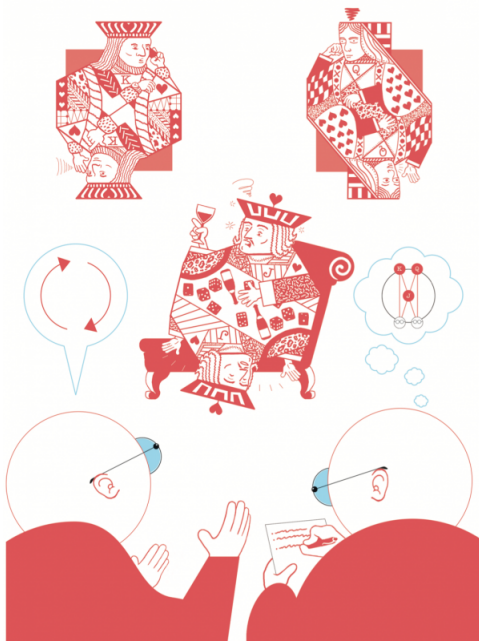


Seks grep for å involvere familien



Pasienter og deres familier har mye å vinne på at vi inviterer familien inn i individorientert behandling.

TEKST

Randi Skjerve

ILLUSTRASJON

Kristian Utrimark

PUBLISERT 2. september 2019

EMNER familieterapi

Det drives lite familieterapeutisk praksis i spesialisthelsetjenesten for voksne, selv om vi vet at psykiske lidelser og avhengighet rammer familielivet, og at belastninger går i arv. Det er forunderlig, ikke minst innenfor avhengighetsfeltet, der jeg selv jobber: Det er dokumentert at behandling som involverer familien, gir økt behandlingseffekt, både for den som har avhengighetsproblemet, og for pårørende (Lindgaard, 2012a; Lindgaard, 2012b). Helsemyndighetene har gitt tydelige føringer. Retningslinjene fra Helsedirektoratet sier at familien bør være involvert i behandling innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Helsedirektoratet, 2015), og helsepersonelloven § 10 forplikter oss til å sørge for at pasienters barn og yngre søsken får informasjon om behandlingen og oppfølging ved behov.

Familieterapeutiske tilnærminger kunne kvalitetssikret informasjonsarbeid overfor pårørende og gi metoder for å jobbe med samspillsvansker i belastede familier. Men vi

benytter oss altså i liten grad av den ressursen familieterapi kunne vært. Ofte blir ikke pasientenes familier involvert i behandlingen i det hele tatt. Involveres de, får de sjelden tilbud sammen som familie (Selbekk & Duckert, 2009; Selbekk, 2016). En studie fra poliklinisk avhengighetsbehandling viste at rundt halvparten av pasientene bodde sammen med noen (partnere, barn, foreldre). Det var samarbeid med pårørende i vel 20 prosent av sakene, og så få som 8 prosent hadde fått en form for familiekonsultasjon (Ose & Pettersen, 2013).

Det kan være gode grunner til at pårørende skal få individualbehandling heller enn familiesamtaler, og det må selvsagt vurderes i hvert enkelt tilfelle. Men er det så få som 8 prosent som trenger familiesamtaler? Det må være andre faktorer enn behov som styrer familieterapeutisk praksis i feltet.

På bakgrunn av erfaring fra eget arbeidssted, en poliklinikk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), tror jeg en del av svaret ligger i at systemisk praksis ikke passer inn i den individorienterte medisinske modellen som behandling av psykiske vansker og avhengighet legger opp til. Erfaringene med familiearbeid ved vår klinikk kaster lys over det som kan sette en stopper for familieterapi, og viktigere: hva som åpner opp for en slik praksis innenfor et individorientert system.

I vår klinikk hadde vi et eget familieteam som sto klar til å møte pasienter og familiene deres. Behandlerne i teamet var alle skolerte familieterapeuter, og teamet hadde støtte fra ledelsen. Vi finpusset våre terapeutiske metoder og gjorde iherdige forsøk på å overbevise kollegaer, pasienter og deres familier om at familiesamtaler kunne være nyttig. Likevel slet vi med rekruttering av familier og med drop-out blant de få familiene som kom i familieterapi.

