

**Fra atferdsregulering til mentalisering:**  
**En teoretisk vurdering av Parent Management Training –**  
**Oregon-modellen sitt mulige bidrag til utvikling av forbedret**  
**mentaliseringssevne hos barn med atferdsvansker**

Heidi Berge

Psykologisk Institutt

Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet

Hovedoppgave Profesjonsstudiet i Psykologi

1. September 2010



## Sammendrag

Denne oppgaven vurderer om behandlingen Parent Management Training – Oregon-modellen (PMTO) kan tenkes å bidra til bedret mentaliseringsevne hos barn og unge med atferdsvansker. Mentalisering handler om evnen til å forstå egen, og andres, atferd som et uttrykk for indre, psykiske faktorer som følelser og ønsker. Innen PMTO-tradisjonen forstås atferdsvansker som et resultat av et tvingende samspill mellom barn og foreldre. Dette samspillet har mange likhetstrekk med et ikke-mentaliserende samspill, og effektene av erfaring med et slikt samspill over tid påvirker både barnet og foreldrene sin evne til å mentalisere. PMTO er et foreldretreningsprogram, hvor barnets atferdsvansker behandles gjennom å lære foreldrene nye og utviklingsstøttende foreldrestrategier. PMTO har potensial til å forbedre barns evne til å mentalisere. Dette kan skje både direkte, og indirekte via endring i foreldrenes mentalisering om barnet. En komponent i behandlingen er grensesetting, og denne fremheves som en foreldrestrategi med potensial til å endre det interpersonlige miljøet i familien ved at forekomsten av tvingende samspill reduseres. Støttekomponentene i programmet, da spesielt *regulere følelser* og *kommunikasjon med barn*, har potensial til å forbedre foreldrenes evne til å mentalisere om barnet. Selv om det er potensielle positive effekter av PMTO med tanke på utvikling av mentalisering, er det også risikoer forbundet med behandlingen. Mellom annet kan grensesetting brukes som en instrumentell atferdsregulering av barnet, og ved slik bruk vil denne komponenten virke hemmende på barnets muligheter for utvikling. Foreldrenes modenhet og egnethet for denne typen behandling er en variabel som må vurderes, også med tanke på mulighetene for utvikling av forbedret mentaliseringsevne hos barnet.

## Innholdsfortegnelse

<b>Innledning .....</b>	<b>6</b>
<b>Bakgrunn: Atferdsvansker .....</b>	<b>9</b>
<b>Felles grunnlag for de to teoriene – generelle utviklingspsykologiske mekanismer .....</b>	<b>11</b>
Oppsummering .....	14
<b>Mentalisering .....</b>	<b>15</b>
Oppsummering .....	21
<b>Social Interaction Learning Model –PMTOs konseptuelle rammeverk .....</b>	<b>21</b>
Tvingende samspill .....	22
Den tidlige utviklingen av antisosial atferd .....	23
Oppsummering .....	26
<b>Tvingende samspill fører til vansker med mentalisering .....</b>	<b>27</b>
Effekter på omsorgsgivers evne til å mentalisere om barnet .....	29
Effekter på barnets evne til å mentalisere .....	30
Oppsummering .....	31
<b>PMTO – legger forholdene til rette for å bedre barnets mentaliseringsevne? .....</b>	<b>32</b>
Foreldrestrategier .....	33
Terapeutiske teknikker .....	34
PMTO – kort beskrevet .....	36
Oppsummering .....	40
<b>Diskusjon .....</b>	<b>40</b>

**Avslutning ..... 50**

**Referanseliste ..... 53**

## Innledning

Mentalisering, det vil si å kunne fortolke og forstå egen og andres atferd i lys av indre, mentale tilstander som følelser, ønsker og oppfattelser (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2004), er et tema som har interessert meg mer og mer i løpet av studiet. Mentalisering er grunnleggende for vår eksistens som sosiale vesen. Evnen til å mentalisere muliggjør samhandling og meningsfylt samvær med andre mennesker, samtidig som det også er en viktig forutsetning for vår kjennskap til oss selv. Vansker med å mentalisere vil medvirke til at andre mennesker fremstår som uforståelige, og det vil være vanskelig å forstå hva våre indre opplevelser, som følelser og ønsker, betyr for oss og vårt forhold til verden rundt oss. Evnen til å mentalisere har med andre ord stor betydning for vår psykiske helse og sosiale fungering.

Mitt første møte med behandlingstradisjonen Parent Management Training – Oregon-modellen (PMTO) (Patterson, Reid, & Dishion, 1992; Reid, Patterson, & Snyder, 2002) var i en forelesning om barn og atferdsvansker. Etter denne første introduksjonen fremstod det hele som veldig enkelt og innlysende. Atferdsvansker er et produkt av samspillet mellom familiemedlemmene, og for å behandle barnet med atferdsvanskene jobber du med foreldrene slik at samspillet i familien endres. Problemet tilhører ikke barnet, det tilhører samspillet mellom familiemedlemmene.

En innsikt som har kommet med årene, er at desto mer jeg lærer om utviklingspsykologi, desto mer komplisert blir det. Barns utvikling er et konglomerat av ulike prosesser, og alle disse henger tett sammen (Tetzchner, 2001). Dette har ført til at PMTO og deres tilnærming til atferdsvansker ikke lenger fremstår som så enkel og innlysende som den engang gjorde. Nye spørsmål har meldt seg. Er det ikke slik at atferdsvansker hovedsakelig er en merkelapp samfunnet rundt barnet setter på barnets atferd når denne atferden bryter med de

sosiale normene for akseptabel atferd? Og vil det ikke da være slik at barn som har svak sosial kompetanse i større grad enn andre vil bryte disse uskrevne normene for atferd? Ettersom mentalisering i bunn og grunn handler om sosial kompetanse, kan det da tenkes at atferdsvansker egentlig handler om vansker med å mentalisere? Og hva betyr det i så fall for PMTO? PMTO fører til atferdsendring ved at barnets atferd reguleres gjennom at foreldrene lærer teknikker som grensesetting og oppmuntring, men vil dette ha noen effekt på barnets evne til å mentalisere? Vil atferdsendring oppnådd gjennom ytre regulering føre til en indre utvikling hos barnet? Burde behandling av atferdsvansker heller fokusere på barnets evne til å mentalisere?

Gerald R. Patterson, som er grunnleggeren av PMTO, er skeptisk til en slik tilnærming med hovedfokus på barnets indre, mentale verden.

Modern dynamic theories of child development say that to understand aggressive children, we must look for answers within the child (i.e., their attributions, their internal representations). The micro- and macro theories plus the interventions strategies [social interaction learning theory/PMTO, forfatterens anm.] outlined in this volume all say otherwise. If we are to change aggressive childhood behavior, we must change the environment in which the child lives. If we are to understand and predict future aggression, our primary measure will be of the social environment that is teaching and maintaining these deviant behaviors. The problem lies in the social environment. If you wish to change the child, you must systematically alter the environment in which he or she lives (Patterson, Reid, & Eddy, 2002, s. 21).

Spørsmålet denne oppgaven stiller er på mange måter det motsatte av Patterson og kollegaer sitt standpunkt. Kan det tenkes at mentalisering spiller en rolle i utvikling og

oppretholdelse av atferdsvansker, og kan det tenkes at PMTO kan medvirke til bedret mentaliseringsevne hos barnet?

En hver psykoterapeutisk behandling bygger på et konseptuelt grunnlag, i PMTO sitt tilfelle er dette *social interaction learning theory* (SIL). Det er det konseptuelle grunnlaget som legger premissene for behandlingens fokus, teknikker og vurdering av hva som utgjør en vellykket behandling (Addis & Cardemil, 2006). Skal man vurdere en psykoterapeutisk behandling og dens virkemiddel, kan et premiss være å vurdere dette i lys av behandlingens konseptuelle grunnlag. Det følger av dette at dersom man skal vurdere om PMTO har noen effekt på barnets evne til å mentalisere, må man først se på det konseptuelle grunnlaget. Dersom det ikke er noe grunnlag for å anta at mentalisering kan spille en rolle i utvikling og opprettholdelse av atferdsvansker slik SIL beskriver det, vil det heller ikke gi mening å vurdere om behandlingen kan medvirke til endret mentalisering.

Problemstillingen til denne oppgaven blir av denne grunn todelt. Den første problemstillingen omhandler den etiologiske forståelsen av atferdsvansker som ligger til grunn for PMTO. Den andre problemstillingen fokuserer på behandlingsprogrammet PMTO.

Problemstillingene er som følger:

- 1) Hvordan kan utviklingen av atferdsvansker beskrevet i *social interaction learning theory* (SIL) tenkes å påvirke barnets evne til å mentalisere?
- 2) Kan PMTO bidra til å øke barns sosiale kompetanse i form av forbedret mentaliseringsevne?

### *Bemerkning*

Faktorer som tilknytning og emosjonsregulering henger tett sammen med utviklingen av evnen til å mentalisere, og de vil også spille en viktig rolle i forståelsen av atferdsvansker.



En vurdering av mentalisering og atferdsvansker, uten fokus på betydningen av tilknytning og emosjonsregulering er en forenkling av virkeligheten, men det er utenfor denne oppgavens rekkevidde å inkludere disse elementene i sin helhet.

Barn utvikler seg i samspill med sine omsorgsgivere. Både mor og far spiller en viktig rolle i denne prosessen. I denne oppgaven blir omsorgsgiver omtalt som mor av praktiske grunner. Far er ikke nevnt, men han er heller ikke glemt.

### **Bakgrunn: Atferdsvansker**

Barn med atferdsvansker kjennetegnes av et gjentakende og vedvarende mønster av atferd som bryter de sosiale forventningene til atferd ut fra barnets alder (Kazdin, 1997b; Kvello, 2007; Loeber, Burke, Lahey, Winters, & Zera, 2000; Snyder, Reid, & Patterson, 2003). Atferden barna viser er regelbrytende, og barna er ofte aggressive og sinte i samspill med andre. Disse barna kjennetegnes av svake sosiale ferdigheter, de har ofte vansker med interpersonlige forhold og de er i fare for å utvikle faglige vansker på skolen (Hill, 2002; Kazdin, 1997b). Samlet gjør dette at disse barna får stadig mindre tilgang til prososiale arenaer for utvikling, samtidig som de i økende grad får tilgang til arenaer som forsterker de allerede eksisterende vanskene (Snyder et al., 2003). Som voksne har de større sjanse for å ha vansker med parforhold, arbeid, økonomi, kriminalitet, rus og høyere forekomst av psykiske vansker (Farmer, Compton, Burns, & Robertson, 2002; Hill, 2002). De setter også sine egne barn i risiko for utvikling av vansker fordi de som i rollen omsorgsperson vil være hemmet av sine egne vansker og manglende sosiale ferdigheter (Hill, 2002; Kazdin 1997b).

Det antas at mellom 5 og 10 % av barn og unge i vestlige land har atferdsvansker (Hill, 2002; Kvello, 2007). Dette er også en av de vanligste henvisningsgrunnene til behandlingsapparatet. I 2008 utgjorde henvisninger grunnet atferdsvansker 19 % av henvisningene til psykisk helsevern for barn og unge (BUP) (Pedersen et al., 2009).

Komorbide lidelser er vanlig (Farmer, et al., 2002; Hill, 2002; Kazdin, 1997b; Kvello, 2007; Loeber et al., 2000), og dette medvirker til at det kan være vanskelig å skille atferdsvansker fra annen problematikk, som for eksempel hyperaktivitet og konsentrasjonsvansker (Hill, 2002; Loeber et al., 2000), og depresjon (Hill, 2002; Loeber et al., 2000; Patterson et al., 1992). Det er langt flere gutter enn jenter som diagnostiseres med atferdsvansker (Hipwell & Loeber, 2006; Keenan, Loeber, & Green, 1999; Kjøbli & Ogden, 2009).

I visse perioder av barndommen er den typen atferd som forbindes med atferdsvansker normativt, dette gjelder for eksempel i trassalderen (Renk, 2008) og i tenårene (Moffit, 2003). Det er når atferdsvanskene vedvarer utover de aldersadekvate periodene denne atferden blir symptomatisk. Terri Moffit (2003) fulgte opp et kohort med barn på New Zealand. Det skilte seg ut to grupper av barn med atferdsvansker, de som utviklet atferdsvansker før de fylte 10 år, og de som utviklet atferdsvansker i tenårene. I motsetning til de barna som utviklet atferdsvansker før de fylte 10 år, viste barna som utviklet slike vansker i tenårene en god utvikling frem til da, og hadde en mer avgrenset problematikk. De hadde også mindre vansker i voksen alder. De barna som utviklet atferdsvansker før de fylte 10 år hadde vedvarende atferdsvansker, og disse vanskene økte ofte i omfang ettersom barna ble eldre. Disse barna var også mer hemmet av atferdsvanskene og effektene av disse i voksen alder.

Det følger av dette at det er viktig at intervensjon og behandling i forhold til barn med atferdsvansker kommer i gang tidlig, slik at den tidlige gruppen fanges opp før problematikken er for fastlåst, og konsekvensene for barnets utvikling og tilpasning blir for alvorlige (Brestan & Eyberg, 1998; Hill, 2002; Kvello, 2007; Moffit, 2003, Renk, 2008). Barn som ikke har alvorlige nok vansker til at det oppfyller kravene til en diagnose, kan også ha behov for hjelp fordi konsekvensene av vanskene kan være belastende både for dem selv, familien og miljøet rundt dem (Solholm, Askeland, Christiansen, & Duckert, 2005).

