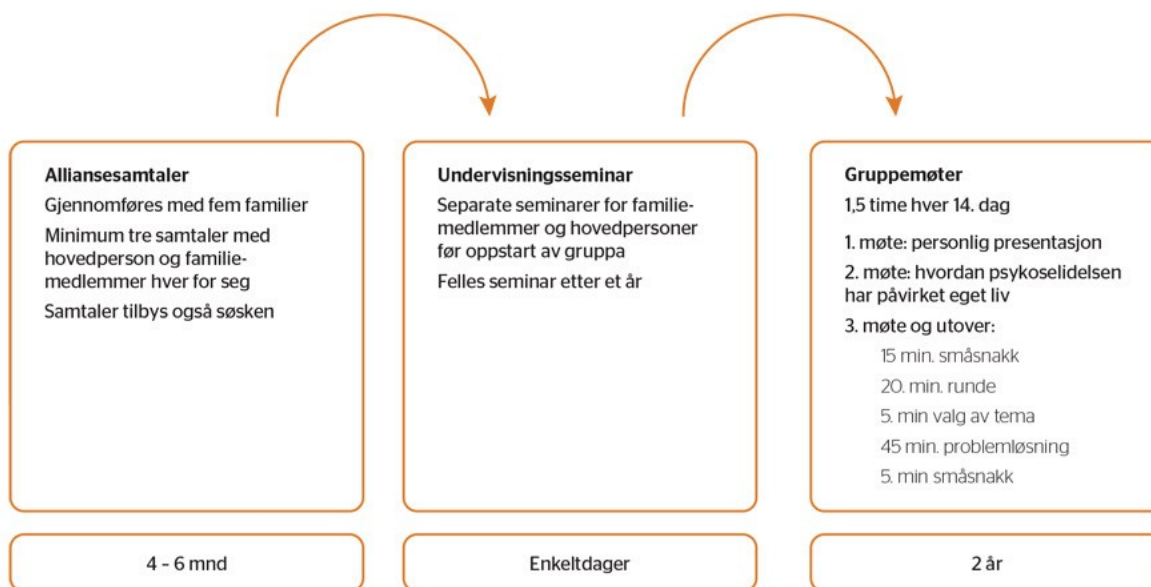


Psykoedukative flerfamiliegrupper anbefales i nye nasjonale retningslinjer for behandling av psykoselidelser: Hvilke erfaringer har deltakerne?



Figur 1. Struktur for psykoedukative flerfamiliegrupper. Figuren illustrerer de ulike fasene som gjennomføres ved oppstart og drift av en FFG

Sammenhengen mellom psykoedukativt familiesamarbeid og bedret forløp av psykoselidelser er godt dokumentert. Imidlertid vet vi lite om deltakernes subjektive erfaringer.

TEKST

Irene Norheim

Liv Nilsen

Stian Biong

PUBLISERT 5. mars 2015

ABSTRACT:

Psychoeducational multi-family groups (MFG) are recommended in the new national guidelines for the treatment of psychosis: What are the participants' subjective experiences?

The correlation between family intervention and an improved course of psychotic disorders is well documented. There are, however, few studies which have specifically examined participants' experiences. This study explores the subjective experiences of three girls (aged 19-26) suffering from a psychosis and five of their familymembers (aged 42-61). Data collection was done

through qualitative research interviews, and data was analysed using a phenomenological-hermeneutic approach.

The findings suggest that knowledge, particularly experiential knowledge, contributes towards understanding, management and a sense of accomplishment. Patients experienced the group format as challenging in the beginning. However, over time the sense of community enhancing problemsolving capacities and providing social support.

Keywords: family intervention, psychosis, qualitative study

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 (Addington, Collins, McCleery, & Addington, 2005). Norske studier viser at pårørende til personer med psykoselidelser opplever belastninger som kan medføre svekket livskvalitet, psykisk og fysisk helse (Engmark, Alfstadsæther & Holte, 2006), og de trenger hjelp og støtte for å være en ressurs for eget familiemedlem (Nordby, Kjongsberg & Hummelvoll, 2010).

