

FAMILIEBE- HANDLING

Familiepoliklinikken

**Psykoedukativ /
kunnskapsbasert enkelt
familiebehandling**

Stavanger Universitetssjukehus

Manualen bygger på multifamily groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders, McFarlane, W. R. (2004) og Clinicians' Treatment Manual for Family-Focused Therapy for Prodromal Youth (FFT-PY) Miklowitz D. J. (2010)

Spørsmål kan rettes til:

Ase.karin.sviland@sus.no

Anvor.lothe@sus.no

Manualen kan også brukes ved affektive lidelser med psykose, rus og psykisk lidelse og for pårørende til hjemmeboende personer med demenslidelse. Den kan også brukes i pargrupper der en av partnerne har en alvorlig psykisk lidelse.


Det må ikke kopieres fra denne manualen uten avtale med rettighetshaverne.

Innholdsfortegnelse

Møteoversikt	3
Introduksjon	4
Alliansesamtaler	9
Sjekkliste for oppfølging av manualen	
Alliansesamtale med pasient	10
Forberedelse før møtet med pårørende	11
Alliansesamtale med pårørende	11
Family Questionnaire - skjema	
Alliansesamtale – varselsignaler	13
Varselsignaler – skjema	
Alliansesamtale – mål for behandlingen	14
Mål for behandlingen- skjema	
Eksempler: mål for endringer – arbeidsark	
Undervisningsmøte 1	15
Stress/sårbarhetsmodellen – arbeidsark	
Kartlegge stress – arbeidsark	
Familie stress – arbeidsark	
Mestringsstrategier – arbeidsark	
Eksempler: på mestringsstrategier – arbeidsark	
Undervisningsmøte 2	17
Expressed Emotion – arbeidsark	
Gi uttrykk for positive følelser – arbeidsark	
Aktiv lytting – arbeidsark	
Family Questionnaire – skjema	
Problemløsningsmodellen	20
Problemløsningsmodellen – arbeidsark	
Avslutningsmøte	21
Evalueringskjemaer	
Referanser	

Psykoedukativ enkeltfamiliebehandling

Møteoversikt

<p>Timene 1-4 Alliansesamtaler</p> <ol style="list-style-type: none">1. Med pasient2. Med pårørende3. Gjennomgåelse av varselsignaler og eventuelt kriseplan4. Mål for behandlingen 	<p>Timene 5-6 Undervisning</p> <ul style="list-style-type: none">- Psykoseforståelse- Stress/ sårbarhets modell- Stressfaktorer- Mestringsstrategier- Expressed Emotion- Kommunikasjon <p>Timene 7 til 11 Problemløsningsmodellen</p> <p>Time 12 Avslutningsmøte Oppsummering av behandlingen Evaluering</p>
--	--

INTRODUKSJON

Behandlingstilbud til personer som har en nyoppdaget psykoselidelse og deres familier eller partnere.

Tidlig intervensjon ved psykose

De fleste pasienter har gjennomgått noen intervjuer som:

PANSS- intervju er et intervju der en scorer over eller under psykosegrensen. Våre pasienter scorer over psykosegrensen på PANSS-intervjuet, det vil si at de scorer 4 eller mer. Her vil symptomene til pasienten bli beskrevet.

SCID intervju kartlegger de viktigste områdene relatert til alvorlig psykiske lidelser. Det stilles spørsmål omkring depresjon, mani, psykose, traumer/ulykker, angst, tvangshandlinger og tvangstanker, kroppslige plager, bruk av rusmidler og spiseforstyrrelser. Det ses på historikken. Intervjuet konkluderer med en diagnose.

Kiddi Sats intervju er det samme som SCID intervju, men er tilrettelagt for personer under 15 år.

Monitorering betyr at pasienten blir fulgt opp med nye PANSS og SCID-intervjuer etter 3 måneder, ett, to, fem og ti år.

Magnetisk Resonanstomografi, MR som en del av utredningen er det viktig å fastslå at hjernen har en normal struktur og utelukke at pasienten har en hjernesvulst eller liknende.

Nevrologiske tester nevropsykologisk undersøkelse er en funksjonskartlegging hvor man med et bredt spekter av oppgaver kartlegger ulike funksjoner som hjernen utfører. En slik undersøkelse kan blant annet si noe om hukommelse, oppfatning av sanseintrykk, motorikk, språkfunksjoner, sammensatte motoriske handlinger, evne til å strukturere, igangsette og kontrollere sammensatte handlinger, abstrakt tenking og problemløsning. Nevropsykologisk utredning kan bidra til å gi et differensiert bilde av ressurser og problemer personen har i forhold til dagliglivet, valg av skolegang og opplæring, samt vurdering av arbeidsevne.

Samtykke er et frivillig tilbud om å delta i forskning. Samtlige pasienter som deltar, må skrive under på samtykkeerklæring. Når pasienten er under 16 år må også foreldre/foresatte skrive under. Selv om pasienten ikke ønsker å delta i forskning skal de ha informasjon og tilbud om familiebehandling.