I Norge vedtok Regjeringen i 1999 at behandlingen Parent Management Training – Oregon modellen (PMTO) skal brukes ved behandling av barn med atferdsvansker mellom 4 og 12 år (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2001). PMTO er en behandling innen tradisjonen foreldretrening (Kazdin, 1997a; Patterson et al., 2002). Hovedprinsippet i denne tilnærmingen er at foreldrene lærer nye, og utviklingsstøttende foreldrestrategier som fører til at samspillet mellom foreldre og barn blir mer positivt og derigjennom bedres barnets tilpasning og utviklingsmuligheter (Kazdin 1997a). Det er gjort mange studier på effekten av foreldretrening (se for eksempel Farmer et al., 2002; Hipwell & Loeber, 2006; Kaminski, Valle, Filene, & Boyle, 2008; Kazdin, 1997a; Kazdin, 1997b; Kazdin & Weisz, 1998; Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006). Det er også gjort flere studier spesifikt på PMTO (se for eksempel DeGarmo, Patterson & Forgatch; 2004; Forgatch, Patterson, DeGarmo, & Beldavs, 2009; Kjøbli & Ogden, 2009; Ogden & Amlund Hagen, 2008; Reid et al., 2002). PMTO er en veletablert behandlingsform for barn og unge med atferdsvansker (Brestan & Eyberg, 1998).

### **Felles grunnlag for de to teoriene – generelle utviklingspsykologiske mekanismer**

Utviklingsteorien som ligger til grunn for PMTO beskrives i *social interaction learning theory* (SIL) (Patterson et al., 1992; Reid et al., 2002). SIL har røtter helt tilbake til 1960 tallet, og er utviklet parallelt med PMTO av Gerald R. Patterson og hans kollegaer ved Oregon Social Learning Center (Patterson et al., 2002). Teori om etiologi og behandlingsprogram har på denne måten gjensidig påvirket hverandre og drevet utviklingen fremover. Læringsteori har vært en viktig inspirasjonskilde for arbeidet til Patterson og kollegaer (1992; 2002), og prinsipper hentet fra mellom annet operant betinging spiller en sentral rolle i behandlingsprogrammet. Sentralt i SIL er fokuset på innflytelsen de sosiale omgivelsene har på barnets utvikling og tilpasning (Patterson et al., 1992; Reid et al., 2002). Kjerneantakelsen i denne teorien, og dermed det konseptuelle grunnlaget for PMTO, er at atferdsvansker har sine røtter i et tvingende samspill mellom familiemedlemmene. Dette

samspillet fører til at barna lærer bruken av uhensiktsmessige sosiale strategier, som for eksempel tvang og press, som virkningsfulle i sosialt samspill fremfor prososiale strategier. Dette fører til at barna får vansker når de kommer ut på sosiale arenaer utenfor familien hvor deres strategier for sosialt samspill blir ikke-funksjonelle. Atferdsvansker kan derfor forstås som vansker med sosial kompetanse (Leve, Pears, & Fisher, 2002).

Mentalisering er et begrep som har sine røtter i den psykodynamiske tradisjonen, og er et av hovedelementene i en utviklingsteori som er utviklet av Peter Fonagy og kollegaer (Fonagy, 2006; Fonagy et al., 2004 ; Fonagy & Target, 2006). Mentalisering handler om evnen til å forstå egen og andres atferd som uttrykk for indre, mentalt liv, det være følelser, ideer, antakelser eller ønsker. Barnet utvikler evnen til å mentalisere i samspill med sine omsorgsgivere, og tilknytningen mellom barn og omsorgsgiver er tillagt en viktig rolle som katalysator i denne prosessen. Fonagy og kollegaer (Fonagy, 2006; Fonagy et al., 2004; Fonagy & Target, 2006) integrerer den psykodynamiske utviklingsforståelsen med forskning om nevrobiologisk utvikling.

Til tross for at de to teoriene kommer fra ulike forståelsesbakgrunner, og fokuserer på ulike deler av barnets utvikling, har de en del likheter når det kommer til grunnleggende utviklingspsykologiske perspektiver. Begge teoriene handler om barnets utvikling av sosial kompetanse. Mens mentalisering (Fonagy et al., 2004) handler om hvordan barnet utvikler sosial kompetanse, beskriver SIL (Patterson et al., 1992; Reid et al. 2002) hvordan samspillsmønstre i familien fremmer utviklingen av atferdsvansker fremfor sosial kompetanse. Leve og kollegaer (2002) understreker at sosial kompetanse og atferdsvansker bør sees på som to ulike fenomener, og ikke som to ytterpunkter på en skala. Barn med atferdsvansker mangler ikke kompetanse, men de har en overvekt av mindre hensiktsmessige sosiale strategier.

Begge teoriene er sosialiseringsteorier hvor samspillet med de sosiale omgivelsene, som foreldre og venner, spiller en viktig rolle for barnets utvikling og tilpasning (Fonagy et al., 2004; Patterson et al., 1992; Reid et al., 2002). Det er særlig det tidlige samspillet mellom barn og foreldre som fremheves som drivkraften i utviklingen. Dette mikrososiale samspillet er retningsgivende for hva barnet lærer og legger på mange måter grunnlaget for barnets senere utvikling. Begge teoriene understreker at både barnet og foreldrene er aktive bidragsyttere i dette samspillet, og de påvirker og former hverandre gjensidig. En kan derfor si at begge teorier har en underliggende transaksjonell utviklingsforståelse (Tetzchner, 2001). Både barnet og foreldrene bringer med seg sine individuelle karakteristikk i samspillet, og dette medfører at hver forelder-barn dyade har sitt unike utgangspunkt for samhandling. Forelder-barn dyaden er også sårbar for påvirkning av kontekstuelle faktorer, og disse medieres primært gjennom sin påvirkning på foreldrene og deres evne til å inngå i et utviklingsstøttende samspill med barna (Fonagy et al., 2004; Patterson et al., 1992; Reid et al., 2002).

En annen mekanisme som er felles for begge teoriene, er at de fremhever barnets evne til å oppdage betingede sammenhenger mellom egen atferd og påfølgende effekt i miljøet som en av de viktigste læringsmekanismene til barnet. Fonagy og kollegaer (2004) referer til Watson (1994; 1995) og fremhever at den viktigste funksjonen til denne evnen er at det hjelper barnet med å oppdage seg selv og sine påvirkningsmuligheter. Patterson (2002) fremhever at det er på denne måten barnet lærer hvilken atferd omsorgsgiver responderer på, og dermed skaper det forutsigbarhet i samspillet dem i mellom. Felles for begge teoriene er at dette fører til at omsorgsgivers evne til sensitivitet på barnets signaler, og ikke minst hvilken type atferd og med hvilken hyppighet hun responderer på denne, blir viktig for hva barnet lærer. Det er øyeblikksendringene i samspillet over tid som er viktige. Summen av hva moren responderer på lærer barnet hvilken type atferd som er sosialt anvendelig og funksjonell.

Patterson (2002) fremhever evnen til å oppdage betingende sammenhenger som en av de viktigste mekanismene i sosialiseringprosessen.

Begge teoriene omhandler barns utvikling fra de er små og frem til de blir voksne. Mellom annet beskriver Patterson og kollegaer (1992) hvordan barn med atferdsvansker går gjennom en reaksjon-aksjonskjede som for noen barn kulminerer med tilpasningsvansker i voksen alder. Fonagy og kollegaer (2004) beskriver også hvordan evnen til å mentalisere fortsetter å utvikle seg ettersom barnet blir eldre, og i denne prosessen får venner en stadig viktigere rolle. I denne oppgavens sammenheng er fokuset begrenset til den aller tidligste utviklingen, det vil si hvordan de første samspillserfaringene til barnet er med på å sette i gang en transaksjonell prosess som fører til vansker med sosial kompetanse. Dette er kun en liten del av bildet, og utvikling av atferdsvansker kan starte også på andre tidspunkt i oppveksten. Endringer i et barns livssituasjon vil kunne gi utslag i symptomatisering. For eksempel vil opplevelser som høyt konfliktnivå mellom foreldrene, omsorgssvikt og overgrep kunne føre til barn blir utagerende i sin atferd (Burke, Loeber, & Birmaher, 2002; Kvello, 2007). Det er derfor viktig å undersøke hvert enkelt barns utviklingshistorie for å finne røttene til vanskene, og dermed også kunnskap om hvor fastlåste og alvorlig de underliggende mekanismene er (Wilmshurst, 2004).

### *Oppsummering*

Tiltross for at SIL og mentalisering har sine røtter i ulike psykologiske tradisjoner har de en del grunnleggende utviklingspsykologiske prinsipper felles. Som vi har sett handler begge teoriene om hvordan barnet utvikler sosialkompetanse. Videre er begge teoriene sosialiseringsteorier hvor særlig det tidlige samspillet mellom barn og omsorgsgiver er tillagt en viktig rolle i barnets utvikling. Det fremheves også at omsorgsgivers evne til å reagere sensitivt og betinget på barnets atferd er avgjørende for barnets utvikling av kunnskap om seg

selv og sine relasjoner til andre mennesker. Barn og foreldre bringer med seg sine unike karakteristikk inn i samspillet, og dette fører til at hver enkelt barn-forelder dyade har sitt unike utgangspunkt for samspill og utvikling.

Barns utvikling av atferdsvansker, og evnen til å mentalisere, er en prosess som pågår opp gjennom oppveksten. I denne oppgaven fokuseres det på betydningen av de tidligste samspillerfaringene og hvordan dette påvirker barnets utvikling av sosial kompetanse. Det er allikevel viktig å merke seg at utvikling av atferdsvansker kan starte på alle tidspunkt i oppveksten, noe som er med på å understreke viktigheten av en individuell kasusformulering. Et tilsynelatende likt problem, kan ha helt ulik utviklingshistorie og vil følgelig kreve ulik tilnærming ved behandling.

### **Mentalisering**

Thus, the heart of effective mentalizing is not so much a skill as it is a way of approaching relationships that reflects an expectation that one's own thinking has limits and may be enlightened, enriched, and changed by learning about the mental states of other people (Fearon et al., 2006, s. 207).

Mentalisering handler om evnen til å forstå at andre, like som deg selv, har en indre verden bestående av følelser, ønsker, intensjoner og antagelser, og at denne indre verden påvirker og forårsaker ytre atferd. Dette gjør det mulig å forstå andre mennesker som rasjonelle og intensjonelle vesen hvis atferd skyldes en indre årsak. Evnen til å mentalisere er grunnsteinen for mellommenneskelig samspill og samhandling. Mentalisering er ikke bare viktig for forståelsen av andre menneskers sinn, det underligger også forståelsen av vårt eget sinn og selvorganisering. Utviklingen av mentalisering handler derfor også om utviklingen av selvet (Fonagy et al., 2004; Fonagy & Target, 2006).

Grunnlaget for å kunne mentalisere er medfødt, men evnen til å mentalisere utvikles gjennom samspillet med omsorgsgiver i løpet av de 4-5 første leveårene. En gjennomgående antagelse i Fonagy og kollegaer (2004; Fonagy & Target, 2006) sitt arbeid er at kvaliteten på mentalisering er forbundet med kvaliteten av barnets tidlige objektreasjoner. Dette fremhever betydningen av samspillet med omsorgsgiver, og plasserer tilknytningsrelasjonen som drivkraften i barnets utvikling. Tilknytningsrelasjonen er viktig fordi den sikrer barnet tilgang på samspill med en voksen person som kan speile, regulere og eksternalisere barnets indre liv. Omsorgsgivers evne til dette henger sammen med hennes egen mentaliseringsevne (Fonagy & Target, 2005; Meins et al., 2002; Slade, Grienberger, Bernbach, Levy, & Locker, 2005; Sharp & Fonagy, 2008; Sharp, Fonagy, & Godyer, 2006).

I samspill med barnet vil mors evne til å mentalisere gjøre henne i stand til å kontinuerlig danne seg hypoteser om årsakene til barnets atferd. Disse årsakene vil hun tillegge barnets indre, mentale verden, og dette gjør barnets atferd mer meningsfull for henne da hun forstår den som uttrykk for barnets ønsker og behov, og ikke en meningsløs og uforståelig atferd. I samspill vil hun formidle denne forståelsen tilbake til barnet i form av speiling av barnets atferd. Denne speilingen er markert, og representerer en bearbeidet og mestringsorientert versjon av barnets opprinnelige uttrykk. Dersom barnet gråter vil for eksempel mor speile tilbake en forståelse for barnets opprørthet, men hun vil ikke la seg rive med av denne opprørtheten selv. På denne måten gir hun tilbake en overordnet representasjon av barnets opprinnelige opplevelse som er kognitivt bearbeidet og ikke overveldende for barnet. Etter gjentatte erfaringer med slik speiling av sin indre verden, reinternaliserer barnet denne, og den reinternaliserte versjonen utgjør en overordnet representasjon av barnets primære opplevelse. Denne etableringen av en overordnet, kognitivt tilgjengelig representasjon gjør etter hvert barnet i stand til å regulere den primære opplevelsen ved å forbinde den med den overordnede representasjonen. Denne prosessen, hvor mor speiler



barnets opprinnelige opplevelse og barnet reinternaliserer morens speiling, er mekanismen i utviklingen av evnen til å mentalisere (Fonagy et al., 2004; Fonagy & Target, 2006).

Den første mentale tilstanden barn utvikler en representasjonell forståelse for er emosjoner. Senere følger en slik forståelse for ønsker og deretter antagelser. Emosjoner spiller en spesiell rolle i barnets utvikling ettersom det er morens emosjonsregulering av barnet som setter i gang utviklingen av evnen til å mentalisere. Samtidig er evnen til å mentalisere en forutsetning for at barnet skal klare å emosjonsregulere seg selv (Fonagy et al., 2004; Fonagy & Target, 2006).