«Familiemedlemmer bør gis undervisning om psykoselidelser tidlig»

Nye nasjonale retningslinjer for behandling av psykoselidelser anbefaler psykoedukativt familiesamarbeid som del av et helhetlig behandlingstilbud (Helsedirektoratet, 2013). Virksomme psykoedukative familieintervensjoner inneholder kunnskapsformidling, hjelp til krisehåndtering, følelsesmessig støtte, problemløsning og kommunikasjonstrening (Pharoah, Mari, Rathbone & Wong, 2010).

Modeller for psykoedukative intervensjoner ble utviklet på bakgrunn av kunnskap om at pasienter som ble utskrevet til hjemmemiljøer preget av stress, høyt nivå av «expressed emotion» eller negativ konfliktfylt samhandling, hadde økt risiko for tilbakefall (Anderson, Hogarty & Reiss, 1986). Tidlig hjelp til familier og andre viktige personer som har betydning for personen som rammes av en psykoselidelse, kan minske risikoen for at problemer utvikler seg (Fadden & Smith, 2009). Psykoedukativt familiesamarbeid har som formål å legge til rette for et støttende nettverk rundt personen som har en psykoselidelse for å fremme mestring og bedring, samtidig som familiens behov for kunnskap og støtte ivaretas (Lindvåg & Fjell, 2011). Å legge til rette for sosial støtte og utvikling av personlige ferdigheter hos personer med en psykoselidelse og deres pårørende er også i tråd med WHO sine strategier for å fremme god psykisk helse (Lahtinen, Joubert, Raeburn & Jenkins, 2005).

I Norge har psykoedukative flerfamiliegrupper (FFG), etter modell av McFarlane et al. (William R. McFarlane et al., 1991; W.R. McFarlane et al., 2003), eksistert siden slutten av 1990-tallet (Fjell et al., 2007). En FFG består av to gruppeledere og fem familier, der hver av de fem hovedpersonene (pasientene) kan ta med seg inntil tre familiemedlemmer eller andre nærpå personer. Gruppelederne må ha formell og klinisk

kompetanse innenfor psykisk helse, samt ha gjennomført kurs i FFG med fortløpende veiledning over to år. FFG følger en struktur der det er tydelig hva som skal skje i de ulike fasene (William R. McFarlane et al., 1991), se figur 1.

I alliansearbeidet tilbyr gruppelederne hver familie minst tre samtaler uten hovedperson til stede, slik at familien kan snakke om sine erfaringer. Gruppelederne har også samtaler med hver enkelt hovedperson for å bli kjent og skape trygghet før deltakelse i gruppa. I etterkant av alliansearbeidet og før gruppemøtene starter opp, arrangeres det undervisningsseminar om psykoselidelser for familiemedlemmer og hovedpersoner hver for seg. Gruppemøtene er strukturerte og forutsigbare for å lette deltakelsen for hovedpersonene, som kan streve med psykosesyntomer og kognitive vansker. Etter de to innledende gruppemøtene følger møtene samme struktur. Møtene åpnes med småprat om dagligdagse temaer, og deretter er det en «runde» hvor hovedpersonene blir spurt om hva som har gått bra siden sist, og om de har noen utfordringer som opptar dem nå. Familiemedlemmene blir spurt om hvordan de opplever situasjonen, og hva de syns hovedpersonene har mestret siden sist. Etter gjennomført runde har gruppelederne en reflekterende samtale om hvilket tema som kan være aktuelt for dagens problemløsning. Problemformuleringen utformes i samarbeid med den hovedpersonen som har lagt frem det valgte temaet. Alle gruppemedlemmene bidrar med løsningsforslag. Aktuell hovedperson velger to til tre forslag, og det lages en gjennomføringsplan. Gruppemøtene avsluttes med småprat.

De fleste studier om FFG har benyttet kvantitative metoder. Deltakernes perspektiver har i liten grad blitt belyst. Vi var derfor opptatt av å undersøke hvilke erfaringer personer med en psykoselidelse og deres familiemedlemmer har fra å delta i en FFG. Problemstillingen var: *Hvordan beskriver personer med en psykoselidelse og deres familiemedlemmer sine erfaringer med å delta i en FFG, og hvordan kan disse erfaringene tolkes?*

Metode

Vi valgte kvalitativ metode med et fenomenologisk og hermeneutisk design for studien, da den har et beskrivende og tolkende design. Deltakernes subjektive erfaringer ble utforsket, og forskernes forståelse av mening kom frem gjennom tolkning av datamaterialet (Thagaard, 2009).

