

Kan samarbeid med familien bidra til å hindre psykoseutvikling?

av Irene Norheim og Åse Karin Sviland



Utvikling av en psykoselidelse starter vanligvis i ungdomsårene eller i ung voksen alder, og fører ofte til betydelige problemer med utdanning, arbeid, egenomsorg og sosialt liv. Familien er ofte den viktigste støttespilleren. De fleste ungdommer som opplever en første episode psykose forteller om en relativt lang periode som er preget av prodromalsymptomer (Nelson, Thompson, & Yung, 2012). Flere ungdommer sier at «det skjer noe med meg», men de klarer ikke alltid å sette ord på hva det er som skjer.

Ved Stavanger Universitetssjukehus har det siden 1990 pågått et systematisk arbeid med tidlig oppdagelse og intervensjon rettet mot personer med førstegangs psykose. Det er nå blitt et mål å undersøke om det er mulig å forebygge utvikling av psykose. I 2012 startet derfor Helse Fonna og Helse Stavanger opp et nytt forskningsprosjekt, kalt Prevention of Psychosis (POP). Ungdommene som deltar i studien får tilbud om kognitiv terapi og Familiefokusert Behandling (FFB). I denne artikkelen vil vi beskrive nærmere hva FFB er og hvilke erfaringer ungdommer har med dette behandlingstilbudet.

Innsikt og forståelse reduserer bekymring

Fredrik på 16 år sa tydelig ifra om at han deltok i FFB kun fordi han mente foreldrene hadde bruk for mer kunnskap. Nå opplever han at det har skjedd en positiv forandring for hele familien. Han forteller at gjennom behandlingen, har både han og foreldrene fått mer innsikt, noe som har ført til at han selv har hatt personlig utvikling og at han tar mer ansvar. Tidligere hadde familien et stort behov for hjelp, og foreldrene var svært bekymret. Nå opplever Fredrik at foreldrene har en helt annen forståelse som er med på å minske deres bekymring. Både han selv og foreldrene var også svært redde for at han kunne miste kontrollen på grunn av at han alltid følte seg sint. I dag sier Fredrik at han mestrer følelsene sine bedre og at han nesten aldri er sint lenger. For et år siden beskriver han at hjemmesituasjonen var vanskelig:

«De (foreldrene) trodde at jeg ga F. liksom, men det var slett ikke slik i det hele tatt. Egentlig var det helt motsatt, men jeg fikk det bare ikke helt til. Men jeg prøvde. Slike dager, da jeg hadde hodepine. Den første kommentaren jeg fikk var at de var nødt til å rive meg opp av sengen og sette meg på dørkarmen før de kunne gå på jobb, liksom».

Det er vanlig og forståelig i en slik situasjon at foreldre får sterke følelsesmessige reaksjoner overfor ungdommen. Hvis ungdommens symptomer er sterke og uventede, trenger ofte foreldre tid til å bearbeide disse forandringene. De kan kjenne på en sorgreaksjon over at ungdommen plutselig forandrer personlighet, eller de kan kjenne på sinne over hvor vanskelig det er å gå på jobb når ungdommen har problemer med å gå på skolen (Miklowitz, O'Brien, Schlosser et al., 2010). I en studie om familiers mestringsstrategier når de hadde ungdom med prodromaltegn eller etablert første episode psykose, fant man at familiene rapporterte moderat bruk av problemløsning, søkte lite sosial støtte og hadde problemer med å akseptere egen situasjon (Gerson, Wong, Davidson et al., 2011). Dette viser viktigheten av å få til et positivt familiesamarbeid så tidlig som mulig overfor ungdom som er i risiko for å utvikle alvorlig psykisk lidelse.

Betydningen av familiesamarbeid for hovedpersonens bedring har vist seg å være så stor at dette anbefales med høyeste gradering i de nasjonale retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013). I pakkeforløpene som kommer i 2019 vil familiesamarbeid, med vekt på formidling av kunnskap og støtte til å mestre hverdagen, inngå i behandlingen både for de som er i risiko for psykoseutvikling og de som allerede har fått en førstegangs psykose (Helsedirektoratet, 2017).

