



MANUAL FOR GJENNOMFØRING AV PSYKOEDUKATIVE ENFAMILIEGRUPPER

DEL2



Denne metodeboken er oversatt og bearbeidet med tillatelse.

Originaltittel: *Clinicians' Treatment Manual for Family-Focused Therapy for Prodromal Youth (FFT-PY)*

David J. Miklowitz, Ph.D., Mary P. O'Brien, Ph.D., Danielle A. Schlosser, Ph.D. Jamie L. Zinberg, M.A., Sandra De Silva, Ph.D., Elizabeth L. George, Ph.D., Dawn O. Taylor, Ph.D., Tyrone D. Cannon, Ph.D.

University of California at Los Angeles (UCLA), 2016

Innhold

I. INNLEDNING	4
En innføring i arbeid med ungdom med alvorlig psykisk lidelse	4
II. PSYKOEDUKATIVE BEHANDLINGSTIMER	13
Første time: Målsetting og oversikt over behandlingen	13
Andre time: Samtale om symptomer og stress-sårbarhetsmodellen	24
Klinisk tilpasning mellom andre og tredje time	39
Tredje time: Identifisering av stress og mestringsstrategier	43
Fjerde time: Optimalisering av familiestøtte og utarbeiding av mestringsplan	59
Introduksjon av Mestringsplan	63
III. KOMMUNIKASJONSTRENING	66
Ferdighet nr. 1: Uttrykke positive følelser	68
Ferdighet nr. 2: Aktiv lytting	72
Ferdighet nr. 3: Positive oppfordringer	77
Ferdighet nr. 4: Tydelig kommunikasjon	79
Ferdighet nr. 5: Gi uttrykk for negative følelser	81
IV. TRENE PÅ PROBLEMLØSNING	84
V. AVSLUTNING	88
Referanser	89
VI. VALGFRIE ØVELSER	90
VII. TILLEGG OM KOMORBIDE ANGTSLIDELSER	95
Referanser	104

I. INNLEDNING

En innføring i arbeid med ungdom med alvorlig psykisk lidelse

Hensikten med denne håndboken er å forklare tidlig intervensjonsbehandling for ungdom og unge voksne som allerede har, eller kan ha risiko for å utvikle, bipolar lidelse eller psykoselidelse. Familiefokusert behandling (FFB) for disse pasientene og familiene deres består vanligvis av åtte ukentlige behandlingstimer pluss fire timer annenhver uke (12 behandlingstimer over fire måneder). Dette kan tilpasses det enkelte forløp.

Målgruppen for FFB er personer i alderen 13 til 25, med nylig debut av bipolar lidelse I eller II (mani, depresjon, blandet, eller hypomane episoder), nylig psykosedebut (herunder første eller andre episode med schizofreni eller schizofrenilignende lidelse), og de relevante «prodromale» formene for disse lidelsene (uspesifisert bipolar lidelse uspesifisert psykose eller psykosiserisikotilstander). Personene må ha familiemedlemmer som er villige til å delta regelmessig – foreldre, besteforeldre eller andre nære familiemedlemmer som har en pårørenderolle.

For en utfømmende forståelse av Familiefokusert behandling anbefaler vi at du gjør deg kjent med manualen til Miklowitz (2010), *Bipolar Disorders : A Family-Focused Treatment Approach* (2. utgave) før du anvender behandlingen på pasientene dine. I tillegg også *The Bipolar Teen: What You Can Do to Help You and Your Family* (Miklowitz & George, 2008) eller *The Bipolar Disorder Survival Guide* (Miklowitz, 2011) som beskriver mange av

de strategiene som drøftes i denne håndboken og er ressurser som kan gjøres tilgjengelige for familiene.

Hovedmålet for Familiefokusert behandling er å lære opp familiene i hvordan symptomene arter seg, og tilby verktøy for å kunne forebygge sykdomsdebut eller tilbakefall. Det finnes seks underordnede mål:

Å HJELPE PASIENTER OG FAMILIER MED:

- * å forstå erfaringer som assosieres med episoder av bipolar lidelse eller psykose
- * å hjelpe pasienten og familiemedlemmene til å forstå pasientens sårbarhet for tilbakefall
- * å forstå hvordan medikamenter kan bidra til å regulere nåværende eller framtidige symptomer
- * å forbedre sosial fungering, og mestring av jobb/skole
- * å gjenkjenne stress og hendelser i livet som kan utløse tilbakefall av bipolar lidelse eller psykose, og lære å mestre disse hendelsene
- * å hjelpe familien til å gjenopprette funksjonelle familieforhold etter en sykdomsepisode

Med denne håndboken vil du lære hvordan du skal gå fram med å bruke Familiefokusert behandling. Kliniske eksempler er tatt med, men navn og sensitiv informasjon om pasienter og familiemedlemmer er endret eller skjult. Dette er i samsvar med gjeldende retningslinjer for personvern.

Merk: I de følgende avsnittene viser «pasienten» til 13-25-åringen som har symptomer på bipolar lidelse eller psykose, eller har prodromal-symptomer. Vær oppmerksom på at ulike alders-grupper krever ulik tilnærming når du planlegger behandlingen

FORELDRE TIL UNGDOM MED ALVORLIG PSYKISK LIDELSE

Foreldre til ungdom med alvorlig psykisk lidelse er ofte både ressurssterke og proaktive som har funnet frem til behandling. Derfor ønsker vi fra første behandlingstime å formidle at vi setter pris på dem. Deres samarbeid med oss er avgjørende, og det de gjør for å hjelpe sønnen eller datteren har stor betydning. Faktisk mener vi at sønnen eller datteren er svært heldig som har en forelder som er villig til å gjøre en innsats for å hjelpe ham eller henne.

Foreldre som deltar i slik behandling har ofte mye styrke, men samtidig ser vi at foreldrene har en tendens til å føle seg ganske overveldet ved oppstart av behandlingen. Ofte har de nettopp begynt å akseptere det faktum at sønnen eller datteren har, eller kanskje kan, utvikle en alvorlig psykisk lidelse. I og med at noen av pasientene du møter foreløpig ikke passer til kriteriene for bipolar- eller psykoselidelse, selv om de har prodromalsymptomer, føler foreldrene seg forvirret og hjelpeløse i møte med diagnostisk usikkerhet.

Hvis sønnen eller datteren viser tegn på sosial tilbaketrekning og problemer med motivasjon, er det vanskelig for foreldrene å vite om dette dreier seg om typisk tenåringsopppørsel eller om det er noe mer, for eksempel negative symptomer eller depresjon. Foreldrene kan føle seg frustrert og utslitt av at sønnen/datteren «neker» eller mangler evne til «å stå på» for å fungere mer

selvstendig. Det er ikke uvanlig at foreldre til slike ungdommer bruker ganske mye tid om morgenen for å få sønnen/datteren ut av sengen, at de må insistere på at hun/han skal dusje og kle på seg, for deretter å kjøre ham/henne til skolen.

Foreldre kan oppleve det som et vanskelig dilemma å skulle motivere og presse ungdommen til for eksempel å gå på skolen, og samtidig beskytte ham/henne. Hvis den unge har tilbrakt usedvanlig mye tid alene på rommet, og ikke lenger etterspør eller tar initiativ til hyggelige aktiviteter med familie og venner, kan foreldrene forståelig nok bli bekymret for om sønnen/datteren kan være ensom, venneløs og i fare for selvskading. Det kan være smertefullt for disse foreldrene å se at sønnen/datteren sliter, og de blir ofte usikre på hva de kan gjøre for å hjelpe. Samtidig lurar de ofte på om de ikke allerede gjør for mye for barnet. Kort sagt prøver de å finne ut av hvordan de på best mulig måte kan holde sønnen/datteren «på rett spor» uten å gjøre for mye eller for lite ut av foreldrerollen.

Disse foreldrene kan føle seg isolert fra andre foreldre i nærsamfunnet som har en helt annerledes opplevelse av å være foreldre. Råd som kanskje passer for foreldre til «normale tenåringer» (for eksempel «Si til han/henne at han/hun får husarrest hvis han/hun ikke vil legge seg»), virker ikke relevante for disse foreldrene. Sannsynligvis ville disse foreldrene ønske å kunne trekke seg litt tilbake på dette stadiet i livet og la sønnen/datteren ta mer kontroll over eget liv, slik det anbefales i mange «hvordan være foreldre»-håndbøker. Imidlertid kan prisen for å trekke seg tilbake være å måtte se på at sønnen/datteren sliter og mislykkes. Hvis foreldrene synes denne prisen er for høy og derfor involverer seg, risikerer de å bli betraktet som «overinvolverte». Det er viktig at fagpersoner innen psykisk helsevern

ikke gjør seg opp mening for raskt når det gjelder foreldrenes nivå av involvering i ungdommens liv.

Pågående hypomani eller blandede symptomer, depresjon, negative symptomer og manglende sosiale evner gjør at mange av disse ungdommene har få venner og/eller voksne veiledere i livet sitt. Det er få som kan dele oppgaven med å gi dem stimulerende opplevelser, så byrden hviler tungt på foreldrenes skuldre. Det går opp for foreldrene at andre tenåringer eller unge voksne bruker mye tid på å være sammen med venner. Kanskje har de en kjæreste, eller de holder på med forskjellige aktiviteter utenom skolen. Foreldrene forstår at sønnen/datteren går glipp av muligheten til å utvikle ferdigheter, som jo er et biprodukt av disse aktivitetene. Foreldrene ser at sønnen/datteren sakker lengre og lengre akterut, og de leter derfor etter måter å minske det gapet på som oppstår mellom sønnen/datteren og de jevnaldrende.

Mens andre foreldre kanskje nyter de gode resultatene av mange års innsats når de ser at sønnen/datteren lykkes på flere arenaer, internaliserer ofte foreldre til disse ungdommene fornemmelsen av at de må ha gjort noe fryktelig feil siden sønnen/datteren er så «avsporet». Disse foreldrene kan være eksepsjonelt flinke med barna sine, men anstrengelsene blir ikke sett av den utvidete familien, venner eller naboer som bare ser tenåringens dårlige skoleresultater eller sosiale isolasjon. Dårlige skoleresultater og sosial isolasjon kan av omverdenen bli sett på som en konsekvens av mislykket oppdragelse, og det kan være manglende forståelse for den tålmodigheten og de ferdighetene som trengs for å hankses med og støtte en tenåring som har alvorlige psykiske symptomer. Selvfølgelig kan det slite på foreldrene å bli misforstått.

Dersom sønnen/datteren er manisk eller har psykosesymptomer, for eksempel vrangforestillinger, paranoia og hallusinasjoner, kan foreldrene bli forvirret og skremt av symptomene og de implikasjonene de har. Mens noen empiriske studier antyder at prodromal ungdom kan ha nytte av tidlig oppstart med antipsykotisk medisiner (McGlashan et al., 2006; McGorry et al., 2005), er ytterligere forskning på dette området nødvendig (Se henvisninger i **Arbeidsark 8b, «Medisiner»**). Foreldrene blir dermed oppfordret til å tolerere mer usikkerhet i samarbeidet med psykiaterne, og å begynne prosessen med å finne ut av om slik medisiner kan være hensiktsmessig for deres sønn/datter.

Kort sagt, foreldre kommer ofte til oss fordi de trenger støtte og informasjon. Vi kan forhåpentligvis hjelpe dem og gi dem følelsen av at de har funnet en ressurs som vil støtte dem i anstrengelsene med å hjelpe sønnen/datteren.

UNGDOM MED HØY RISIKO FOR Å UTVIKLE BIPOLAR LIDELSE ELLER PSYKOSE

Noen av de unge menneskene som kommer i kontakt med helsevesenet har allerede utviklet bipolar lidelse eller schizofreni. Andre har «prodromale» symptomer som fremdeles ikke helt tilfredsstiller de diagnostiske kriteriene, for eksempel humørsvingninger, korte og tilbakevendende hypomane perioder, eller mildere psykotiske symptomer. De fleste er redde og fortvilet, og derfor søker de behandling. Helt typisk opplever de dårligere skoleresultater eller har problemer på jobben. Mange opplever økende isolasjon og bekymring over egen framtid. Målet vårt er først å oppnå god kontakt. Disse pasientene gir ofte uttrykk for lettelse når de har mulighet til å snakke åpent med en kunnskapsrik fagperson om symptomene de opplever. De prøver kanskje å «sondere terrenget» med oss

før de er villige til å åpne seg fullstendig. De er ofte lettet over å høre at vi har jobbet med mange pasienter med symptomer som ligner på dem de beskriver, og at vi kan gi råd om diverse mestringsstrategier som kan være nyttige. Ungdommen eller den unge voksne kan også føle seg demotivert og forvirret. Vi ønsker å hjelpe dem til å finne tilbake til egne sterke sider og interesser, og at de lærer seg hvordan de kan håndtere symptomene de har slik at de kan nå målene sine til tross for symptomene.

Når pasientene er yngre enn 16 år, er det viktig at vi er tydelige med dem fra første stund når det gjelder taushetsplikten; altså hva vi deler med foreldrene deres. Selv om det er ganske vanlig at gruppeledere som arbeider med tenåringer holder informasjonen konfidensiell overfor foreldrene, fungerer ofte en mer samarbeidende tilnærming bedre for pasientene og for deres familier. Det er helt vanlig at vi oppfordrer pasienten til å dele informasjon om symptomene hun/han opplever med foreldrene, slik at foreldrene kan bidra best mulig for pasienten. Foreldre er ofte viktige når det gjelder å organisere avtaler med psykiatere, gruppeledere, tilpasninger fra skolens side, økonomi osv. Dersom foreldrene vet hva som skjer med sønnen/datteren, får de mulighet til å være empatiske og støttende og sette hensiktsmessige grenser for å trygge sønnen/datteren. Når pasientene har holdt symptomene hemmelig og forteller oss at foreldrene stort sett ikke vet noe, oppfordrer vi til større åpenhet.

Generelt sett er det første målet vårt å bli kjent med pasienten som person. Vi er interessert i å få høre om symptomer og vanskeligheter, men vi vil også gjerne høre om styrker, håp og mål for fremtiden. Med en solid forståelse av hvor pasientene våre befinner seg i utviklingen, kan vi starte å formulere en plan sammen med dem om

hvordan de kan komme seg videre i livet og gjøre fremskritt slik at de kan nå målene sine.

STRUKTUREN I FAMILIEFOKUSERT BEHANDLING

Familiefokusert behandling består av tre moduler: psykoedukasjon (4 timer), kommunikasjonstrening (4 timer), og problemløsningstrening (4 timer). Totalt skal deltakerne fullføre 12 behandlingstimer i en fire måneders periode (8 ukentlige timer og 4 timer som går annenhver uke). Ofte må man likevel i vanlig klinisk praksis tilpasse strukturen til det enkelte behandlingsforløp.