Behandling

Poliklinisk behandling

Eventuell innleggelse på post

Psykoedukativ Familiebehandling

Eventuell medikamentell behandling

Forskning og tidlig intervensjon ved psykose

Forskningen viser positive resultater ved å gi behandling tidlig. Da er mulighetene best for å bli frisk.

Tidlig behandling med kort varighet på ubehandlet psykose ser ut til å gi bedre prognose og redusere selvmordsfaren.

Melle I. et al.(2006). Melle I. et al.(2010). Nilsen L. et al.(2014). Nilsen L. et al. (2014). Hegelstad W. ten V. et al.(2012). Hanestad T. et al.(2012).

Målgruppe til enkeltfamilie behandling

Personer med en nyoppdaget psykoselidelse

Alder 13-65 år

IQ over 70

Må kunne forstå og snakke norsk eller ha med tolk

Opplæring i psykoedukativt familiearbeid for enkeltfamiliegruppe

Familieskolen gir opplæring i metoden. Målgruppen er psykisk helse – og sosialarbeidere med minimum treårig faglig utdanning. Det blir undervist i teori og praktiske øvelser.

Gruppelederne forplikter seg til å motta veiledning så lenge de driver gruppe. Når gruppeleder har fullført en gruppe, samt deltatt aktivt i veiledning, er en ferdig utdannet gruppeleder i psykoedukativ familiebehandling.

Nasjonal faglig retningslinje

Retningslinjen gir anbefalinger til utredning, behandling og oppfølging av pasienter/brukere fra 13 år og oppover. Formålet med retningslinjen er å bedre kvaliteten på tilbudet til pasienter/brukere og deres pårørende og den legger ikke bare vekt på symptombehandling, men gir en bred omtale av tiltak som både gjelder psykologiske og sosiale forhold, fysisk helse og betydningen av utdanning og arbeid. Fokus på ressurser, bedringsprosesser og individuelt tilpassede tjenester skal bidra til mestring, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnet.

Tidlig oppdagelse og systematisk behandling øker mulighetene for å bli frisk av en psykoselidelse. Synet på mulighetene for bedring har tidligere vært preget av pessimisme, men dette understøttes ikke av forskningslitteraturen. Tvert imot, det er mange som opplever bedring og kommer ut i ordinært arbeid hvis de hjelpes med riktig behandling, oppfølging og støtte.

Retningslinjen anbefaler med høyest gradering, i en tidlig fase av en psykose bør pasient og nære familiemedlemmer inviteres til et psykoedukativt (kunnskapsformidlende) familiesamarbeid i en enkeltfamiliegruppe (www.helsedirektoratet.no).

Målsettingen med psykoedukativ enkeltfamilie- eller parbehandling

Familiebehandlingen tar sikte på å redusere Expressed Emotion (EE). All forskning viser at for høy EE øker risikoen for tilbakefall. Expressed Emotion er en index som innbefatter kritiske bemerkninger, følelsmessig overinvolvering, fiendtlig innstilling, men også varme og positive bemerkninger overfor personen som har eller har hatt en psykose. En tenker at EE kan være et produkt av en opplevelse av stress og belastning, og pessimisme om pasientens evne til å kontrollere symptomer. Samt usikkerhet om hvordan symptomene kan påvirkes. Det betyr ikke at det er gode eller dårlige familier. Dette kan ramme oss alle når stresset blir for stort.

Intervensjonen ved psykoedukativ enkeltfamilie behandling

Går over 12 møter. Alliansesamtalene, møte 1-4 møtes en hver uke.

Gruppeleder og familie/par møtes videre hver 14. dag. Hvert møte varer 1,5 time.

1. Alliansesamtale med pasient
2. Alliansesamtale med pårørende

3. Alliansesamtale for gjennomgåelse av varselsignalene og eventuelt kriseplan
4. Alliansesamtale mål for behandlingen
5. Undervisningsmøte med tema psykoseforståelse, stress/sårbarhets modell, stress faktorer og mestringsstrategier
6. Undervisningsmøte med tema Expressed Emotion og kommunikasjon
- 7-11. Møter med fokus på problemløsningsmodellen
12. Avslutningsmøte

Intervensjonen dekker følgende områder

Følelsesmessig støtte

Undervisning

Kunnskap om utvikling av psykose og behandling

Kunnskap og råd til å senke et forhøyet engasjement og for høye forventninger

Hjelp til å løse dagligdagse utfordringer på en strukturert måte ved hjelp av problemløsningsmodellen

Virksom kommunikasjon

Det er med på å bidra til å redusere stress og senke Expressed Emotion

Å bedre pasientens skole/jobb og sosial funksjon

Å hjelpe pårørende til en bedre forståelse og kommunikasjon med pasienten

Å hjelpe pårørende til å bedre mestre situasjonen slik at de kan være gode støttespillere

Å bedre samarbeidet mellom pasient, pårørende og helsevesen

Møtestruktur

15 minutt småprat

20 minutt runde

5 minutt refleksjon og valg av problemstilling

45 minutt problemløsningsmodellen

5 minutt småprat

Registrering i Dips/ journal notat

Etter hver avtale må gruppeleder registrere i DIPS og skrive et poliklinisk notat i pasienten sin journal.