De første, primære emosjonene barnet opplever er utenfor barnets bevisste kontroll. Gjennom et emosjonsregulerende samspill med omsorgsgiver utvikler barnet overordede kontrollstrukturer. Disse kontrollstrukturene er symbolske og representasjonelle av natur, og de er kognitivt tilgjengelige. Kontrollstrukturene overvåker de primære emosjonene, og kan bearbeide og regulere disse (Fonagy et al., 2004). Denne symbiosen mellom kognisjon og affekter gjenspeiles også på hjernebiologisk nivå. Mentalisering er en del av et psykososialt prosesseringssystem som kalles *interpersonlig fortolkende mekanisme* (IIM – Interpersonal Interpretive Mechanism) (Fonagy, 2006; Fonagy et al., 2004; Fonagy & Target, 2006). Dette systemet lokaliseres til medial prefrontal korteks, og deles inn i to anatomiske substrukturer, IIM affekt (IIMa) og IIM kognisjon (IIMk) (Fonagy et al., 2004). IIMk ligger i Brokas område 8 (BA8), og det antas at dette systemet underligger evnen til å resonere rundt epistemiske tilstander, som for eksempel antakelser. IIMa ligger rundt amygdala og orbitofrontale områder, og antas å underligge evnen til empati. Mentalisering omfatter begge disse systemene (Fonagy, 2006; Fonagy et al., 2004). Disse områdene er også involvert i emosjonsregulering, slik at det er de samme områdene i hjernen som er forbundet med både emosjonsregulering og mentalisering (Fox, 2008). Fonagy og kollegaer (2004) antar at evalueringen av sosial mening av indre tilstander i seg selv og andre er mulig gjennom å

forbinde representasjoner av epistemiske sinnstilstander i IIMk med emosjonelle kontrollsenter i IIMa. På denne måten vil en vurdering av en situasjon inneholde både en kognitiv vurdering, og en empatisk vurdering. Dersom man har dårlige forbindelser i dette nettverket vil for eksempel evnen til å føle empati med andre være nedsatt (Fonagy et al., 2004).

Små barn har en annerledes forståelse av virkeligheten enn hva voksne har. Vår fortolkning av den fysiske virkeligheten gir opphav til vår psykiske virkelighet, og denne består av mentale konstrukter som følelser, ideer, antakelser og ønsker (Fonagy et al., 2004). 2-3 år gamle barn opererer med to ulike forståelsesmodus for denne indre verdenen. Det første av disse kalles *psykisk ekvivalensmodus* (Fonagy et al., 2004; Fonagy & Target, 2006). Når barnet forstår ting på denne måten likestiller de sin psykiske virkelighet med den ytre virkeligheten. Ideer og følelser forstås som replikasjoner av virkeligheten og følgelig er de alltid sanne. Denne forståelsesmodusen tillater ikke alternative perspektiver på virkeligheten. Barn i denne modusen vil anta at andre tenker det samme som dem gitt at de har den samme fysiske virkeligheten å forholde seg til. Det andre forståelsesmoduset kalles *pretend-modus* (Fonagy et al., 2004; Fonagy & Target, 2006). Når barn leker operer de i denne forståelsesmodusen, og de forstår da representasjonaliteten til sine ideer, følelser og tanker, og de kan fritt og fleksibelt utforske disse. Men disse ideene og følelsene har ingen relasjon til den virkelige verden, de eksisterer kun i "liksom-verdenen" og får ingen konsekvenser utenfor denne. Med andre ord er det ingen forbindelse mellom indre og ytre virkelighet når barnet opererer i et pretend-modus. Disse to virkelighetsmodusene holdes strengt atskilt av små barn, og det er når barnet klarer å integrere disse to i 4 – 5 års alderen at det har oppnådd evnen til å mentalisere (Fonagy et al., 2004). Barnet oppnår denne integreringen gjennom gjentatte erfaringer i samspill med en leken omsorgsgiver som speiler barnets indre verden på en markert måte, jevnfør betydningen av samspillet med mor beskrevet ovenfor.

Evnen til å mentalisere er kontekstspesifikk. En høy grad av stress, eller høy emosjonell aktivering kan hemme evnen til å mentalisere helt eller delvis (Fonagy, 2006; Fonagy & Target, 2006). Dette gjelder både for barn og voksne (Bateman & Fonagy, 2007; Rexwinkel & Verheugt-Pleiter, 2008). Et *ikke-mentaliserende samspill* (Fearon et al., 2006) er samspillsekvenser mellom personer som virker hemmende på evnen til å mentalisere. Et kontekstspesifikt tap av evnen til å mentalisere fører til at personene ikke klarer å forstå hverandre i lys av deres indre verden, og som et resultat av dette tyr de til mindre hensiktsmessige strategier for samhandling. Dette bidrar til å øke graden av stress og negative emosjoner, og på denne måten forsterkes det ikke-mentaliserende samspillet. Et kontekstspesifikt tap av mentaliseringsevnen kan fortone seg på flere ulike måter. Konkretforståelse tilsvarer utviklingsmessig et psykisk ekvivalensmodus (Bateman & Fonagy, 2007). En person som mentaliserer på en konkret måte vil ha vansker med å forstå andres atferd i lys av deres indre verden, og er følgelig lite observant på andres følelser og tanker. Deres atferd vil bli fortolket i lys av situasjonsbestemte eller fysiske faktorer. Personen vil være rigid i sin forståelse, og være lite åpen for alternative forklaringer. Personen vil også ta sine egne, indre tilstander for alvorlig ettersom disse likestilles med den fysiske virkeligheten (Bateman & Fonagy, 2007).

Selv om barnet har oppnådd evnen til å mentalisere ved integreringen av de to forståelsesmodusene i 4-5 års alderen er ikke denne evnen ferdig utviklet. Evnen til å mentalisere fortsetter å utvikle seg ettersom barnet blir eldre, og dette er på mange måter en modningsprosess. Den høyeste formen for mentalisering er det Fonagy og kollegaer (2004) kaller mentaliserende affektivitet og dette innebærer å kunne regulere følelser samtidig som man er emosjonelt aktivert. Altså en direkte, online regulering, som bidrar til at man kan ta et steg tilbake og vurdere det man opplever mens man opplever det.

Når barnet utvikler evnen til å mentalisere tillater dette at barnet kan tenke på ideer og følelser samtidig som det forstår deres representasjonelle forhold til den ytre virkeligheten. Et viktig aspekt ved denne representasjonaliteten er at de konsekvenser som er forbundet med for eksempel realistiske følelser ikke gjelder for representasjonene. På denne måten muliggjør evnen til å mentalisere opplevelsen av en kontinuitet i selvet fordi det blir mulig å ha ideer, følelser og tanker uten at dette har konsekvenser for personen. Dette muliggjør utviklingen av et autobiografisk selv, og barnets egen selvforståelse øker (Fonagy et al., 2004).

Evnen til å mentalisere fører til at samhandling med andre mennesker blir mer meningsfull fordi barnet kan attribuere tanker og følelser som bakenforliggende årsaker til deres atferd. Dette vil også gjøre barnet i stand til å predikere andres atferd, fordi det vet noe om hvordan indre tilstander vil kunne føre til handling. På denne måten blir barnet mindre avhengig av andre mennesker fordi de nå kan gi mening til verden på egenhånd (Fonagy et al., 2004). Kommunikasjon med andre mennesker blir også bedre ettersom evnen til å mentalisere gjør det mulig for barnet å holde den andres sinn i sitt sinn mens de snakker. Barnet kan ha en antagelse om hva den andre tenker og mener, og dette skaper både mening og kontinuitet i samspillet. Dette fører også til at barnet når et høyere nivå av intersubjektivitet, ettersom samhandling med andre mennesker blir mer meningsfylt (Fonagy et al., 2004). Etter hvert som barnets evne til å mentalisere modnes forstår barnet i økende grad at det er et skille mellom indre og ytre sannhet. Selv om en person oppfører seg på en viss måte, kan det tenkes at den bakenforliggende meningen var annerledes. En moden evne til å mentalisere gjør det mulig å forstå at andre kan handle ut i fra feilaktige antagelser om verden, likesom en selv kan ta feil (Fonagy et al., 2004). Denne innsikten i at man kan ta feil i sine antakelser om andre menneskers indre verden er avgjørende for en funksjonell evne til å mentalisere, og dette fører til en nysgjerrig og fleksibel tilnærming til sosialt samspill med andre (Fearon et al., 2006).

### *Oppsummering*

Grunnlaget for å kunne mentalisere er medfødt, men evnen til å kunne mentalisere utvikler barnet i samspill med sine omsorgsgivere i løpet av de 4-5 første leveårene. Denne utviklingen skjer i konteksten av en trygg tilknytning til omsorgsgiver. En omsorgsgiver som er i stand til å mentalisere om sitt barn vil fortolke barnets atferd som et uttrykk for barnets indre liv, og vil speile dette tilbake til barnet. Denne speilingen er markert, og representerer en bearbeidet og mestringsorientert versjon av barnets opprinnelige uttrykk. Gjentatt erfaring med dette fører til at barnet internaliserer speilingen, og får på denne måten en overordnet, kognitivt tilgjengelig representasjon av sin primære opplevelse.

Evnen til å mentalisere gjør det mulig for barnet å forstå representasjonaliteten til mentale konstrukter som følelser og ideer. Dette øker både barnets selvforståelse, og barnets muligheter til meningsfylt og fleksibel samhandling med andre mennesker. Evnen til å mentalisere er kontekstspesifikk, og en høy grad av stress, eller negative emosjoner, vil hemme evnen til å mentalisere helt eller delvis. Når dette skjer i samspill med andre vil konstruktiv samhandling vanskeliggjøres fordi evnen til å forstå samspillspartneren i lys av dens indre verden er hemmet.

### **Social Interaction Learning Model –PMTOs konseptuelle rammeverk**

Rage and anger are some of the most salient features of the coercive children.

As family despots, they control the family and all of its members. The angry frown and frequent explosions suggests that their reign is not a happy one

(Patterson, 2002, s. 39).

Innen social interaction learning theory (SIL) omtales atferdsvansker som antisosial atferd (Patterson et al., 1992). I denne sammenhengen forstås antisosial atferd som hendelser

som er både aversive og betingende, det vil si ubehagelig atferd som er en respons på atferden til en annen person.

Bruken av aversiv atferd i samspill med andre er ikke uvanlig, og dette er en type samhandling som forekommer i alle familier (Patterson, 2002). Det som skiller familier fra hverandre er hvordan familiemedlemmene responderer på denne atferden. Personer med gode sosiale ferdigheter bruker prososiale teknikker for å nøytralisere eller avlede den aversive atferden, mens personer med svakere sosiale ferdigheter oftere bruker aversiv atferd for å håndtere dette (Solholm et al., 2005).

Antisosial atferd er ikke uvanlig, og Patterson (1992) fremhever at alle barn lærer antisosial atferd. Allerede når de 3-4 år gamle vil barn ha vært vint til, og lært, en rekke former for vanlig antisosial atferd. SIL handler derfor primært om årsaker til hvorfor noen barn utøver mer antisosial atferd enn andre. Når begrepet antisosial brukes om små barn henspiller det på atferd som sinne, fysisk utagering, opposisjon og protester (Ogden, 1999, ref. i Solholm, 2010), og Patterson og kollegaer (1992) understreker at denne tilsynelatende uskyldige atferden kan være forløpere til alvorlig antisosial atferd senere.

### *Tvingende samspill*

Den gjensidige bruken av aversiv atferd i samspill med hverandre utvikler seg etter hvert til et tvingende samspill (Patterson et al., 1992) Et tvingende samspill er en reaksjonskjede bestående av 4 stadier. Det hele begynner for eksempel med at (1) mor ber sønnen om å slå av tv og gjøre ferdig leksene sine. Dette oppfattes om en uønsket og aversiv forespørsel av sønnen. Dette fører til at (2) sønnen svarer med aversiv atferd, for eksempel begynner han å nekte høylytt. Denne protesten fører til at (3) mor trekker seg, og lar ham se på tv. Når dette skjer (4) slutter sønnen med den aversive atferden.

Sønnens aversive atferd forsterkes når mor på denne måten trekker tilbake den opprinnelige forespørselen. Dette fører til at sønnen med større sannsynlighet vil svare med aversiv atferd også neste gang mor kommer med en forespørsel han oppfatter som uønsket. Guttens atferd utgjør også en negativ konsekvens til morens atferd. Sønnens aversive atferd opphører først når moren trekker seg, og på denne måten øker sannsynligheten for at mor senere vil unngå det ubehagelige temaet (Patterson et al., 1992).

### *Den tidlige utviklingen av antisosial atferd*

For å finne røttene til utviklingen av det tvingende samspillet og følgelig atferdsvansker, retter Patterson (2002) fokuset mot de aller tidligste samspillsekvensene mellom foreldre og spedbarn. Det er i dette samspillet barnet får sin første erfaring som deltaker i et sosialt spill, og det er her barnet lærer hvilke strategier for samhandling som er effektive. Patterson understreker at barnet ikke er en passiv deltaker i samspillet med foreldrene, men en aktiv deltaker som bringer med seg sine forutsetninger, behov og krav.

Et av de mest effektive virkemiddelene barnet har i samspill med de voksne er gråt. Patterson (2002) omtaler barnets gråt som en kraftig negativ forsterkningsmekanisme for foreldrene. Med dette mener han at barnets gråt er et ubehaglig stimuli for foreldrene, og ettersom barnet først slutter å gråte når foreldrene utfører den riktige atferden i forhold til barnets behov, forsterkes foreldrene for bruken av denne atferden. Gråt er ikke en negativ atferd i seg selv. For nyfødte barn er gråt det mest effektive sosiale kommunikasjonsmiddelet ved at dette fører til sosial nærhet til omsorgsgiver. Ved at gråten fører til nærhet og samspill med omsorgsgiver øker sannsynligheten for at barn og forelder deler positive opplevelser. På denne måten fører barnets gråt til et sosialt samspill mellom barn og omsorgsgiver (Tetzchner, 2001).

Vanligvis vil mødre reagere på et vidt spekter av barnets atferd, både prososial (vokalisering, smiling/ansiktsmimikk,) og aversiv (gråt, sinne). Morens betingede respons på barnets atferd vil virke forsterkende på barnets atferd. Atferd fra moren som ikke er betinget barnets atferd, som for eksempel tilfeldig ros, vil ikke virke forsterkende på barnets atferd (Patterson & Forgatch, 2010). Dersom mor hovedsakelig responderer på barnets aversiv atferd, og ikke på barnets øvrige atferd, fører dette til at barnet forsterkes for bruken av denne atferden. Dette fører til at barnet i mindre grad lærer bruken av prososiale teknikker for samhandling. Dette fører i følge Patterson og Forgatch (2010) til at barnet utvikler hyporesponsivitet ovenfor prososial forsterkning, samtidig som det reagerer hyperresponsivt på aversiv stimuli. Og det er i dette tidlige samspillet Patterson (2002) mener røttene til det tvingende samspillet i familien ligger.