Slik var det helt til vi begynte å jobbe på systemnivå med å styrke et relasjonelt perspektiv gjennom hele behandlingsforløpet. Vi ble opptatt av hvordan vi snakket om nye pasienter i fordelingsmøtene i klinikken. Vi snakket med pasientene om hvordan avhengigheten virket inn på relasjonene deres, alt fra første samtale. Vi ble oppmerksomme på hvordan det individuelle behandlingsperspektivet forstyrret helt inn i det familieterapeutiske rommet, og gjorde derfor endringer for å hjelpe pasienter, familiemedlemmer og oss familieterapeuter til å ta et relasjonsperspektiv og holde fast ved det i familiesamtalene.

Etter endringene har familieterapi blitt mer integrert i behandlingstilbudet ved klinikken. Familieperspektivet drøftes i alle saker. Flere av individualterapeutene henviser til familieteamet. Selv om vi fortsatt har få barn under 18 år med i samtaler hos oss, har familiesamtaler med partnere og voksne barn blitt en selvsagt del av behandlingsplanen for mange av pasientene.

**«Relasjonsperspektivet må inn
fra oppstart av
behandlingskontakten»**

Vår konklusjon er: Relasjonsperspektivet må inn fra oppstart av behandlingskontakten hvis familierapi skal bli et reelt tilbud for pasientene og deres familier, og det kreves strukturelle endringer heller enn ildsjelarbeid for å få det til.

Et tilbakeblikk: Familierapi i motvind

Som en av fire familierapeuter og etter hvert koordinator for familieteamet opplevde jeg hindringer på flere områder. Det største problemet var at teamet hadde for få saker. Vi var avhengig av å få henvist familier fra individualbehandlerne på klinikken. Det var de som møtte pasientene først, og som måtte introdusere familiesamtaler som en del av behandlingen. Det kom få slike henvisninger.

Teamet forsøkte å undervise kollegaene om familierapeutiske perspektiv og behandlingstilnærminger i håp om å senke terskelen for å henvise familier til oss. Presentasjonene ble ofte møtt med en velvillig, men kanskje litt distansert og uengasjert holdning. Flere henvisninger bidro de uansett ikke til.

Ofte hørte vi at pasienter ikke ønsket familiesamtaler. Og skulle pasienten ønske seg familiesamtaler, hendte det at familiemedlemmene ikke ville komme. De familiene som ble henvist, ble ofte involvert et godt stykke ut i pasientens individualbehandling. Hvem som ønsket at familien skulle ha familierapi, var gjerne uklart. Familierapi ble kanskje mest en løsning for individualbehandlerne når ingenting annet hjalp, eller når situasjonen var så tilspisset og fastlåst i familien at de relasjonelle problemstillingene forstyrret den individuelle terapien.

Fra familieteamets ståsted var ikke dette enkle saker å få på bordet. Familiene droppet gjerne ut etter én eller få samtaler, eller kontakten bare «rant ut i sanden» etter mange avlysninger. Vi ble usikre på hvor god hjelp familiene fikk fra oss. Avbrutte behandlingsforløp var heller ingen god reklame overfor våre interne henvisere, så det var kanskje ikke så merkelig at individualbehandlerne nølte med å sende pasienter til familieteamet.

Et alternativ var at familierapeutene rekrutterte pasientene de selv var individualbehandlere for, til familierapi. For alle behandlerne ved vår klinikk, inkludert familierapeutene, driver også med individualterapi. Man skulle tro problemet ble mindre når det var en behandler fra familieteamet som introduserte muligheter for familiesamtaler for pasienten. Men nei, også vi slet med å rekruttere familier.

Og de gangene vi fikk det til, dukket det opp nye problemstillinger. Særlig vanskelig var det å gå fra å være den enes individualterapeut til å være familierapeut for paret eller familien. Når jeg kjente den enes historie godt, var det denne historien som kom i forgrunnen for meg. Jeg ble mindre nysgjerrig på de andre familiemedlemmene og slet med å ta et relasjonelt perspektiv.

Det virket også som om noen familiemedlemmer trodde at deres oppgave i samtalen var å «være med til legen», eller å gi informasjon til meg. Jeg ble sittende med en følelse av å bli tvunget inn i en ekspertrolle, og av forventninger om at jeg skulle «fikse» pasienten

eller i alle fall forklare hva som var galt med ham eller henne. Det ble også spørsmål om hvem som oppfattet situasjonen riktig. Pasientens beskrivelse kunne bli definert som mangelfull og ensidig, og det lå i luften at pasienten hadde holdt tilbake informasjon i individualsamtalene.