Utvalg

Inklusjonskriterier for deltakelse i studien var å ha deltatt i en FFG i Helse Sør-Øst etter manual av McFarlane et al. (1991), og gitt informert og skriftlig samtykke.

«Utvikling av en psykoselidelse starter vanligvis i ungdomsårene eller i ung voksen alder. Familien er ofte den viktigste støttespilleren»

Utvalget ble rekruttert fra to helseforetak på Østlandet via kontaktpersoner for FFG som formidlet kontakt med mulige deltakere. Utvalget var hensiktsmessig i den betydning at de som ønsket å delta, ble inkludert. Til sammen deltok åtte personer i studien; tre kvinnelige hovedpersoner i alderen 19 til 26 år, og fem av deres familiemedlemmer hvorav to foreldrepar og en mor i alderen 42 til 61 år. Hovedpersonene hadde erfart psykiske vansker siden 13–14-årsalderen. To hadde en schizofrenidiagnose, og en hadde en schizoaffektiv lidelse. Alle bodde i egen bolig, og deltok i ulike utdannings- eller aktivitetstilbud. Deltakerne representerte tre ulike FFG-er som pågikk i perioden mellom 2008 og 2011.

Datainnsamling

Kvalitativt forskningsintervju ble benyttet som metode for datainnsamlingen ved bruk av en semistrukturert intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2010). Denne ble utarbeidet i samarbeid med pasienter, familiemedlemmer og behandlere som hadde erfaring fra familiesamarbeid. Intervjuene foregikk der deltakerne ønsket det, oftest i foreldrenes bolig. Første- og andreforfatter gjennomførte alle intervjuene sammen, noe som sikret oppfølgingsspørsmål og at intervjuguiden ble fulgt. Begge forfatterne er erfarne veiledere og gruppeledere for FFG. Intervjuene varte i 45 til 60 minutter, ble tatt opp på lydband, og deretter transkribert.

Dataanalyse

I dataanalysen benyttet vi Lindseth og Norberg (2004) sin metode basert på Ricoeurs fenomenologisk-hermeneutiske filosofi, der mening og tolkning av en tekst skjer gjennom en prosess bestående av tre trinn (Ricoeur, 1976). Første trinn er *naiv lesing*, som utgjør analysens fenomenologiske del, og hvor hensikten er å få tak i tekstens mening som «et hele». Her skal man være mest mulig åpen mot tekstens innhold og holde tilbake egne forforståelser. Trinn to inneholder en *strukturell analyse*, der man fortetter teksten i meningsbærende enheter (deler) som belyser forskningsspørsmålet. De meningsbærende enhetene blir lest igjennom, sett i forhold til den naive forståelsen av teksten og uttrykt så presist som mulig i et hverdagslig språk. Dette danner utgangspunktet for sortering og abstrahering av tekst til subtema og deretter tema. Til slutt, i trinn tre, som omhandler den *helhetlige forståelsen* av teksten, vurderer man temaene under ett og presenterer en tolket mening knyttet til hva som er fremkommet i studien slik forskeren forstår det. Dette trinnet utgjør den hermeneutiske delen av analyseprosessen (Lindseth & Norberg, 2004).

**«Undervisningen ble beskrevet
å ha begrenset nytte, da
seminarene kom for seint i
forløpet»**

Etiske overveielser

Studien er del av doktorgradsprosjektet «Hvordan styrke familien ved nyoppdaget psykose?». Deltakere fikk forespørsel om å delta via behandlere som hadde drevet FFG. Vi antok at hovedpersonene utgjorde en sårbar gruppe deltakere, og sørget for at de kunne få oppfølging fra egen behandler ved behov. Muntlig og skriftlig informasjon om hva studien gikk ut på, ble gitt til alle. De fikk vite at de kunne trekke seg når som helst i løpet av undersøkelsen, at intervjuet ville bli tatt opp på bånd og nedskrevet for senere å bli presentert og publisert i anonymisert form. Deltakerne undertegnet samtykkeskjema. Doktorgradsprosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning (2011/566).