Både barnet og foreldrene påvirkes av intrapsykiske faktorer og kontekstuelle variabler, og denne påvirkningen kan bidra til å øke sårbarheten for at de kommer inn i et negativt samspill (Patterson 2002; Patterson et al., 1992). Patterson og kollegaer (1992) omtaler et mulig antisosialt trekk hos de barna som er i fare for å utvikle atferdsvansker. Med dette mener de at barna har en relativ stabil disposisjon til å bruke aversiv atferd betinget, også utover den utviklingsmessige perioden hvor en slik atferd er normativ. Dette bidrar til å gjøre barnet mer krevende, og stiller større krav til omsorgsgiver. I møte med foreldre som av ulike grunner har svake foreldreferdigheter kan dette utgjøre starten på et tvingende samspill.

Med foreldreferdigheter mener Patterson (2002, Patterson et al., 1992) alle de teknikkene foreldrene benytter seg av i samspill med barnet for å oppdra og veilede barnet. Foreldre vil ha et vidt spekter av slike, og alle foreldre bruker både hensiktsmessige og mindre hensiktsmessige strategier. Patterson og kollegaer (1992) omtaler foreldrenes forutsetninger i møtet med barnet i en makromodell om foreldreferdigheter, og dersom foreldre av ulike grunner ikke anvender optimale foreldreferdigheter vil dette i møte med



barnet øke sannsynligheten for at de kommer inni et tvingende samspill. Foreldre er sårbare for påvirkningen av stress, slik at en kombinasjon av individuelle forutsetninger og belastninger i det øvrige miljøet kan være med på å øke sjansen for at foreldrene benytter seg av mindre hensiktsmessige strategier i møte med et krevende barn.

Det tvingende samspillet kan ta form så tidlig som når barnet er 10 - 24 måneder (Patterson 2002; Snyder et al., 2003). Effektene av dette samspillet er bidireksjonelle av natur, og dette fører til at forelder-barn dyaden i seg selv kan endre seg på kort tid, og begge partene blir stadig mer tvingende i sin atferd (Patterson, 2002).

Ettersom barnet blir eldre utvikler den aversive atferden seg. Utviklingen går i fra at barnet er stresset og reaktivt i spedbarnsperioden, til trass og raserianfall i småbarnsperioden og videre til oppmerksomhetssøking, slåing, slossing og stjeling (Patterson, 2002; Snyder & Stoolmiller, 2002). Altså utvikler barnet et mer alvorlig repertoar av aversiv atferd. Denne utviklingen går samtidig på bekostning av barnets muligheter til å utvikle prososiale ferdigheter, og ettersom barnet blir eldre får det i økende grad vanskeligere tilgang til aktiviteter og interpersonlige forhold som fremmer utviklingen av selv-regulering, oppmerksomhet, problemløsning, sosiale-evner og skolefaglig mestring (Snyder et al., 2003). Antisozial atferd påvirker også andre mennesker, slik at barn som viser slik atferd ofte møtes med mer ubehag, avvisning og utestenging (Apeland, 2007; Patterson et al., 1992; Patterson, 2002; Snyder et al., 2003). Disse sosiale erfaringene forsterker så igjen barnets antisosiale atferd.

Tvingende samspill kjennetegnes av lav intensitet, men desto lenger dette samspillet pågår desto større sannsynlighet er det for at det ender med høy intensitet (Patterson & Forgatch, 2010; Snyder & Stoolmiller, 2002). Med andre ord eskalerer det tvingende samspillet. En av årsakene til at samspillet eskalerer er at dersom intensiteten av aversiv atferd

økes, øker også sjansen for at samspillspartneren trekker seg (Patterson, 2002). Det blir dermed funksjonelt å gå fra å rope til å slå. Patterson (2002) antar at sterke, negative emosjoner fungerer på samme måten. Sinne ser ut til å være en av de mest virkningsfulle formene for eskalering. I konfliktsituasjoner vil en intensivering av sinne øke sannsynligheten for at det andre familiemedlemmet trekker seg, og i en slik sammenheng blir sinnet funksjonelt. Dette impliserer at uttrykkelsen av sterkt sinne og raseri i denne sammenhengen er lært, og uttrykkelsen av negative emosjoner i et tvingende samspill forstås derfor som sekundære effekter av samspillet fremfor en realistiske og genuine emosjonelle responser.

Det tvingende samspillet forsterkes av feedbackmekanismer som oppstår som en følge av erfaringene med et slikt samspill over tid (Patterson, 2002; Patterson & Forgatch, 2010). Disse mekanismene er med på å gjøre at terskelen for å inngå i tvingende samspill blir lavere, og fører etter hvert til at denne typen samspill blir det dominerende i familien. Over tid blir medlemmene i familien stadig sintere på hverandre, negative emosjoner preger samspillet og de unngår i økende grad å ha med hverandre å gjøre. Dette vil igjen virke forverrende på samspillet.

### *Oppsummering*

Kjerneantakelsen i social interaction learning theory (SIL) er at atferdsvansker er et resultat av et tvingende samspill mellom familiemedlemmene som fører til at barnet lærer bruken av tvang og press som sosiale strategier fremfor prososiale. Et tvingende samspill er et samspill hvor begge parter gjensidig bruker aversiv atferd som samhandlingsteknikk. Dette samspillet eskaleres til den ene parten trekker seg.

Patterson ser til det tidligste samspillet mellom barn og foreldre for å finne røttene til det tvingende samspillet. Barn som er sårbare for å utvikle atferdsvansker er mer krevende enn andre barn, og Patterson omtaler dette som det mulig antisosiale trekk hos disse barna. I

møte med foreldre som er stresset og har mindre ressurser til gjengelig for samspill med barnet, kan dette føre til at forelder-barn dyaden kommer inn i et samspill hvor mor primært responderer på barnets aversive atferd. Dette fører til at det er barnet forsterket for bruken av aversiv atferd, men prososial atferd ikke blir forsterket, og barnet vil derfor benytte aversiv atferd fremfor annen atferd i samspill med andre. Etter som det tvingende samspillet har pågått over tid, generaliserer det seg og etter hvert blir det den primære samhandlingsmåten mellom barn og foreldre. Etter hvert som barnet blir eldre utvikler den aversive atferden seg, og når barnet kommer ut på sosiale arenaer utenfor familien vil det hemmes av sine manglende prososiale samhandlingsteknikker.

### **Tvingende samspill fører til vansker med mentalisering**

Det tvingende samspillet beskrevet i SIL kan på mange måter forstås som et *ikke-mentaliserende samspill* (Fearon et al., 2006). Ikke-mentaliserende samspill starter med en emosjonelt stressende situasjon som gjør at person A ikke klarer å forstå person B sin atferd fordi evnen til å mentalisere er hemmet. Dette fører til A tyr til mindre funksjonelle strategier for samhandling, som for eksempel tvang eller press. Dette oppfattes som fiendtlig, tvingende eller skremmende av B, noe som igjen aktiverer sterke følelser hos B og som dermed hemmer hans evne til mentalisering. Dette medfører at heller ikke B forstår As handlinger, og vil da svare med bruk av tilsvarende ikke-funksjonelle strategier, noe som forsterker det emosjonelle stresset hos A. Det ikke-mentaliserende samspillet vil hemme deltakernes muligheter til å utvikle seg fordi evnen til å reflektere er hemmet, og ved at mulighetene for å dra lærdom av erfaring er redusert, forsterker det ikke-mentaliserende samspillet seg. På grunn av dette blir etter hvert det ikke-mentaliserende samspillet overlært, og etter en stund trenger ikke personene sterke emosjonelle triggere for å gå inn i denne typen samspill (Fearon et al., 2006).

Dersom en vurderer det tvingende samspillet beskrevet i SIL (Patterson et al., 1992) i denne sammenhengen, kan det tenkes at kontekstuell stress kan virke hemmende på omsorgsgivers evne til å mentalisere. Dette vil være en kontekstspesifikk, og midlertidig svekkelse i evnen til å mentalisere. I møte med et krevende barn vil denne svekkelsen medføre at omsorgsgiver har vanskeligere for å forstå barnet i lys av barnets indre verden. Dette øker sjansen for at omsorgsgiver tyr til mindre hensiktsmessige foreldrestrategier i samspill med barnet. Disse strategiene oppfattes som fiendtlige eller ubehagelige av barnet, noe som vekker negative emosjoner hos barnet og øker graden av stress. Dermed reduseres barnets mulighet til å mentalisere og det oppfatter omsorgsgiver som slem og fiendtlig. Barnet vil svare med aversiv atferd, og dette vekker mer negative emosjoner hos omsorgsgiver. På denne måten kommer både barn og omsorgsgiver inn i selvforsterkende ikke-mentaliserende sirkler, samtidig som de gjensidig forsterker hverandre. Graden av emosjonelt og aversivt press øker helt til en av partene trekker seg.

En forskjell mellom tvingende samspill og ikke-mentaliserende samspill er betydningen av emosjoner. Patterson (2002) forstår sterke negative emosjoner som en sekundær effekt av det tvingende samspillet. Slike emosjoner brukes som et pressmiddel for å kontrollere samspillet, og forstås ikke som uttrykk for en genuin emosjonell respons. Fearon og kollegaer (2006) forstår de sterke emosjonene i det ikke-mentaliserende samspillet som emosjonsregulering som går tilbake til et primitivt, ikke mentaliserende/ikke regulert nivå. Felles for begge måtene å forstå samspillet på er at den emosjonelle aktiveringen forhindrer en mentaliserende tilnærming til samspillet da den virker stressforsterkende. Det er derfor i begge tilfeller viktig å begrense denne emosjonelle aktiveringen.

*Effekter på omsorgsgivers evne til å mentalisere om barnet*

Effektene av det tvingende samspillet er flerfoldige, og de påvirker både barnet og foreldrene. Flere av disse kan også forstås som vansker med å mentalisere. Patterson og Forgatch (2010) fremhever at effektene av det tvingende samspillet er både kognitive, atferdsmessige og emosjonelle.

Foreldrene kjennetegnes av at de *overklassifiserer barnets atferd* (Patterson & Forgatch, 2010) ved at de feilaktig klassifiserer barnets nøytrale atferd som avvikende. Dette fører til at de overreagerer i forhold til barnets atferd ved at de møter barnets nøytrale atferd som om denne var aversiv. Dette vil føre til sinne og frustrasjon hos barnet, noe som øker sjansen for at barnet vil svare med aversiv atferd.

Foreldrene kjennetegnes også av at de etter hvert utvikler *negative attribusjoner om barnet* (Patterson & Forgatch, 2010), de forstår barnets atferd som uttrykk for stabile karakteristikk ved barnet (for eksempel ”barnet er ondskapen selv”), og evner ikke å se barnets atferd som et uttrykk for barnets indre liv. Dette kan forstås som dårlig mentalisering hos foreldrene (Sharp & Fonagy, 2008). I det tvingende samspillet vil foreldrenes evne til å mentalisere midlertidig reduseres, og dette utgjør et kontekst-spesifikt tap av mentalisering. I slike situasjoner vil foreldrenes mentalisering av barnet være konkret (Bateman & Fonagy, 2007). Foreldrene vil ha vansker med å se barnet ut i fra barnets perspektiv, men vil heller vurdere atferden ut i fra sine egne følelser og tanker om situasjonen. De vil heller ikke være i stand til å reflektere over hvordan barnet opplever situasjonen, eller se alternative forklaringer. Dette vil øke sjansen for at de bruker ikke-funksjonelle foreldrestrategier, noe som bidrar til å forsterke det tvingende samspillet. Negative attribusjoner utgjør dermed en negativ feedbackloop for det tvingende samspillet (Patterson & Forgatch, 2010).

Foreldrene vil også stadig øke bruken av ikke funksjonelle strategier, dette omtaler Patterson og Forgatch (2010) som *akselererende straff*. Med dette mener de at istedenfor å endre sin atferd i møte med barnet, gjør foreldrene mer av det samme. En effekt av et ikke-mentaliserende samspill er at deltakerne muligheter til å lære av erfaring er hemmet fordi evnen til å mentalisere og dermed reflektere er hemmet (Fearon et al., 2006). Dette kan tenkes å være en medvirkende faktor til at foreldrene gjør mer av det samme selv om det ikke fungerer. Over tid vil det midlertidige tapet av evnen til å mentalisere bli mer stabilt. Dette vil både kunne tenkes å medvirke til at det tvingende samspillet det vanlige samspillet i familien, samtidig som det også vil medvirke til at de negative attribusjonen av barnet blir ytterligere fastlåst.

#### *Effekter på barnets evne til å mentalisere*

Det tvingende samspillet vil også påvirke barnets evne til å mentalisere. Barnets mulighet til å utvikle evnen til å mentalisere hemmes på to måter. For det første hemmes den fordi barnet inngår i samspill med omsorgsgivere som ikke mentaliserer ordentlig om det (Sharp et al., 2006). Barn som har foreldre som har en svak mentaliseringsevne er også i større risiko for å utvikle psykiske vansker (Sharp & Fonagy, 2008). For det andre vil barnet som et resultat av det tvingende samspillet ofte utsettes for stress og negative emosjoner som vil virke hemmende både på evnen til å mentalisere og mulighetene til å utvikle denne evnen (Fonagy & Target, 2006).

Morens vansker med å mentalisere om barnet vil kunne tenkes å føre til at hun ikke speiler barnets indre verden på en tilstrekkelig markert måte, eller at speilingen ikke er korrekt, fordi hun ikke tolker barnet riktig. Dette fører til at barnet får mindre mulighet til å internalisere overordnede strukturer som kan bearbeide og regulere dets primære opplevelser.

Dette vil føre til at integreringen av de to forståelsesmodusene, og dermed utviklingen av evnen til å mentalisere, hemmes (Fonagy et al., 2004).