Familiemedlemmene kunne være offensive, mens pasienten trakk seg unna og sa minst mulig. Det var som vi iscenesatte et samspill familien hadde hatt før. Jeg tenker meg at familiene kunne gå ut med en opplevelse av at det ikke kom frem noe nytt i familiesamtalen, at den ikke var til hjelp, og at det var ubehagelig å være til stede.

Klinikken satt igjen med en situasjon der de færreste av pasientene hadde familiesamtaler som del av sin behandling, og der de som hadde det, ikke nødvendigvis fikk så mye igjen for det.

Hva var det som gjorde det så vanskelig?

Jeg tror vanskene våre bunnet i at hele systemet vårt er gjennomgripende individrettet, og at familieteamets forsøk på et relasjonsperspektiv både ble for overfladiske og kom for sent i behandlingsforløpene.

Selbekk (2016) beskriver de individorienterte kreftene i avhengighetsfeltet, og nevner tre diskurser som bidrar til en gravitasjon mot et individuelt perspektiv:

1. At man ser avhengighet som et medisinsk og psykologisk fenomen heller enn et relasjonelt fenomen,
2. at oppmerksomheten på pasientrettigheter og brukermedvirkning i behandling gjør det mulig for pasienten å velge vekk familieinvolvering, og
3. at systemet gjør individualkonsultasjoner til den mest kostnadseffektive behandlingsformen.

Disse individorienterte kreftene kjenner jeg igjen fra egen klinikk. De viser hva som har stoppet oss i å få til familierapeutisk behandling tidligere, og dermed hvor det trengtes forandring. De er derfor vel verdt å se nærmere på.

Medisinsk og psykologisk avhengighet

Hva betyr det i praksis at det råder en gjennomgående individuell forståelse av avhengighetsproblematikk i feltet? Vi ser det alt i henvisningene vi får. I hovedsak får vi henvist pasienter fra fastleger. Henvisningene presenterer som oftest et individuelt perspektiv på pasientens problematikk. Diagnose blir selvsagt angitt i henvisningene, sammen med en beskrivelse av hvordan problemet virker inn på pasientens psykiske og fysiske helse. Forhold til arbeidslivet blir ofte nevnt. Det varierer langt mer hvilken informasjon vi får om hvordan problemet virker inn i nære relasjoner. Ofte nevnes ikke familiesituasjonen med et ord.

Den individuelle forståelsen av avhengighetsproblemer er rimeligvis også styrende for hvordan klinikken er organisert. Alle pasienter får tildelt en behandler, og denne behandleren gjennomfører individuell kartlegging, sørger for en diagnostisk vurdering

på bakgrunn av kartleggingsresultatene og lager en behandlingsplan sammen med pasienten. Man er også pasientens individualbehandler. Familieterapi retter seg først og fremst mot det som skjer mellom mennesker, og ikke hva som foregår inni hver enkelt. Det er ikke så rart at familieterapi fremstår som et lite egnet verktøy i behandling av avhengighet når oppstarten av behandlingen er organisert så ensidig rundt individet.

Kostnadseffektivt?

Hvordan kan det ha seg at individualterapi anses som mer kostnadseffektivt når den økte effekten og rekkevidden av behandling som involverer familien, er så godt dokumentert? Dels handler det nok om at det ikke er behandlingseffekt, men antall konsultasjoner som måles i vårt system. Når individualterapi anses som en mer kostnadseffektiv behandling, handler det mer om hva som fungerer mest friksjonsfritt i systemet, enn om hva som virker i behandling.

Familieterapi er tidkrevende. Vi er to behandlere i familiesamtalene hos oss, og jeg kommer tilbake til begrunnelser for det. Vi setter av 15 minutter før og etter hver familiesamtale for å sikre godt samarbeid mellom behandlerne. Vi opererer også med dobbelttimer når vi har familiesamtaler. Familiesamtalene beslaglegger dermed mye tid. I tillegg er vår erfaring at jo flere deltakere som inviteres inn i behandling, desto høyere risiko er det for avlysninger. Når vi får avlysninger på kort varsel, sitter to behandlere uten «produksjon» i til sammen fire timer. I familiesamtaler kommer det også gjerne frem informasjon som fordrer tidkrevende tiltak, som voldsproblematikk eller bekymring for barns omsorgssituasjon.