Resultat

Gjennom den naive lesingen fant vi at alle deltakerne beskrev sine opplevelser av å få økt forståelse og kunnskap. Kunnskap ble beskrevet av hovedpersonene som spesielt viktig for hvordan familiemedlemmene forstår lidelsen og hovedpersonens situasjon. Hovedpersonene beskrev videre at å delta i FFG var knyttet til utrygghet den første tiden, samtidig som de erfarte det som godt å treffe andre i samme situasjon. Deltakernes samvær med gruppeledere, andre gruppedeltakere og egen familie ble beskrevet som muligheter for nye og endrede relasjoner. Å kunne få og gi støtte, samt større åpenhet om det å leve med en psykoselidelse, inngikk i dette. Alle deltakerne beskrev at å delta i FFG bidro til at de klarte å håndtere situasjonen bedre og komme seg videre i livet.

Den strukturelle analysen i etterkant av den naive lesingen førte frem til fire temaer. Disse beskrives i det følgende.

Økt forståelse

Alle deltakerne i FFG beskrev det som en prosess å forstå hvordan det var å leve med en psykoselidelse. En mor formidlet at økt forståelse handlet om å få kunnskap fra ulike kilder:

Jeg hadde aldri...klart å forestille meg det (å ha en psykoselidelse) på samme måten som når jeg har sett det på nært hold, og samtidig har lest om det og helheten rundt det. Jeg forstår mye mer av det på en måte.

Familiemedlemmer påpekte betydningen av å få faglig kunnskap om psykoselidelser tidlig i forløpet. Imidlertid ble undervisningsseminarene i regi av FFG der denne formen for kunnskap ble formidlet, beskrevet å ha begrenset nytte, da seminarene kom for seint i forhold til opplevd behov. Videre ble faglig kunnskap beskrevet som utilstrekkelig for å forstå hvordan det var å leve med en psykoselidelse. Gjennom gruppeforløpet ble erfaringer fra dagliglivet formidlet. For hovedpersonene betydde det å kjenne seg igjen i andre, noe som førte til bekreftelse og normalisering av egne erfaringer. Det at andre hadde det på samme måten, gjorde at de ikke følte seg aleine om å ha det sånn. Familiemedlemmer opplevde på sin side å få økt forståelse gjennom at hovedpersonene delte erfaringer:

Når hovedpersonene snakker seg imellom, så er det veldig godt å høre på, fordi de når hverandre, og det gir også oss rundt en innsikt.

Familiemedlemmers økte kunnskap om hvordan det var å leve med en psykoselidelse, medførte at de justerte forventningene til hovedpersonene i hverdagen. En mor formidlet at hun tidligere kunne tenke: «Se å pell deg inn i dusjen og bli ferdig», når datteren ikke stod opp om morgenen. Nå vurderte hun datterens dagsform og uttrykte seg deretter, noe som hadde ført til et roligere hjemmemiljø.

Fra utrygg til trygg

Hovedpersoner og familiemedlemmer hadde ulike opplevelser knyttet til det å være trygg eller utrygg på gruppemøtene. Alle hovedpersonene opplevde det som utrygt den første tiden:

Jeg husker det første året, så satt jeg og grua meg til det var min tur. Og det var fordi jeg synes det er vanskelig å prate når det sitter masse mennesker. Jeg satt og grua meg skikkelig, jeg hadde sånn klump i magen, men jeg fikk jo sagt det jeg hadde å si.

Hovedpersonene opplevde at tryggheten vokste frem over tid, men erfarte også at dagsformen kunne innvirke.

Flere familiemedlemmer så hvor utfordrende deltakelsen på gruppemøtene kunne være for hovedpersonene, og anerkjente innsatsen deres slik en far uttrykte det:

Likevel syntes jeg det var fantastisk at de orket mange ganger. Vi så jo på dem at de var jo virkelig syke altså.

I motsetning til hovedpersonene beskrev alle familiemedlemmene at de følte seg vel i gruppa fra starten av:

Det var en veldig hyggelig gruppe. Vi var heldige med den. Det gikk et par ganger og så var liksom alle kjent og vi var veldig trygge på hverandre.

En av hovedpersonene beskrev strukturen som kunstig og begrensende i forhold til måten dialogen gikk på i gruppa, og flere erfarte «runden» som noe man kunne grue seg til. De følte et press om å si noe. Det å få hjelp av gruppeleder ble sett på som viktig:

Jeg tror det er veldig viktig at de graver litt, for du sier noe og så fortsetter de litt på det. Lirker det litt sånn ut av deg. For det er veldig vanskelig å sitte der og være kjempestressa: Hva skal jeg si?

Alle hovedpersonene valgte å fortsette i gruppa til tross for at de syntes det var vanskelig å delta. To av hovedpersonene uttrykte at hensynet til foreldrene var avgjørende for hvorfor de valgte å bli med, og også bli værende i gruppa. En av hovedpersonene sa det på denne måten:

Det var vel det at når en fikk snakke med folk som hadde det samme som deg da, og det er folk som har strevet med det samme på en måte, og foreldrene til dem også. Det er bra for foreldre å få snakket ut også.

Relasjoner

Deltakerne i FFG erfarte nye relasjoner ved å bli kjent med gruppeledere og hverandre. Noen opplevde at relasjonene innad i familien endret seg ved at åpenheten ble større. En hovedperson beskrev betydningen av likeverd og gjensidighet i relasjonen til gruppelederne:

Ja, at de ikke bare suger all informasjon av deg, men faktisk bryr seg og setter seg litt inn i, gir av seg selv også da. Det er viktig.

Familiemedlemmer opplevde gode relasjoner til gruppelederne gjennom alliansesamtalene, der de fikk mulighet til å snakke om vanskelige ting slik en mor beskrev det:

Det var i grunnen den første gangen vi kunne prate med fagpersonell uten at NN var til stede. *Det* var litt allright...fordi at man får letta litt på trøkket.

Hovedpersonene erfarte relasjonen til de andre i gruppa ulikt:

Det er jo sånn at man blir godt kjent med de i gruppen. Det er en veldig sterk relasjon fordi man deler sitt innerste..., så blir det jo sterke bånd mellom oss, mellom ungdommene.

En annen fortalte:

Jeg synes ikke jeg ble så kjent med dem (de andre hovedpersonene), men de var jo der når det var møter. Jeg snakket ikke så veldig mye med dem.

Bedring

Alle hovedpersonene beskrev erfaringer knyttet til egen bedring. En hovedperson formidlet hvordan det sakte, men sikkert hadde gått fremover, og at det handlet om å ta de små stegene. Alle deltakerne beskrev det å treffe andre i samme situasjon gjennom FFG som viktig i denne prosessen:

Og selvfølgelig så har folk opplevd det samme og man kan si: Ja, akkurat sånn har jeg også hatt det. Og vet du hva som hjelper da, så kan man gi hverandre råd. Det er et veldig godt opplegg (hovedperson).

Deltakerne trakk fram problemløsningen som handlet om utfordringer i hverdagslivet som betydningsfull. En av hovedpersonene formidlet at det å presentere hvordan problemløsningen hadde fungert siden sist, utgjorde en form for press som hjalp for å komme seg videre.

Alle familiemedlemmene observerte at hovedpersonene var i ulike faser gjennom gruppeforløpet, samtidig som de så at noen totalt sett hadde kommet lenger i egen bedring enn andre:

Men prosessen har i hvert fall vist at vi går framover. Selv om tilbakestegene kommer innimellom, så er veien framover staka ut. Vi har vært der før, og vi kan veien.

Helhetlig forståelse

Gjennom å vurdere hva de fire temaene handlet om, formulerte vi den helhetlige forståelsen av data som:

Utfordrende og givende gruppefelleskap på veien til bedre helse.

Vi tolket at deltakelse i FFG handlet om å få økt forståelse og kunnskap om den situasjonen man var i, gjennom utveksling av erfaringer og fellesskap med andre i samme situasjon enten man var hovedperson eller familiemedlem. Her og nå-opplevelser fra gruppemøtene, som å ikke være alene, få en dytt til å ta tak i egne problemer, mestre å være i gruppa og å si noe, og hjelpe andre i samme situasjon gjennom erfaringsdeling, tolket vi som elementer som kunne bidra til helse for den enkelte hovedperson over tid. Familiemedlemmers økte forståelse for hovedpersonenes situasjon, deres mulighet til å bidra aktivt til bedring gjennom deltakelse i gruppa og opplevelse av trygghet i gruppa tolket vi som elementer som kunne bidra til deres helse. Hovedpersonene opplevde gruppefelleskapet som både utfordrende og givende, mens familiemedlemmene opplevde gruppefelleskapet kun som givende. Beskrivelsene gav inntrykk av at jo mer sårbare hovedpersonene følte seg, jo tøffere ble det å være i gruppa. Gruppeledernes hjelp til å uttrykke seg tolket vi som en støttende faktor for hovedpersonene under gruppemøtene.

Diskusjon

Denne studien viser at kunnskap og forståelse for hva det vil si å leve med en psykoselidelse er en lengre prosess der hovedpersoner og familiemedlemmer trenger ulike former for fagkunnskap og erfaringskunnskap. Kunnskap gjennom undervisningsseminarer ser ut til å være spesielt givende for familiemedlemmer i tidlig fase. Studiens empiri viser at FFG ikke nødvendigvis dekker dette behovet, da det avhenger av når familien blir med i en gruppe. Deling av erfaringskunnskap ser ut til å gi hjelp til å håndtere hverdagen, og gir en bekreftelse av at andre har det på samme måten. 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). Våre funn viser at FFG ser ut til å bidra til en kunnskaps- og forståelsesprosess, noe også Hummelvoll og Dahl (2012) bekrefter ved å vise til at FFG samlet sett inneholder høy ekspertise, gjennom at hovedpersoner, familiemedlemmer og fagpersoner bidrar med kunnskap.

Studiens empiri tyder på at hovedpersoner og familiemedlemmer opplever deltakelse i FFG noe ulikt. Hovedpersonene erfarte FFG som utfordrende i starten, og de syntes å strekke seg langt for å oppfylle familiemedlemmers ønske om å delta. Disse funnene er gjenkjennbare i klinisk praksis, der vi ofte erfarer at motivasjonen for FFG er større hos familiemedlemmer enn hos hovedpersoner. Hovedpersoner kan føle seg sårbare på grunn av sin psykiske lidelse og de vanskene dette medfører, og opplever det som utfordrende å snakke om det overfor familie og ukjente. Mange synes også det er vanskelig å forplikte seg til et gruppeforløp over to år. Familiemedlemmer har på sin side behov for informasjon, samarbeid med fagpersoner, samt støtte og hjelp til å redusere stress og opplevd belastning (Askey, Holmshaw, Gamble & Gray, 2009; Sin, Moone & Wellman, 2005). Vår studie viser at økt forståelse for hovedpersonens situasjon medførte at det ble roligere hjemme. I klinisk praksis erfarer vi kunnskapsutvekslingen i FFG som betydningsfull, slik at familiemedlemmer kan klare å tilpasse forventninger og gi støtte og forståelse til hovedpersonene.

Studiens resultater samsvarer med Larsens (2007) etnografiske undersøkelse av behandlingstilbud ved førstegangs psykose, der hovedpersoner formidlet at FFG ikke var så givende for deres egen del, men de så at familiemedlemmene hadde nytte av gruppa for å forstå hva de strevde med. Samtidig påpekte hovedpersonene at FFG var til hjelp for å utvikle en bedre og mer støttende relasjon til foreldrene. Weimands studie (2011) fant at pårørende ønsket å være en ressurs for sitt familiemedlem som strevde, men de trengte hjelp til å være det. FFG gir anledning til å bidra til hovedpersonenes helse, samtidig som deres kompetanse blir sett på som betydningsfull. Dette har vist seg som grunnleggende faktorer for at familiemedlemmer skal oppleve det som givende å delta som ressurs i behandlingen (Nordby et al., 2010).

