et obligatorisk veiledningssystem både under opplæring og i etterkant av denne for å vedlikeholde kunnskapen (for å opprettholde sertifisering/godkjenning – se over). Kostnadene til deltakelse for dette vedlikeholdet (reise etc.) dekkes av terapeutenes arbeidsgiver.

Ungsinnpanelets vurdering av tiltaket

PMTO er et behandlingstiltak for foreldre med barn i aldersgruppen 4-12 år med alvorlige adferdsproblemer som har gode behandlingsresultater. Behandlingseffektene er særlig gunstige for de yngste barna. Selv om individuell behandling oftest er rettet mot identifiserte vansker, vil mange foreldre med barn som vurderes å være i risiko for å utvikle atferdsvansker også motta dette tilbudet. PMTO gis individuelt til foreldre av sertifiserte PMTO-terapeuter. Tiltaket er beskrevet i håndbøker og har en



gjennomarbeidet implementeringspolitikk og gode kvalitetssikringsstrategier for å ivareta et høyt faglig prestasjonsnivå blant PMTO terapeutene. Det foreligger lovende norske behandlingsresultater umiddelbart ved avsluttet behandling. Foreldre som fikk PMTO behandling rapporterte om mindre utagerende atferd hos sine barn sammenlignet med dem som mottok annen type behandling (Ogden & Hagen, 2008). Behandlingseffektene vedvarer ett år etter avsluttet behandling, men forskjellene mellom behandlingsgruppene som var i favør av PMTO behandlingen er hovedsakelig utjevnet (med unntak av observasjoner av barnas atferd og fungering på skolen) (Hagen, Ogden, & Bjørnebekk, i trykk).

Ungsinns klassifisering

PMTO bygger på en allment akseptert teoretisk og forskningsmessig base, og tiltaket er grundig evaluert i flere land og også i Norge ved RCT studier. Det er utarbeidet gode rutiner for kvalitetssikring av tiltaket. Programmet klassifiseres som et dokumentert virksomt tiltak på evidensnivå 4 med dokumentasjonsgrad 4 (****).

Referanser:

- Askeland, E, Apeland, A., Christiansen, T., & Solholm, R. (2010a). *Håndbok PMTO*. Oslo: Atferdssenteret.
- Askeland, E, Apeland, A., Christiansen, T., & Solholm, R. (2010b). *Håndbok PMTO*. PMTO-terapeutens arbeid I barnehage og skole. Oslo: Atferdssenteret.
- Askeland, E & Christiansen, T. (2010) Landsdekkende implementering av behandlingsmetoden Parent Management Training. Fokus på kvalitetssikring. I *Sårbare barn og unge, Nye perspektiver og tilnærminger* (s 182-197.) Befring, Frønes & Sørli (red). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askeland, R.B. (2010) Föräldrars upplevda tillfredsställelse av PMTO, - har den någon betydelse? *Magistergradsoppgave*. Luleå Tekniska Universitet, Institution för Arbetsvetenskap, Avdelningen för Teknisk psykologi
- Capaldi, D. M. (1992). The co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2-year follow-up at Grade 8. *Development and Psychopathology*, 4, 125-144.
- DeGarmo, D. S., Forgatch, M. S., & Martinez, C. R., Jr. (1999). Parenting of divorced mothers as a link between social status and boys' academic outcomes: Unpacking the effects of SES. *Child Development*, 70, 1231-1245.
- Hagen, K. A, Ogden, T., & Bjørnebekk, G. (2011) Treatment Outcomes and Mediators of Parent Management Training: A One-Year Follow-Up of Children with Conduct Problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40: 2, 156 – 178.
- Kjøbli, J., & Hagen, K. A. (2009). A mediation model of interparental collaboration, parenting practices, and child externalizing behavior in a clinical sample. *Family Relations*, 58, 275–288.
- Knutson, N.M., Forgatch, M.S., & Rains, L.A. (2003) *Fidelity of implementation rating system (FIMP); The manual for PMTO*. Eugene, OR: Oregon Social Learning Center.



- Forgatch, M.S., Patterson, G.R. & DeGarmo, D.S. (2005). Evaluating Fidelity: Predictive Validity for a Measure of Competent Adherence to the Oregon Model of Parent Management Training. *Behavior Therapy*, Vol. 36, 3-13.
- Forgatch, M. S. (2002). *Implementing parent management training in Norway (Grant Application RFA - DA - 02 - 004)* (No. NIDA NNPRI: Community Multisite Prevention Trials (CMPT)). Eugene.
- Forgatch, M. S., & Martinez, C.-R., Jr. (1999). Parent management training: A program linking basic research and practical application. *Tidsskrift-for-Norsk-Psykologforening*, 36, 923-937.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 607-621.
- Ogden, T., Hagen, K. A., Askeland, E., & Christensen, B. (2009). Implementing and evaluating evidence-based treatments of conduct problems in children and youth in Norway. *Research on Social Work Practice*, 19, 582-591.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene. OR: Castalia Publishing Company.
- Reid, J. B., Patterson, G. R., & Snyder, J. (2002). Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention.
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T., og Duckert, M. (2005). Parent Management Training- Oregon-modellen. Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 7, 587-597.
- Solholm, R., Kjøbli, J., & Christiansen, T. (2007). *Tidlig innsats for barn i risiko. Et program for å forebygge og avhjelpe atferdsvansker*. Oslo: Atferdssenteret: Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis.
- Weisz, J.R., & Kazdin, A.E. (Eds.) (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.) New York: Guilford Press.
- Aartun, K.R., & Tisløv, I.S. (2010) Fra kaos til samarbeid. En kvalitativ studie av foreldres opplevelse av Parent Management Training – Oregon (Mastergradsoppgave). Universitetet i Oslo.