På toppen av dette må man forholde seg til en rekke problemstillinger knyttet til taushetsplikt, journalføring og rapportering fordi familieterapikonseptet ikke passer inn i de ordinære rammene. Dette er problemstillinger man kan finne greie løsninger på, men som kan virke overveldende og oppleves som en tidstyv før man får på plass rutiner. Med stort produksjonspress er det ikke rart at det er individualkonsultasjoner det satses på.

Brukermedvirkning innenfor gitte rammer.

Pasientrettigheter og brukermidvirkning står sentralt i behandlingsplanlegging. Mange av våre pasienter kommer til behandling med en individorientert endringsteori: «Det er hos meg problemet ligger, det er hos meg endringen må skje.» Avhengighetsproblemer er også skambelagte og konfliktfylte og vanskelige å snakke med familien om. Det er derfor ikke så merkelig at pasienter ikke ber om familiesamtaler.

Men det er ikke det samme som at pasientene ikke vil ha familiesamtaler. Det er vel heller slik at det individuelle perspektivet pasienten kommer til behandling med, blir bekreftet og styrket av behandler og kartleggingsprosedyrer. I behandlingsplanleggingen blir begrunnelsen for å ha familiesamtaler uklar både for pasient og behandler når relasjoner ikke har vært vektlagt i kartleggingsamtalene.

Følgen blir gjerne at pasienten sier: «Nei, jeg tror ikke det er behov for familiesamtaler. Det er jo jeg som må ta tak i dette her.»

Kanskje opplever pasienten at behandlingsalliansen står på spill også. Alliansen mellom pasient og individualbehandler blir etablert gjennom kartleggingssamtalene, og måten behandler møter pasientens fortelling på, er avgjørende for behandlingsalliansen. Spør behandler ensidig om hvordan problemet oppleves for pasienten, kommer det ikke frem at problemet også virker inn i pasientens relasjoner. Individualbehandler får ikke anledning til å vise at alliansen til pasienten også tåler disse sidene av virkeligheten. Da kan det kjønes risikabelt for pasienten å invitere inn familien.

Seks grep for å støtte relasjonsperspektivet

De individorienterte kreftene kunne ført til at vi ga opp ideen om et familierapeutisk tilbud, eller at familierapi fortsatte å eksistere på siden av behandlingstilbudet ellers. Men vi klarte å komme oss ut av dette sporet. Den mest avgjørende var familieteamets egen perspektivendring: fra å være innovervendt og opptatt av våre terapeutiske tilnærminger, til å se oss selv fra pasienters, familiemedlemmers og individualbehandlerens perspektiv. Grunnleggende spørsmål kom opp: Hva er oppdraget vårt? Hva trenger våre interne henvisere, våre pasienter og deres familier å vite om oss for å dra nytte av familieteamet? Hvilke betingelser trenger behandlerne i familieteamet for å holde fast ved en relasjonell forståelse? Arbeidet innebar både å lage helt nye rutiner og å gjenoppvekke og forsterke elementer i måten vi jobbet på fra før. Vi fant noen grep som ser ut til å virke, og jeg vil beskrive noen av dem her.

1. Tydeliggjøre forholdet mellom individualterapi og familierapi. Vi trengte å vise hvordan relasjonelle og individuelle perspektiver kan passe sammen i behandling av avhengighet. For å unngå at familierapi fremsto som et alternativ til individualterapi, definerte vi oppdraget vårt helt eksplisitt som et supplement til individualterapi. Vi sa til individualbehandlerne at målsettingen i familiesamtalene ikke var at pasienten skulle slutte å drikke eller spille: «Det er pasienten som skal slutte med det, ikke familien.» Vi sa at familierapi kan bidra til at familien kommuniserer bedre om hvordan avhengighetsproblemet virker inn i familielivet. «Når familiemedlemmene forteller hverandre om hvordan de opplever situasjonen, og man får øye på samspillsmønstre som alle parter bidrar til å opprettholde, blir det ofte mer forståelse og et bedre klima for endring både for pasienten og de andre i familien.»