I alliansesamtalene skriver gruppeleder hvilket tema en har gått gjennom, for eksempel bli-kjent samtale, eller krisesamtale med pårørende. Samtlige skjema som blir brukt skal skannes inn i journalen.

Når gruppeleder bruker problemløsningsmodellen skriver en inn problemstillingen som ble tatt opp, samt planen som ble laget. I tillegg skriver

en om det er tema som kommer opp, som er viktig i forhold til annen behandling.

Gruppeleder noterer avtalene på sjekklisten for oppfølging av manual etter hvert møte. Pårørende fyller ut Family Questionnaire i første samtale og når behandlingen er ferdig. Pasient og pårørende fyller ut evalueringsskjema når gruppen er ferdig.

Hvorfor er småprat viktig?

Å bli kjent er en prosess som gruppeleder må fortsette å jobbe med gjennom hele behandlingen. En må ha fokus på å skape en avslappende og god tone. Få familien til å fortelle om positive aktiviteter de har gjort i løpet av uken, eller planer de har for neste helg. Legg vekt på positive tema under småpraten i starten og avslutningen på hver time. Utforsk hva pasienten kan gjøre av aktiviteter sammen med foreldrene. Eller paret kan gjøre sammen.

Hvordan bruker gruppeleder målene?

Gruppeleder bør alltid ha målene til familien eller paret med seg til hvert møte. Det er en forsikring om at en hele tiden jobber mot målene som familien/paret har satt opp. Sjekk ut underveis i behandlingen om dere jobber mot målene.
PS! Hvordan en setter opp målene blir beskrevet under alliansesamtalene.

Hvordan bruke Family Questionnaire?

Når gruppeleder har scoret FQ for pårørende, får en et overblikk over hvem som scoret over grensen på Emosjonell overinvolvering (EOI =27) og hvem som scoret over grensen på Kritiske kommentarer (KK=23). Gruppeleder kan ta utgangspunkt i disse scoringene og bruke det aktivt under problemløsningsmodellen.

Gruppeleder kan også bruke scoringene når en underviser i Expressed Emotion. Husk at FQ skal scores på ny når behandlingen er ferdig. Da kan gruppeleder se om det er blitt forbedring hos familien/ paret (Wiedemann G. et al. 2002).

Alliansesamtaler

Kontaktetablering med familien er en viktig del av familiebehandlingen for pasienter med førstegangpsykose. Behandlingen bør starte så raskt som mulig etter at pasienten er diagnostisert.

Alliansesamtalene består av samtale med pasient og pårørende, hver for seg og sammen. Hvor mange slike samtaler det bør være, vil være individuelt for hver familie, i forhold til behov, men minimum fire samtaler. Gruppeleder leder samtalen. Her bør en være opptatt av klar kommunikasjon og struktur på møtene fordi det skaper trygghet.

Alliansesamtalene skal være med på å skape en god relasjon mellom pasient, familie og gruppeleder. Pasient og pårørende setter opp sine målsettinger for hva de ønsker å oppnå ved deltakelse i behandlingen. Gruppeleder skal gi informasjon om tilbudets innhold.

I alliansesamtalene skal pårørende inviteres til å dele sine egne opplevelser/erfaringer og tanker i forhold til at en i familien har en psykoselidelse.

Gruppeleder skal også være opptatt av hva pårørende kan bringe inn av ressurser og engasjement i forhold til å hjelpe sitt familiemedlem.

I tillegg gir en positiv tilbakemelding til pårørende ved at de engasjerer seg og bidrar i forhold til sitt familiemedlem.

Alliansesamtalene med pasienten skal være preget av en empatisk og interessert gruppeleder og tilpasses pasientens tilstand.

Både i forhold til pasient og pårørende skal gruppeleder være positiv og uformell, og møte alle på en respektfull måte.

Dersom gruppeleder ikke får tak i pasienten først, ta kontakt med foreldre/partner, de har også sagt ja til å delta. Ha gjerne en felles blikkjentsamtale med alle, hvor en lager en plan over videre avtaler. Det anbefales å møtes en fast dag hver uke til samme tid.

Gruppeleder tar i bruk sjekklisten for oppfølging av manualen.

Alliansesamtale med pasient

Det første møte med pasienten alene skal foregå på et sted der han/hun føler seg trygg. Samtalen skal være første byggestein til å oppnå en trygg kontakt og ikke minst å få til en god allianse mellom pasient og gruppeleder.