Hovedpersonene opplevde det som bra at gruppelederne gav støtte og hjelp til å formidle seg. Dette forutsetter en god relasjon før gruppestart, noe som vektlegges i alliansearbeidet (se figur 1). Hensynet til den enkelte hovedpersons grad av angst og spenning både før og gjennom gruppeforløpet for aktivt å bidra til å lette hovedpersonenes deltakelse, er en av konklusjonene i en ny norsk studie (Nilsen, Frich, Friis & Røssberg, 2014). Samtidig påpeker Langeland (2011) at gruppeledere har en viktig rolle i forhold til å alminneliggjøre og normalisere følelsen av spenning som mange naturlig vil oppleve ved å delta i en gruppe.

Vår studie viser at det tok tid for hovedpersonene å oppnå bedre helse. Studier viser at bedring ikke er en lineær prosess, men at det er bevegelser både innenfor og mellom ulike faser (Wilken, 2007). Det kan se ut til at FFG kan romme deltakernes ulike faser med hensyn til hva de har behov for av råd og «dytt» underveis.

Våre funn tyder på at deltakere i FFG erfarer det som bra å være sammen i et fellesskap uavhengig av hvor mye de formidler seg, da deltakelse gir en opplevelse av å ikke være alene. Studier viser at personer med en psykoselidelse har mindre sosialt nettverk enn normalt, og det minker over tid (Anderson, Hogarty, & Reiss, 1986). Deltakelse i FFG kan bidra til å utvide nettverket og derved fungere som sosial støtte (Larsen, 2007), noe som kan styrke mestringssevnen i møte med påkjenninger (Mykletun, Knudsen & Mathiesen,

2009). Deltakerne i FFG opplevde fellesskapet på gruppemøtene som givende gjennom muligheten til både å kunne gi og få støtte. I tillegg til betydningen av å *få* støtte viser Langeland (2009) til at det å kunne *gi* omsorg også kan oppleves som støtte for egen del. I sine beskrivelser av FFG undrer Smeby (2001) seg på om «det med å stole på hverandres ressurser for å oppnå bedring, og ikke være en pasient som får, men også gir i et fellesskap, er den dypeste ingrediensen i denne tilnærmingen. I dette ligger håpet og energien og den eksistensielle komponenten» (s. 127).

Implikasjoner for praksis

Familiemedlemmer bør gis undervisning om psykoselidelser tidlig, slik Sin og Norman (2013) påpeker i sin review om psykoedukative familieintervensjoner. I dagens helsetjeneste ser dette etter vår erfaring ut til å være et mangelfullt tilbud.

Gruppeledere har en viktig funksjon i å ivareta hovedpersonenes utrygghet både før og etter gruppestart. I denne sammenheng vil psykologer med sin kunnskap om angst, stress, gruppeprosesser og kommunikasjon kunne bidra til å ivareta og fremme trygghet.

Betydningen av at hovedpersoner og familiemedlemmer sammen utveksler kunnskap og erfaringer med andre, viser at det er viktig å tilrettelegge for behandlingstilbud som FFG. Psykologer har en viktig rolle i å tilby virksomme behandlingsintervensjoner for personer med psykoselidelser, og hvor FFG er en av disse (Steffensen, 2007). Psykologer kan bidra både med tilrettelegging og drift av FFG.

Metodebegrensninger

Studien har flere begrensninger ved at utvalget er lite, og alle hovedpersonene er kvinner. Forskningsintervjuene beskriver personlige erfaringer hos et begrenset utvalg deltakere, og er derfor kun analytisk generaliserbare (Kvale & Brinkmann, 2010). Det vil si at leseren på grunnlag av intervjuundersøkelsens kontekstuelle beskrivelser selv må vurdere om resultatene kan generaliseres til en ny situasjon.

Konklusjon

Studiens hovedfunn er at deltakelse i FFG kan tolkes som å delta i et *utfordrende og givende gruppefellesskap på veien til bedre helse*. Både hovedpersoner og familiemedlemmer opplever behov for felles kunnskap og forståelse i forhold til det å leve med en psykoselidelse. Gruppeledere har et særlig ansvar i å ivareta hovedpersonene slik at deres opplevelse av utrygghet i starten av FFG reduseres. I tillegg er det behov for mer kunnskap om hvordan en best kan tilpasse og tilrettelegge familiesamarbeid så det blir en integrert del av det tjenestetilbudet som tilbys, og i tråd med anbefalingene i de nasjonale retningslinjene.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 3, 2015, side 198-206

Irene Norheim

KONTAKT: Irene.Norheim@vestreviken.no

Liv Nilsen

Stian Biong

+ Vis referanser

Referanser

- Addington, J., Collins, A., McCleery, A. & Addington, D. (2005). The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 79(1), 77-83.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E. & Reiss, D. J. (red.). (1986). *Schizophrenia and the family*. New York: Guilford Press.
- Askey, R., Holmshaw, J., Gamble, C. & Gray, R. (2009). What do carers of people with psychosis need from mental health services? Exploring the views of carers, service users and professionals. *Journal of Family Therapy*, 31(3), 310-331.
- Engmark, L., Alfstadsæther, B., Holte, A. (2006). *Diagnose schizofreni: Foreldres erfaring*. (Rapport 2006:6). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Fadden, G., & Smith, J. (2009). Family work in early psychosis. I Lobban, F. & Barrowclough, C. (red.) *A casebook of family interventions for psychosis* (s. 23-45). West-Sussex: Wiley-Blackwell.
- Fjell, A., Thorsen, G. R. B., Friis, S., Johannessen, J. O., Larsen, T. K., Lie, K., McGlashan, T. (2007). Multifamily group treatment in a program for patients with first-episode psychosis: Experiences from the TIPS Project. *Psychiatric Services*, 58(2), 171-173.
- Hagen, R. (2011). *CBT for psychosis: a symptom-based approach*. London: Routledge.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser*. (IS-1957). Oslo: Helsedirektoratet.
- Hummelvoll, J. K. & Dahl, T. E. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lahtinen, E., Joubert, N., Raeburn, J. & Jenkins, R. (2005). Strategies for Promoting the Mental Health of Populations. I Herrman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (red.), *Promoting mental health* (s. 226-242). Geneva: World Health Organization.
- Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper - en arena for mestring og velvære. I Lerdal, A. & Fagermoen, M. S. (red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 208-235). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. & Wahl, A. K. (2009). The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 830-837.
- Larsen, J. A. (2007). Understanding a complex intervention: Person-centered ethnography in early psychosis. *Journal of Mental Health*, 16(3), 333-345.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153.
- Lindvåg, A., & Fjell, A. (2011). Psykoedukativ familiebehandling ved psykose. I Rund, B. R. (red.), *Schizofreni* (s. 280-299). Stavanger: Hertervig akademisk.
- McFarlane, W. R., Deakins, S. M., Gingerich, S. L., Dunne, E., Horen, B. & Newmark, M. (1991). *Multiple-family psychoeducational group treatment manual*. New York: New York State Psychiatric Institute.

- McFarlane, W. R., Downing, D., Lapin, M. B., Jacobson, L. H., Perry, K. & Amenson, C. S. (2003). *Family Psychoeducation Workbook*. Washington, DC: Center for Mental Health Services.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. (Rapport 2009:8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Nilsen, L., Frich, J. C., Friis, S. & 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(1), 58-68.
- 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.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J. & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review* (12), CD000088.
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation theory: discourse and the surplus of meaning*. Fort Worth, Tex.: Texas Christian University Press.
- Sin, J. & Norman, I (2013). Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*. 74(12), 1145-62.
- Sin, J., Moone, N. & Wellman, N. (2005). Developing services for the carers of young adults with early-onset psychosis, listening to their experiences and needs. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(5), 589-597.
- Smeby, N. A. (2001). *Samarbeid med familien i psykiatrien*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Steffensen, V. (2007). Psykologisk behandling for schizofreni på sengepost. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(2), 148.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Weimand B. M., Hedelin B., Hall Lord M-L & Sällström C. (2011). Left Alone with Straining but Inescapable Responsibilities: Relatives' Experiences with the Mental Health Services. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(11), 703-710.
- Wilken, J. P. (2007). Understanding recovery from psychosis. A growing body of knowledge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(5), 658-666.