Videre har barn med atferdsvansker en overvekt av negative erfaringer fra samspillet med sine omsorgsgivere, disse erfaringene medvirker til at de forventer negativ atferd også fra andre mennesker. Dette utgjør det Carla Sharp (2006) omtaler som *a theory of "nasty" minds*. Barn med atferdsvansker forventer at andre mennesker vil dem vondt, og inngår i samspill med denne forventningen. Samtidig, og paradoksalt nok, har disse barna en positiv bias om seg selv. Det kan tenkes at dette er fordi moren i liten grad speiler barnet betinget, dette fører til at det er ingen sammenheng mellom morens speiling og barnets atferd. Barnet vil derfor ikke forbinde speilingen med seg selv. Dette medvirker til at barnet i liten grad blir klar over sammenhengen mellom sin egen atferd og andres. På denne måten ser de ikke sitt eget bidrag i de ubehagelige situasjonene og opplever det som at det er ensidig motparten som uforståelig igangsetter dette. En slik positiv bias om seg selv vil også være en måte å beskytte selvet på (Bateman & Fonagy, 2007, Sharp 2006).

### *Oppsummering*

Den første problemstillingen til denne oppgaven stilte spørsmålet om mentalisering kan tenkes å spille en rolle i utviklingen av atferdsvansker slik det beskrevet i social interaction learning theory (SIL). Som vi har sett kan tvingende samspill på mange måter forstås som et ikke-mentaliserende samspill. Stressende situasjoner fører til kontekstspesifikt tap av evnen til å mentalisere, noe som medvirker til at smidig samhandling med andre blir vanskeligere fordi evnen til å forstå samspillspartneren i lys av dens indre verden er hemmet. Bruken av aversive samhandlingsteknikker vil øke nivået av stress hos motparten, og begge parter får vansker med å mentalisere. Et ikke-mentaliserende samspill fører ikke til positiv utvikling. Deltakerne i det tvingende samspillet lærer bruken av negativ sosial atferd fremfor

prososial atferd. Ettersom evnen til å mentalisere hemmes, reduseres også mulighetene for å endre denne utviklingen fordi evnen til å reflektere over det som skjer er hemmet.

Både foreldrenes og barnets evne til å mentalisere vil påvirkes. Foreldre kan tenkes å oppleve et kontekstspesifikt tap av evnen til å mentalisere som en følge av kontekstuel stress, og dette fører til at de ikke klarer å forstå barnet ut i fra dets indre verden. Dette kan medvirke til overgeneralisering av barnets atferd, og negative attribusjoner, noe som er vanlige effekter av et tvingende samspill. Over tid vil denne mentaliseringen rundt barnet bli mer permanent, noe som vil medvirke til å gjøre det tvingende samspillet ytterligere fastlåst.

Barnet sin evne til å mentalisere hemmes ved at mor ikke mentalisere ordentlig om det. Dette fører til at barnet får mindre muligheter til å internalisere overordnede kontrollstrukturer. Barnet hemmes også fordi de stressende samspillsituasjonene vil hemme dets evne til å mentalisere, og mulighetene til å lære å mentalisere. Barn med atferdsvansker kjennetegnes av at de har negative forventinger til atferd fra andre mennesker, samtidig som de har en positiv bias om seg selv. Disse barna kjennetegnes også av en skeiv mentaliseringsevne, hvor de er gode på kognitive aspekter av mentalisering, men har vanskelig for å forstå de emosjonelle komponentene.

På denne måten er det plausibelt at vansker med å mentalisere kan spille en rolle i utviklingen og opprettholdelsen av atferdsvansker. Og med dette er det grunnlag for å vurdere om PMTO kan føre til endringer i barnets evne til å mentalisere.

### **PMTO – legger forholdene til rette for å bedre barnets mentaliseringsevne?**

Hensikten med intervensjonsprogrammet er å hjelpe foreldrene til å bryte fastlåste, tvingende samspillsmønstre og erstatte disse med samspillsmønstre som fremmer samarbeid og trivsel (Duckert, 2010a, s.15).



PMTO er et behandlingsprogram som kan anvendes både som intervensjon i forhold til barn som har hatt atferdsproblemer over tid, og som forebyggende tiltak for barn som er i ferd med, eller i risiko for å utvikle slike vansker (DeGarmo et al., 2004; Forgatch et al., 2009; Ogden & Amlund Hagen, 2008; Reid et al., 2002). Duckert (2004) understrekes at anvendeligheten av PMTO må vurderes i hvert tilfelle, og individuelle tilpassninger av behandlingsprogrammet kan være nødvendig. Barn med atferdsvansker har ofte flere komorbide vansker, og dette er noe som det må tilrettelegges i forhold til. Dersom det er grunnlag for å anta at vanskene skyldes alvorlige utviklingsforstyrrelser eller traumer, som for eksempel seksuelle overgrep, må det vurderes om PMTO er tilstrekkelig. I slike tilfeller anbefales det å enten en annen tilnærming eller tilrettelegging av PMTO med tilleggsbehandling.

Foreldrenes sentrale rolle i PMTO medfører at PMTO er en krevende behandlingsform for foreldrene (Duckert, 2010a). Arbeidet med å øve inn og anvende nye foreldreferdigheter forutsetter at de endrer innøvde og automatiserte handlingsmønstre. En viktig del av PMTO programmet er derfor arbeid med foreldrene og endringer i deres måte å regulere og uttrykke følelser og reaksjoner på i samspill med barnet (Solholm et al., 2005).

### *Foreldrestrategier*

Kjernen i PMTO utgjøres av en samling foreldrestrategier hvis funksjon er å hjelpe foreldrene med å erstatte det tvingende samspillet mellom familiemedlemmene med et samspill som fremmer samarbeid og trivsel (Duckert, 2010a). Som tidligere nevnt baserer PMTO seg mellom annet på prinsipper fra operant betingning, og disse prinsippene er også viktige elementer i anvendelsen av foreldrestrategiene (Patterson et al., 1992; Patterson et al., 2002). De ulike foreldreferdighetene er valgt ut i fra forskningsbasert kunnskap om hvilke ferdigheter og teknikker som er de mest virksomme når det gjelder å redusere barns

atferdsvansker og bedre deres utviklingsmuligheter (Duckert, 2010a). PMTO består av 8 ulike foreldreferdigheter (Askeland, Apeland, Christiansen & Solholm, 2010). Apeland (2005) deler disse inn i kjernekomponenter og støttekomponenter. Støttekomponentene sin primære rolle er å underbygge kjernekomponentene ved at de lærer foreldrene teknikker og ferdigheter som er viktige for å effektivt kunne utføre kjernekomponentene.

Kjernekomponentene i behandlingen er oppmuntring, grensesetting, tilsyn, problemløsning og positiv involvering (Askeland et al., 2010). Av disse læres oppmuntring, grensesetting og tilsyn bort som egne deler. Positiv involvering er en komponent som er gjennomgående for hele behandlingen, og er således et viktig aspekt ved flere av de andre elementene. Problemløsning læres i første omgang indirekte ved at dette er et av virkemidlene terapeuten bruker i timene med foreldrene. I slutten av behandlingen lærer foreldrene hvordan de selv kan anvende problemløsning som en strategi hjemme. Støttekomponentene i behandlingen er å gi gode beskjeder, regulere egne følelser i samspill med barnet, og hvordan kommunisere med barnet (Askeland et al., 2010).

### *Terapeutiske teknikker*

De viktigste terapeutiske teknikkene i arbeidet med å lære bort foreldrestrategiene er rollespill, problemløsning og hjemmelekser (Duckert, 2010a). Bruken av rollespill og problemløsningsteknikker bidrar til å gjøre timene aktive og varierte, og hjemmeleksene fører til at foreldrene aktivt prøver ut nye strategier hjemme i samspill med barna. Dette siste er avgjørende for at PMTO skal kunne være en virksom behandling, da er det endring i samspillet mellom foreldrene og barnet som er målsetningen.

Bruken av rollespill fyller flere funksjoner (Duckert, 2004). Rollespillene brukes for å illustrere sentrale poeng, for å kartlegge foreldrenes aktuelle ferdigheter, for å skape innlevelse og empati, og som ren ferdighetstrening. De brukes også som ledd i en refleksjons

og problemløsningsprosess. Rollespillene vil være viktige for å øke foreldrenes forståelse for barna, ettersom foreldrene ved å spille rollen som barnet får oppleve hvordan det føles å være i barnets sko (Apeland, 2005, 2007).

Generelle terapeutiske teknikker er også viktig i møte med den enkelte familien. En god allianse til foreldrene fremheves som svært viktig, særlig ettersom dette er en krevende behandling og motstand ikke er uvanlig. En god allianse vil også bedre samarbeidet og hindre frafall (Apeland, 2005, 2007).

PMTO er en strukturert og aktiv behandling. Det er klare retningslinjer for hvilke komponenter som skal formidles når, og det er også et klart oppsett for den enkelte time (Duckert, 2010a). Det er allikevel rom for individuelle tilpasninger, noen familier trenger flere timer på samme komponent, mens andre familier har kanskje behov for at elementer fra komponenter som hører hjemme lenger ute i behandlingen kommer tidligere enn planlagt. Kjernekomponentene kommer allikevel alltid i en gitt rekkefølge, man vil for eksempel ikke begynne ikke med grensesetting, men det kan tenkes at foreldre trenger hjelp til emosjonsregulering på et tidligere stadium av behandlingen.

Det er mulighet for å involvere barnet direkte i behandlingen (Apeland, 2007; Duckert, 2010a). Dette skjer etter ønske fra foreldrene, og kan være aktuelt for å støtte foreldrene, øve inn spesifikke ferdigheter med barnet, eller veilede foreldrene direkte med barnet i timen. Det understrekes at terapeuten må unngå å undergrave foreldrenes autoritet ovenfor barnet, ettersom dette vil kunne vanskeliggjøre foreldrenes arbeid hjemme (Duckert, 2010a). Selv om barnet ikke er direkte involvert i behandlingen, har foreldrene ansvar for å informere barnet om hvilke endringer som skjer i hjemmet, og hva som forventes av barnet (Apeland, 2007; Duckert, 2010a).

*PMTO – kort beskrevet*

Før PMTO-behandlingen startes anbefales det i håndboken (Duckert, 2004) at man alltid gjennomfører en strukturert samspillsoppgave i forkant. Den strukturerte samspillsoppgaven (Nordahl, 2004) involverer både foreldre og barn. Familien løser et oppgavesett som krever samarbeid uten at terapeuten er til stede, men prosessen videofilmes. På denne måten får terapeuten en unik mulighet til å observere familiens naturlige samhandlingsmønstre, og dette gir ofte mer informasjon enn å intervju foreldrene om det samme temaet.

Den første timen i PMTO-behandlingen har som mål å etablere en arbeidsallianse med foreldrene, samt å komme frem til en felles problemforståelse og felles mål for behandlingen. På denne måten sikrer terapeuten at det jobbes mot samme målsetning, og at foreldrene er innforstått med hvordan behandlingen kommer til å foregå (Aasebøe, 2010a). Dette danner utgangspunktet for å begynne arbeidet med å lære bort nye og bedre foreldrestrategier til foreldrene.

Det første temaet det jobbes med er å skape en felles forståelse for betydningen av samarbeid, og målet er å motivere foreldrene til å lære barnet å samarbeide. Dette skjer gjennom å lære foreldrene å *gi tydelige beskjeder* (Aasebøe, 2010b) på en vennlig måte, og å *oppmuntre* og belønne (Pettersen, 2010) barnet når det samarbeider.

Som vi har sett tidligere fører det tvingende samspillet at barnet primært blir forsterket på aversiv atferd (Patterson, 2002), og dette fokuset i behandlingen på positiv atferd og forsterkning av denne er med på å begynne å lære barnet prososial atferd. Samtidig er barnet som en følge av det tvingende samspillet mindre sensitiv på forsterkere for positiv atferd (Patterson & Forgatch, 2010), og en intensivering av betinget forsterkning av positiv atferd vil være med på å hjelpe barnet med å oppdage denne formen for ros og samhandling. Fokuset på

samarbeid gjennom oppmuntring og ros fører til at samhandlingsklimaet i familien blir bedre (Duckert, 2010a), og det gir et alternativ til det tvingende samspillet.

En viktig del av denne første fasen av behandlingen er også at foreldrene blir mer observante på hva barnet faktisk gjør og hvordan dette henger sammen med deres egen atferd (Duckert, 2010a). På denne måten bevisstgjøres foreldrene på sitt eget bidrag i samspillet, samtidig som de blir flinkere til å observere hva barnet faktisk gjør. Dette siste er viktig både fordi foreldre til barn med atferdsvansker ofte feilaktig klassifiserer barnets nøytral atferd som aversiv, og fordi de ofte har fastlåste, negative attribusjoner av barnet (Patterson & Forgatch, 2010). Til sammen fører dette til at foreldrene opplever barnet som ”vanskelig og umulig”, og et fokus på å observere hva barnet faktisk gjør vil være motvekt til dette ettersom det på denne måten arbeides med foreldrenes forståelse og attribusjon av barnet.

Når samhandlingen i familien har blitt fredligere og vennligere, er det klart for å begynne å jobbe med det tvingende samspillet. Dette skjer gjennom å lære foreldrene *grensesetting* (Launes & Solholm, 2010). Grensesetting brukes ovenfor regelbrudd og samarbeidsnekt. Grensesetting skal kun brukes ovenfor slik atferd, den skal ikke brukes ovenfor barnets negative emosjoner som for eksempel raserianfall. De grunnleggende prinsippene for grensesetting er at uønsket atferd alltid møtes med mild, fast og forutsigbar negativ konsekvens. Videre skal grensesettingen i verksettes før foreldre eller barn har blitt sinte. En viktig del av hensikten med denne komponenten er at grensesettingen skal bidra til å forhindre konflikteskalering.

Foreldrene lærer bruken av tre ulike typer konsekvenser (Launes & Solholm, 2010). *Pausetid* brukes i situasjoner hvor faren for eskaleringer stor. Barnet oppholder seg på et kjedelig sted i fem til ti minutter, og får da roet seg ned, også emosjonelt. Pausetid er en frivillig konsekvens ved at barnet selv velger om det vil gå til pausetid. *Ekstraoppgave* er også

en frivillig konsekvens, og innebærer at barnet må utføre en tidligere avtalt ekstraoppgave.