2. Relasjonsorienterte fordelingsmøter. Klinikken som helhet jobbet med å utvide perspektivet fra individ til relasjon, og det allerede fra det øyeblikket da henvisningene blir mottatt. Vi har et ukentlig fordelingsmøte der alle behandlerne på klinikken samles. I stedet for å vektlegge diagnose og sykehistorie når pasientsakene presenteres, tilstreber vi å presentere pasientene gjennom situasjonen de lever i, og rollene de har: «Dette er en mann på 48 år. Han jobber i en rørleggerbedrift, har samboer og voksne barn. Fastlegen mener at alkoholbruken begynner å gå ut over leveren hans.» I saker der

familie er omtalt i henvisningen, nevnes det at «dette kan bli en familiesak». Når familie og livssituasjon ikke er beskrevet, blir mangelen på informasjon kommentert.

Det som blir sagt om pasientene i dette møtet, bidrar til å forme vår felles tenkning om pasientenes problem, og om mulige behandlingstilnærminger. Behandleren som skal møte pasienten, ser lettere for seg rørleggeren med samboer og bekymrede voksne barn, og ikke bare «middelaldrende mann med alkoholmisbruk». Slik løfter vi relasjonsperspektivet inn i klinikkens forståelse av hver enkelt pasient.

3. Relasjonsorienterte kartleggingsamtaler med pasienten. Vi ønsket også at det skulle bli naturlig for pasientene å trekke inn sine relasjoner i de første kartleggingsamtalene, og prøvde flere metoder. Vi jobbet med genogram i anamnesearbeidet, trakk inn familiemedlemmers perspektiv i ambivalensutforskning, og bestrebet oss på å stille relasjonelle spørsmål fra første individualtime, inspirert av Borgestadklinikkenes tilnærming (Hansen, 2009). Jeg tror ikke det er så avgjørende hvilken relasjonsorientert tilnærming som brukes, men at det brukes, og at det brukes fra første stund av behandlingskontakten.

Min erfaring med relasjonell kartlegging er at alliansen mellom pasienten og meg styrkes når vi kan snakke om hans eller hennes nære relasjoner. For pasienten kan det å få kontakt med hvordan avhengighetsproblemet virker inn på familien, også være en drivkraft til forandring. I arbeidet med behandlingsplan blir familiesamtaler et naturlig element etter en relasjonsorientert kartlegging.

4. Tydelig informasjon til pasienter og familiemedlemmer. Vi ville forberede pasienter og deres familier bedre på hva familieterapi innebærer. Pasientene får nå med seg skriftlig informasjon om familietilbudet til dem eller den som inviteres med til samtale. Budskapet er at pasienten og familiemedlemmene er likeverdige deltakere i familiesamtalene, at vi er like interessert i alles perspektiv, og at vi sammen blir enige om hvilke tema vi skal snakke om når de kommer. Med dette ønsker vi å unngå forventninger om å skulle være «støttespiller» eller «en som skal gi opplysninger», og å dempe frykten for at familiesamtalene vil handle om fordeling av skyld eller å måtte ta på seg flere oppgaver. Det står også at vi har tre familiesamtaler i første omgang, med mulighet for flere om man ønsker det. Informasjonen er ment å senke terskelen for familiemedlemmer til å komme til familiesamtaler.

Behandlingsansvarlig for familien ringer også alle familiemedlemmene før første samtale, for å etablere kontakt og svare på spørsmål. Slik får vi mulighet til å avklare forventninger og gjøre det tryggere for familiemedlemmene å komme til oss.

5. Begrens forhåndsinformasjonen familieterapeutene får om pasienten. Vi har sluttet å ta for gitt at en familieterapeut kan velge mellom et relasjonsperspektiv og et individuelt perspektiv som om han eller hun skiftet briller. Vi innførte en hovedregel om at pasientens individualbehandler og behandlingsansvarlig i familiesamtalene ikke skal være samme person. Slik får familieterapeutene likt utgangspunkt for relasjon med alle familiemedlemmene. Vi er også blitt mer bevisst på hvilken informasjon pasientens individualbehandler formidler til familieterapeutene i forkant av familiesamtalene:

Mye forhåndsinformasjon fra pasientens perspektiv er med å prege familieterapeutens forventninger og tilnærming i familiesamtalene. I stedet vil vi at mest mulig informasjon kommer frem i familiesamtalen, med alle til stede og med alles bidrag.