Åpen og samarbeidsbasert modell

Familiefokusert behandling (FFB) er en psykoedukativ familieintervensjon for ungdom som er i risiko for å utvikle en psykoselidelse. Ungdommen og aktuelle familiemedlemmer og/eller andre nærperso-
ner deltar sammen i behandlingen. Metoden legger stor vekt på samarbeid og deling av erfaringer slik at ungdom og familie skal forstå hverandre bedre. Gjennom å få mer kunnskap om stressfaktorer, mestringsstrategier, god kommunikasjon og problemløsning får familien hjelp til å håndtere situasjonen (Miklowitz, O'Brien, Schlosser et al., 2014). FFB består av 18 timer over 6-9 måneder; først ukentlig de 3-5 første månedene, deretter annenhver uke i de siste 3 månedene. Det er vanlig å bruke lengre tid på å gjennomføre behandlingen. Hovedmålsettingen med behandlingen er

å forebygge funksjonsproblemer. I tillegg er det et mål å utsette eller muligvis hindre en begynnelse eller forverring av symptomer. FFB er et strukturert behandlingstilbud med ulike tema fra gang til gang (se møteoversikten). Samtidig ligger det i metoden at man skal være fleksibel innenfor denne strukturen, basert på hva ungdommen og familien trenger. Innledningsvis jobber man sammen for å få frem hva som er ungdommens mål for behandlingen og hva som er familiens. Ungdommene velger ofte mål som er knyttet til det å gå på skole eller være sammen med venner.

Møteoversikt:

Timene 1 – 6: Undervisning 1. Bli kjent med hverandre, mål og forventninger til behandlingen 2. Lære om symptomer 3. Stress-Sårbarhetsmodellen, identifisere og evaluere stress 4. Lære nye mestringsferdigheter 5. Hvordan gi best mulig familiestøtte 6. Planlegge forebygging	Timene 7 – 11: Kommunikasjonsferdigheter 7. Gi uttrykk for positive følelser 8. Aktiv lytting 9. Hvordan si fra når du ønsker forandring hos en person 10. Gi uttrykk for negative følelser 11. Klar kommunikasjon Timene 12 – 17: Problemløsning Time 18: Avslutning Oppsummering av programmet, evaluering og videre behandling
---	--

Petter på 19 år hadde som mål å fullføre skolegangen sin. Da familiebehandlingen startet opp gikk ikke Petter på skole og han hadde heller ingen jobb. Han hadde droppet ut av skolen i 10. klasse og ingen regnet med at han kom tilbake til skolen. Gruppeleder tok kontakt med skolen og sammen klarte de å lage et eget opplegg for Petter. I løpet av året fullførte han skolegangen sin og ønsket å fortsette på videregående.

Foreldre velger ofte mål knyttet til det å støtte opp under ungdommens mål, og også hvordan de kan bli bedre til å snakke sammen i familien. I familien til en 16 år gammel gutt hadde begge foreldrene som mål å lære hvordan de kunne finne balansen mellom å gi for mye og for lite hjelp. I andre familier hadde ofte

foreldrene som mål at de skulle få en bedre kommunikasjon seg imellom. Det å jobbe med mål innledningsvis viser seg å være svært viktig for å skape motivasjon til å delta i familiesamarbeidet.

Redusert stress og problemutvikling

Åse Sviland gjennomførte i 2014 en kvalitativ studie ved å intervju fem ungdommer som hadde deltatt i FFB. Hensikten med studien var å få innsikt i ungdommers opplevelse av å delta i FFB, og også undersøke om familiebehandlingen hadde nytteverdi for ungdommene ved at de bedre mestret skole og det å være sosiale. Funnene viste at betydningen av å delta i behandling sammen med foreldrene var viktig for ungdommene. Jo mer foreldrene lærte om ungdommens symptomer og hva som var stressende, dess mer støtte og forståelse opplevde ungdommene at de fikk, slik en beskrev det:

«Det var vel ting som virket spesifikt på hvordan jeg hadde det og symptomene mine. Derfor er det viktig at de (foreldrene) får et bedre bilde av hvilke symptomer jeg har. De hadde vel på en måte bare fått diagnosen. Derfor visste de kanskje ikke så mye om hvordan det var og hvordan det utartet seg og sånn. Når de ikke vet hvilke symptomer det er og hvilke situasjoner som er vanskelig, så blir det vanskelig for dem å ta hensyn til det».