*Tap av gode* er den siste typen konsekvens, og denne kan ikke velges bort. Tap av gode brukes når barnet ikke samarbeider om de andre konsekvensene og innebærer at barnet mister et gode, som for eksempel tv-tid.

Innføringen av grensesetting fører til at foreldrene har en klar plan å forholde seg til i utfordrende situasjoner som vanligvis er forbundet med et tvingende samspill. Foreldrene vet hva de skal gjøre ovenfor barnet, og dette gjør det lettere for dem å ikke inngå i et tvingende samspill. Foreldrene skal videre gi konsekvens på en nøytral måte, og de skal trekke seg ut av situasjonen etter at de har gitt barnet konsekvensen. For eksempel skal barnet være alene under pausetiden, dette er med på å forhindre at det skjer en eskalering. Foreldrene skal heller ikke dvele ved situasjonen i etterkant. Når barnet har gjennomført konsekvensen har det gjort opp for seg. Grensesettingen skal ikke medvirke til å hale ut eller forsterke konflikter (Launes & Solholm, 2010).

Når foreldrene på denne måten griper inn tidlig forhindrer de at konflikten eskalerer og med dette reduseres sjansen for at sterke negative emosjoner kommer inn i bildet. Dersom barna begynner å gråte, true eller lignende, forstås dette som ett uttrykk for de aversive strategiene barnet er vant til å bruke for å få viljen sin i det tvingende samspillet. Det er derfor viktig at foreldrene holder seg nøytrale og ikke involverer seg (Launes & Solholm, 2010). På denne måten lærer barna at de strategiene som virket i det tvingende samspillet ikke lenger har noen effekt.

På mange måter er grensesetting like mye en regulering av foreldrene som det er det for barna. Målet med denne komponenten er ikke å straffe barnet, men å skape rammer og struktur for situasjoner som er forbundet med utviklingen av tvingende samspill. Samtidig gir

også denne komponenten foreldrene tilbake kontroll over samspillet i familien, og på denne måten gjenoprettes maktbalansen i familien.

Når foreldrene begynner å bruke grensesettingsteknikkene, vil barna vanligvis øke intensiteten i den atferden foreldrene ønsker å stoppe. Foreldrene forberedes på dette, og det trenes på å følge prinsippene selv om barnets oppførsel kan bli ekstremt provoserende (Duckert, 2010a). Foreldrene lærer derfor hvordan de bedre kan *regulere sine egne emosjoner* i samspill med barnet (Duckert, 2010b). I denne sammenheng fokuseres det spesielt på hvordan foreldrene kan holde seg rolige i møte med barnet, og ikke la seg overvelde av negative emosjoner. Dette er med på å forhindre at foreldrene inngår i et tvingende samspill med barna.

I den første delen av behandlingen bruker terapeuten problemløsning som et aktivt virkemiddel for å engasjere foreldrene i et konstruktivt samarbeid (Duckert, 2010a). Senere lærer foreldrene hvordan de selv kan bruke *problemløsning* (Apeland, 2010) som en metode hjemme, for eksempel i familieråd. På dette tidspunktet vil også terapeuten hjelpe foreldrene med å forbedre deres *kommunikasjonsferdigheter* (Pettersen & Hognestad, 2010) og øke deres grad av *positiv involvering* (Askeland, 2010) i barna. Positiv involvering vil si å dele opplevelser med barnet som er positive og utviklende. I familier med høy grad av tvingende samspill vil barn og foreldre i liten grad omgås fordi de forbinder så mye ubehag med samspillet (Patterson, 2002). Dette fører til at de primært omgås i negative settinger, og de deler i liten grad positive opplevelser. Fokuset på økt positiv involvering er en motvekt til dette. Med dette legges også grunnlaget for en økt involvering fra foreldrene i barnets liv, og en økt sjans for at barna godtar en slik involvering fordi de har opplevd at samværet med foreldrene kan være positivt og støttende. I siste del av behandlingen fokuseres det nemlig på å øke foreldrenes *tilsyn* (Christiansen, 2010) med barna. Foreldre til barn med atferdsvansker har ofte lite kontroll på hva barnet gjør, hvem det er sammen med og hvor det er. Dette er

forbundet med en dårligere prognose for barnets utvikling. Det er derfor viktig å øke foreldrenes tilsyn med barnet (Forgatch & Martinez, 1999).

Avslutning av en PMTO behandling må vurderes individuelt for hver familie. Det er viktig at prosessen med å avslutte behandlingen gjøres i sammen med foreldrene og at disse støttes på at de kan klare å fortsette den gode utviklingen på egenhånd (Flock & Solholm, 2010).

### *Oppsummering*

PMTO har som mål å endre tvingende samspillmønstre i familien til utviklingsstøtende samspillmønstre ved å lære foreldrene mer hensiktsmessige foreldrestrategier. Foreldrestrategiene er valgt ut i fra forskningsbasert kunnskap om hvilke teknikker som er mest effektive med tanke på å endre samspillmønstre. Komponentene består både av teknikker som er rettet direkte mot samspillet mellom barn og foreldre, og komponenter hvis hovedfunksjon er å støtte foreldrene i prosessen med å anvende kjernekomponentene. Prinsipper fra operant betinging underligger flere av kjernekomponentene, som for eksempel grensesetting og oppmuntring. Dette er med på å føre til at PMTO er en effektiv behandling med tanke på å endre barnets atferd.

### **Diskusjon**

Spørsmålet denne oppgaven ønsker å svare på er om PMTO kan tenkes å føre til bedre mentaliseringsevne hos barn med atferdsvansker. Som vi allerede har sett, er det plausibelt å anta at vansker med mentalisering spiller en rolle i utviklingen og opprettholdelsen av atferdsvansker, også slik dette beskrives innen social interaction learning theory. Dette legger grunnlaget for å vurdere PMTO med fokus på mentalisering.



Patterson og kollegaer (2002) er tydelig i sin tale når de understreker at dersom man skal endre barns antisosiale atferd, må man endre miljøet barnet vokser opp i. Barnets interpersonlige miljø er, som vi har sett tidligere i oppgaven, helt avgjørende for barnets utvikling. Dersom man skal jobbe med barns evne til å mentalisere, er arbeid med det interpersonlige miljøet også en svært viktig del av denne typen behandling (Rexwinkel & Verheugt-Pleiter, 2008). Dersom det ikke jobbes med barnets interpersonlige miljø vil barnet komme tilbake til et miljø hvor ikke-mentaliserende samspill foregår, og dette samspillet vil virke hemmende på barnets muligheter til positiv utvikling.

Kjernekomponentene i PMTO retter seg alle mot det interpersonlige miljøet ved at de har som mål å endre samspillet i dyaden. Komponenten grensesetting er den som rettes primært mot det tvingende samspillet (Launes & Solholm, 2010), og som dermed har det største potensialet til å oppnå endring i det interpersonlige miljøet. De øvrige komponentene, og da særlig problemløsning og positiv involvering, fremheves ofte som positive strategier som vil kunne fremme barnets utvikling (Kaminski et al., 2008; Ogden & Amlund Hagen, 2008). Det allikevel grunn til å anta at disse komponentene i seg selv ikke er nok til å endre det interpersonlige miljøet i familien (Ogden & Amlund Hagen, 2008). Disse komponentene er ikke rettet direkte mot det tvingende samspillet, og som diskutert tidligere hemmer dette samspillet mulighetene for positiv utvikling. Det er derfor en forutsetning for at disse komponentene skal komme til sin rett at forekomsten det tvingende samspillet reduseres.

Den sentrale funksjonen til grensesetting støttes også av at grensesetting er den foreldrestrategien som best predikerer positivt utfall av behandlingen (Ogden og Amlund Hagen, 2008). Deltakelse i PMTO predikerer bedre grensesetting fra foreldrenes side, noe som igjen predikerer færre negative-samhandlingssekvenser initiert av barnet, færre eksternaliserende vansker hos barnet og høyere grad av samarbeid fra barnets side (Ogden og Amlund Hagen, 2008). Grensesetting er også forbundet med økt sosial kompetanse hos

barnet. Ogden og Amlund Hagen (2008) finner i sin studie at barn som har deltatt i PMTO vurderes som mer sosialt kompetente av lærerne. I forkant antok Ogden og Amlund Hagen at dette ville komme av PMTO sitt fokus på positiv involvering og oppmuntring. Resultatene tyder derimot på at dersom den økte sosiale kompetansen skyldes endringer i foreldreatferd, er det økt effektiv grensesetting som er årsaken. Ogden og Amlund Hagen viser til Dishion og Patterson (2006), og foreslår at det kan tenkes at det er når graden av tvingende samspill reduseres det skapes rom for foreldrene til å forsterke barnas positive atferd, og øke graden av positiv involvering.

Grensesettingen sin primære funksjon i PMTO er å redusere forekomsten av tvingende samspill i familien (Launes & Solholm, 2010). Når det tvingende samspillet reduseres, reduseres også sjansen for at barn og foreldre kommer inn i ikke-mentaliserende samspill. På denne måten kan det tenkes at grensesettingen kan bidra til å legge til rette for mulighetene for at barnet kan bli mentalisert om, og lære, og videreutvikle, evnen å mentalisere selv.

Det er allikevel risikomomenter ved grensesetting som er verdt å merke seg. PMTO baserer seg på prinsipper fra operant betinging, og grensesetting utgjør et potent redskap for å endre barnets atferd (Kaminski et al., 2008; Ogden & Amlund Hagen, 2008). Men endret atferd hos barnet er ikke nødvendigvis ensbetydende med en indre utvikling i form av endret mentalisering hos barnet. Grensesettingen læres i første omgang bort på en instrumentell måte. Foreldrene får tydelige retningslinjer å forholde seg til, og de trenes på å følge disse også i møte med et utfordrende barn (Launes & Solholm, 2010). På denne måten gis kontrollen over samspillet i familien tilbake til foreldrene. Målet er å gjøre dette uten å vekke motstand hos barnet, og etter den første fasen hvor barnet utfordrer de nye grensene, vil samspillet og grensesettingen forløpe roligere. Innen PMTO forklares dette med at barnet har lært at de aversive samhandlingsteknikkene som tidligere var effektive ikke lenger er det, og at barnet nå er i en prosess med å lære nye strategier (Duckert, 2010a; Launes & Solholm,

2010). En annen forklaring kan være at barnet viser en stille resignasjon. Foreldrene har tatt kontroll over samspillet og barnet kan ikke gjøre noe. En slik reaksjon vil ikke være et uttrykk for en indre utvikling hos barnet. I denne sammenheng vil det være viktig å vurdere barnets vitalitet, da et kriterium for en positiv endring i samspillet i familien vil kunne tenke å være at barnets vitalitet øker.

Et aspekt som bør vurderes i forbindelse med grensesetting er foreldrenes modenhet og egen evne til å mentalisere. Dette vil ha betydning for hvordan de forstår og tar i bruk foreldrestrategiene. Som diskutert tidligere er det grunn til å anta at foreldre til barn med atferdsvansker har vansker med å mentalisere om barnet. Dette kan være både en kontekst spesifikk svakhet ovenfor barnet (Bateman & Fonagy, 2007), eller det kan være at de har svake mentaliseringsevne i utgangspunktet (Sharp & Fonagy, 2008). I møte med foreldre med et slikt utgangspunkt for forståelse av barnet er det lite hensiktsmessig å fokusere på alternative fortolkninger av atferd i lys av barnets indre verden. Rexwinkel & Verheugt-Pleiter (2008) påpeker at et nyttig startpunkt når det gjelder rådgivning og behandling til disse foreldrene er å fokusere på å skape en felles forståelse for situasjonen med utgangspunkt i foreldrenes opplevelse av denne. I forlengelsen av dette er et mulig startpunkt å jobbe med konkrete måter å regulere barnets atferd på. Grensesetting er en slik konkret og tydelig tilnærming. I arbeidet med grensesetting fokuseres det på ytre atferd, og dette passer til et ekvivalent forståelsesmodus (Bateman & Fonagy, 2007). Videre medfører innføringen av tydelige retningslinjer for hva som skal skje i situasjoner tidligere forbundet med utviklingen av tvingende samspill at både barn og foreldre har den samme ytre virkeligheten å forholde seg til. Dette reduserer grad av tvetydighet og usikkerhet for begge parter. Dette vil også kunne tenkes å føre til at graden av stress reduseres, og på denne måten reduseres også faren for at barn og foreldre inngår i ikke-mentaliserende samspill. På denne måten kan grensesetting være positivt. Men Rexwinkel & Verheugt-Pleiter (2008) understreker at det er

viktig å ha en åpen tilnærming, hvor det skapes rom for refleksjon rundt alternative forståelser av atferd og fokus på barnets opplevelse av situasjonen. Dersom det gis for konkrete og atferdsregulerende råd vil dette kunne føre til en instrumentell opplæring av foreldrene som motvirker mulighetene til å mentalisere. Dette fokuset er særlig viktig i møte med foreldre som har vansker med å mentalisere ettersom de tenderer å følge råd om oppdragelse for bokstavelig fordi grunnlaget for å forstå og dra nytte av disse strategiene ikke er tilstede. En fare med grensesetting som foreldrestrategi i PMTO er dermed at denne kan misbrukes.

Et mål dersom grensesettingen skal føre til utvikling av mentalisering hos barnet er at denne går fra å anvendes mekanisk og instrumentelt til fleksibelt og empatisk. Dette forutsetter at foreldrene lærer å ta barnets perspektiv og føle medfølelse med dem (Fonagy & Target, 2006). Evnen til å mentalisere hos foreldrene er viktig i denne sammenheng. Foreldre som kan mentalisere om sine barn vil kunne vurdere den enkelte situasjon og barnets behov. Dersom det er tydelig at barnet er redd i en situasjon hvor det også har brutt grenser, kan det være viktigere å trøste og trygge barnet fremfor å anvende grensesettingen selv om dette egentlig skulle ha blitt gjort. Foreldrenes grad av modenhet er avgjørende for hvordan de forstår og evner å ta i bruk foreldrestrategiene. Foreldre som er umodne vil kunne tenkes å ikke følge opp utover den instrumentelle fasen, fordi de ikke ser behovet (Rexwinkel & Verheugt-Pleiter, 2008). Dette stiller krav til den enkelte terapeut om å vurdere foreldrenes muligheter for å forstå og dra nytte av komponentene.