FREMDRIFT OG FLEKSIBILITET I BEHANDLINGSTIMENE

Familiefokusert behandling kan skreddersys for den spesifikke familien du jobber med. Selv om det ideelle er at hver familie fullfører alle 12 timer, kan det hende at tempoet ikke passer for familien du arbeider med. For eksempel kan en familie trenge to timer for å gjennomgå det innholdet som normalt gjennomgås på én time. I så fall er det greit å strekke det ut til to timer. For å tilpasse opplegget kan du droppe én problemløsningstime. Men hvis en familie klarer å ta inn det innholdet som normalt tar to timer på kun én time, er det også greit. Videre kan det tenkes at noe av innholdet ikke passer for en bestemt familie, og det er da greit å droppe den timen (for eksempel hvis kommunikasjonen deres er klar og tydelig, er ikke arbeidsarket om klarhet i kommunikasjonen nødvendig). Du vil se at opplæringsmodulen har en strukturert oversikt ved begynnelsen av hver time, som viser hva du bør rekke over i løpet av en bestemt time. Dette er ment mer som veiledende enn som en regel. Dersom du skulle bruke mer tid på å jobbe med enkelte mål, og du ikke rekker å gå gjennom samtlige mål fordi det ikke synes hensiktsmessig for en bestemt familie, er det greit.

KLINISK TIPS

Det viktigste med opplæringsmaterialet er at det formidles til familien på en måte de kan forstå og som de finner meningsfull og nyttig. Arbeidsarkene er bare verktøy som skal hjelpe deg med å formidle informasjonen. Hvis et gitt arbeidsark ikke støtter det du ønsker å formidle av informasjon til en bestemt målgruppe, eller ikke legger til rette for konstruktiv kommunikasjon mellom familiemedlemmer, kan du gjerne droppe eller endre det arbeidsarket.

Håndboken kan ses som en verktøykasse som inneholder teknikker gruppeledere kan benytte på familiemedlemmer, på **hvilket som helst tidspunkt** i behandlingen, der disse teknikkene er relevante. For eksempel kan det tenkes at det i løpet av en problemløsningstime blir tydelig at en diskusjon om å planlegge hyggelige ting å gjøre, eller avslapningsøvelser, kan hjelpe en familie å komme ut av en blindgate gjennom problemløsningsprosessen. Dette kan vise seg å være et gunstig tidspunkt for å lære familien ferdigheter som ikke var relevant tidligere i behandlingen.

DEN EMOSJONELLE TONEN I BEHANDLINGEN

Det er ganske vanlig og forståelig at en forelder eller pårørende kan være på gråten når de snakker om den påvirkningen pasientens symptomer har hatt på dem. Foreldre vil kunne oppleve mye

fortvilelse som følge av den plutselige endringen i hvordan sønnen eller datteren fungerer. Særlig hvis symptomene er sterke og akutte, kan foreldre ha behov for å «sørge» over endringen. Familiemedlemmer kan også uttrykke sinne over hvor vanskelig det er blitt for dem å takle egen jobb på grunn av pasientens vanskeligheter med å gå på skolen, eller vansker med å invitere venner hjem på grunn av symptomer hos pasienten som depresjon, tilbaketrekning, mistenksomhet og/eller sær oppførsel.

Det er svært viktig at møtene gjennomføres i en aksepterende og behagelig tone. Gruppelederne bør gripe inn ganske tidlig for å få familiesamspillet på riktig spor hvis følelsene eskalerer i løpet av møtet. I noen tilfeller kan det være lurt å bruke tid på å samle informasjon for å få bedre forståelse for familiemedlemmenes følelser og hva som trigger følelsene. Du har alltid mulighet til å be familiemedlemmet som gir uttrykk for sterke følelser om å finne et tidspunkt der du kan møte vedkommende individuelt. I et individuelt møte kan gruppelederen drøfte familiemedlemmets følelser nærmere og gi ytterligere psykoedukativ veiledning og/eller anbefalinger for passende individualbehandling. Det kan også være fornuftig å jobbe med noen kommunikasjonsferdigheter med familien tidlig i behandlingen slik at rammene for psykoedukasjonen blir bedre. Det kan være nyttig å gjennomføre problemløsning på måter som optimaliserer familiestøtten, slik at familiemedlemmene forstår betydningen av å skape et rolig familiemiljø.

KLINISK TIPS

Hos noen av familiene vil du kunne oppleve at timene blir noe anstrengt, og at deltakerne egentlig ikke er helt med. Hvis det skjer, ta et skritt tilbake og tenk høyt sammen med familien om behandlingsmålene deres. Forklar hvordan de ulike oppgavene du har gitt dem vil hjelpe dem til å nå disse målene. Hvis du føler at dere ikke får drøftet viktige problemstillinger på grunn av behandlingsstrukturen, bør du ta en pause fra håndboken for å drøfte hva den enkelte tenker og så forsøke å få dem tilbake til oppgaven. Når du har klart å få dem tilbake på sporet, bør du prøve å justere de psykoedukative oppgavene slik at de samsvarer mer med familiens mål.

FORBEREDENDE MØTER SOM STØTTER INFORMERT SAMTYKKE

Det hender at familiemedlemmer uttrykker motvilje mot å delta i familiebehandling. Det kan være at de har negative forestillinger om hva familiebehandling innebærer. For eksempel sa en far litt spøkefullt at han så for seg å bruke små skumplaststenger til å slå familiemedlemmer på hodet med når de snakket om frustrerende saker. Han hadde aldri deltatt i familiebehandling før, og derfor benyttet han seg av en episode fra en såpeserie som hjelp til å danne seg forventninger til behandlingen. Selv om ikke alle mennesker er så åpne som denne faren, er de ofte bekymret for hva de utsetter seg for når de går med på familiebehandling. Det kan derfor være nyttig å bruke den første timen til å lede familien inn i en samtale om bekymringene deres, og få større klarhet i innholdet og prosessen i behandlingen slik at de kan foreta et informert valg om de virkelig vil delta.

I løpet av timen er det viktig at du lytter til familiemedlemmenes bekymringer, og at du normaliserer dem. Foreldre er ofte bekymret for at gruppelederen eller tenåringen deres skal gi dem skylden for å ha forårsaket tenåringens symptomer. La dem få vite at slike bekymringer er ganske vanlige, at ingen liker å bli beskyldt for noe, og at det å plassere skyld ikke er en del av denne behandlingen.

Det er ofte hensiktsmessig å gi familien en forsmak på hvordan en time er, ved å presentere informasjon som er relevant for spørsmålet de har stilt. For eksempel spør foreldre ofte hvilke typer forventninger de bør ha for barnet sitt. Det kan hende de gir uttrykk for at hvis legen sier at de bør trekke seg unna, så vil de gjøre det, men de vil ikke «la barnet slippe så lett» eller «sette andre forventninger til dette barnet enn til andre barn i familien». Dette er et utmerket spørsmål, og i realiteten finnes det ikke ett standard sett av forventninger som passer for alle unge som har symptomer. Symptomene varierer fra person til person og også hos samme person over tid. Du kan svare på familiemedlemmets spørsmål ved å si noe sånt som dette:

... Når det er et høyt stressnivå i en persons liv og/eller han/hun opplever intense symptomer, er det å skru ned forventningene midlertidig en metode man kan vurdere for å redusere stresset. Når symptomene minsker eller stresset reduseres og/eller mestringsstrategiene støttes, vil det bli mulig å gradvis øke forventningene igjen.

Du bør da spørre familiemedlemmene om hva de mener om denne tilnærmingen til å sette forventninger. Er dette hensiktsmessig ut fra erfaringene med symptomene så langt? Tror de at denne typen tilnærming kan hjelpe dem med hvordan de kan styre innsatsen sin?

Gjennom hele behandlingen kommer vi til å gi informasjon til familien og gi dem innføring i ferdigheter, og så snakke med dem om reaksjonene deres på denne informasjonen. Om de synes ferdighetene er nyttige, skal vi tenke sammen over hvordan de kan integrere disse ferdighetene i sitt daglige liv.

Noen unge voksne har gitt uttrykk for motvilje mot å delta sammen med foreldrene i behandling fordi de frykter at gruppelederen vil dele mer informasjon enn det de unge er villige til. Hvis dette er tilfelle, må den unge få vite at bekymringene hans/hennes er vanlige og forståelige, og at du kommer til å gi informasjon til familien om symptomer generelt, og så invitere pasienten og familiemedlemmene til å dele erfaringene med symptomene i den grad de er komfortable med det. Men du vil respektere den unges grenser forutsatt at symptomene ikke utgjør noe fare for han/henne selv eller andre. Ungdom blir ofte lettet over å høre at de får kontroll over fremdrift og innhold når det gjelder åpenhet om symptomer. Alternativt kan du vurdere om du vil møte den unge alene for å være sikker på at man er enige om hva som er forbudt område å snakke om, for eksempel usikkerhet om seksuell legning, før familiebehandlingen starter.

Pasientene er kanskje redde for å bli utsatt for spørsmål resten av uken og føle seg overeksponert og overveldet, hvis de snakker om symptomer til foreldrene sine i behandlingen. I slike tilfeller kan det være nyttig å lage en

avtale mellom foreldrene og pasienten om hvor omfattende oppfølgingssamtalene bør være mellom behandlingstidene. Slik kan ungdommen føle seg mer komfortabel med fortsettelsen.

Noen unge voksne har gitt uttrykk for forvirring over hvorfor de skal delta i familiebehandling når foreldrene presser dem så hardt for å bli mer selvstendige. Hvorfor skulle foreldrene være så interessert i hva de holder på med, samtidig som de vil at de skal fungere mer uavhengig? Noen unge ser dette som selvmotsigende.

Vurder følgende behandlingseksempel som omhandler en 22-åring:

Sønnen: Faren min presser meg til å gjøre ferdig skolen, slik at jeg kan få meg en jobb og flytte hjemmefra. Han maser hele tiden om at jeg må bli mer uavhengig. Så sier han at han vil at jeg skal være med i denne familiebehandlingen sammen med ham. Hvorfor skulle jeg gå i behandling sammen med pappa når han tydeligvis bare vil at jeg skal klare meg selv?

Gruppelederen: Det høres ut som du føler at du blir presset veldig mye av din far. Far, hva synes du om det Jonas nettopp sa?

Faren: Jeg har nok presset Jonas ganske mye. Han er mitt tredje barn og jeg la press på de to eldre da de var på samme alder og i ettertid har begge takket meg for det fordi de nå er selvstendige. Dersom jeg endrer på reglene for Jonas nå, vil hans yngre bror forvente samme tilrettelegging, og det ville virkelig rote det til i familien vår. Jeg skjønner at Jonas muligens går gjennom noe som er annerledes enn for de andre, men jeg er ikke sikker på hva det betyr, og jeg vet virkelig ikke hvordan jeg skal

takle foreldrerollen annerledes. Jeg trenger definitivt mer informasjon.

Gruppelederen: Far, er det noe i tillegg til informasjon som du håper å få ut av familiebehandlingen? Hvorfor ønsker du å gjøre dette sammen med Jonas?

Faren: Jeg håper at Jonas vil fortelle meg mer om hva som skjer med ham slik at jeg kan få en bedre forståelse av det og finne ut av hvordan jeg kan være til mer hjelp for ham. Jonas og jeg pleide å ha et ganske nært forhold. Vi dro på sykkeltur og fottur sammen. Nå snakker vi nesten ikke sammen, og når vi snakker, virker det som om vi bare kranbler.

Gruppelederen: Det virker som om du ønsker å forstå hva Jonas gjennomgår slik at du kan få et nærmere forhold til ham?

Far: Ja.

Jonas: Han kan ikke få begge deler. Han presser meg hele tiden, og likevel vil han at jeg skal fortelle ham om hvordan jeg har det.

Gruppelederen: Jonas, hva er det du vil for egen del? Er du interessert i å fullføre videregående eller finne en jobb?

Jonas: Ja, men det er ikke så lett.

Gruppelederen: Nei, det er absolutt ikke lett. Faktisk er overgangen fra videregående og ut i arbeidslivet ganske hard for mange og kan medføre mye stress i familieforholdene.

Noe vi vil være interessert i å gjøre i familiebehandlingen, er å få en bedre forståelse av hvilke mål du har slik at vi kan tenke sammen om hvordan alle best kan støtte deg i å nå dem. Hvordan synes du det høres ut?

Jonas: OK

Gruppelederen: Jonas, det virker som om du har følt deg presset av far i det siste, og dette har forstyrret forholdet deres eller gjort at du føler deg forvirret over hvordan du skal forholde deg til faren din. Har jeg forstått dette riktig?

Jonas: Ja.

Faren: Jeg er virkelig lei meg for det. Jeg tror at vi er ganske forvirret begge to for tiden. Jeg ønsker å ha et godt og nært forhold til Jonas gjennom hele livet hans. Jeg er bare usikker på hvilken fremgangsmåte jeg bør bruke akkurat nå for å hjelpe ham.

Gruppelederen: For noen kan dette høres selvmotsigende ut, men et nært forhold der familiemedlemmene føler at de forstår hverandre og støtter hverandre, kan hjelpe familien til å mestre mer og fungere mer selvstendig gjennom hele livet. Lyder det fornuftig?

En annen sak vi kunne jobbe med i denne familiebehandlingen, er å finne nye måter å kommunisere på slik at dere kan snakke mer direkte og konstruktivt sammen om hvordan dere kan forbedre forholdet deres. Er dette noe dere kunne være interessert i?

Du kan altså fortelle familien at behandlingen er ganske strukturert, med informativt materiale som blir delt ut i de fleste timene, men at informasjonen vil skreddersys for å prøve å imøtekomme behovene til hver familie på beste måte.

SPØRSMÅL OM HVEM SOM SKAL INVOLVERES I BEHANDLINGEN

Familiemedlemmer lurer ofte på hvem som bør delta i behandlingen. Vi forklarer at når en person i familien har symptomer, blir alle medlemmene i familien berørt, og deres reaksjoner på symptomene påvirker personen som plages av dem. Derfor er det ofte nyttig at alle familiemedlemmene kan delta på noe av behandlingen, selv om de ikke kan delta i hele gruppeforløpet. Hvis ungdommen/den unge voksne motsetter seg at visse personer skal delta (for eksempel søsken, steforeldre, osv.), kan det være nyttig å starte behandlingen bare med de primære omsorgspersonene, for deretter å introdusere flere deltakere etter hvert som den unge føler seg tryggere.

For eksempel er det noen unge som sier at de ikke vil snakke åpent om symptomene med foreldre hvis de yngre søsknene er i rommet.

De forklarer at de synes det er pinlig å snakke om «svakhetene» sine foran de yngre søsknene. Det er lurt å respektere denne grensen. Etter undervisningstimene kan du spørre om pasienten er komfortabel med å invitere søsknene til å delta i noen av kommunikasjons- og problemløsningstimene. Andre ungdommer har derimot vært glade for muligheten til å la søsknene delta fra starten av. Disse ulike eksemplene viser klart hvor viktig det er å tenke nøye gjennom hvem som bør inkluderes i behandlingens ulike faser. Dette bør diskuteres og besluttes i samarbeid med pasienten og de primære omsorgspersonene i løpet av den første behandlingstimen.