Videre viste denne studien at stress, spesielt i hjemmet, kunne påvirke både skoleprestasjon og kontakt med venner slik en av ungdommene beskrev det:

«Jeg har aldri hatt så kjempestore problemer med det (sosial kontakt), men på den tiden, altså viss jeg var veldig stresset, så var det mindre sosiale greier. Det er blitt mindre stress. Så har jeg jo nok av venner og så har jeg jo masse fritidsaktiviteter».

Ser man dette i et praksisperspektiv er det viktig å legge vekt på hvor stor betydning stress innvirker på ungdommenes følelse av mestring, og gjennom psykoedukasjon lære foreldrene hvordan de kan bidra til å få ned stressnivået i familien. En av ungdommene beskrev hvordan stress hjemme påvirket skolesituasjonen:

«Jeg føler jeg er flink på skolen, men jeg føler jeg sliter med å konsentrere meg. Det har jeg for så vidt alltid gjort, men det er på en litt annen

måte nå enn det har vært tidligere. Jeg har ikke dårlige karakterer. Etter jul har jeg fått ganske bra karakterer, tror jeg har bare femmere og en firer kanskje. Det var mye stress. Det var det som var utslaget, at det var så mye stress hjemme at jeg fikk ikke gjort noe annet og det gikk ut over skolen. Men det ble mindre stress, så ble det jo bedre, da var det lettere på skolen».

Å kartlegge stress

Deg selv

Selvkritiske tanker
 For høye forventninger
 Problemer med å organisere ting
 Liker ikke å våkne om morgenen

Skole/arbeid

Skolesituasjonen er for krevende
 Mobbing
 Savner venner
 Lærerne liker meg ikke
 Jobben krever for mye av meg



Familien

Uklare regler
 Uklare forventninger
 Tema vi ikke snakker om
 Krangling
 Behov for mer uavhengighet

Nærmiljøet

Utrygt nabostrok
 Fordommer/stigmatisering
 Isolert

Fire av de fem ungdommene i studien opplevde bedre mestring i forhold til skole og sosial deltakelse etter å ha vært med i FFB. Tidlig hjelp til familier og andre viktige personer som har betydning for ungdommen kan minske risikoen for at problemer utvikler seg.

Norske studier viser at pårørende til personer med psykoselidelser opplever belastninger som kan medføre svekket livskvalitet, psykisk og fysisk helse (Engmark, Alfstadsæther & Holte, 2006, Weimand, Hedelin, Sällström & Hall-Lord, 2010), og de trenger hjelp og støtte for å være en ressurs for eget familie-medlem (Nordby, Kjøsberg & Hummelvoll, 2010, Weimand, Hedelin, Hall-Lord, & Sällström, 2011). Psykoedukativt familiesamarbeid har som formål å legge til

rette for et støttende nettverk rundt hovedpersonen for å fremme mestring og bedring, samtidig som familiens behov for kunnskap og støtte ivaretas (Lindvåg & Fjell, 2011). Kunnskap som bidrar til normalisering av egne erfaringer viser seg å føre til økt forståelse for egen situasjon, samtidig som det kan bidra til å redusere opplevd stress og motvirke stigmatisering (Hagen, 2011). Funn fra en norsk studie viser at personer som deltar i et psykoedukativt familiesamarbeid utvikler innsikt og aksept for sin situasjon, de gjenkjenner varselsignaler og får bedre kommunikasjonsferdigheter. I tillegg lærer de å planlegge og å løse problemer, og de opplever at de blir mer selvstendige (Nilsen, Frich, Friis et al., 2016).

Familiesamarbeid inneholder samlet sett høy ekspertise

Våre funn (Sviland, Johannessen & Joa, 2017, Norheim, Nilsen & Biong, 2015) viser at familiesamarbeid også ser ut til å bidra til en kunnskaps- og forståelsesprosess. Det er noe også Hummelvoll og Dahl (2012) bekrefter ved å vise til at familiesamarbeid samlet sett inneholder høy ekspertise, gjennom at hovedpersoner, familiemedlemmer og fagpersoner bidrar med kunnskap. Våre studier viser at økt forståelse for hovedpersonens situasjon medfører at det blir roligere hjemme. Jo mer støtte og forståelse ungdommene får fra sine foreldre, jo bedre mestrer de både skolesituasjonen og det å være sammen med venner. I klinisk praksis erfarer vi kunnskapsutvekslingen i familiesamarbeidet som betydningsfull, slik at familiemedlemmer kan klare å tilpasse forventninger og gi støtte og forståelse til hovedpersonene, samtidig som de selv blir mindre bekymret. Vi mener at det er svært viktig å gi ungdom og deres familier et felles tilbud så tidlig som mulig for å hindre at problemer utvikler seg. Dette vil gi en bedre utvikling for ungdommen og familien, og også redusere kostnadene for helsetjenesten.

Irene Norheim

*Spesialkonsulent / Ergoterapeut, master i klinisk helsearbeid
FoU-avdelingen, Klinikk for psykisk helse og rus
Vestre Viken HF
sbnoir@vestreviken.no*



Åse Karin Sviland

*psykiatrisk sykepleier
Stavanger Universitetssykehus
Klinikk psykisk helse
ase.karin.sviland@sus.no*



Referanseliste

Engmark, L., Alfstadsæther, B., Holte, A. (2006). Diagnose schizofreni: Foreldres erfaring. Rapport 2006:6). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Gerson, R., Wong, C., Davidson, L., Malaspina, D., McGlashen, T., & Corcoran, C. (2011). Self – reported coping strategies in families of patients in early stages of psychotic disorder: an exploratory study. *Early Intervention of Psychiatry*, 5(1): 76-80.

Hagen, R. (2011). CBT for psychosis: a symptom-based approach. London: Routledge.

Helsedirektoratet, 2013. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. IS-1957. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser>

Helsedirektoratet, 2017. Pakkeforløp ved mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne (HØRINGSUTKAST). <https://helsedirektoratet.no/Documents/Høringer/Pakkeforløp%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus/Mistanke%20om%20psykoseutvikling%20og%20psykoselidelser%20hos%20barn,%20unge%20og%20voksne%20-%20pakkeforløp%20-%20høringsutkast.pdf>

Hummelvoll, J.K., & Dahl, T.E., (2012). Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal akademisk.

Lindvåg, A., & Fjell, A. (2011). Psykoedukativ familiebehandling ved psykose. I B.R. Rund (Red.), *Schizofreni* (s. 280-299). Stavanger: Hertervig akademisk.

Miklowitz, D.J., O'Brien, M., Schlosser, D.A., Zinberg, J.L., De Silva, S., George, E.L., & Cannon, T.D. (2010). Clinician's treatment manual for Family-Focused Therapy for Prodromal Youth (FFT-PY). Unpublished treatment manual.

Miklowitz, D., O'Brien, M., Schlosser, D.A., et al (2014). Family-Focused Treatment for Adolescents and Young Adults at High Risk for Psychosis: Results of a Randomized Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(8): 848–858.

Nelson B, Thompson A, Yung AR., (2012). Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis "Prodromal" Population. *Schizophrenia Bulletin*, 38(6): 1277–1287.

Nilsen, L., Frich, J.C., Friis, S., Norheim, I., Røssberg, J.I., (2016). Participants' perceived benefits of family intervention following a first episode of psychosis: a qualitative study. *Early Intervention in Psychiatry*, 10:152-159.

Nordby, K., Kjongsberg, K., & Hummelvoll, J. (2010). Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: In need of support to become resource persons in treatment and recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(4): 304-311.

Norheim, I., Nilsen, L., Biong, S., (2015). Psykoedukative flerfamiliegrupper anbefales i nye nasjonale retningslinjer for behandling av psykoselidelser: Hvilke erfaringer har deltakerne? Tidsskrift for Norsk Psykologforening, s. 198-206.

Sviland, Å., Johannessen, J.O., Joa, I., (2017). Hvordan ungdom som står i fare for å utvikle psykose og som har deltatt i psykoedukativ familiebehandling opplever mestring i skole og sosial fungering. Nordisk Sygeplejeforskning, 7(1): 35–47.

Weimand, B.M., Hedelin, B., Sällström, C. & Hall-Lord, M.L. (2010). Burden and health in relatives of persons with severe mental illness: a Norwegian cross-sectional study. Issues in Mental Health Nursing, 31: 804-815.

Weimand, B.M., Hedelin, B., Hall-Lord, M.L. & Sällström, C. (2011). Left alone with straining but inescapable responsibilities. Relatives' experiences with mental health services. Issues in Mental Health Nursing, 32: 703-710.