PMTO brukes som behandling for barn mellom 4 og 12 år, og flere studier tyder på at PMTO har best effekt for barna under 8 år (Ogden & Amlund Hagen, 2008; Kaminski et al., 2008; Lundahl et al., 2006). Ogden og Amlund Hagen (2008) påpeker at en mulig forklaring på dette er de eldre barna har en lenger historie med tvingende samspill bak seg, og dette fører til at samspillet i familien er mer fastlåst og dysfunksjonelt enn i familier med yngre barn. Som nevnt tidligere er en av følgene av det tvingende samspillet at barn og foreldre begynner

å unngå hverandre, og foreldrene har mindre tilsyn med barna (Patterson et al., 1992; Patterson & Forgatch, 2010). Ettersom barna blir eldre blir venner og deres sosiale miljø utenfor familien en stadig viktigere arena for læring og utvikling (Patterson et al., 1992). Barn med atferdsvansker får seg hovedsakelig likesinnede venner, og dette fører til at de forsterkes for sin antisosiale atferd (Forgatch et al., 2009). På denne måten kan det tenkes at ettersom barna blir eldre, blir også forsterkningen av atferdsvanskene kraftigere fordi de forsterkes både hjemme og blant venner. En utfordring for PMTO i forhold til denne gruppen er at foreldrene har mindre muligheter til å komme tilbake i posisjon ovenfor disse barna (Ogden & Amlund Hagen, 2008). Dette gjør at arbeidet med å endre det interpersonlige miljøet i familien vanskeliggjøres, og dermed vil heller ikke grunnlaget for å hjelpe barna med å utvikle evnen til å mentalisere være på plass.

Dersom det lykkes å endre det interpersonlige miljøet i familien ved at forekomsten av tvingende samspill reduseres, og foreldre og barn begynner å omgås i også nøytrale og positive sammenhenger, ligger forholdene til rette for at de eldre barna kan profitere på de øvrige foreldrestrategiene. Barna i den øvre halvdel av målgruppen til PTMO er mer kognitivt utviklet enn de yngre barna (Tetzchner, 2001), og dette gjør at de har mulighet til å dra nytte av en del komponenter i en annen grad. Komponentene problemløsning og positiv involvering fremheves som komponenter som kan føre til utvikling av sosial kompetanse (Kazdin, 1997a; Ogden & Amlund Hagen, 2008), og det er særlig de eldre barna som profiterer på disse komponentene (Ogden & Amlund Hagen, 2008). Positiv involvering (Askeland, 2010) kan tenkes å bidra til å forbedre barnas evne til å mentalisere fordi denne komponenten legger vekt på fremme et samspill som er forbundet med god utvikling. Når barn og foreldre deler positive opplevelser, og kan være sammen i positive og nøytrale sammenhenger er dette positivt for utviklingen. Problemløsning (Apeland, 2010) er en komponent som forutsetter kognitiv modenhet hos barnet, og dette støttes gjennom studier som finner at denne

komponenten har størst positiv effekt for de eldre barna (Ogden & Amlund Hagen, 2008). Det kan tenkes at problemløsning er en måte å trene barnet til å bli flinkere til å se andres synspunkter på, og med dette kan det fungere som en form for utvikling av en forbedret mentalisering.

De yngre barna i PMTO sin målgruppe har en mer begrenset kognitiv kapasitet (Tetzchner, 2001), og dette gjør at deres utgangspunkt for å utvikle evnen til å mentalisere er annerledes. Fearon og kollegaer (2006) anbefaler ikke å behandle barn under 7 år med mentalisering som mål, de anbefaler heller at det jobbes med foreldrene og deres evne til å mentalisere. En viktig del av PMTO, dersom PMTO skal ha effekt med tanke på å bidra til bedre mentalisering hos de yngre barna, er dermed at behandlingen klarer å bidra til økt mentalisering hos foreldrene. Den mest effektive måten å forhindre psykopatologi hos små barn er å øke foreldrenes evne til å mentalisere om barnet (Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991).

En utfordring med tanke på å jobbe med foreldrenes mentaliseringsevne er at foreldrene innen PMTO sin målgruppe vil ha vansker med å mentalisere om barnet mellom annet på grunn av erfaringene med det tvingende samspillet (jf. diskusjonen tidligere). Foreldre som kjennetegnes av en konkret mentalisering vil fokusere på ytre atferd, de fokuserer ikke på følelser eller mentale tilstander hos barnet (Bateman & Fonagy, 2007). I disse tilfellene må man fokusere på den konkrete atferden til barnet i første omgang, og i denne sammenheng vil som sagt grensesettingen kunne være et nyttig virkemiddel. Når foreldrene føler seg forstått, og terapeuten ikke oppleves som truende kan man begynne å utforske og utvikle deres evne til å mentalisere (Rexwinkel & Verheugt-Pleiter, 2008).

Det er støttekomponentene i PMTO som har potensial til å endre foreldrenes mentalisering rundt barnet. Grunnen til dette er at støttekomponentene jobber med foreldrenes

forståelse av barnet og innsikt i seg selv (Apeland, 2005, 2007). Disse fører til en endring i foreldrenes kognisjon og selvregulering, og dette vil være med på å sikre at foreldrene skjønner kjernekomponentene og poenget med behandlingen. I denne sammenheng vil jeg særlig fremheve støttekomponentene *regulering av følelser* (Duckert, 2010b) og *kommunikasjon med barn* (Pettersen & Hognestad, 2010).

Målet med å lære foreldrene å regulere følelser i samspill med barnet er at de på denne måten vil være i bedre stand til å holde seg nøytral når barnet utfordrer dem. Regulering av følelser er derfor en viktig støttekomponent i forbindelse med innføringen av grensesetting. Videre vil et fokus på regulering av følelser hjelpe foreldrene til å "legge vekk" generaliserte negative følelser ovenfor barnet i situasjoner hvor barnet oppfører seg positivt (Duckert, 2010b). Det er også nærliggende å tenke at når foreldrene på denne måten blir bedre til å regulere sine egne følelser, så vil dette også gjøre dem i bedre stand til å regulere barnet. Rollespill er et nyttig verktøy når det jobbes med foreldrenes emosjonsregulering (Apeland, 2007). På denne måten får foreldrene direkte trening i å regulere følelsene sine, samtidig som bruken av rollespill åpner for refleksjon rundt hvordan samspillet kan tenkes å påvirke barnet. Dermed åpner det også for et fokus på barnets følelser. En bedret emosjonsregulering hos foreldrene vil gjøre dem i bedre stand til å samhandle med barnet, det vil redusere faren for kontekstspesifikke tap av mentaliseringsevnen ettersom de i mindre grad overveldes av egne emosjoner, og det vil gjøre dem i bedre stand til å forstå og regulere barnet.

Det overordnede målet med støttekomponenten *kommunikasjon med barn* er å reetablere en positiv og utviklingsfremmende kommunikasjon mellom barn og foreldre (Pettersen & Hognestad, 2010). For å lykkes med dette arbeides det med å hjelpe foreldrene til å observere barnets følelser, samtidig som foreldrene skiller sine egne følelser fra barnets. Denne komponenten overlapper en del med arbeidet med regulering av følelser. Det fokuseres også på å bevisstgjøre foreldrene på sine egne følelser, og lære dem å holde disse

tilbake i samvær med barna. Dette vil gjøre foreldrene i bedre stand til å være oppmerksom på barnets følelser og opplevelser. Det arbeides også med å gjøre foreldrene oppmerksomme på at en og samme situasjon kan vekke ulike følelser hos dem og barnet. Pettersen og Hognestad fremhever at denne innsikten er en forutsetning for at positiv kommunikasjon skal finne sted, med andre ord fremhever de betydningen av foreldrenes evne til å ta barnets perspektiv og dette forutsetter at foreldrene kan mentalisere om barnet.

Det fokuseres også på å hjelpe foreldrene til å kunne lytte aktivt til barnet. Med aktiv lytting menes det å hjelpe foreldrene til ”å kunne se og følge barnet, ta del i dets perspektiv uten å tenke at man behøver å forandre barnets opplevelser eller holdninger” (Pettersen & Hognestad, 2010, s. 126). Dette handler med andre ord om å hjelpe foreldrene til å være oppmerksomme på barnets indre verden, og forsøke å forstå barnets atferd ut i fra denne. Når foreldrene på denne måten kan mentalisere om barnet muliggjør det også at foreldrene kan hjelpe barnet til å utvikle seg ut i fra barnets utgangspunkt og ikke foreldrenes.

Det følger av diskusjonen ovenfor at det er flere aspekter ved PMTO som har potensial til å stimulere til bedre mentaliseringsevne hos barnet, både direkte og indirekte via foreldrenes bedrede mentalisering om barnet. Det er allikevel noen flere kritiske aspekter ved PMTO som er verdt å merke seg. I løpet av PMTO behandlingen observeres foreldre og barn i minste fall kun en gang, dette er i den strukturerte samspillsoppgaven i starten av behandlingen (Duckert, 2004; Nordahl, 2004). Ved at terapeuten ikke observerer foreldre og barn sammen kontinuerlig gjennom behandlingen er det vanskelig å vite konkret hvordan samspillet endrer seg, den eneste informasjonen man har om dette er foreldrenes tilbakemeldinger. Informasjonen fra foreldrene er deres egen opplevelse av samspillet, og er følgelig ikke en objektiv vurdering. Terapeuten vil få et bedre kvalitativt inntrykk av samspillet ved å observere dette selv, og det vil være mulig å fange opp aspekter ved samspillet som foreldrene ikke er bevisst selv. Kaminski og kollegaer (2008) finner i sin



metaanalyse at de foreldretreningsprogrammene som inkluderer trening med foreldre og barn i terapien gjør det bedre enn de foreldretreningsprogrammene som ikke inkluderer en slik *invivo* trening. Det kan tenkes at PMTO ville kunne profitert positivt på å inkludere barnet i behandlingen på denne måten. Videre vil en trening på foreldrestrategier med barn og foreldre i terapitimene gjøre det mulig for terapeuten å veilede dem direkte, og det vil også gjøre det mulig for terapeuten å hjelpe dem til økte mentalisering ved å reflektere rundt treningen sammen med dem i etterkant.

Som diskutert tidligere er foreldrenes modenhet et aspekt som bør vurderes med tanke på deres muligheter for å dra nytte av PMTO. Det kan også tenkes at barnets forutsetninger for å dra nytte av en slik behandling bør vurderes i forkant. Barn med atferdsvansker utvikler disse vanskene som en følge av erfaringer med samspillet i familien, og det kan argumenteres for at atferden til disse barna er en mestringsstrategi de bruker i møte med et utfordrende miljø hjemme. Videre vil lang erfaring med tvingende samspill medvirke til at barnets tillit til foreldrene er svekket (Apeland, 2007), og det er ikke sikkert at en endring i atferd fra foreldrenes side medfører en endring i barnas forventinger og tiltro til dem. Rexwinkel & Verheugt-Pleiter (2008) påpeker at familiemedlemmer trenger et minimum av tillit og tilknytning før de kan dra nytte av teknikker som fremmer samhandling, kommunikasjon og problemløsning i familien. Det kan derfor tenkes at noen barn kan profitere på individualterapi i forkant av en PMTO behandling. Formålet med denne vil da ikke være å endre barnets atferd, eller bedre deres evne til å mentalisere, men å gi dem en korrigerende erfaring om at samspill med voksne kan være positivt og støttende. På denne måten kan det tenkes at barna vil være åpnere for endringene i samspillet med foreldrene PMTO behandlingen har som målsetning. Det er verdt å merke seg at det ikke anbefales å inkludere ekstra terapeutiske tilnærminger, verken for foreldrene eller barna, samtidig med PMTO behandlingen. Kaminski og kollegaer (2008) påpeker at tilleggsbehandling til foreldrene vil

medvirke til å ta fokuset bort fra foreldretreningen slik at denne ikke får nok fokus. Lundahl og kollegaer (2006) finner i sin metaanalyse at individualterapi med barnet i tillegg til foreldretrening var forbundet med svakere resultat. De påpeker at en mulig årsak til dette kan være at foreldrenes forpliktelse til behandlingen og egen utvikling reduseres når ”problemet” lokaliseres i barnet gjennom individualterapi. Like som individualterapi i forkant av PMTO kan være et alternativ, kan det tenkes av individualterapi i etterkant kan være en mulighet. En målsetning for en slik tilnærming kan være å fortsette å jobbe med barnets evne til å mentalisere, men det forutsetter da at PTMO behandlingen har lykket i å endre samspillet i familien. Når og hvilken type ekstra tiltak som iverksettes bør i alle tilfeller vurderes nøye.

Tiltross for vel etablert positiv effekt av behandling med PMTO, er det fremdeles ca en tredjedel dropout i behandlingen (Flock & Solholm, 2010). Videre er effekten av behandlingen best rett etter behandlingsslutt. Det er fremdels positive effekter 1 år senere, men disse er svekket (DeGarmo et al., 2004; Lundahl et al., 2006). DeGarmo og kollegaer (2004) påpeker at det er behov for kunnskap om hva som skiller familier med vedvarende gode effekt av behandlingen fra de familiene hvor effekten svekkes. Lundahl og kollegaer (2006) foreslår at en måte å forbedre varigheten av behandlingen på er å legge mer vekt på internalisering av verdier hos barnet, slik at man ikke bare baserer seg på atferdskontroll fra foreldrenes side. En måte å oppnå dette på kan tenkes å være gjennom bedret mentaliseringsevne hos barnet.

### **Avslutning**

Denne oppgaven har vurdert PMTOs mulige bidrag til utvikling av forbedret mentaliseringsevne hos barn med atferdsvansker. Som vi allerede har sett spiller mentalisering en rolle i utviklingen og opprettholdelsen av atferdsvansker.