Husk at hvis flere familiemedlemmer skal slutte seg til behandlingsprosessen etter at behandlingen har begynt, må du planlegge litt tid sammen med dem slik at de kan underskrive dokumenter for informert samtykke. Dessuten kan det å plusse på med et søsken, spesielt et yngre søsken, vise seg å være mer til hinder enn til hjelp. Du må ta i betraktning søsknenes alder, helsestatus, og forholdet mellom pasienten og søsknene, før du inkluderer yngre søsken i hver time.

II. PSYKOEDUKATIVE BEHANDLINGSTIMER

Første time:

Målsetting og oversikt over behandlingen

FØR TIMEN: TA KOPIER AV MATERIALET DU VIL DELE UT.

1. Småprat/kontaktetablering
2. Finn ut av familiemedlemmenes mål for behandlingen
3. Gjør familien kjent med mål, rammer og forventninger for behandlingen.
Bruk **Arbeidsark 1 – «Familiefokusert behandling: Hva vi skal gjøre og hva vi kan forvente»**.
4. Vis sammenhenger mellom familiemedlemmenes mål og de ferdighetene de skal mestre i løpet av behandlingen
5. Gi informasjon om de enkelte elementene i metoden
6. Finn en fast dag eller bestemt tidspunkt for møtet. Hjemmelekser: Hvordan kan familien følge opp ukentlige familiemøter?
7. Spør familiemedlemmene om reaksjonene på behandlingstimen
8. Småprat til avslutning

Du har flere mål med den første timen. Det viktigste er å starte prosessen med å bli kjent med hverandre og etablere en terapeutisk allianse. Det andre målet er å lage en plan for behandlingen sammen med familien. I hovedsak vil du snakke om hvert familiemedlems mål for behandlingen, deretter presentere mål, rammer og forventninger. Deretter er det viktig å vise sammenhenger mellom hva det enkelte familiemedlemmet forventer av behandlingen

og hva vi planlegger å gi. Til slutt er det viktig å forklare metoden, hjelpe familien med å planlegge hjemmeoppgaver mellom timene, planlegge neste time, og spørre om reaksjonene på første time.

BLI KJENT MED FAMILIEMEDLEMMENE

Den beste måten å få god kontakt på ved starten av behandlingen er gjennom småsnakk (bli kjent). Start timen med å be hvert familiemedlem fortelle noe om seg selv som ikke har med symptomer å gjøre (for eksempel favorittfilmer, hva de liker å gjøre, hobbyer, osv.). Du kan innlede denne prosessen med å si følgende:

💬 Jeg vil gjerne starte samarbeidet vårt med å bli bedre kjent med dere. Det er selvsagt mer ved dere enn de problemene dere sliter med akkurat nå. Det er viktig at jeg får vite om interesser og ressurser dere har som familie, slik at jeg kan forsøke å gjøre behandlingen så relevant som mulig for hver og en av dere, og slik at vi kan dra nytte av ressursene gjennom behandlingen.

Den enkelte gruppeleder kan tilpasse dette ved å gi en kort presentasjon av seg selv (din rolle i klinikken, personlige og faglige interesser, kjæledyr, hobbyer, favorittmat, osv.). Målet er at gruppelederen skal fremstå som vennlig og behagelig, og samtidig opprettholde faglige grenser. Husk at pasienten kan ha slitt mye i det siste, så du bør unngå å presentere en lang liste av

prestasjoner og suksesser. Snakk heller om vanlige dagligdagse interesser og aktiviteter. Her er et eksempel:

🗨️ Da vil jeg få satt oss i gang ved å fortelle litt om meg selv. Som dere vet, heter jeg Jeg har vært gruppeleder her på klinikken de siste to årene. Jeg studerte de første årene ved Høyskolen i Oslo, og har siden videreutdannet meg innen psykisk helse. Ellers har jeg en hund og er interessert i fotografering. Jeg liker veldig godt å jobbe med unge mennesker og familiene deres, og jeg synes det er spennende med forebyggende arbeid.

Vel, kan hver av dere kanskje si litt om seg selv?

Når hvert familiemedlem har hatt anledning til å si noe om interessene sine og har snakket litt om hvem de er, kan du flytte samtalen over til målene for behandlingen.

Etablering av kontakt og småprat er noe du skal jobbe med gjennom hele behandlingen. Det å opprettholde en vennlig holdning og lette litt på trykket når det er mulig, kan være til stor hjelp. Du bør også sørge for å småprate litt med familien ved begynnelsen og slutten på hver time; om morsomme aktiviteter de kan ha deltatt på i helgene, idrettslag de følger, planer de måtte ha for kommende helg, eller andre lette emner. Når du kjenner interessene deres, kan du følge opp disse med noen kjappe spørsmål for å starte eller avslutte påfølgende timer.

BLI KJENT MED PASIENTEN DIN FØR FØRSTE TIME

Hvis det dreier seg om en ny pasient, er det viktig å innhente informasjon/lese journalen før du setter deg ned i møte med familien. Det kan hende du får vite noe som kan hjelpe deg å fokusere i de første møtene. For eksempel kan du få vite at den unge har vært betydelig sosialt tilbaketrukket og sannsynligvis ikke har hatt mange interesser. Hvis det er tilfelle, må du unngå å være «verdensmester» og fortelle om alle interessene dine og alle de ulike aktivitetene du er med på, mens pasienten bare sitter der med ingenting å si. Tilpass deg familiemedlemmene, både med hensyn til interesser og kommunikasjon, slik at du ikke blir usynkronisert med familien. En familie som er nedstemt, kan oppleve en svært munter presentasjon som overfladisk. Etabler en tone som er rolig, behagelig og moden.

Noen gruppeledere føler at de får bedre kontakt med familiemedlemmene ved å be dem om å presentere seg først, slik at gruppelederen kan danne seg et bilde av personens interesser og dermed kunne gi kommentarer om seg selv som er relevante for familiemedlemmets interesser. Begge tilnærminger er greie. Målet er at familien skal føle seg vel sammen med deg, og at du demper frykten deres for at du skal psykoanalysere dem, få dem til å føle seg som dårlige foreldre, eller røpe ubehagelige hemmeligheter.

FAMILIEMEDLEMMENES MÅL FOR BEHANDLINGEN

Når du føler at du har begynt å få kontakt med familiemedlemmene, bør du la familien få vite at du er interessert i å høre om hva de håper å få ut av behandlingen. Si til dem at du kjenner til situasjonen deres, og at du har noen ideer om hva som kunne være nyttig for dem. Først og fremst er det aller viktigste å få høre hva de er interessert i å få ut av behandlingen. Du kan for eksempel si:

☞ Jeg vet dere har brukt mye tid i de første samtalene på å forklare situasjonen deres og beskrive de utfordringene dere sliter med. Jeg har mange ideer som jeg mener kan være nyttige, og som kan hjelpe dere når det gjelder selve behandlingen, men før vi går inn på det, vil jeg gjerne få høre litt mer om hva hver av dere ønsker å få ut av samarbeidet vårt. På hvilke måter ville livet deres se annerledes ut hvis behandlingen lykkes?

I mange tilfeller er det nyttig å starte med pasienten når du ber om mål for behandlingen, slik at det først blir anledning til å gi uttrykk for hva han/hun ønsker å endre på i livet sitt. Ungdommer er mest interessert i og motivert for å strekke seg mot mål de selv velger. Selv om foreldrene gir uttrykk for de samme målene, er det sannsynlig at ungdommene er mindre entusiastiske overfor de målene foreldrene fremlegger fordi disse målene oppleves som tvunget på dem.

Hvis ungdommen er ny i behandlingen og synes det er vanskelig å forstå hva du mener med mål, kan du strukturere prosessen litt mer ved å sette opp en liste (som den nedenfor) over de ulike områdene i livet der vi kan tenke oss å sette mål. Hva er det som går bra innenfor hvert av disse områdene, og hva kan bli bedre?

- * Tanker om seg selv (humør, selvfølelse, hobbyer og interesser)
- * Mestring av symptomer
- * Forhold:
 - til familiemedlemmer
mor, far, søsken
 - til venner
 - til klassekamerater og lærere
 - til kjæreste
 - Fungering i skole/jobb
 - evne til å stå opp om morgenen og komme tidsnok
 - evne til å få gjort det arbeidet som er pålagt
 - tilfredshet med oppgavene
- * Mestre hverdagen (innkjøp, matlaging, klesvask, rengjøring, mestre økonomien)

Foreldre kan bli forvirret over hva slags mål du vil ha dem til å nevne. Er det mål for dem selv eller for ungdommen? Siden fokus i behandlingen er på pasienten, kunne det være nyttig å få høre foreldrenes meninger om mål som gjelder tenåringen deres. Er det for eksempel spesielle symptomer som pasienten har, og som foreldrene er bekymret for? Eller handler det om hvordan ungdommen fungerer på skolen, på jobb, med venner, eller hjemme? I tillegg kan foreldre ha mål for forholdet til sønnen eller datteren, for eksempel bedre kommunikasjon eller redusert konflikt. Kanskje foreldre gjerne vil vite hvordan de kan støtte ungdommen bedre. Det kan også hende at de lister opp mål som ikke har noe med ungdommen å gjøre, men som du kan klare å hjelpe dem med likevel (for eksempel: «Jeg blir veldig nervøs i jobbintervjuer; jeg skulle gjerne vite hvordan jeg kan prestere bedre i slike samtaler»).

De fleste familiemedlemmer setter pris på å bli spurt om målene sine og få anledning til å dele ideene sine. Det er mulig noen ungdommer (eller

søsken) sier til deg at de ikke vil være der i det hele tatt, at de ble dratt med til behandling av foreldrene. Da har de vært oppriktige mot deg og har gitt deg en sjanse til å knytte deg til dem. Du kan da si noe som dette:

... Takk for at du er så ærlig mot meg. Jeg setter pris på at du møter opp til tross for forbeholdet ditt når det gjelder behandling. Jeg håper at du og jeg over tid kan finne ut av hvordan vi kan få dette samarbeidet til å føles verdt både tiden og anstrengelsene dine. Er det noe du gjerne skulle ønske kunne fungere litt bedre i livet ditt? Hva med skolen/jobben? Hva med venner? Hva med familien?

Noen pasienter kan foreslå ukonvensjonelle behandlingsmål som: «Jeg vil gjerne få meg en bil». Selv om dette målet kan synes irrelevant, bør du merke deg at det betyr at de har en form for driv og motivasjon. Depresjonen eller de negative symptomene kan ikke føles så ille for denne pasienten. Du kunne jo da spørre litt om hva slags bil de er interessert i og si noe sånt som dette:

... Jeg kan godt forstå hvorfor du ønsker deg en bil. Har det vært noe snakk om dette i familien din? Jeg er interessert i å få høre litt mer om hva slags samtaler du har hatt med foreldrene dine om dette.

Det kunne være interessant å vite mer om konteksten for dette spesielle målet fordi den kan passe inn i et større mål som har å gjøre med uavhengighet.

Et annet eksempel på en pasients mål er: «Jeg vil at foreldrene mine skal slutte å mase på meg». Det kan være nyttig å bruke en strategi som likner på den ovenfor, altså å godkjenne pasientens erfaring og sette den inn i en sammenheng. For eksempel slik:

... Akkurat, det er mange tenåringer/unge voksne som nevner dette målet her. Du er i godt selskap. Jeg kan godt tenke meg at også foreldrene dine ønsker at de kunne slippe å mase på deg. (Se på foreldrene og sjekk om de er enige med deg). Tror du at foreldrene dine vet at du føler det sånn? Fortell meg litt om de tingene du kunne tenke deg å gjøre uten maset fra foreldrene dine.

Du kan komme tilbake til denne kommentaren senere i behandlingen når dere skal finne sammenhenger mellom mål og metode. Samtidig som du forklarer behandlingen, kan du flette inn poenget om at bedre kommunikasjon og bedre problemløsning ofte hjelper både pasienter og foreldre til å finne mer behagelige og effektive måter å jobbe sammen på, slik at det blir mindre masing og provosering.

Generelt bør du gi uttrykk for en fleksibel holdning, vel vitende at pasientens og/eller foreldrenes mål ikke nødvendigvis passer din terapeutiske agenda.

Denne målsettingsprosessen er svært viktig og bør ikke forhastes. Målene er avgjørende for å gjøre behandlingen relevant for familiemedlemmene slik at de har følelsen av at vi svarer på behovene deres, og at vi ikke påtvinger dem en prefabrikkert behandling. Du bør skrive ned hvert familie-medlems mål for behandlingen, for det vil være

viktig for deg å kunne referere til disse målene når du introduserer nye ferdigheter. Slik skaper du en forbindelse mellom den ferdigheten du ber familien om å utvikle og målene deres for behandlingen.

Husk at mens noen familiemedlemmer nevner klare mål, kan andre være usikre på hva de forventer av behandlingen. De kan være fornøyd med å høre hva du har å tilby, og det kan stimulere noen ideer hos dem om hva de er mest interessert i å lære. Det er helt greit. Det er viktig å gi hvert familiemedlem anledning til å gi uttrykk for tankene sine. Målsetting fungerer gjerne best i en samarbeidsprosess.

MÅLENE FOR FAMILIEFOKUSERT BEHANDLING

Når du har brukt en del tid på å bli kjent med familiemedlemmene og målene deres, kan du gjøre familien fortrolig med måten å samarbeide på og med hva man kan forvente av behandlingen.

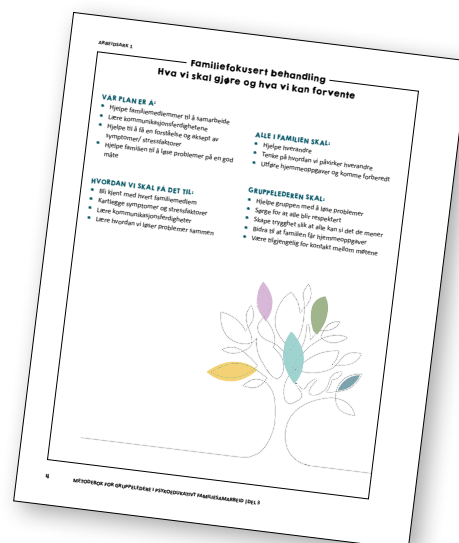
Arbeidsark 1: «Familiefokusert behandling: Hva vi skal gjøre og hva vi kan forvente» følger med denne første timen. Gå gjennom hvert punkt på listen og la familiemedlemmene få vite hva de kan forvente av gruppelederen og hva som forventes av dem. Du kan kanskje si noe å la dette:

Dette er en ganske strukturert behandling. Vi har mye informasjon som vi ønsker å dele med dere, og mange ferdigheter vi ønsker å introdusere de neste fire månedene. Vi har planlagt å gjennomføre 12 behandlingstimer. I de første to månedene skal vi møtes hver uke, og deretter annenhver uke i de to neste månedene. Høres dette overkommelig ut for alle?

Neste uke vil vi snakke om symptomer (humør, tankeforstyrrelser, tidlig debut av psykisk lidelse), hva det er og hvordan du kan klare å redusere dem. I de neste timene vil vi fokusere på hvordan man kan redusere stress, benytte forebyggende strategier, og mestring av skole, venner og hjemmet.