«Jeg tror vanskene våre bunnet i at hele systemet vårt er gjennomgripende individrettet»

6. Tydelig styring i familiesamtalene. Vi ønsker å hjelpe frem et relasjonsperspektiv hos familiemedlemmene i familiesamtalene. Forutsetningen for at de kan bli nysgjerrige på hverandre og på samspillet seg imellom, er at alle kjenner seg trygge, og at alle opplever å bli hørt. Det krever styring av hvem som er i snakke- og lytteposisjon, oppmerksomhet på dem som lytter, så vel som den som snakker, og at behandlerne kan hjelpe til med å regulere emosjonell aktivering hos familiemedlemmene. For å få til en slik ramme er vi to behandlere med avklarte roller i familiesamtalene. Den ene er behandlingsansvarlig og leder samtalen. Ko-terapeuten sitter i en reflekterende posisjon, jamfør reflekterende team (se f.eks. Andersen, 2005). Ko-terapeuten blir invitert til å dele det vedkommende har hørt og sett underveis i samtalen, mens familien blir bedt om å lytte. Familien får da en liten pause der de kan ha oppmerksomheten på noe utenfor seg selv. Dette bidrar til å få ned tempoet i samtalen, regulere aktivering hos familiemedlemmene i tillegg til at de får innspill som inviterer dem til refleksjon.

Ofte vil man få bedre tak i relasjonelle tema når man sitter i en reflekterende posisjon, enn når man leder samtalen. Ko-terapeutens refleksjoner bidrar dermed til å

oppretholde oppmerksomheten på samspillet mellom familiemedlemmene.

Seks grep for å støtte relasjonsperspektivet i en individorientert klinikk

1. Vær tydelig på forholdet mellom individualterapi og familierapi.

Vis de øvrige behandlerne at familierapi er et supplement til, og en styrke for, individualterapi. Når familiemedlemmene blir mer nysgjerrige på hverandre og oppmerksomme på samspillmønstrene som de alle inngår i, blir det ofte mer forståelse og et bedre klima for endring både for pasienten og de andre i familien.

2. Snakk om pasienter med et relasjonsperspektiv.

For å løfte relasjonsperspektivet inn i klinikens forståelse av hver enkelt pasient, må man snakke om nye pasienter ut fra et relasjonsperspektiv. Beskriv pasientens livssituasjon og hvem vedkommende har rundt seg. Sier henvisningen noe om barn? Samboer? Andre viktige personer? Si at dette kan bli en familiesak. Hvis det ikke finnes informasjon om pasientens relasjoner: Påpek at disse opplysningene mangler.

3. Relasjonsorienterte kartleggingssamtaler med pasienten.

Alt i kartleggingssamtalene må pasientens relasjoner trekkes inn, slik at familiesamtaler kan bli en naturlig del av behandlingsplanen. Det viktigste er ikke hvilke verktøy individualbehandler bruker til dette, men at man tematiserer pasientens relasjoner fra dag én.

4. Tydelig informasjon til pasienter og familiemedlemmer.

Sørg for at pasientene får med seg skriftlig informasjon om familietilbudet, som de kan gi videre til familien sin. Budskapet er at pasient og familiemedlemmer er likeverdige deltakere i familiesamtalene, og at tema for samtalene er noe man bestemmer i fellesskap. Ring alle familiemedlemmene før første familiesamtale for å etablere kontakt og svare på spørsmål.

5. Begrens ensidig forhåndsinformasjon til familierapeutene.

Familierapeuten bør ikke være pasientens individualbehandler, og det er lurt å være bevisst på hvilken informasjon pasientens individualbehandler formidler til familierapeutene i forkant av familiesamtalene. Som hovedregel er det best at mest mulig informasjon kommer frem i familiesamtalene, med alle til stede og med alles bidrag. Det styrker familierapeutens mulighet til å holde fast i relasjonsperspektivet.

6. Tydelig styring i familiesamtalene.

Målet for familiesamtalene er å skape en trygg ramme for familien til å snakke, lytte og oppdage samspillmønstrene seg imellom. Det å være to behandlere med avklarte roller i rommet bidrar til å skape en slik ramme. Med ko-terapeut i en reflekterende posisjon får man et verktøy for regulering av tempo og emosjonell aktivering i tillegg til et ekstra blikk på relasjonelle tema.