Gruppeleder bør være genuint opptatt av pasientens interesser. Pasienten skal få en forståelse av at gruppeleder vil gjøre sitt beste for at han/hun skal få det bedre og bli godt ivaretatt.

Prøv å få til en samtale om hvordan pasienten opplevde det å bli syk og hvilke tanker han/hun har angående framtiden. Husk å gi håp. Møtet skal være kort og tilpasses etter pasientens tilstand.

Gi positiv tilbakemelding angående pasientens engasjement.

Informere om neste samtale, som skal være sammen med foreldrene/partner; Gå gjennom varselsignaler.

Her bør gruppeleder sjekke ut om pasienten har gått gjennom varselsignalene sine og eventuelt laget kriseplan tidligere. Be da pasienten om å ta dette med til neste møte slik at dere kan gå gjennom det sammen med pårørende.

Eventuelt at en får lov å skrive det ut fra journal.

Avtal neste møte, som også må passe for foreldrene/partner.

Møtet avsluttes med småprat.

Forberedelse før møte med pårørende

Ofte vil spørsmål fra pårørende dukke opp allerede i første samtale: *Hva er det sønnen/datteren min lider av eller strever med? Hvordan kan jeg hjelpe? Hvordan kommer dette til å gå?*

For å bli en troverdig person må gruppeleder være oppdatert på formidling av psykoseforståelse, betydningen av tidlig intervensjon og om den positive effekten familiens deltakelse har for prognosen.

Informasjonen skal inneholde:

Symptomutvikling, stress/sårbarhetsforståelse, Expressed Emotion, kognitive vansker, behandling og familiens rolle i behandlingen.

Informasjonen skal gis uten at pasienten er tilstede, slik at pårørende kan stille spørsmål og formidle reaksjoner uten å ta hensyn til pasienten. Henvis også til at disse temaene skal vi komme tilbake til i undervisningen.

VIKTIG!! Dersom det blir snakk om diagnose så husk og alltid sjekke ut om pårørende har fått informasjon om hvilken diagnose pasienten har fått (Taushetsplikt).

Husk Family Questionnaire skjemaet til pårørende.

Alliansesamtale med pårørende – krisesamtale

I starten på alle møter gir gruppeleder informasjon om innhold, struktur og tidsramme for det aktuelle møtet.

Dette møtet skal være uten pasienten, slik at familien kan gi uttrykk for sine vanskelige ting uten å måtte holde igjen, og for ikke å gi ekstra belastninger til pasienten.

Alle møter starter med småprat. Dette er praten omkring livets hendelser, ikke problemfokuseret. Det virker angsthemmende og bidrar til at alle kan slappe mer av.

Her får gruppeleder informasjon om interesser og ressurser i familien. Det er viktig at alle blir tatt med i småpraten.

Her må en passe på at det ikke blir en utspørring. Prøv å få til en samtale, gjerne rundt et tema.

Etter småpraten er tema for første møte med familien hvilke opplevelser de har i forhold til at deres familiemedlem har fått en psykoselidelse. Hvordan preger dette livet deres i dag? Hvilke erfaringer har de i forhold til symptomer og endringer hos den som er syk? Hvilke tanker har de angående nåtid og framtid?

Har de hatt hjelp og støtte av andre, og hva har bidratt til egen mestring? Hvordan har deres møte med hjelpeapparatet vært? Hvem har de snakket med? Positive og negative erfaringer. Gruppeleder forsvarer ikke, men beklager eventuelle negative erfaringer og fokuserer på familietilbudet. Gruppeleder spør pårørende om hva og hvordan de tror de kan være til hjelp? Familien må gis anledning til å uttrykke vanskelige følelser i forbindelse med familiemedlemmet sitt psykoseutbrudd, både i forhold til de endringer som har skjedd, og følelse av sorg og tap i forbindelse med planer og ønsker for pasientens- og eget liv.

Noen pasienter endrer adferd i forbindelse med psykisk sykdom. Dette kan være vanskelig for familien å forholde seg til. Funksjonsfall i form av svekket egenomsorg og at det eventuelt gis uttrykk for hallusinasjoner, angst og uro kan virke skremmende for pårørende.

Opplevelse av skyld kan også bli et tema fra pårørende og det må det gis anledning til å snakke om.

Husk å gi positiv tilbakemelding til samtlige for deltakelsen.

Informert om neste møtes innhold: Varselsignaler

Avtal neste møte som må samkjøres med avtalen som er gjort med pasienten. Før møtets slutt, prates det igjen om andre ting enn sykdom. Vi småprater for eksempel om planer for kommende dager, aktuelle filmer/tv-programmer etc.

Husk varselsignal skjema til neste møte

Alliansesamtale - Varselsignaler

Her er alle til stede, inklusive pasienten. Gruppeleder starter igjen med småprat.

Gruppeleder spør om det er noen spørsmål, eller noe de har tenkt på fra sist møte.

I dette møtet skal pasientens varselsignaler kartlegges. Dersom pasienten har gått gjennom varselsignaler tidligere, ta utgangspunkt i denne. Det er ikke sikkert at pårørende er kjent med varselsignalene eller krisepanen.

Gruppeleder innleder med å informere hva varselsignaler er, bruk skjema for varselsignaler.

Gruppeleder deler ut skjema til hver av de som er til stede slik at alle kan følge med.

Få pasient og pårørende til å tenke tilbake til tiden før pasienten ble syk. La de reflektere over når de merket de første forandringene som skjedde med pasienten. Pasienten selv kan si noe om sine indre opplevelser, mens pårørende kan si noe om forandringer de så hos pasienten, for eksempel at han/hun begynte å få problemer med søvnen. For noen familier vil det være en fordel å tegne en livslinje for å se når forandringen startet.

Gruppeleder går gjennom hele listen av varselsignaler og sammen med familien krysser de av i rubrikken **Bare før jeg ble syk.**

Dersom de ikke har krisepan fra før, så tilbyr gruppeleder å lage en nå.

Gruppeleder anbefaler at pasienten tar med både skjema for varselsignaler og krisepan tilbake til poliklinisk behandler, slik at denne er informert om hva som skjer i forhold til pasienten. Skjemaet og eventuelt krisepan skannes inn i journalen.

Husk å gi positiv tilbakemelding til samtlige for deltakelsen.

Informert om tema for neste møte: Videre samarbeid og mål for behandlingen.

Avtal neste møte.

Avlutt med småprat.

Husk å ta med skjema Mål for behandlingen til neste møte

Alliansesamtale - mål for behandlingen

I dette møtet skal pasient og pårørende sette opp sine mål i forhold til familiebehandlingen. Bruk skjemaet for mål.

Her kan gruppeleder gjerne bruke tavle og la hver deltaker skrive på sitt eget skjema.

Timen starter igjen med småprat.

Gruppeleder reflekterer sammen med pasienten og pårørende om hva de ønsker forandring på i livet sitt. Hva ønsker de å jobbe videre med i familiebehandlingen? Det kan være mål i forhold til symptomer, behandling, skole, venner, kommunikasjon og liknende. Dersom det er vanskelig å komme fram til noe mål kan en bruke hjelpearket med eksempler. Husk at pasienten setter opp mål for seg selv og at hver av pårørende setter opp egne mål.

Det er vanlig at pårørende har ønske om rask bedring for pasienten og opplever nok enkelte ganger at vi som helsepersonell holder litt igjen. De ønsker selvsagt at livet skal bli som før, raskest mulig. Det er bra med pårørendes engasjement og dette må anerkjennes. Vis samtidig til behandlingens varighet og at tilfriskning kan ta tid, men at det igjen varierer fra pasient til pasient.

Familien/partneren skal også forberede seg på å delta videre framover sammen med pasienten. Hva tenker de om det og hva vil dette gi av utfordringer? Hvordan kan det bli et konstruktivt samarbeid og hva med de vanskelige tema som kan komme?

Gruppeleder informerer om hva hennes/hans rolle vil være, nemlig å ivareta samtlige av deltakerne, sørge for å skape et så trygt klima som mulig og at respekt for hverandre står i høysetet.

Gi positiv tilbakemelding for deltakelsen til samtlige deltakere.

Informert om tema for neste møte: Undervisning i psykoseforståelse, stress/sårbarhets modell, stress faktorer og mestringsstrategier.

Avtal neste møte.

PS! Husk å informere om at undervisningsmøtet varer i 2 timer.

Samtalen avsluttes med småprat.

Gruppeleder samkjører målene på et eget arbeidsark og skanner det inn i journalen. Husk å ta en kopi til egen perm. Husk å gi målene tilbake i neste time til deltakerne.

Her får gruppeleder mange gode eksempler på tema som en kan jobbe videre med i problemløsningsmodellen.

Undervisningsmøte 1

Psykoseforståelse

Stress/sårbarhets modell

Stress faktorer

Mestringsstrategier

Dette møtet kan vare i to timer eller gå over to møter

Start med småprat

Husk å ha med målene som familien/paret laget. Gruppeleder relaterer undervisningen i forhold til hver enkel deltaker sine mål.

Undervis i psykoseforståelse

Psykose er en forvirringstilstand som ofte rammer sanseinntrykkene. Det vil si at lyder kan bli ubehagelig høye, en kan se skyggelignende figurer og liknende. De fleste har gjerne opplevd dette i spesielt stressede perioder. Når disse problemene oppstår over tid, øker den mentale påkjenningen slik at vi til slutt får et totalt sammenbrudd. Alle kan bli alvorlig forvirret dersom stresset er stort nok.