I senere timer planlegger vi å jobbe med å forbedre kommunikasjonsferdigheter og trene på en spesiell fremgangsmåte for problemløsning. Vi vet at symptomene den enkelte har, gjerne stabiliserer seg når familiene har en rolig, konstruktiv og strukturert tilnærming til problemløsning. Vi gjerne lære dere teknikker som vil hjelpe dere til å arbeide sammen på denne måten. Kan dere se nytten i dette?

Når vi nærmer oss slutten på samarbeidet vårt, skal vi innarbeide mange av de ferdighetene vi har utviklet. Hvordan høres det ut?»



Sjekk med familien mens du legger fram denne informasjonen. Unngå å snakke «forbi dem», og legg spesielt merke til om noen ser ut til å være forvirret, kjede seg eller er irritert. I tilfelle kan du spørre:

«Det ser ut til at du reagerer negativt på dette. Har jeg forstått deg riktig? Kan du i så fall si noe om hva du reagerer på?»

Du fortsetter slik:

La oss nå snakke om hva dere kan forvente av meg i denne behandlingen. Jeg kommer til å starte timene presis og vil passe på at vi avslutter etter ca. en time. Behandling kan være hardt arbeid, så min jobb er å sørge for at arbeidet vårt er overkommelig. Hvis dere trenger å snakke med meg mellom behandlingene, kan dere nå meg på dette nummeret (gi visittkortet ditt til familien), og jeg skal gjøre mitt beste for å svare dere innen 24 timer (innen kontortid).

Min rolle er egentlig den samme som den en veileder har. Min jobb er å lære bort noen ferdigheter og øve på disse ferdighetene sammen med dere slik at dere ved endt behandling kan benytte disse i dagliglivet på egen hånd. Jeg kommer til å be dere øve mellom gruppemøtene.

Noen ganger kommer jeg til å be dere trene på disse ferdighetene hjemme eller på skolen/jobben i løpet av uken. Vi anbefaler at **familiene planlegger et familiemøte hver uke for å gå gjennom hjemmeleksene fra behandlingen**. Akkurat som med andre ferdigheter, er det slik at jo mer dere trener, jo enklere blir det. Altså vil vi ha bedre fremgang

hvis dere følger opp disse oppgavene. Tror dere dette vil være overkommelig? Har dere noen spørsmål eller bekymringer på dette stadiet? Kan dere finne et ukentlig tidspunkt når dere alle er samlet og kan ha familiemøter?

Når du introduserer psykoedukasjon, må du forklare at «vi er ikke bare interessert i å gi dere informasjon, men også å høre hva dere tenker om informasjonen og hvordan den passer til situasjonen deres».

FINNE SAMMENHENGER

Etter at du har hørt hva hvert familiemedlem har identifisert som sitt mål for behandlingen, og du har skissert FFB-metoden, kan du opprette noen klare koblinger mellom målene deres og hvordan ferdighetene som læres i FFB kan hjelpe dem til å nå disse målene. Velg noen av de målene hvert familiemedlem har nevnt og knytt dem til de ulike ferdighetene du kommer til å jobbe med. Snakk kort om hvordan disse ferdighetene eller disse behandlingstidene kan støtte hver enkelt person slik at de når målet sitt. Du kunne for eksempel si noe sånt som:

Vi vil gjerne sjekke ut om vi har forstått dere riktig. Jon, du nevnte at du gjerne vil forstå mer om disse forandringene som har skjedd med deg. Vi skal starte med det i den neste timen. Hva synes du om det? Du nevnte også at du ønsker å håndtere disse forandringene bedre slik at du føler at du har mer kontroll på skolen og hjemme. Dette er noe vi også kommer til ganske snart. Vi skal bruke behandlingstid nummer 3 og 4 til å snakke om strategier for å mestre ulike symptomer.

Far, du nevnte at du ønsker å finne ut av hvordan du kan få Jon til å våkne om morgenen av seg selv og komme seg mer regelmessig på skolen. Er det riktig? Jeg tror at vi først og fremst må utvikle en felles forståelse av symptomene hans og hvordan de oppleves på skolen og hjemme. Dette vil vi fortsette med i de neste behandlingstimer. Da vil vi være i en bedre posisjon for å tenke ut strategier han kan benytte for å mestre skolemiljøet, og kanskje tilrettelegging som kunne foretas på skolen for å støtte ham der.

Ønsket om å «få Jon til å stå opp av seg selv om morgenen» er noe veldig mange foreldre forteller om. Det er noe vi kan ta opp i problemløsningstimer. Hvordan høres denne planen ut?

Mor, du nevnte at det har vært mye krangel hjemme hos dere i det siste, og at du ønsker at sønnen din skal forstå at dere er på samme lag, og at dere virkelig bare prøver å hjelpe ham. Jon, du nevnte også at du vil få dine foreldre til å slutte å mase. Dette er problemstillinger som vi jobber mye med. Symptomer gjør ofte kommunikasjon vanskelig for familier, og kan være utfordrende for relasjonene mellom familiemedlemmene. Omtrent i femte behandlingstime skal vi arbeide med kommunikasjonsferdigheter. Da vil dere få mulighet til å gå gjennom noen av de problemene som har dukket opp, på en rolig og konstruktiv måte. Når vi jobber med disse kommunikasjonsferdighetene, så håper vi at det vil gjøre kommunikasjonen lettere i familien. Hvordan høres det ut?

Spør ungdommen og foreldrene fra tid til annen for å forsikre deg om at de forstår hva du sier og om du har forstått dem riktig. Reagerer de

negativt på det det snakkes om (for eksempel at de himler med øynene eller ser sinte eller oppgitte ut)? Dersom du legger merke til slike reaksjoner, må du stoppe opp og spørre dem om det. Du kunne si noe slikt som dette:

Gruppelederen: Tim, jeg tror du himlet med øynene dine da jeg nevnte dette med kommunikasjons trening? Har jeg rett i det?

Den unge: Ja.

Gruppelederen: Kan du si meg mer om reaksjonen din?

Den unge: OK, da jeg var på leirskole for et par år siden, tvang lederne oss til å utføre noen kommunikasjonsøvelser. Hver dag måtte vi si noe vi likte om hver av deltakerne. Det var latterlig. Vi bare fant opp noe som ikke stemte om andre unge som vi egentlig hatet. Det var bare helt håpløst.

Gruppelederen: Det høres ut som en dårlig erfaring med kommunikasjons trening. Jeg kan godt forstå hvorfor du ikke har lyst til å havne i en slik situasjon igjen. Har du hatt noen andre erfaringer med kommunikasjons trening?

Den unge: Nei, egentlig ikke.

Gruppelederen: Forhåpentligvis vil den typen kommunikasjonsøvelser som jeg har planlagt være mer nyttig for deg og din familie og mindre kunstig enn de som ble brukt på leirskolen din. Men jeg kommer til å være interessert i å høre hvordan du opplever treningen mens vi gjennomgår den, og jeg håper du vil fortsette å være ærlig om dette.

UNNGÅ Å LISTE OPP MÅL SOM IKKE KAN OPPNÅS I DENNE SAMMENHENGEN

Dersom familiemedlemmer har nevnt mål som egentlig ikke er hensiktsmessige for FFB, er det viktig å være klar på at du ikke kommer til å jobbe med disse spesielle problemstillingene, og at du begrunner dette. Hvis et familiemedlem for eksempel snakker om overgrep han/hun opplevde som barn og ønsker å utforske dette fordi han/hun mener dette kan ha bidratt til de nåværende problemene, kan du for eksempel si dette:

☞ Det høres virkelig ut som et viktig problem, og jeg er glad for at du tok det opp. Det er nyttig for meg å få vite at du har hatt noen svært vanskelige opplevelser i livet ditt. Det vi har sett, er at timingen for å snakke om denne typen problemstillinger er helt avgjørende. Mens unge mennesker opplever betydelige symptomer som de du (pasienten) har beskrevet (følelsen av å være på topp/deprimert; følelsen av mistenksomhet og utilpasshet sammen med andre, osv.), er det viktig med arbeid som støtter opp om din evne til å håndtere disse symptomene og redusere angsten. Å snakke om, og jobbe med, disse tidlige overgrepserfaringene kan gjøre folk svært engstelige, og vi vil ikke gå inn i den type arbeid før du er klar for det. Å prøve å gjøre alt på en gang, kan være ganske overveldende, så vi tror det er viktig å dele opp behandlingen i ulike faser. Høres dette fornuftig ut?

Det kan være hensiktsmessig å bruke en liknende type respons overfor foreldre som kan ha ekteskapelige problemer de vil fokusere på. Du kan la familien få vite at noe av kommunikasjonen og problemløsningsferdighetene som vi skal tilegne oss sammen, kan være til hjelp med de andre problemene, men at hovedfokus i behandlingen er å hjelpe pasienten til å føle

seg bedre og fungere bedre. Dersom familiene prøver å forandre på for mye samtidig, blir det for overveldende.

UNNGÅ Å STARTE PROBLEMLØSNING I FØRSTE BEHANDLINGSTIME

Benytt denne første timen som en anledning til å bli kjent og samle informasjon. Hvis familien begynner å krangle eller insisterer på å snakke om vanskeligheter på skolen og lignende, kan du lede dem tilbake på sporet ved å si noe som dette:

☞ Jeg vet at dere har mange presserende bekymringer, og vi vil komme til disse så raskt som mulig. Men aller først må vi utarbeide en plan for hvordan vi skal jobbe sammen. Dette vil legge grunnlaget for hvordan vi kan løse problemer på en god måte.

Vær påpasselig med å notere potensielle fallgruver for kommunikasjonen og måter familien kan forverre problemer eller eskalere en konflikt på, men unngå å nevne det på dette tidspunktet. Noter deg også familiens sterke sider som du kan fremheve og bygge videre på i fremtidige behandlingsmøter.

FORTELL OM RUTINER I AVDELING/POLIKLINIKK

Dersom dette er en ny pasient, bør du informere familien om hvordan du kan nås mellom behandlingstimene om det er nødvendig, og hvorvidt klinikken eller gruppelederen gir et 24-timers tilbud. Hvis en psykiater eller en annen gruppeleder er involvert i behandlingen av denne pasienten, bør du avklare hvem familien skal kontakte først i et akutt-tilfelle. Hvis du eller klinikken ikke tilbyr 24-timers dekning og det ikke finnes noen andre involverte behandlere som gjør det, gir du familien en liste med telefonnummer og adresse til aktuelle akutt-tilbud. Oppfordre

familien til å ringe deg 24 timer før en behandlingstid dersom timen må kanselleres eller utsettes.

GI HJEMMEOPPGAVER

Mot slutten av timen, eller tidligere om det er mulig, gir du familien de første hjemmeoppgaver som består i å planlegge et fast tidspunkt for familiemøte der de diskuterer spørsmålene eller bekymringene de har om det som ble tatt opp i den første behandlingstimen. I den andre timen tar du opp symptomer, slik at de kan begynne med å tenke sammen om hvordan ulike symptomer innvirker på familien.

Hjelp familien med å planlegge et fast familiemøte mellom behandlingstidene.

Be familien om å finne dag og tid for familiemøtet. Det første familiemøtet kan være kort, kanskje bare 10-20 minutter. Det første møtet vil hjelpe familien med å etablere en rutine som du ønsker at de skal fortsette med gjennom hele familiebehandlingen. Hjemmeleksen vil variere fra uke til uke, men som en regel skal deler av oppgaven gjennomføres i løpet av familiemøtet.

FLEKSIBILITET (NÅR DU REKKER MINDRE ELLER MER ENN PLANLAGT)

På dette punktet i første behandlingstid kan det tenkes at du nesten har brukt opp tiden og føler at du har gjennomgått tilstrekkelig materiale for en dag. Dersom dette er tilfelle, kan du avslutte timen og oppsummere hva du har sagt så langt, for deretter å forberede dem på neste time (se nedenfor). Men kanskje er du bare kommet 35 minutter inn i 50-minutters behandlingstid og føler at de (og du) kunne gjøre mer. Hvis det er tilfelle, kan du gå videre til «Å lede en familiesamtale om pasientens symptomer» (som vanligvis tas opp i andre behandlingstid).

Gjennomgå et av arbeidsarkene, for eksempel det om depresjon eller mani. Instruksene for å lede denne øvelsen finner du nedenfor, for andre behandlingstid.

PLAN FOR NESTE BEHANDLINGSTID

Om du tenker at familien har fått nok i første time, setter du opp dato og tidspunkt for neste møte og minner familien på at du kommer til å starte med en del pedagogisk materiale i neste time. Gi familien mulighet til å stille spørsmål. Kanskje har de stilt spørsmål hele veien, og hvis de ikke har flere spørsmål, er det greit. Du kan si noe sånt som:

☞ Vi har tatt opp mange ting i dag. Det kan tenkes at det dukker opp spørsmål i løpet av uken, og jeg vil gjerne starte neste time med å spørre om dere lurer på noe fra forrige time.

OPPSUMMER OG REFLEKTER

Hvis det er tid til det, bør du gi en kort oppsummering av timen og sjekke med familiemedlemmene hvordan de har opplevet timen. Du kan si noe som dette:

☞ Timen i dag var en innledende behandlingstid. Vi har begynt å bli litt bedre kjent med hverandre. Hva synes dere?

Deretter snakket vi om mål. Jeg vil skrive ut disse målene og gi dere kopier neste uke slik at vi får en klar påminnelse om hva vi vil ta opp i samarbeidet vårt. Hvis dere kommer på flere mål i løpet av uken, pluss vi dem på listen vår neste gang. Er det noe mer dere ønsker å sette på dagsorden?

Jeg liker målene dere har formulert, og det gjør meg optimistisk og spent med hensyn til det videre arbeidet vårt. Jeg tror det er mye vi kan få til sammen i løpet av de neste ukene.

HVA BETYR HØY RISIKO?

Et spørsmål som ofte dukker opp i den første eller andre behandlingstimen, er hva som menes med at pasienten har psykisk lidelse, eller at pasienten har *høy risiko* for bipolar lidelse eller psykose. Vurder om du bør inkludere følgende informasjon i svaret ditt, som må tilpasses familiens utdanningsnivå og språklige nivå:

Vi pleier å snakke om *høy risiko* når noen erfarer en rekke symptomer og forandringer i hvordan de fungerer i det sosiale og i skole/ jobb. Det er sammensetningen av symptomer mer enn et enkelt symptom, hyppigheten og intensiteten av symptomene, og den uroen og engstelsen de skaper - som antyder en *høy risiko*.

Vanlige symptomer når man tenker på *høy risiko* inkluderer blant annet det å ha store humørsvingninger (opp eller ned, irritabilitet), sosial tilbaketrekning, nedgang i karakterer, søvnvanster, ukarakteristisk eller merkelig oppførsel, økende konsentrasjonsvanster, økt sensitivitet overfor tegn, lyder, lukt og berøring, tap av motivasjon, overdreven tro på egen makt eller innflytelse, og mistenksomhet overfor andre. Vi skal snakke mye mer om alle disse symptomene i behandlingstimen neste uke.