Det er flere aspekter ved PMTO som har potensial til å utvikle mentaliseringsevnen hos barna, eller legge til rette for dette. Den viktigste endringen som oppnås gjennom PMTO er at det interpersonlige miljøet i familien endres slik at dette legger til rette for videre utvikling. Ved å redusere forekomsten av tvingende samspill gjennom grensesetting, reduseres også forekomsten av ikke-mentaliserende samspill. Verken barn eller foreldre vil ha mulighet til å utvikle seg så lenge de inngår i et samspill som er preget av stress og negative emosjoner fordi evnen til å mentalisere er hemmet. Dermed legges forholdene til rette for videre utvikling når anvendelsen av grensesetting fører til reduksjon i tvingende samspill. Samtidig som grensesetting er en komponent som har muligheter til å legge til rette for positiv utvikling, kan denne også føre til det motsatte. Grensesetting kan brukes som en instrumentell atferdsregulering av barnet, og ved slik bruk vil denne komponenten virke hemmende på barnets muligheter for utvikling. I den forbindelse er en vurdering av foreldrene og deres modenhet viktig, og terapeuten har et ansvar for å forsikre seg om at foreldrene evner å gå fra en instrumentell anvendelse av grensesettingen til en fleksibel og empatisk anvendelse.

Videre kan det tenkes at PMTO har ulik forutsetning for barn over og under 8 år. De eldre barna kan tenkes å dra nytte av komponenter som problemløsning fordi de er mer kognitivt utviklet. For de yngre barna er det mer effektivt at foreldrenes evne til å mentalisere om dem forbedres. Det er særlig støttekomponentene i PMTO som har forutsetninger til å kunne medvirke til dette. Støttekomponentene jobber med foreldrenes egenforståelse, regulering og forståelse av barnet. Når foreldrene blir bedre til å regulere seg selv og hjelpes til å mentalisere om barnet, legges grunnlaget for utvikling av en forbedret mentaliseringsevne hos barnet.

Det er altså grunnlag for å anta at PMTO kan være et nyttig verktøy også for å utvikle barnets evne til å mentalisere. Men det er en del risikomomenter som må vurderes i denne

sammenheng. PMTO baserer seg på prinsipper fra operant betinging, og er en effektiv behandling med tanke på å endre barnets atferd. I denne sammenheng er det en fare for at det skjer en atferdsendring, men at denne ikke følges av en indre utvikling i form av bedret mentalisering og økt vitalitet hos barnet. Et annet risikomoment som må vurderes er foreldrenes modenhet og egnethet til å dra nytte av behandlingen. Foreldre med lav modenhet og svak mentaliseringsevne mangler en del forutsetninger for å dra nytte av foreldrestrategiene. I møte med slike foreldre kan bruken av foreldrestrategier bli instrumentell, og dette vil hemme utviklingen av mentalisering hos barnet. Samlet fører dette til at et stort ansvar ligger hos en enkelte terapeut. Det er terapeutens kunnskap om etiologi og behandling som avgjør både hvordan terapeuten forstår den enkelte familie og deres dynamikk, og hvordan behandlingsprogrammet læres bort. Det følger av dette at hvordan PMTO anvendes og hvilke potensialer for utvikling som utnyttes avhenger av den enkelte terapeut. Økt kunnskap om ulike effekter av PMTO, også utover de som er omtalt innen behandlingstradisjonen, er derfor både ønskelig og nødvendig.

### Referanseliste

- Aasebøe, L. (2010a). Det første møtet med familien. I E. Askeland, A. Apeland, T. Christiansen & R. Solholm (Red.), *Håndbok PMTO* (5. utg., s. 23-26). Oslo: Atferdssenteret.
- Aasebøe, L. (2010b). Gode og effektive beskjeder. I E. Askeland, A. Apeland, T. Christiansen & R. Solholm (Red.), *Håndbok PMTO* (5. utg., s. 27-38). Oslo: Atferdssenteret.
- Addis, M. E., & Cardemil, E. V. (2006). Psychotherapy manuals can improve outcomes. I J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Red.), *Evidence-based practises in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions* (s. 131-139). Washington, DC: American Psychological Association.
- Apeland, A. (2005). Parent management training – Oregon modellen: allianse og samarbeid. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 611-616.
- Apeland, A. (2007). De voksnes allierte eller barnets? Parent management training –Oregon modellen. I H. Haavind & H. Øvreeide (Red.), *Barn og unge i psykoterapi. Bind II. Terapeutiske fremgangsmåter og forandring* (s. 78-108). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Apeland, A. (2010). Problemløsning. I E. Askeland, A. Apeland, T. Christiansen & R. Solholm (Red.), *Håndbok PMTO* (5. utg., s. 115-124). Oslo: Atferdssenteret.
- Askeland, E. (2010). Positiv involvering. I E. Askeland, A. Apeland, T. Christiansen & R. Solholm (Red.), *Håndbok PMTO* (5. utg., s. 63-68). Oslo: Atferdssenteret
- Askeland, E., Apeland, A., Christiansen, T., & Solholm, R. (Red.) (2010). *Håndbok PMTO* (5. utg.). Oslo: Atferdssenteret.

- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2001). *Om implementering av metoden Parent Management Training (PMT) i Norge*. Rundskriv Q-16/01. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Hentet 3. september 2009 fra Regjeringen.no <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/rundskriv/2001/rundskriv-om-implementering-av-metoden-p.html?id=108821>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse*. Falun: Arneberg Forlag.
- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2), 180-189.
- Burke, J. D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1275-1293.  
doi:10.1097/01.CHI.0000024839.60748.E8
- Christiansen, T. (2010). Tilsyn og oppfølging. I E. Askeland, A. Apeland, T. Christiansen & R. Solholm (Red.), *Håndbok PMTO* (5. utg., s. 105-113). Oslo: Atferdssenteret.
- DeGarmo, D. S., Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (2004). How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time? *Prevention Science*, 5(2), 73-89.
- Duckert, M. (2004). Oppstartsprosessen. I T. Christiansen & R. Solholm (Red.), *PMTO-håndbok* (4. utg., s. 5:1-5:2 ). Oslo: Atferdssenteret.

- Duckert, M. (2010a). Oversikt over behandlingsprogrammet. I E. Askeland, A. Apeland, T. Christiansen & R. Solholm (Red.), *Håndbok PMTO* (5. utg., s. 15-20). Oslo: Atferdssenteret.
- Duckert, M. (2010b). Regulering av følelser. I E. Askeland, A. Apeland, T. Christiansen & R. Solholm (Red.), *Håndbok PMTO* (5. utg., s. 93-104). Oslo: Atferdssenteret.
- Farmer, E. M. Z., Compton, S. N., Burns, B. J., & Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: Externalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(6), 1267-1302. doi:10.1037//0022-006X.70.6.1267
- Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams, L. L., McGregor, J., Bleiberg, E. & Fonagy, P. (2006). Short-term mentalization and relational therapy (SMART): an integrative family therapy for children and adolescents. I J. G. Allen & P. Fonagy (red.) *Handbook of mentalization-based treatment* (s. 201-222). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Flock, M. & Solholm, R. (2010). Avslutning og oppfølning. I E. Askeland, A. Apeland, T. Christiansen & R. Solholm (Red.), *Håndbok PMTO* (5. utg., s. 173-176). Oslo: Atferdssenteret.
- Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development. I J. G. Allen & P. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalization-based treatment* (s. 53-100). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. London: Karnack.

- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A.C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, *12*(3), 201-218.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). Bridging the transmission gap. An end to an important mystery of attachment research? *Attachment & Human Development*, *7*(3), 33-343.  
doi:10.1080/14616730500269278
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, *20*(6), 544-576.
- Forgatch, M. S., & Martinez, C. R. (1999). Parent management training. A program linking basic research and practical application. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *36*, 923-937.
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., DeGarmo, D. S., & Beldavs, Z. G. (2009). Testing the Oregon delinquency model with 9-year follow-up of the Oregon divorce study. *Development and Psychopathology*, *21*, 637-660. doi:10.1017/S0954579409000340
- Fox, E. (2008). *Emotion science*. London: Palgrave Macmillan.
- Hill, J. (2002). Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *43*(1), 133-164.
- Hipwell, A. E., & Loeber, R. (2006). Do we know which interventions are effective for disruptive and delinquent girls? *Clinical Child and Family Psychological Review*, *9*, 221-255. doi:10.1007/s10567-006-0012-2



- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-598. doi:10.1007/s10802-007-9201-9
- Kazdin, A. E. (1997a). Parent management training: Evidence, outcomes, and issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(10), 1349-1356.
- Kazdin, A. E. (1997b). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 161-178.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 19-36.
- Keenan, K., Loeber, R., & Green, S. (1999). Conduct disorder in girls: A review of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(1), 3-19.
- Kjøbli, J., & Ogden, T. (2009). Gender differences in intake characteristics and behavior change among children in families receiving parent management training. *Children and Youth Services Review*, 31, 823-830. doi:10.1016/j.childyouth.2009.03.004
- Kvello, Ø. (2007). *Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Launes, E. & Solholm, R. (2010). Grensesetting. I E. Askeland, A. Apeland, T. Christiansen & R. Solholm (Red.), *Håndbok PMTO* (5. utg., ss. 69 -92). Oslo: Atferdssenteret
- Leve, L. D., Pears, K.C., & Fisher, P.A. (2002). Competence in early development. I J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Red.), *Antisocial behavior in children and*

- adolescents. A developmental analysis and model for intervention* (s. 45-64). Washington, DC: American Psychological Association.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1484.
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86-104.  
doi:10.1016/j.cpr.2005.07.004
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Das Gupta, M., Fradley, E., & Tuckey, M. (2002). Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development*, 73(6), 1715-1726.
- Moffit, T. E. (2003). Life-course-persistent and adolescent-limited antisocial behavior. A 10-year research review and a research agenda. I B. B. Lahey, T. E. Moffit & A. Caspi (Red.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (s. 49-75). New York: The Guilford Press.
- Nordahl, K. (2004). Strukturert Samspillsoppgave. I T. Christiansen & R. Solholm (Red.), *PMTO-håndbok* (4. utg., s.6:1-6:4). Oslo: Atferdssenteret.
- Ogden, T., & Amlund Hagen, K. (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(4), 607-621. doi:10.1037/0022-006X.76.4.607
- Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive family process. I J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Red.), *Antisocial behavior in children and adolescents. A*

*developmental analysis and model for intervention* (s. 25-44). Washington, DC: American Psychological Association.

Patterson, G. R. & Forgatch, M. S. (2010). Ny kunnskap om hvorfor det ofte er vanskelig å endre negative samhandlingsmønstre i familier. I E. Befring, I. Frønes & M. A Sørli (Red.), *Sårbare unge* (s. 168-181). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.

Patterson, G. R., Reid, J. B., & Eddy, J. M. (2002). A brief history of the Oregon Model. I J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Red.). *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention* (s. 3-25). Washington, DC: American Psychological Association.

Pedersen, P. B. (Red.), Jensberg, H., Kalseth, J., Kaspersen, S. L., Halsteinli, V., Ose, S. O., & Sitter, M. (2009). *SAMDATA sektorrappport for det psykiske helsevernet 2008*. SINTEF Rapport A12373. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn. Hentet 18. oktober 2009, fra SAMDATA

<http://www.sintef.no/Projectweb/Startsiden/SAMDATA-pa-nett/Sektorrapport-psykisk-helsevern-2008/>

Pettersen, R. (2010). Oppmuntring. I E. Askeland, A. Apeland, T. Christiansen & R. Solholm (Red.), *Håndbok PMTO* (5. utg., s. 39-62). Oslo: Atferdssenteret.

Pettersen, R., & Hognestad, I. H. (2010). Kommunikasjon med barn. I E. Askeland, A. Apeland, T. Christiansen & R. Solholm (Red.), *Håndbok PMTO* (5. utg., s. 125- 132). Oslo: Atferdssenteret.

- Reid, J. B., Patterson, G. R., & Snyder, J. (2002). *Antisocial behavior in children and Adolescents. A developmental analysis and model for intervention*. Washington, DC: American Psychological Association. .
- Renk, K. (2008). Disorders of conduct in young children: Developmental considerations, diagnoses, and other characteristics. *Developmental Review, 28*, 316-341.  
doi:10.1016/j.dr.2007.01.001
- Rexwinkel, M. J., & Verheugt-Pleiter, A. J. E. (2008). Helping parents to promote mentalization. I A. J. E Verheugt-Pleiter, J. Zevalkink, & M. G. j. Schmeets (Red.), *Mentalizing in child therapy. Guidelines for clinical practitioners* (s. 69 -90). London: Karnac Books.
- Sharp, C. (2006). Mentalizing problems in childhood disorders. I J. G. Allen & P. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalization-based treatment* (s. 101-122). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development, 17*(3), 737-754. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x
- Sharp, C., Fonagy, P., & Godyer, I. M. (2006). Imagining your child's mind: Psychosocial adjustment and mother's ability to predict their children's attributional response styles. *The British Journal of Developmental Psychology, 24*, 197-214.  
doi:10.1348/026151005X82569
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: a preliminary study. *Attachment & Human Development, 7*(3), 283-298. doi:10.1080/14616730500245880

- Snyder, J., Reid, J., & Patterson, G. (2003). A social learning model of child and adolescent antisocial behavior. I B. B. Lahey, T. E. Moffit, & A. Caspi (Red.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (s. 27-48). New York: The Guilford Press.
- Snyder, J., & Stoolmiller, M. (2002). Reinforcement and coercion mechanisms in the development of antisocial behavior: The Family. . I J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Red.). *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention* (s. 65-100). Washington, DC: American Psychological Association.
- Solholm, R. (2010). Bakgrunn – teori og forskning. . I E. Askeland, A. Apeland, T. Christiansen & R. Solholm (Red.), *Håndbok PMTO* (5. utg., s. 125-132). Oslo: Atferdssenteret.
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T., & Duckert, M. (2005). Parent management training – Oregon-modellen. Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 587-597.
- Tetzchner, S. V. (2001). *Utviklingspsykologi. Barne- og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Wilmshurst, L. (2004). *Child and adolescent Psychopathology. A casebook*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.