En naturlig del av behandlingen

Vi opplever nå mer engasjement for familierapi blant de øvrige behandlerne i klinikken. Flere av individualbehandlerne henviser familier til familieteamet. Det er

blitt mer naturlig for pasientene å velge familierapi som del av behandlingen, når vi alt i oppstarten av behandlingskontakten inviterer til et relasjonsperspektiv.

Vi erfarer også at kvaliteten på arbeidet vi gjør i familiesamtalene, styrkes av forventningsavklaringen med pasient og familie. Familiene er mer innstilt på at familiesamtalene handler om hva som skjer mellom dem, enn om at pasienten må slutte å spille eller drikke. Det er blitt lettere å skape nysgjerrighet rundt samspillsmønstre i familiene. Vi får også gode tilbakemeldinger på familiesamtalene både fra pasientene og deres familiemedlemmer.

Ikke minst ser vi at familierapeutene trenger rammene som støtter opp under et relasjonsperspektiv. Det er blitt betydelig lettere for familierapeutene å holde fast ved et relasjonsperspektiv i familiesamtalene etter at vi avgrenset forhåndsinformasjonen om pasientene, og med den faste strukturen med ko-terapeut i reflekterende posisjon.

Den omtalte gravitasjonseffekten til et individperspektiv oppfører seg som naturlover flest. Den lar seg ikke oppheve, men fortsetter å virke. Vil vi motvirke effekten av den, krever det kontinuerlig arbeid med å vedlikeholde de seks grepene vi har gjort. I perioder der andre tema dominerer behandlernes oppmerksomhet, enten det er produksjonspress eller innføring av pakkeforløp, ser det ut til å være behov for ekstra vektlegging av relasjonsperspektivet.

Behandlingsstedets oppgave

Det kan være vanskelig for familier med avhengighetsproblemer og andre psykiske belastninger å velge familierapi, og alle skal heller ikke det. Men det er behandlingsstedet som må ta høyde for hindringene pasientene og familiene deres står overfor, når de avveier tilbud om familiesamtaler. Behandlingsstedet må berede grunnen slik at det kan kjennes relevant og trygt å velge familierapi som del av behandlingen. Det er ikke nok at virksomheten er velvillig innstilt og bruker ressurser på familierapi. Det kreves i tillegg spesifikke grep for å utvide fra et individuelt til et relasjonelt perspektiv allerede fra man mottar henvisningen, gjennom kartleggingen og behandlingsplanleggingen med pasienten, og i familiesamtalene.

I den medisinske tradisjonen er det først når et av familiemedlemmene får diagnostiserbare problemer, at man får hjelp, selv om familien som helhet kan ha strevd lenge. Det er dårlig forebygging og en praksis som ikke tar i betraktning hvordan psykiske vansker og avhengighet skader relasjoner og går i arv. Det er også en praksis som undervurderer effekten familiesamtaler kan ha for pasientens bedringsprosesser. Forhåpentligvis kan våre erfaringer inspirere flere behandlingssteder til å tilby familierapeutiske samtaler som del av behandlingstilbudet sitt. Da bidrar vi til å bryte en belastende arv mellom generasjoner i tillegg til at vi styrker effekten av pasientenes behandling.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 9, 2019, side 664-672

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 9, 2019, side

TEKST

Randi Skjerve, psykologspesialist, Blå Kors Poliklinikk Oslo

ILLUSTRASJON

Kristian Utrimark, illustratør

+ [Vis referanser](#)

Andersen, T. (2005). 3. utgave.
København: Dansk psykologisk forlag.

Hansen, F. (2009). Metoder i familieorientert alkoholbehandling – om at inndrage partner og børn.
København: Sundhedsstyrelsen.

Helsedirektoratet (2015). Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Oslo: Helsedirektoratet.

Lindgaard, H. (2012a). Familier med alkoholproblemer. Et litteraturstudium af familieorientert alkoholbehandling. København: Sundhedsstyrelsen.

Lindgaard, H. (2012b) Familier med alkoholproblemer: Familieorientert alkoholbehandling med et særligt fokus på barnene. København: Sundhedsstyrelsen.

Ose, S.O., & Pettersen, I. (2013). Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn, Avd. helse/NTNU.

Selbekk, A.S. (2016). Troubled families and individualised solutions? An ontological, discursive and interactionist analysis of families' involvement in alcohol and other drug treatment. Stavanger: Universitetet i Stavanger.

Selbekk, A.S., & Duckert, F. (2009). . Stavanger: Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest.