

Mindre familierterapi i BUP

Henriette C. Alsing

spesialist i klinisk familiepsykologi, Ambulant familieenhet, BUPA, Vestre Viken HF.
Styremedlem i Norsk forening for familierterapi

Hensynet til økonomi har gitt færre familierterapeutiske tilbud i barne- og ungdomspsykiatrien. Det kan få store negative konsekvenser på lang sikt.

FAMILIETERAPI

For 25 år siden var jeg psykologistudent i hovedpraksis ved Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon på et somatisk sykehus. Hver uke ble man orientert om nyinnlagte barn og ungdom med somatiske sykdommer og psykosomatiske tilstander. En eller to ansatte på BUP bisto daglig hver sine somatiske barneavdelinger. Også kvinneklinikken var tilført barnepsykiatrisk kompetanse på samme måte, for å fange opp særlig vanskelige svangerskap og farefulle fødsler. Slik ble terskelen lav for samarbeid mellom somatikk og barnepsykiatri. Familieperspektivet sto sentralt på BUP. Hver enkelt i familien hadde ulike problemstillinger BUP tok fatt i, for eksempel angst for smertefulle, men nødvendige prosedyrer i barnets somatiske behandling. Foreldrene strevde ofte med ulike emosjonelle reaksjoner på barnets sykdomsforløp, i tillegg til praktiske og økonomiske utfordringer i en helt ny hverdag, innlagt med sitt syke barn over lang tid. Også søsken ble inkludert i den helhetlige oppfølgingen. Noen intervensjoner skjedde adskilt for familiemedlemmene, andre med flere eller alle til stede. Felles for dem alle var et behov for kriseintervensjon, dersom innleggelsen kom brått og uventet.

Da jeg flere år senere kom tilbake til nevnte arbeidsplass som ansatt, var det godt å se at man fortsatt hadde hele familien i fokus ved alvorlig somatisk sykdom hos barn. De pårørende var delaktige og ikke utestengte og hjelpeløse. Ved tilfriskning, men også ved dødsfall, hadde hele familiesystemet deltatt og kunne bistå hverandre i felles bearbeiding av hendelsene.

I årene etter de gode erfaringene på et somatisk sykehus har jeg vært ansatt på BUP innen psykisk helsevern. Der har det vært store endringer i vilkårene for familierterapeutisk arbeid i løpet av kort tid.

Overstyrer faglige hensyn

Med jevne mellomrom stilles det strengere krav til effektivitet og lønnsomhet i psykiatriske virksomheter. Familierterapi er en særlig sårbar behandlingsform i denne sammenheng. Metodene man vanligvis benytter, innebærer deltagelse av to eller flere terapeuter som samarbeider med en familie om et endringsprosjekt. Terapeutene bruker seg selv og hverandre aktivt, sammen med familien, og reflekterende prosesser gir muligheter for utvikling og symptomlette. Økonomiske forhold påvirker imidlertid metodevalget, da inntjeningen til BUP er knyttet til hver terapeuts direkte pasientrettede handlinger, såkalte tiltak. En terapitime skal registreres på én terapeut, så coterapeutenes arbeid i en familierterapeutisk modell fremkommer ikke i statistikk over utført aktivitet ved klinikken.

Familierterapi er beskrevet i forbindelse med behandling av nær sagt alle former for psykologisk problematikk. Ved å intervensere i en del av et system, person, par eller gruppe, vil øvrige deler av

systemet bli påvirket. Dersom flere i familien deltar i behandlingen, kan man bedre ivareta hver enkelt. Man påvirkes ikke bare passivt, men blir mer delaktig i endringene i familien. Slik oppnås en mer helhetlig helende prosess. Relasjonelle aspekter som kan ha bidratt til at problemene oppsto, kan tematiseres, og man kan danne nye samhandlingsformer som er mer konstruktive for flere. I arbeid med familier ser man ofte at konflikter løses og nærhet opprettes eller gjenopprettes. Dette er særlig aktuelt for de familiene der barn lider under konfliktfylte foreldreforhold etter samlivsbrudd.

Man kan jobbe godt familierapeutisk som én behandler alene, men dersom man er flere terapeuter, åpnes langt flere muligheter. Et godt samarbeid mellom to eller flere terapeuter gir anledning til å anvende reflekterende team, der det som erfares i samtalen, kan løftes frem og tydeliggjøres fra flere posisjoner og synsvinkler. Strukturen tillater en oppgavefordeling mellom terapeutene, slik at man kan sikre at hvert familiemedlem får sin stemme frem i samtalen. Dette er med på å styrke barneperspektivet i familierapi.

Innskrenkning av tilbudet

Familierapi med flere terapeuter kan likevel ikke lenger tilbys så ofte som ønskelig i spesialisthelsetjenesten. Dette er paradoksalt, siden de mest alvorlige og sammensatte lidelsene behandles der. Her er behovet for varig endring størst. Desto viktigere er det at flere involveres i klientens endring, slik at virksomme faktorer med større sannsynlighet kan opprettholdes over tid. Terapi er i omfang en liten del av livet, og i et skjermet rom for klient og terapeut utgjør dette et system i seg selv. Dersom dette utvides til å inkludere flere av klientens nærmeste, styrkes overføringsverdien fra terapirommet til livet for øvrig. Ved deltagelse av flere terapeuter sikrer man prosessen ytterligere gjennom ivaretagelse av flere personer og relasjoner, som kan øke varigheten av intervensjonene og dermed forhindre tilbakefall.

Men arbeidsgiveren skal vise gode økonomiske resultater til sin oppdragsgiver, som igjen er avhengig av politisk vilje til prioriteringer. I klinikken erfares dette som at det i større grad spørres etter produksjonstall enn behandlingsresultater.

Sammenblandingen av kortsiktige økonomiske forhold og valg av terapiformer er ofte uheldig. Friheten til å velge tilnærming og metodikk bør være tillagt behandlere i dialog med klienter, med tillit fra arbeidsgiver.