Symptomene kan variere sterkt og oppleves forskjellig fra person til person. Psykosen kan innebære forbigående forandringer i følelser, humør og tankegang. Noen får også tilsynelatende «unormale» ideer som kan gjøre det vanskelig å forstå personens følelser. Det viktigste er å komme tidlig til med behandling og å holde ut i behandlingen til pasient og behandler er enige om at tilstanden er stabil.

Anbefaler å lese heftet: Hva er psykose? av Jan Olav Johannessen, *Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning* www.psykopp.no
[Eller gå inn på TIPS sine sider angående Hva er psykose?](#)

Undervis i stress / sårbarhetsmodellen (velg det av vedlagte arbeidsark du føler deg mest komfortabel med å bruke).

Stress-sårbarhetsmodellen

I 1977 publiserte Zubin & Spring stress-sårbarhetsmodell for psykiske lidelser. Kort fortalt mener de at mennesker blir psykisk syke når stresset de opplever, oppleves tøffere enn det de kan hankes med.

De legger til grunn at hver person har et unikt biologisk, psykologisk og sosialt grunnlag som gir styrke eller sårbarhet for å takle ulike variabler av stress. En tenker at mennesker med lav sårbarhet kan bli utsatt for mye stress før de blir syke, mens mennesker med høy sårbarhet bare trenger litt stress før de blir syke.

Stress- sårbarhetsmodell er ikke en utredningsmetode, men et hjelpemiddel til å forstå pasientens sykdom og symptomer.

Hva er årsaken til at mennesker har forskjellig sårbarhet. Evidensbaserte familiestudier, viser at et aspekt er relatert til genetisk sårbarhet (Horrobin D.(2001) og Warner R.(1994). Hvordan en har lært å mestre livet er et viktig element. Sårbarhet er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å utvikle sykdom. Høy sårbarhet øker risiko for å utvikle psykotiske symptomer. De med høy sårbarhet har vanskelig for å håndtere sterke følelser, kompliserte og uoversiktlige situasjoner. Sårbarhet varierer og er høyest i perioder etter en psykotisk episode. Psykose kan utløses av stress som går over personens frustrasjonsterskel. Eksempler på stress kan være når en flytter hjemmefra, militærtjeneste, begynne å studere, få barn eller bruk av rusmidler.

Vi har alle et filter som siler informasjon og kommunikasjon vi tar til oss. Når vi blir utsatt for stress, er ikke filteret så finmasket, og all informasjon går mer inn på oss. Hvis vi har lav sårbarhet, kan vi tåle dette. Dersom vi har høy sårbarhet, kan det tippe over og utløse en psykose.

En kan forholde seg til psykosen på flere måter. En kan velge og ikke forholde seg til psykosen. Eller en kan erkjenne psykosen, ta imot behandling og lære å mestre lidelsen. Dette hindrer tilbakefall.

Gå gjennom arbeidsarkene; Kartlegge stress, Familiestress, Mestringsstrategier og eksempler på mestringsstrategier.

Gi positiv tilbakemelding for deltakelsen til samtlige deltakere.

Informert om tema for neste møte: Expressed Emotion og kommunikasjon.

Avtal neste møte.

Møtet avsluttes med småprat.

Undervisningsmøte 2

Expressed Emotion

Kommunikasjon

Husk å ha med målene som familien/paret laget. Se om du kan relatere undervisningen i forhold til hver enkelt deltaker sine mål.

Undervis om Expressed Emotion

Familiebehandlingen tar sikte på å redusere Expressed Emotion (EE) som betyr sterkt uttrykte følelser i familien / familieatmosfæren. Forskning viser at for høy EE øker risikoen for tilbakefall.

Forskning i forhold til familiene startet i 1960 årene. Forskning viser at komponenter i familien kan forklare hvorfor enkelte familiemiljøer så ut til å forårsake tilbakefall hos pasienten. Denne komponenten fikk benevnelsen "uttrykte følelser" eller express emotion. En mener at EE er en stor faktor under helbredelsesprosessen for psykiske lidelser. I 2005 definerte Brown, Wang og Safran at dette gjelder både de alvorlige psykiske lidelsene, men også lettere psykiske lidelser og ruslidelser.

Vi har alle en kultur i våre familier. Hvis vi i våre møter med en familie oppfatter at familiemedlemmenes samhandling er negativ, kan vi spørre oss, er det vi ser en kultur som alltid har vært der eller er det en respons på det som skjer i familien i forbindelse med at et medlem er blitt syk. Nina Å. Smeby (1997) har forsket på dette og funnet at pasientenes opplevelse av hvor kritiske pårørende ble opplevd å være, var knyttet til pasientenes grad av å føle seg stresset/merbelastet.

Når familier er i en situasjon som overskrider deres tidligere kunnskap og mestringsevne, opplever de stress og konflikter. Dette blir ofte forsøkt løst ved at familiemedlemmene gjør mye eller lite av noe som har vært prøvd før. Man kan for eksempel mase mer, kritisere, kontrollere hverandre, inngi skyldfølelse eller ta over redusert funksjon slik at svikten ikke blir så åpenbar verken for andre eller en selv.

Høy grad av EE hos pårørende består av kritiske kommentarer, fiendtlighet, overinvolvering og liten grad av varme. EE refererer seg da til et innhold satt sammen av disse nevnte følelser, samt holdninger og atferd uttrykt av familiemedlemmer overfor pasienter. Høy EE i familien er en dårlig konstellasjon for pasienten. Fiendtlighet kan gjøre at pasienten føler skam for

at han er syk. Kritisk uttrykte følelser fra familien kan øke vanskene for pasienten. Overinvolvering fra familien betyr at familien tar på seg skyld for at en i familien er blitt syk. De synes synd på pasienten og blir overbærende med det meste og overtar mye ansvar fra pasienten.

Lav EE hos pårørende er varme og akseptasjon. Pårørende forstår at pasienten er syk og gir ros til personen bak sykdommen, gir ikke kritikk, men viser varme.

Undervis om kommunikasjon

Snakk om familiens nåværende kommunikasjonsstil.

Hvorfor er det viktig å bruke en kommunikasjon som skaper et rolig, tydelig og støttende familiemiljø?

Du får ned stress, det blir fokus på hver enkeltes behov, lytte og forstå hverandre.

Alle får det som de vil, MEN: Det er normalt å bli sint og krangle når noe plager deg. Det er ofte vanskelig å høre andre sitt perspektiv når det er forskjellig fra ditt eget.

Hva er dine sterke sider i kommunikasjonen?

Hva kan du tenke deg å jobbe mer med vedrørende kommunikasjonen?

1. Introduser rollespill som metode for denne undervisningen.
2. Forklar ferdigheten: **Gi uttrykk for positive følelser:**
Vanligvis er det lett å kritisere hverandre. I dag skal vi øve på hvordan vi kan si noe positivt til hverandre. Dette er en fin måte å få hverandre til å føle seg verdsatt. Kan dere tenke på en ting som en i familien gjorde denne uken som du satte pris på?
- 3 Rollespill, bruk arbeidsark. Gruppeleder tar en rolle i første rollespill sammen med en av deltakerne. Fordel rollene, to spiller, de andre er observatører. Bytt på rollene. Stopp rollespillet dersom de ikke følger oppskriften, øv igjen.
- 4 Forklar ferdigheten: **Aktiv lytting:**
Når vi snakker sammen, har vi lett for å svare med å forsvare vårt eget syn på temaet. Etter hvert skal dere få sjansen til å dele deres eget perspektiv, men nå skal vi øve oss på å være en god lytter. Dersom ingen lytter til hverandre, kan det føre til flere konflikter i familien. Hvis du klarer å oppsummere det du har hørt, vil den andre personen vite at han er blitt hørt og slipper å utdype eller forsvare seg.

- 5 Rollespill, bruk arbeidsark. Gruppeleder tar en rolle i første rollespill sammen med en av deltakerne. Fordel rollene, to spiller, de andre er observatører. Bytt på rollene. Stopp opp dersom en ikke følger punktene, slik at de øver inn teknikken riktig

Tilleggsinformasjon

På grunn av viktigheten og utfordringen med å mestre aktiv lytting, kan det være nødvendig med mer enn en time for å øve godt på ferdigheten.

Gruppeleder kan tilpasse treningen av aktiv lytting ut fra sin forståelse av pasienten eller en av pårørende. Vurdering av øvelsene ut fra tilbakemelding fra familien/partneren er nødvendig for å forsikre seg om at undervisningen når frem.

Gi positiv tilbakemelding for deltakelsen til samtlige deltakere.

Informert om tema for de neste møtene:

I møte 7 til og med møte 11 skal vi ha fokus på problemløsningsmodellen.

Avtal neste møte.

Møtet avsluttes med småprat.

Møte 7 til og med møte 11 - problemløsningsmodellen

Hvert møte starter med småprat.

Husk å ha med målene og Family Questionnaire scoren. Gruppeleder forsøker å relatere problemløsningen i forhold til hver enkelt deltaker sine mål. Når dere er blitt enige om hvem som skal få løst sitt problem, reiser gruppeleder seg opp og går til tavlen.

Skriv ned aktuelle forslag til problemstilling. Det er da lettere for familien å velge hvilken problemstilling som passer best. Prøv å få problemstillingen mest mulig konkret.

Få hjelp av alle i familien til å komme med forslag til å løse problemet.

Gruppeleder kan også komme med forslag. Forslagene skal skrives ned fortløpende **uten å diskuteres**. Når ingen har flere forslag å komme med går gruppeleder gjennom hvert forslag og skriver opp fordeler og ulemper. **Det skal ikke skrives opp pluss og minus.**

Gruppeleder hjelper deltakeren som eier problemstillingen til å velge ut 1, 2 eller 3 av forslagene som han/hun ønsker å prøve ut i løpet av de neste 14 dagene.

Gruppeleder lager en plan sammen med deltakeren på hvordan dette skal gjennomføres. Planen bør være så konkret som mulig. Deltakeren får planen skriftlig med seg hjem. Gruppeleder skal alltid ha egen kopi både av problemstillingen og av planen.

Gi positiv tilbakemelding for deltakelsen til samtlige deltakere.

Avtal neste møte.

Møtet avsluttes med 5 minutter småprat.

På neste møtet går dere gjennom planen og sjekker ut hva deltaker mestret og eventuelt ikke mestret.

Bruk arbeidsarkene i forhold til problemløsningsmodellen. (Metoden står beskrevet punkt for punkt på arbeidsarket).

Avtal neste møte.

Avslutningsmøte

Gruppeleder tar en gjennomgang av programmet.

Hver deltaker fyller ut sitt evalueringsskjema.

Foreldre/ partner fyller ut Family Questionnaire skjemaet.

Fint om gruppeleder får familien/paret med på en refleksjon over deres opplevelse av denne behandlingen.

Husk å ha med målene som familien/paret laget.

Har de nådd målene for behandlingen?

Har pasienten om nødvendig videre oppfølging av poliklinisk behandler?

Har pasient og pårørende videre behov for familiebehandling ved deltakelse i flerfamiliegruppe/pargruppe?

Gi positiv tilbakemelding for deltakelsen til samtlige deltakere.

Møtet avsluttes med småprat.

Gruppeleder scorer Family Questionnaire og sammenligner med førstegangsscore. Skjemaet skannes inn i journalen.

Gruppeleder skriver epikrise i journalen.

Referanser

- Arntzen, B., Grønnestad, T. og Øxnevad, A. L. (2006) *Familiearbeid ved psykoser – Mot Samme Mål*. Kunnskapsbasert familiearbeid i grupper. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning www.psykopp.no
- Brown, D. R., Wang, G., & Safran, M. A. (2005). A preliminary analysis of medical expenditures among active and sedentary US adults with mental disorders. *American Journal of Health Behavior*, 29, 195-206.
- Hanestad T., Grønli M., Berge T. og Fjell A. (2012) *Redusere risiko for tilbakefall*. Sykepleien 2, 2012
- Hegelstad W.ten V. et al. (2012) *Long Term Follow –Up of the TIPS Early Detection in Psychosis Study: Effects on 10-Year Outcome* *American Journal of Psychiatry* 2012; 169:374-380
- Horrobin, David F. (2001). *The madness of Adam & Eve: how schizophrenia shaped humanity*. London: Bantam. ISBN 0-593-04649-8.
- Johannessen J.O., (2011) *Hva er psykose? Introduksjon om psykotiske lidelser for omsorgspersoner, familie og venner*. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning www.psykopp.no
- McFarlane, W. R. (2004) *Multifamily groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*. The Guilford Press. ISBN 1-59385-095-6
- Melle I. et al., (2006) *Early Detection of the First Episode of Schizophrenia and Suicidal Behavior*. *American Journal of Psychiatry* May 2006;163:800-804
- Melle I. et al., (2010) *Course and Predictors of Suicidality Over the First Two Years of Treatment in First-Episode Schizophrenia Spectrum Psychosis*. *Archives of Suicide Research*, Volume 14, Issue 2 April 2010 , pages 158 – 170
- Miklowitz D. J., et al. (2010) *Clinicians' Treatment Manual for Family-Focused Therapy for Prodromal Youth (FFT-PY)* University of California at Los Angeles
- Nilsen L., Frich J.C., Friis S., Norheim I., and Røssberg J.I. (2014) *Participants' perceived benefits of family intervention following a first episode of psychosis: a qualitative study* *Early intervention in Psychiatry* 2014, doi:10.1111/eip.12153
- Nilsen L., Frich J.C., Friis S., and Røssberg J.I. (2014) *Patients' and Family Members' Experiences of a Psychoeducational Family Intervention after a First Episode Psychosis: A Qualitative study* *Issues in mental Health Nursing*, 35:58-68, 2014 Doi: 10.3109/01612840.2013.837992
- Smeby NAA. Merbelastning på familien i psykiatrien. Kapittel 10 i Hummelvoll JK og Lindstrøm U. (red.). *Nordisk perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Studentlitteratur, Lund 1997.
- [www.tips - info.com](http://www.tips-info.com)
www.helsedirektoratet.no

Wiedemann G., et al. (2002) *Psych. Research*, vol.109,3, 265-279
Warner R., (1994) *Recovery from Schizophrenia*.
Psychiatry and Political Economy, Routledge, New York
Zubin & Spring. (1977) *Vulnerability – A New View of Schizophrenia*
Journal of Abnormal Psychology, 1977, Vol 86, No.2, 103-126