Feber sies å være et tidlig varseltegn på meslinger. Dette betyr at feber kan være en indikasjon på at meslinger er på gang. Men som dere vet, vil ikke alle som har feber, utvikle meslinger. På samme måte kan vi si at disse tidlige varslene som jeg nettopp beskrev, kan være eller ikke være den tidligste fasen

av en affektiv lidelse- eller psykotisk lidelse. I utvikling av en lidelse, finnes det oftest en fase med milde symptomer forut for de mer alvorlige symptomene.

Tilgjengelig forskning tyder på at mindre enn 40 prosent av de som oppfyller kriteriene for *høy risiko*, vil utvikle bipolar- eller psykotisk lidelse innen to til fem år.

Dette er gode nyheter fordi det sier noe om at mindre enn halvparten av dem vi gjennom vurderingsprosedyrene våre har identifisert som å ha høy risiko eller være i faresonen for det, vil komme til å utvikle alvorligere problemer. Vi ønsker å øke prognosen for bedring ved å gi familiebehandling på et tidlig stadium. Vi håper at vi gjennom samarbeidet vårt vil minske risikoen deres og skape et mer beskyttende miljø for dere.

Et annet spørsmål i forbindelse med denne problemstillingen er hva vi skal kalle bipolare eller psykosesyntomer. Hvis pasienten har en etablert bipolar lidelse, vil han/hun kanskje foretrekke betegnelsene mani og depresjon. Noen ungdommer eller unge voksne foretrekker kanskje å snakke om humørsvingninger, opp- og ned-svingninger, eller andre alternativer for mani og depresjon. Spør de unge hvilke betegnelser de foretrekker.

Likeledes kan pasienten ha innvendinger mot ordet psykose. Han/hun vil kanskje foretrekke et mindre ladet begrep som «forstyrrelser i tankene». Nok en gang, spør hvordan han/hun gjerne vil at du refererer til symptomene.

Å FÅ GOD KONTAKT, OG Å AVSLUTTE

I dette avsnittet legger vi vekt på betydningen av å reflektere over erfaringene våre mens vi er i behandling. Vi kan ikke lese familiemedlemmenes tanker, derfor er det viktig at vi med jevne mellomrom spør om hvordan de opplever det vi snakker om i behandlingen. Det å få ærlige tilbakemeldinger, vil hjelpe oss til å tilpasse takten i behandlingen og organisere den slik at den blir akseptabel og meningsfull for dem. Hvis timen har gått bra, kan det være oppmuntrende for familien at du gir uttrykk for den følelsen, og at du prøver å skape en optimistisk atmosfære.

Bruk noen minutter på å småprate med familien om noe lett, kanskje om morsomme planer de har for kommende helg, eller om aktuelle hendelser som er relevante for interesser du har til felles med familien. Det er antakelig viktigst å rette innsatsen mot å få god kontakt med tenåringsen ved starten og slutten på de første behandlingstimer. Dette er spesielt viktig hvis du merker motvilje hos tenåringsen mot å delta i behandlingen. Jo mer kontakt du kan oppnå med tenåringsen, desto bedre. Når foreldrene ikke må dra tenåringsen med til behandlingen, er det mer sannsynlig at familien kommer regelmessig til timene. Tenåringer har en egen evne til å oppdage

når en voksen prøver for hardt, så ikke gjør anstrengelsene for åpenbare.

Ha en god tone med familiemedlemmene. Forsiktig bruk av humor vil skape en god atmosfære til tross for de vanskelige samtalene som nettopp kan ha funnet sted. De kan få mer tillit til deg når de skjønner at du minner dem om at livet dreier seg om mer enn problemer.

Ideelt sett bør denne behandlingen inneholde en god del delt og forsiktig latter. Foreldre kommer ofte inn døren med et høyt nivå av stress og fortvilelse. Det er forståelig i lys av familiens omstendigheter. Du skal selvsagt ikke trivialisere bekymringene deres eller alvoret i situasjonen, men du kan forsøke å balansere det med noen muntre øyeblikk. Det kan forhindre at du og de blir utbrent. Et underliggende mål for behandlingen er å hjelpe pasientene og familiene til å komme seg videre i livet til tross for symptomene. De kan fortsatt jobbe, ha venner, og være sammen med hverandre og ha det gøy til tross for symptomene. Det kan være betryggende for dem å bli minnet om dette ved at de deler noen muntre øyeblikk i behandlingen.

Andre time:

Samtale om symptomer og stress-sårbarhetsmodellen

MÅL FOR ANDRE TIME:

1. Småprat. Spør om pasienten eller familien har hatt noen reaksjoner på den første timen. Følg opp hjemmearbeidet – Hadde familien møte? Hvilke spørsmål har de til deg som kom opp i møtet deres? Hvilke ytterligere mål har de for behandlingen?
2. Ta en ny kikk på behandlingsmålene dere drøftet i forrige uke. Forsøk å skape en kobling mellom noen av målene og samtalen om symptomer som nå skal finne sted.
3. Legg til rette for familiesamtalen om pasientens symptomer. Oppfordre pasienten til å dele sine erfaringer, spør familiemedlemmer om hvordan de pleier å respondere, og spør pasienten hvilke reaksjoner han/hun mener er mest til hjelp.
4. Hjelp pasienten med å komme i gang med å lage en stemningsdagbok.
5. Introduser stress-sårbarhetsmodellen **Supplerende arbeidsark C** (hvis det er tid til det).
6. Hvis det er tid til det, gjennomgå **Supplerende arbeidsark D «Sårbarhet for psykose og bipolar lidelse»**.
7. Planlegg neste time og gi hjemmelekser – et familiemøte for å snakke om materialet vi har brukt i gruppen og spørsmål dere har til materialet.

8. Småprat

9. Etter denne andre timen og før tredje time må du bruke tid på klinisk tilpasning. Lag en plan for de resterende behandlingstimene.

Det er to pedagogiske hovedmål for denne timen. Det første er å tilrettelegge for et samspill der pasienten og familiemedlemmene deler erfaringene sine med affektive symptomer og psykosesymptomer, og du gir tilleggsinformasjon om disse symptomene etter behov. Det andre målet er å presentere stress-sårbarhetsmodellen for familien for å gi det teoretiske grunnlaget for mye av behandlingen som følger, og å belyse den rollen stress kan spille i å forverre symptomer og funksjon.

FØLG OPP HJEMMELEKSENE DU HAR GITT

Spør familien om de har klart å ha familiemøte og finn ut om de har noen spørsmål eller bekymringer som kan ha dukket opp i løpet av møtet. Hvis de ikke fikk til noe familiemøte denne uken, bør du la familien få vite at det vil være nyttig for fremgangen i behandlingen om de finner en rutine med fast ukentlig møte mellom behandlingstimene. Da går de gjennom noe av informasjonsmaterialet som presenteres hver uke, og trener på noen av kommunikasjons- og problemløsningsferdighetene. Be dem om å finne det tidspunktet hvor det passer best for alle å snakke sammen som familie. Siden dette kan innebære en endring i familierutinene, hvordan skal de huske at de skal møtes til den fastsatte tiden? Skal de skrive opp tidspunktet for møtet i familiens kalender, eller skal noen ta ansvaret for å samle alle på det avtalte tidspunktet?

GÅ GJENNOM BEHANDLINGSMÅLENE

Hvis det finnes en måte å skape en kobling på mellom et av målene deres og den samtalen om symptomer som skal finne sted, må du prøve å finne den.

For eksempel: Far, i forrige uke nevnte du at du er interessert i å utvikle en bedre forståelse av X sine symptomer, og X, du ville gjerne hjelpe foreldrene dine til å forstå hvordan det er for deg å ha disse symptomene. Dette er målene vi skal ha fokus på i dag.

LEGG TIL RETTE FOR FAMILIESAMTALE OM PASIENTENS SYMPTOMER

Uansett om pasienten har bipolar lidelse, psykose, eller en tidlig debut- eller høyrisikotype av en av lidelsene, er det viktig at du gjennomgår pasientjournalen før du setter deg ned i møte med familien i denne andre behandlingstimen. Grundig kjennskap til pasientens symptomer vil styre avgjørelsen din om i hvilken rekkefølge symptomene bør tas opp. Tenk deg for eksempel at du arbeider med en ungdom som har noen opplagte symptomer på mani (for eksempel grandiose vrangforestillinger) eller positive psykotiske symptomer (hører stemmer). Foreldrene, derimot, ergrer seg over «latskapen» hans og at han har vanskelig for å komme seg på skolen. I dette tilfellet kan det være mest produktivt å snakke om de maniske eller psykotiske symptomene først. Straks foreldrene har fått en bedre forståelse for noen av de uvanlige symptomene tenåringen erfarer, kan de være mer mottakelige for å tenke på «latskap» som et mulig tegn på depresjon eller et negativt symptom.

Altså vil en klar forståelse av tenåringens symptomer hjelpe deg å velge arbeidsark som er relevante for familien. Hvis tenåringen for

eksempel har komorbid angst, kan det valgfrie arbeidsarket for disse symptomene inkluderes i vurderingen. Tenk over hvordan du best kan tilpasse farten i behandlingstimen, og sett av mest tid til å samtale om de symptomene som er mest problematiske, fortvilende og/eller forstyrrende for tenåringen og/eller familien. Målet er ikke å sikre at samtlige symptomer blir tatt opp, men at alle i familien skal være i takt med hverandre når det gjelder symptomene og lidelsene pasienten har.

Før timen bør du tenke over hvor åpne kommunikasjonskanalene innen familien er når det gjelder tenåringens symptomer. Pasientens behandler kan ha noen ideer om dette. Noen pasienter er uvillige til å dele detaljer om symptomene sine med foreldrene, derfor må spørsmål som er myntet på å få dem litt mer frem, bli stilt med varsomhet. Andre pasienter synes ikke å være klar over symptomene eller fastholder en «alt går bra-holdning», mens foreldrene har gitt slående eksempler på symptomer (nedgang i skoleresultatene, holder seg våken hele natten for å jobbe med urealistiske prosjekter, uforklarlig roping på rommet som kan tyde på at de svarer på stemmer, manglende opptatthet av hygiene, osv.). Disse pasientene kan bli sinte og/eller trekke seg tilbake når forelderen prøver å beskrive disse symptomene for deg. Ideelt sett vil denne timen gjøre at familiemedlemmene utvikler større forståelse for hverandres opplevelse av pasientens symptomer. Men hvis det er mye sensitivitet i familien over å «få problemene fram i lyset», kan du gi informasjonen om symptomene i et mer edukativt format. I og med at dette bare er andre time, vil vi ikke stresse deltakerne for mye ved å prøve å fremtvinge mer åpenhet. Vi ønsker at alle skal henge med når det gjelder de ulike symptomene vi vil fokusere på i løpet av samarbeidet.

Når det er sagt, er den vanligste situasjonen den at foreldre og ungdommer er villige til å snakke åpent om sine erfaringer med symptomer når de blir oppfordret til å gjøre det. Pasienten er ofte mer imøtekommende når han/hun blir bedt om å snakke først om egne erfaringer, og så kan familiemedlemmene føye noe til denne beskrivelsen eller komme med sitt eget perspektiv. Husk at pasienten er «ekspert» på egen lidelse.

KLINISK TIPS:

Å utforske pasientens symptomer skal ikke føles som en gjentakelse av den kliniske vurderingen med familien som tilskuere.

Målet er derimot å legge til rette for en dypere forståelse hos familien om hvordan det føles for den unge å ha disse symptomene, og kanskje en dypere forståelse hos den unge av hvordan symptomene hans/hennes virker inn på familiemedlemmene og familielivet. Så hvis du har følelsen av at du bare spør om symptomer og pasienten bare svarer ja eller nei, må du ta et par skritt tilbake og oppmuntre til samtale med noen åpne spørsmål: Hvordan var det for deg (pasienten) da tankene begynte å rase gjennom hodet ditt? Når la du merke til det for første gang? Hva legger du (moren) merke til når Olav blir sånn? Olav, hva får deg til å føle deg bedre? Hvordan vet du at noe føles annerledes?

Når denne timen går bra, behøver du ikke gjøre så mye. Be ungdommen om å beskrive erfaringene sine med for eksempel depresjon, mani, mistenksomhet eller apati, og familiemedlemmene bør også delta med sine

oppfatninger av atferden. Grip inn dersom ulike oppfatninger fører til uenighet, si for eksempel at «det er ikke uvanlig at medlemmene i familiene er uenige om disse symptomene og hvordan de påvirker andre, men på dette stadiet er det best at vi bare får alles innspill på bordet».

Unngå å spørre om symptomer i ja/nei-format, for eksempel: «Har du noen sinne hatt uvanlige ideer, eller er ikke det noe du har erfart?» «Har det alltid vært sånn, eller er det bare nå i det siste?». Disse spørsmålene kan formuleres åpent, for eksempel: «Har du noensinne hatt uvanlige ideer? Når begynte det/ble det verre/ble det bedre? Hvordan føltes det?»

Hvis pasienten har hatt maniske- eller depressive episoder, er det dessuten nyttig å prøve å finne ut hvilke symptomer som kom først. Det vil si, hva var det første tegnet på at en manisk episode var under utvikling? Mindre søvnbehov? Tanker som raste? Irritabilitet? Når det gjelder depresjon, var det utmattelse? Negativ tankegang? Senere vil du da kunne benytte denne informasjonen til å konstruere den mestringsplanen, noe som krever at vi tenker på sykdomsepisoder som en sekvens av hendelser.

Å FORKLARE MANISKE- ELLER HYPOMANE SYMPTOMER HOS UNGDOM MED BIPOLAR LIDELSE

Hvis pasienten har bipolar I- eller II-lidelse, eller befinner seg på det bipolare spektrum (bipolar INA), bør du starte med å snakke om maniske (eller hypomane) og depressive symptomer. Gi familien **Arbeidsark 2a og 2b** med titlene «**Symptomer på mani**» og «**Symptomer på depresjon**». Disse arkene har bilder og forenklet språk for å hjelpe tenåringer og foreldre til å forstå hvordan symptomer opptrer innenfor ulike stemningstilstander. Denne delen av opplæringen

belyser det faktum at affektive lidelser utvikler seg gradvis, og at de ofte er komorbide med andre lidelser. Det er viktig at familiemedlemmer blir kjent med bipolare lidelser, slik at de kan snakke med gruppelederen om pasientens humørsvingninger. Vær åpen og inkluderende om hva ungdom og familiemedlemmer betrakter som symptomer på mani/depresjon og atferdsmessige og/eller konsentrasjonsvansker (selv om du kan ha mistanke om at noe av denne atferden; for eksempel manipulerende tendenser, kverulerende tendenser eller manglende gjennomføring, hører til normal utvikling eller personlighetstrekk).

Hvis et barn også har diagnosen ADHD eller en annen komorbid lidelse, bør du ta opp disse symptomene også, og snakke om hvordan de skiller seg fra maniske symptomer.

Tenåringer med bipolar lidelse har ikke alltid de samme symptomene som voksne pasienter med bipolar lidelse. For eksempel er det karakteristisk med episodisk kort oppmerksomhetsspenn, anhedoni, lav toleranse for frustrasjon, plutselige utbrudd av sinne etterfulgt av skyldfølelse, langvarige tilstander av opphisselse over små hendelser, og utagerende atferd. Be familien og tenåringen om å bruke sine egne ord for å beskrive humørsvingninger, endringer i aktivitet- og/eller atferdsproblemer. Mange ungdommer greier ikke å identifisere depresjonssymptomer når de blir spurt: «Hva skjer når du blir trist?» De svarer heller på spørsmål om når de kjedet seg eller «ville vekk fra alt og alle».

De fleste foreldre foretrekker å snakke om «ukontrollert sinne», som er et typisk tegn på tidlig debut av bipolar lidelse. For at foreldre skal kunne forstå pasientens atferd av opposisjon og sinne, trenger de informasjon om hva som skjer inne i barnets hjerne. Det er sannsynlig at pasienten har liten eller ingen kontroll over dette sinnet på grunn av forstyrrelser i neurotransmitternes produksjon. Vi har trukket paralleller for familiene mellom begynnelsen på dette sinnet og «et tog som ruller ut fra stasjonen. Når toget har tatt av, følger det sitt eget spor og når det ruller fort nok, er det ingen som kan hoppe av, selv ikke togføreren. Trikset er å forsøke å hindre toget i å forlate stasjonen i utgangspunktet.»

Når pasienten begynner å miste kontrollen på sinne, er til og med de beste planer for atferdskontroll vanligvis ineffektive. Pasienten lar seg ikke påvirke av trusler, forklaringer eller belønninger. Konsekvensene, som foreldrene og pasienten er blitt enige om, kan bare være effektive når pasienten befinner seg i en tilstand der han/hun kan forstå meningen med dem



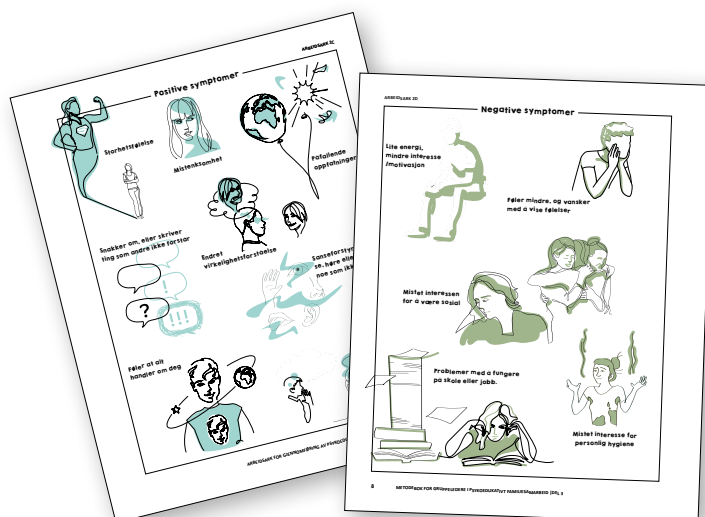
(Greene, 1998). Med dette som bakgrunn må det finnes en plan for hvordan man skal gå frem når tenåringen er symptomatisk versus eutym (i stabilt humør), hvilket gjør dette undervisningsemnet enda mer avgjørende. Senere i FFB kan du lede familiene via kommunikasjon og problemløsning til å utvikle planer for atferdskontroll som kan iverksettes når tenåringen begynner å eskalere.

Eksempel: Reaksjoner på diagnosen (Jessica, 15 år)

Jessica var en 15 år gammel jente som fikk diagnosen bipolar 1-lidelse. Hun var kronisk irriterbar i løpet av de maniske eller hypomane stadiene, tidvis med depresjonsperioder. Jessica viste sin motstand mot undervisningsfasen ved å «ruse motoren» i behandlingstimen. Når hun var i full gang, kunne hun bli hyperverbal, avbryte gruppelederen eller foreldrene sine, og endre samtalen over til helt andre tema. Gjentatte ganger var det vanskelig å holde henne fokusert på oppgaven. Moren hennes pleide å bemerke at hun ikke var sånn før timen. Når hun ble spurt, nektet Jessica først for det som ble observert. Vi påpekte hvor opplagt forskjellen var, og hun var enig i det, men hun var ikke i stand til å identifisere årsaken. Hun forklarte at hun ikke likte å dele følelsene sine. Hun sa også at som mange andre tenåringer var hun redd for at om hun innrømmet problemene som skyldtes lidelsen, ville foreldrene hennes holde det mot henne og begrense privilegiene hennes, for eksempel å dra ut med venner. Til slutt sa hun at hun virkelig slet med å oppfatte seg selv som annerledes enn andre, og at hvis hun ikke snakket eller tenkte på disse forskjellene, ville det hele kanskje ikke være sant. Å innrømme dette ubehaget gjorde at hun ble i stand til å snakke om følelsene sine i forbindelse med diagnosen, i rammen av de psykoedukative behandlingstimen.

Å AVKLARE SYMPTOMER PÅ PSYKOSE (ELLER PRODROMAL PSYKOSE) HOS UNGDOM

Du kan eventuelt begynne med å dele ut **Arbeidsark 2c, «Negative symptomer»** eller **Arbeidsark 2d «Positive symptomer»** avhengig av hvilket sett av symptomer du mener best karakteriserer pasienten og vil kunne føre til den mest produktive innledende samtalen. Du bør benytte disse arbeidsarkene på en fleksibel måte for å snakke om symptomer i den rekkefølgen som gir mest mening for en bestemt familie.



Noen familiemedlemmer forvirres av uttrykket «negative symptomer» og gir eksempler på sønnens eller datterens «negative» eller «opposisjonelle» atferd. Likeledes blir noen familiemedlemmer forvirret av uttrykket «positive symptomer» og de tror dette refererer til prososial atferd eller tegn til forbedring. Vi forklarer at uttrykkene referer til noe man har for lite av (negative symptomer) eller noe man har for mye av (positive symptomer). Du må kanskje gjøre klart at negative symptomer egentlig dreier seg om tap av normale funksjoner eller tilfeller der det foreligger en mangel på motivasjon eller interesse. Foreldrene kan for eksempel ha lagt

merke til en forandring i sønnens eller datterens interesse for å ta opp mobilen og ringe til venner, og å ta initiativ til sosiale aktiviteter. Pasienten er altså mindre interessert i sosialisering, skole eller yrkesaktiviteter.

Hvis pasienten lider av schizofreni eller en annen form for tidlig debuterende psykose, kan familiemedlemmer ha vanskelig for å skille negative symptomer fra depresjon. Vi anerkjenner dette problemet og ser på det som en mulighet til å forsterke viktigheten av å spore symptomer over tid. Vi kan si noe som dette:

... Ja, du har rett. Dette kan være symptomer på depresjon. Det er mye overlapp mellom symptomer på depresjon og symptomene som følger med psykose. Det er derfor vi bør spore disse symptomene nøye over tid for å få et bedre holdepunkt for hva som skjer. Det er typisk at depresjon kommer og går, mens negative symptomer er mer kroniske og opptrer selv når noen ikke føler seg spesielt trist.

Etter hvert som familiemedlemmene gir eksempler, kan du stille spørsmål om symptomene for å kunne trekke ut mer relevant informasjon. Du kan for eksempel spørre tenåringen om å utdype hvordan han/hun opplever et spesifikt symptom, eller spørre familiemedlemmene hvordan det føles for dem å oppleve at sønnen/datteren eller broren/søsteren har et spesielt symptom.

Når du beskriver uvanlig tenkning, si noe som dette:

... Et eksempel på forvirring om hva som er reelt og hva som er innbilt, er når du lur på om noe virkelig har skjedd eller om det bare var en drøm. Har du noen gang opplevd det?

Etter at de har svart, kan du for eksempel si:

... Mange mennesker har hatt denne opplevelsen et par ganger, den er kortvarig og forvirringen varer bare et øyeblikk. Når denne typen erfaringer vedvarer i lengre tid, eller opplevelsene opptrer hyppig og er skremmende, blir de betraktet som symptomer på uvanlig tenkning.

Her er et eksempel på hvordan du kan beskrive mistenksomhet:

... Mistenksomhet er tanken om at folk ikke er til å stole på og/eller at noen prøver å skade deg. Mange av de unge menneskene vi møter har den opplevelsen. Janne (pasienten), har du noen gang hatt den typen symptomer? Hvordan var det?

Til tider kan dette komme i konflikt med det å være i stand til å gå på skolen eller få seg nye venner. Har du noen vært mistenksom og ikke villet gå på skolen fordi du var redd for at andre på skolen skulle skade deg på en eller annen måte?

Herr og Fru Hansen (foreldrene), er dere klar over at Janne har slike symptomer med mistenksomhet? Hvordan vet dere når hun har disse symptomene? Hvordan er det for dere når hun opplever disse symptomene? Hva gjør dere vanligvis når hun opplever disse symptomene? Janne, når din mor gjør X, pleier det å hjelpe deg? (Dersom Janne sier nei, spør henne om hva som ville vært en mer hjelpsom reaksjon. Tror mor at hun kan reagere på den måten Janne foreslår?)

Noen ganger er det lurt å spørre de andre familiemedlemmene om de selv har erfart noen av symptomene du beskriver. Dette kan hjelpe pasienten til å føle seg mindre stigmatisert og i søkelyset. Det kan også få pasienten til å føle seg mindre ensom i erfaringen sin med å takle affektive- eller psykosesyntomer. Spør for eksempel faren om han noen gang har følt seg deprimert eller om han har vært uvanlig mistenksom overfor andre, kanskje på arbeidet. Spør moren om hun noen gang har opplevd å føle det som om hun var i en drømmetilstand.

Når vi snakker om symptomer på uvanlige tanker som opptatthet av det overnaturlige, har noen av pasientene sagt at alle vennene deres må ha psykose fordi alle er interessert i dette. Vi kan da si noe sånt som:

... Greit nok. Tenåringer (eller unge voksne) er gjerne nysgjerrige og åpne, og de er villige til å tenke over mange forskjellige ideer. Dette blir bare grunn til bekymring når noen blir ekstremt opptatt av disse tankene (for eksempel UFO-spotting), og denne opptattheten blir forstyrrende for hvordan de fungerer hjemme, på skolen eller på jobb. Tror du at noen av disse ideene har gitt deg problemer?

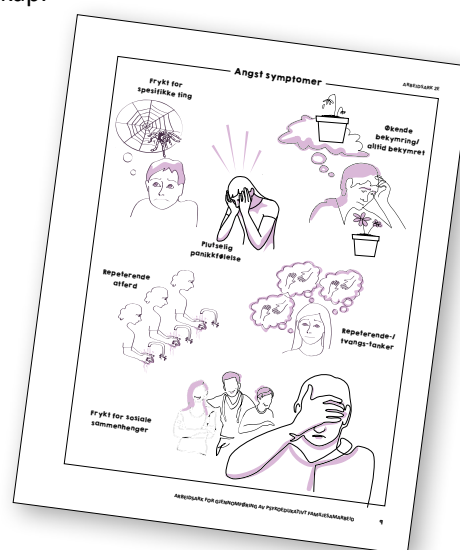
Det er viktig at familiemedlemmene blir fortrolige med disse symptomene slik at de bedre kan observere og forstå det som skjer med pasienten og snakke med deg om det de observerer. Siden et av behandlingsmålene er å forhindre at en depressiv/manisk/psykotisk episode utløses, er det viktig for familiemedlemmer å kunne fortelle gruppelederen om de føler at sønnens eller datterens symptomer forverrer seg. Skap en åpen og behagelig atmosfære slik at dere kan snakke om hele spekteret av symptomer.

Led hver familie gjennom arbeidsarkene i et tempo som de er komfortable med. Ved avslutningen av samtalen om symptomer spør du hver enkelt om å identifisere de symptomene de synes er mest plagsomme, og hvilke de ønsker hjelp med først.

Å UTFORSKE ANGSTSYMPTOMER

Hvis ungdommen har angstsymptomer, bør dere også snakke om disse symptomene. Det kan være nyttig å dele ut **Arbeidsark 2e, «Symptomer på angst»** når du beskriver disse symptomene.

Hjelp familien til å forstå at angst kan være et symptom på bipolar lidelse eller psykose, men det kan også være en separat «komorbid» lidelse. Generelt kan alvorlige angstsymptomer kreve tilleggsbehandling, som eksponeringsbehandling, eller andre former for KAT. SSRI spiller også en vesentlig rolle i å håndtere angstsymptomer. Du kan eventuelt supplere behandlingen med KAT-tilleggsteknikker mot angst, for eksempel øvelser i avslapning eller mindfulness. Forskjellen med FFB er at du involverer hele familien i disse øvelsene. For eksempel kan en avslapningslydfil lyttes til i fellesskap.



DERSOM DET BLIR DÅRLIG STEMNING NÅR DERE SNAKKER OM SYMPTOMER

Noen ganger blir pasienten sint i løpet av samtalen om symptomer når han/hun hører andre familiemedlemmer beskrive symptomene sine. Familiemedlemmenes beskrivelser passer kanskje ikke pasientens egen forståelse av dem, og det kan få ham eller henne til å føle seg misforstått eller tråkket på, som om de andre prøver å fortelle han/henne hvordan han/hun føler. Hvis du legger merke til at dette skjer, bør du undersøke disse følelsene og opplevelsene videre.

Det kan være nyttig å bekrefte gyldigheten av pasientens bekymringer og å minne alle om at pasienten er eksperten på hvordan disse symptomene føles for henne/ham. Alle de andre kan kommentere egne erfaringer med lignende typer symptomer, men de kan bare gjette hvordan symptomene oppleves hos en annen person. Tonen og språket familiemedlemmer bruker når de deler sine erfaringer knyttet til pasientens symptomer, er viktig med hensyn til hvor lett det er for pasienten å tolerere denne informasjonen.

KLINISK TIPS – PASIENTEN SOM EKSPERT

Fortell pasienten at «du er eksperten på dine egne symptomer. Vi er avhengige av deg for å lære oss om hva denne lidelsen egentlig dreier seg om. Du er den som har vært gjennom det, og du har et perspektiv som hverken jeg eller foreldrene dine kan dele.»

Når man snakker om en annen persons indre opplevelser, vil vanligvis en undersøkende og prøvende tilnærming provosere mindre reaktivitet enn en mer autoritær tilnærming. Ord som «Jeg innbiller meg at det å oppleve Y kan være X», pleier å fungere bedre enn «Du føler deg X når du erfarer Y». For eksempel vil en uttalelse som «Jeg kan tenke meg at det kan være skremmende (X) å tro at andre på skolen prøver å skade deg (Y)» gjerne bli bedre mottatt enn «Du blir redd når du tror at andre prøver å skade deg på skolen». Hvis stemningen blir anspent, bør gruppelederen vurdere å oppmuntre familiemedlemmer til å stille spørsmål slik at de bedre kan forstå pasientens erfaringer, eller begynne med «Jeg kan tenke meg ...» eller «Jeg tipper at det kan være ...» når de skal formulere en uttalelse om pasientens opplevelse.

Samtidig har familiemedlemmer førstehånds-erfaringer med pasientens symptomer og med virkningene av disse symptomene på familiemedlemmene. Forståelig nok kan familiemedlemmer oppfatte pasienten svært annerledes enn hvordan han/hun erfarer seg selv, fordi familiemedlemmene kan være mest klar over de eksternaliserte aspektene som irritabilitet, kverulerende tendenser, eller å skulke skolen eller jobben. Pasienten er nok mest oppmerksom på de internaliserte erfaringene, som depresjon, følelse av opprømtet, eller indre opplevelser som er forstyrrende og kanskje angstfremkallende (hører stemmer, har konsentrasjonsvansker, osv.).

For å oppsummere: Når et familiemedlem erfarer symptomer, er det vanlig at hvert familiemedlem har sin opplevelse av dette. Hver persons perspektiv er nyttig for å forstå virkningen av disse symptomene på personen og på familien.

Å LAGE ET KART OVER
STEMNINGSTILSTANDER

Allerede fra første eller andre behandlingstime bør du prøve å få pasienten til å kartlegge humørsvingninger eller annen viktig atferd og tanker. I denne timen fokuserer vi på å kartlegge humørsvingninger anvendt på pasienter med lidelser i det bipolare spektrum. Vurder hvordan du kan tilpasse denne oppgaven til en pasient hvis hovedproblemet er paranoia/mistenksomhet eller auditiv hallusinose.

Humørkart er ganske verdifulle når det gjelder å spore fremgangen til en pasient, identifisere nye tegn på forverrende symptomer, identifisere døgnvariasjoner, gjenkjenne virkningen av stressfaktorer, og avklare rollen til uregelmessigheter i søvn-/våkensyklusen. Humørkart gjør også pasienten mer bevisst på seg selv og observant på humør og atferd. Selvinnsikt er særlig viktig for å takle affektive lidelser. FFB er et godt sted for pasienten og familien å lære seg verdien av selvmonitorering.

Start med å be pasienten beskrive humøret sitt og hvilken beskrivelse som passer til hver tilstand. Hvis du har en flippover eller en tavle, kan du stå ved den og tegne en horisontal linje i midten, eller gi pasienten skjemaet i **Arbeidsark 3, «Hvordan jeg føler meg»**. Spør pasienten først (eller foreldrene hvis pasienten nøler). Skriv ordet som beskriver fravær av symptomer (altså: avslappet, rolig, normal, typisk). Tegn deretter en strek rett ovenfor og nedenfor midtlinjen og spør pasienten hvilke ord han/hun vil bruke for milde svingninger opp- eller ned (for eksempel «ganske bra» versus «litt trist» eller «frustrert»). Forklar at disse svingningene er representative for normale humørsvingninger man kan oppleve hvis man føler at ting går bra eller ikke så bra. Tegn deretter en linje ett trinn høyere og ett trinn lavere enn linjene du nettopp har tegnet. Be pasienten om å beskrive stemningen på hver av disse linjene. For eksempel kan den øverste linjen kalles «topp humør» eller «virkelig glad», mens bunnlinjen kan kalles «kjeder meg skikkelig» eller «helt på bønn». Bruk deretter en separat linje for sinne og be pasienten plassere den på kartet der den klart passer best for han/henne. Det kan være lurt å ha linjer for sinne i de øvre og nedre delene av kartet. Spør så pasienten om det er andre tilstander som burde kartlegges (for eksempel angst, suicidalitet, trang til å bruke stoff). Be pasienten å bestemme hvor hver av disse linjene bør plasseres på kartet.

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
Jeg våknet:							
Jeg la meg:							

Når linjene er på plass med ord som beskriver stemningen, skal hver stemning plasseres på bunnen av siden (tavle eller arbeidsark) som en overskrift. Pasienten begynner å liste opp symptomer som passer godt med hver av tilstandene (for eksempel kan «helt topp» innbefatte fnising, høyrøstet snakk eller å føle seg mer energisk; «sinna» kan innbefatte banning, sparke i dører, dytte eller slå). Selvfølgelig kan det tenkes at noen unge ikke har hatt erfaring med aktiverte eller sinte tilstander. Pass på å akseptere pasientens og familiens input til presentasjonen av symptomer. Oppmuntre foreldrene til å delta i prosessen men å ta hint fra tenåringen. Forsøk å ha en atmosfære av nysgjerrighet og letthet i rommet, og anerkjenn at det kan være vanskelig for pasienten å fokusere på sine sinnstilstander og atferd.

Når skjemaet er ferdig, kan pasienten bruke dette regelmessig. Be pasienten om å fylle ut en humørvurdering minst to ganger daglig (for eksempel det beste versus det verste; morgen versus kveld) og enda hyppigere om han/hun er villig til det. Mer spesifikt skal du be han/henne sette et kryss på den linjen han/hun mente best karakteriserte humøret han/hennes på ulike tidspunkter av dagen. Inkluder til slutt to vertikale felt ved bunnen av hver dag for å registrere når han/hun gikk til sengs og når han/hun våknet opp hver dag. Han/hun kan også registrere stressutløserne for den uken på skjemaet, slik at han/hun kan begynne å gjenkjenne hvordan stressfaktorene påvirker humøret.

Gi pasienten en mal som kan dateres og kopieres for hver ukedag. Det er lettest om det kan benyttes ett enkelt ark for å karakterisere hele uken. Denne øvelsen setter ofte tenåringen i stand til å bevege seg i retning av egenomsorg

og uavhengighet. Hvis tenåringen setter seg imot å overvåke humør og/eller søvnmonster, kan du påpeke at «dette er en av de få tingene du kan gjøre for selv å ta kontroll over humøret ditt».

Likeledes kan du be en av foreldrene om å gjøre en lignende vurdering av pasientens humør hver dag, eller på flere tidspunkt om dagen. Dette er nyttig av tre grunner: at foreldrene skal følge med på de daglige svingningene i pasientens humør, og raskt kunne identifisere en forverring, og å gjøre det klart ovenfor tenåringen at han/hun ikke er den eneste som har fått hjemmelekser. Foreldre setter vanligvis pris på å få anledning til å registrere tenåringens humørsvingninger. Du kan be dem om å sette vurderingene inn i det samme humørskjemaet som ble laget for pasienten. Noen foreldre ønsker å gjøre mer detaljerte notater om pasientens humør, raseriutbrudd, medisiner og/eller stressfaktorer. Vurderingene i humørskjemaet kan også hjelpe foreldrene til å imøtegå misoppfatningen at pasienten kan kontrollere humørsvingningene sine, og kan dermed skape mer medfølelse med. Skjemaet kan skreddersys for behovene til hver familie. Noen familier liker denne øvelsen og vil gjerne utarbeide sitt eget skjema. Såfremt all informasjon blir registrert, kan vi oppmuntre til videre individualisering av skjemaet for familien eller pasienten. Jo mer den unge og familien føler at skjemaet passer for dem, desto mer sannsynlig er det at de vil gjøre det ferdig.

For noen pasienter vil du kanskje foreslå at de oppbevarer skjemaet på et opplagt sted, for eksempel ryggsekken eller oppå kommoden. Eventuelt kan pasienten oppbevare det sammen med kveldsmedisinene (hvis slike tas) slik at det blir lettere å huske registreringen.

Dersom pasienten har mange humørendringer i løpet av dagen og kvelden, kan hun/han sette en eller flere X-er på en av de linjene som tilsvarer tidspunktene på den dagen listen føres for. Men forsøk å unngå at oppgaven blir for komplisert. Bruk din kliniske vurdering til å bestemme det nivået som vil fungere best for tenåringen og sikre at hun/han er med på oppgaven. Hvis pasienten er en eldre tenåring eller en ung voksen, bør hun/han selvfølgelig få mer ansvar.

Ytterligere kartlegging kan utarbeides for andre atferdsvansker eller -symptomer pasienten og familien forteller om. Du kan for eksempel be et barn med mild psykose om å notere mistenksomheten sin overfor andre, graden av apati eller depresjon, eller følelsen av overstimulering.

REFLEKSJON

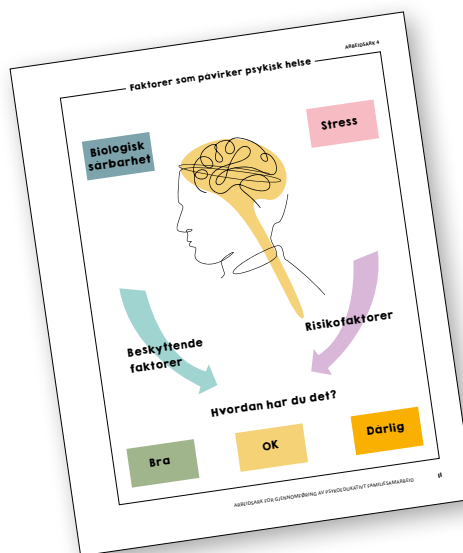
Ta et øyeblikks pause og sjekk med familien om samtalen du nettopp hadde med dem. Spør tenåringen om hvordan hun/han opplevde å snakke om symptomene sine, og spør familiedemedlemmene hvordan det var å høre det tenåringen sa, og å dele noen av sine egne erfaringer. Dersom dette føles naturlig, gi familien ros for å ha tatt en del risiko og gjort noen anstrengelser for å hjelpe hverandre å forstå hva som skjer med hver enkelt av dem. Denne prosessen kan hjelpe til med å snakke åpent om sine symptomer, og er et viktig skritt for å tilpasse seg det å leve med symptomene og eventuelt å takle de mer hensiktsmessig.

Hvis du har tid, og familien fremdeles virker opplagt og engasjert, spør dem om de har tilstrekkelig utholdenhet til å gjennomgå enda et arbeidsark i dag, eller om de heller foretrekker å avslutte nå og vente med det til neste uke. Forsikre deg om at du ikke overmetter familien med informasjon, og at behandlingene tar

omtrent 50 minutter. Husk å planlegge neste time og minne om hjemmelekser (arbeidsark 3).

STRESS OG SÅRBARHET (HVORDAN FÅR FOLK STEMNINGS- OG/ELLER PSYKOSESYMPTOMER?).

Stress-sårbarhetsteorien går ut på at stemnings- eller psykosesyntomer oppstår gjennom samspill mellom genetiske, biologiske og stressfaktorer. Dette er en enkel ide på overflaten, men mange har kun en forståelse av at «det har sammenheng med både arv og miljø». Målet er å hjelpe pasienten og familien til å forstå hva som menes med predisposisjon og stress uten å gå igjennom lange og kompliserte forklaringer om genetiske og miljømessige interaksjoner.



Det overordnede målet er at pasienten og familien innser at stemningssvingningene (eller psykosesyntomene) ikke nødvendigvis kan kontrolleres av pasienten, men at han/hun kan være i stand til å maksimere bruken av «beskyttende faktorer» for å forhindre at de nåværende symptomene blir alvorligere og kroniske. Angående **Arbeidsark 4, «Faktorer som påvirker på psykisk helse»**, kan du si:

☞ Vi vet at sårbarhet (predisposisjon) for stemningslidelser og psykose opptrer i noen familier (genetikk). Vi kan ikke endre på den genetiske sårbarheten som hver av oss bærer på, men vi kan endre på mengden av stress i livet vårt (til en viss grad) og på måten vi takler stresset på for å holde oss friske. Hva tenker dere om det?

Jeg vil gjerne forklare hva hvert av ordene i rektanglene og pilene betyr. Miljømessige stressfaktorer er en del av dagliglivet. Vi kan bestemme når vi vil skifte skole eller flytte, men det finnes alltid noe stress i livet til en person. Vi makter ikke å forandre på vår biologiske sårbarhet eller våre genetiske «predisposisjoner», de er vi er født med. For eksempel er noen mennesker genetisk predisponert til å få hull i tennene, altså at hull i tennene er noe som forekommer hyppig i deres familie. Denne personen pusser tennene like ofte og spiser samme mengde godteri som venninnen sin, men hun får karies mens venninnen ikke får det. Som du ser av arbeidsarket, tror vi at begivenheter eller situasjoner som vi opplever som vanskelige eller stressfulle, kan virke sammen med våre biologiske predisposisjoner. Det betyr at noen personer er mer tilbøyelige til å ha stemningssvingninger selv om de blir utsatt for lite stress, og det skyldes genene deres eller kjemien i hjernen.

Vi vet at noen familier er mer tilbøyelige til å ha stemningssvingninger. Men bare fordi sårbarheten din gjør det mer sannsynlig at du vil ha stemningssvingninger (eller psykosesyntomer), behøver ikke dette nødvendigvis bety at du vil oppleve dette. Da kan det være slik at stress og andre risikofaktorer – ting som gjør en lidelse

verre – spiller en rolle. Men hvis man lærer seg å takle stress eller andre vanskeligheter i livet, vil man ha færre vanskeligheter med stemningssvingninger. Ting vi gjør daglig for å håndtere vanskeligheter slik at vi føler oss bedre – som å få regelmessig søvn – kalles beskyttelsesfaktorer. Hva tenker dere om det?

Familiemedlemmer kan være veldig nyttige i begge disse oppgavene. De kan hjelpe med å skape et miljø med lite stress for en sårbar person, og de kan hjelpe denne personen med å takle stresset i dagliglivet.

Følg opp dette med noen spørsmål:

☞ «Dere har nevnt muligheten for at kan være genetisk sårbar fordi stemningslidelser forekommer i deres familie. Kan dere si noe mer om det?»

«Hva har forårsaket stress for deg (pasienten) tidligere? Har du noen gang hatt følelsen av at du ikke har hatt kontroll over følelsene dine?»

Det kan hende at du må forklare mer om hva som menes med «stress» og hvordan det kan håndteres. Mange tenåringer har opplevd stress (for eksempel mobbing eller å bli seksuelt trakassert av andre tenåringer), men de bruker andre ord for å beskrive den opplevelsen (for eksempel «en masse drama i det siste»). Kanskje andre familiemedlemmer peker på ting som tenåringen har funnet stressende. Spør hvert familiemedlem om å gi eksempler på u håndterbart stress som kom forut for en episode med fysiske eller følelsesmessige problemer (for eksempel: magesåret kom etter at et større prosjekt på jobben skulle leveres, hodepinen utviklet seg etter en periode med konflikter i familien, depresjonen kom etter en flytting til et annet sted).

Noen familiemedlemmer reagerer på samtalen om genetisk sårbarhet med skyld eller skam. Hvis du legger merke til dette, bør du utforske disse følelsene sammen med familien. Minn foreldrene på at «ingen av oss har kontroll med de genene vi arver eller viderefører til andre». Du bør også tilføye at «gener er bare en del av de faktorene som gjør at en person utvikler stemningslidelser eller psykosesymptomer ».

KLINISK TIPS

Etter at du har forklart disse arbeidsarkene, er det ofte nyttig å spørre et av familiemedlemmene om å gjenta med sine egne ord det hun eller han har hørt deg si. Å be dem om å tolke materialet med egne ord gjør at de oppnår en større grad av mestring med materialet, og det gir oss mulighet til å komme med utfyllende informasjon.

Det er viktig at vi ikke setter familien i forlegenhet ved å virke belærende. Formulerer du det på følgende måte, kan det hjelpe til å unngå misforståelser:

«Nå har jeg snakket lenge, og jeg sier ikke alltid ting så klart som jeg gjerne vil, så jeg vil stoppe opp litt og forsikre meg om at det jeg har sagt er forståelig. Kan en av dere være så snill å fortelle litt av hva dere har hørt om hvordan folk får symptomer på bipolar lidelse (eller psykosesymptomer). Det er fint for meg å vite om jeg har formidlet dette på en god nok måte».

KLINISKE TIPS

En av måtene vi kan hjelpe pasientene på til å forstå hvilke faktorer som innvirker på lidelsen deres, er å snakke om risikofaktorer og beskyttende faktorer. Bruk **Arbeidsark 5**.

Risikofaktorer = noe som kan øke sjansen for at en lidelse oppstår eller forverres. Eksempler: bruk av narkotika og alkohol, overdreven mengde stress, familiekonflikter, dårlige sovevaner, selvkritiske tanker.

Beskyttelsesfaktorer = alt som kan minske sjansen for at personen blir syk hvis denne personen allerede er sårbar for å bli syk. Beskyttelsesfaktorer er ikke bare det motsatte av risikofaktorer, det er aktivitetene, støtten eller behandlingsressursene som gjør at folk blir bedre når de er biologisk predisponert for sykdom.

Eksempler: faste daglige rutiner og søvn-/våkensykluser, ta medisiner, psykoedukasjon og lære seg å identifisere tidlige varselsignaler om tilbakefall, støttende familieforhold, terapi eller støttegrupper.

Hvis familien har problemer med begrep som: «mestringsstrategier», forsøk å spørre «hva beskytter deg mot å bli syk?». Hvis familien setter likhetstegn mellom «stress» og «negativ tenking», kan du forklare at negativ tenking er en risikofaktor, men at det også er en reaksjon på stress.

Forsøk å hjelpe folk med å skille miljømessig stress fra «når jeg blir helt stressa». Det siste betyr vanligvis at man bekymrer seg for mye eller at man blir irritabel. Det viktige er hvilke stressfaktorer det er som får deg til å bli helt stresset? Problemer med personlige forhold, problemer på jobben, skolearbeid, trafikk? At du må stå i kø?

TA OPP PROBLEMER MED CANNABISBRUK

Stoff- og alkoholmisbruk er klassiske eksempler på risikofaktorer for stemningslidelser og psykotiske lidelser. Du vil ha mange anledninger til å ta opp stoffmisbruk gjennom hele behandlingen, men det vil nok ikke ha særlig virkning på ungdom som har bestemt seg for å fortsette å bruke stoff uansett. I disse tilfellene vil det være mer hensiktsmessig å henvise den unge til behandling for sin avhengighet.

Dersom dette er relevant for ungdommen du har i behandling, kan du si:

Vi skal snakke mye mer om stress neste gang, men jeg vil gjerne ta tak i dette med cannabis litt mer. Veldig ofte lurer ungdom på hvorfor vi fortsetter å fortelle dem at de ikke må røyke cannabis, når de ser at andre unge enkelt og greit eksperimenterer med å bruke det uten å få en masse symptomer. Cannabis er en stressfaktor i vårt biologiske system. Noen personer som har lav genetisk risiko kan røyke cannabis uten å oppleve symptomer, men når noen først har fått symptomer, kan cannabis gjøre dem mye verre. Samme mengde cannabis kan få en mye mer problematisk virkning på dem.

SVAR PÅ SPØRSMÅL

Gi familien anledning til å stille spørsmål. Si noe sånt som: «Vi har gått gjennom masse materiale i dag. Hvilke spørsmål er det som dukker opp hos dere eller hvilke reaksjoner har dere til det vi har snakket om i dag?» Ta en pause og gi familien anledning til å tenke en stund. Viktig at du er interessert i å høre hva de har å si.

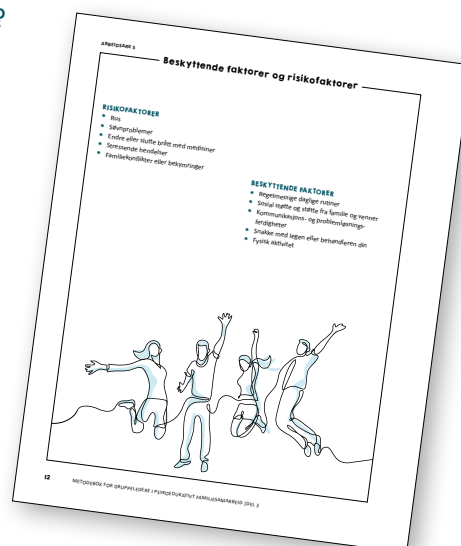
PLAN FOR NESTE TIME, GI HJEMMELEKSER

Minn dem om overskriften på neste behandlingstime. Du kan si noe slikt:

Neste time skal vi forsøke å forstå hva som forårsaker mest stress i livet deres. Vi skal begynne med å se på hvordan dere takler stress, og om det kan være nyttig med flere mestringsstrategier.

Dersom det kan knyttes til familiemedlemmenes mål, bør du nevne det ved å si noe slikt:

Kåre, jeg husker at du var interessert i å få høre om noen flere måter å håndtere symptomer og stress på da vi snakket om mål for behandlingen, så neste uke skal vi starte med å ta fatt i dette viktige temaet. Hva synes du om det?



MINN PASIENTEN OM Å HOLDE HUMØRSKJEMAET ELLER TANKESKJEMAET À JOUR

**Be familien om å ha et familiemøte mellom
behandlingene for å gjennomgå materialet du
har presentert og snakke om spørsmål de kan ha
eller om reaksjonene sine på materialet.**

Spør om de vil dele noen av disse spørsmålene
eller reaksjonene med deg ved begynnelsen av
neste ukes behandlingstime. Spør også om de kan
notere kilder til stress i livet deres, siden dette vil
være fokus for neste ukes behandling.

Sett opp tidspunkt for neste time.

Klinisk tilpasning mellom andre og tredje time

Etter andre time må du bruke litt tid på å utvikle en klinisk tilpasning. Dette vil bidra til en god implementering av håndboken. Noen av de som bruker FFB-materialet, påtvinger familiene materialet fra håndboken på en mekanisk og standardisert måte, og dette er vanligvis uhensiktsmessig. Materialet i manualen bør skreddersys for å kunne imøtekomme hver families spesielle behov, slik at hver behandlingstime i håndboken gjennomføres litt annerledes for hver familie. Vi vil at familiemedlemmene skal føle at vi snakker med dem og er opptatt av behovene deres, og at vi ikke bare leser til dem fra en håndbok. Husk at dette er behandling, ikke en skoletime.

Ved slutten av andre time har du fått anledning til å høre om den unges symptomer og familiemedlemmenes reaksjoner på disse symptomene, om familiemedlemmenes interesser og mål, og du kan ha dannet deg en mening om familiemedlemmenes samtalestil og problemløsningsferdigheter. Disse observasjonene bør kunne hjelpe deg å tenke selektivt om hvilket materiale i håndboken som vil være mest hensiktsmessig for familien, hvilken rekkefølge du vil presentere materialet i, og hvordan presentere materialet i løpet av behandlingen.

Du har også fått erfare hvordan det føles å være sammen med familien og observere hvordan du er blitt «dratt inn» i familiesystemet. Med andre ord er det mulig at du oppdager at du tjener spesielle funksjoner i familien, som å prøve å få alle til å være rolige, eller forsøke å forsvare tenåringen fra foreldrenes kritikk, eller strukturere og organisere samtaler, eller hjelpe familien til

å bremse litt opp for å høre på hverandre før de forsvarer sitt eget synspunkt. Å reflektere over de funksjonene du har i familien kan hjelpe deg med å identifisere de ferdigheter denne familien kunne behøve å styrke. Du kan tenke over hvordan du best kan lære familiemedlemmene disse ferdighetene slik at de kan møte disse behovene på selvstendig vis.

Når du utvikler klinisk tilpasning, spør deg selv følgende:

... Hva er denne familiens «emosjonelle temperatur»? Varm, kald, likegyldig, sint, tøysete, deprimert, uinteressert, intellektuelt preg?

Hvem ser ut til å være nærmest hvem? Hvem synes å ta følelsesmessig avstand fra hvem? Finnes det samspillmønstre som gjentar seg? Finnes det en person som alltid synes å motsi de andre?

Hvordan bearbeider familien kunnskapen om tenåringens diagnose? Virker det som om de tror på den? «Overidentifiserer» de seg med diagnosen (for eksempel at foreldrene tilskriver alt tenåringen gjør til en biologisk sykdom)? Eller «underidentifiserer» de seg med diagnosen (neker for at det er noe galt på biologisk eller genetisk nivå, tilskriver det til latskap og mener at tenåringens irriterende atferd er noe han/hun gjør med vilje)? Eller er det slik at noen av familiemedlemmene overidentifiserer med lidelsen, mens andre underidentifiserer? Dette forekommer ofte i mor-far-konstellasjoner; moren ser pasientens opposisjonelle, aggressive eller

tilbaketrukne atferd som tegn på sykdom, mens faren ser behov for strammere disiplin.

Hvordan tror du familien har utviklet måten sin å samhandle på, eller alliansemønstrene sine? Pleide de å komme overens før, og nå klarer de det ikke på grunn av tenåringens problemer? Går noen av problemene deres som familie langt tilbake?

Finnes det noen «hemmeligheter» (overgrep, foreldrenes utroskap, finansiell ruin, e.a.)?

Nedenfor finner du et eksempel på klinisk tilpasning.

EN MOR OG HENNES 21 ÅR GAMLE SØNN

Denne moren og hennes sønn er svært vennlige. De er samarbeidsvillige og oppriktige når de svarer på gruppelederens spørsmål. De har rolig og behagelig opptreden i behandlingstidene, setter pris på hverandre og opptre støttende overfor hverandre. De nevnte riktignok en opplevelse i en tidligere familieterapi der sønnen begynte å føle at han bare var tilskuer mens moren snakket om sine egne problemer. De følte ikke at denne erfaringen svarte til sønnens behov, og derfor avbrøt de behandlingen.

Den unges primære symptomer: Han henvendte seg til klinikken fordi han hadde en del vanskeligheter med studiene. Selv om han var en god elev på videregående, syntes han overgangen til høyskole var vanskelig, og karakterene har lidd under det. I det siste har han hatt vanskelig for å holde fokus i timene og med å motivere seg selv. Til tider føler han at klassekameratene kan lese tankene hans, noe som gjør ham engstelig og forstyrrer evnen til å konsentrere seg om hva foreleseren sier. Noen ganger tror han at han kan kontrollere andre folks oppførsel, selv om han vanligvis forstår at det ikke er mulig. Han kan for eksempel tenke at noen kommer til å klø seg i hodet, og så gjør denne personen faktisk det, og

han føler det som om tankene hans forårsaker denne atferden. I den siste tiden er han blitt mindre interessert i å gå ut med venner og finner det mer stressende å sosialisere med andre.

Mors reaksjoner: Moren sier at hun bekymrer seg over noen av sønnens tanker og vil gjerne vite hvordan hun kan hjelpe ham med å dempe angsten som settes i gang av de uvanlige tankene hans. Når han får disse tankene, pleier hun å si noe som dette: «Du vet at det er umulig å bestemme at andre personer skal klø seg, ikke sant? Kanskje de har flass, eller kanskje la du merke til at de beveget hånden i retning av hodet og derfor tenkte du at de ville klø seg. Deres atferd påvirket altså dine tanker, ikke omvendt». Sønnen sier han opplever denne typen samtaler med moren som beroligende og at de hjelper ham.

Den unges mål for behandlingen: Sønnen ønsker å lære flere strategier for å takle angsten og de forstyrrende tankene; han vil gjerne utvikle et mer optimistisk og tillitsfullt syn på livet; han vil gjerne lære hvordan han kan gi uttrykk for egen mening selv når den er motsatt av andres mening. Han ønsker å finne seg selv og å kunne uttrykke seg klarere.

Mors behandlingsmål for sønnen: Moren ønsker at han skal utvikle ferdigheter for å kunne redusere angsten sin og bli mer uavhengig. Hun ønsker at han skal snakke mer om følelsene sine, slik at han bedre kan forstå erfaringene sine og vite hvordan han kan takle dem bedre. Det ville også gjøre at hun kan være mer til hjelp for ham hvis han kunne fortelle henne mer om hva som skjer med ham.

Gruppelederens inntrykk av samspillet i løpet av behandlingstimen: Mor er flink med ord. Det er ofte hun som starter samtalen, og hun klarer å snakke lett om egne tanker og følelser om en kompleks, mangefasettert opplevelse. Sønnen er godlynt og lytter gjerne tålmodig til mor, og kaster inn en kjapp vits eller vittig kommentar i pausene for å lette samtalen. Når han blir bedt om å gi uttrykk for egne tanker eller følelser, kan han det når han snakker kort om en grei, rett fram-situasjon, men han har mye større vanskeligheter når han skal snakke om komplekse erfaringer og sporer noen ganger av fra emnet og blir veldig vanskelig å forstå. I problemløsningsoppgavene og behandlingstimen er det mor som foretar det meste av snakkingen mens sønnen venter tålmodig og ser ut til å kjede seg litt.

Terapeutens opplevelse av seg selv i terapirommet sammen med denne familien: Jeg ser at jeg ofte griper inn og prøver å organisere hva pasienten sier ved å trekke sammen bitene av informasjonen han har delt for å prøve å skape en sammenhengende og meningsfull ytring. Jeg legger også merke til at jeg prøver å forklare moren hva jeg tror sønnen prøver å si til henne, i stedet for helt enkelt å la ham uttrykke sine egne ideer. Jeg legger merke til at moren ofte gjør det samme når sønnen snakker til meg. Jeg legger også merke til at jeg er litt bekymret over hvor mye tid mor bruker på å gi uttrykk for ideene

sine, og jeg forsøker å bremse mor forsiktig slik at jeg kan skape flere muligheter for at sønnen får snakke.

Behandlingsplan, terapiprosessen:

Jeg vil fortelle familien om at sønnen tidligere under terapi har følt seg overkjørt. Han har et mål om å finne seg selv og kunne uttrykke seg klarere og tydeligere. Det vil derfor være viktig at sønnen får mye tid og anledning til å snakke i løpet av terapien.

Jeg vil fortelle at mor er en meget effektiv taler, og at det er en flott egenskap; at sønnen er en svært tålmodig og dyktig tilhører med stor humoristisk sans, og at det er en god egenskap. Men for å kunne nå noen av målene for behandlingen, må pasienten gjøre en innsats for å snakke litt mer. Da vil det være til stor hjelp om mor og jeg kan bruke aktiv lytting og stille oppfølgingsspørsmål, slik at sønnen får god øvelse i å uttrykke seg og gjennom det bli bedre i stand til å forstå seg selv og å uttrykke egne følelser.

Jeg må være forsiktig så jeg ikke hopper inn og snakker på vegne av sønnen, men heller finne ut hvordan jeg kan støtte evnen hans til å uttrykke seg mer effektivt. Denne tilnærmingen passer godt med mors mål for behandlingen fordi hun har gitt uttrykk for at hun er interessert i å høre sønnen snakke mer om følelsene og erfaringene sine, slik at hun bedre kan forstå hvordan hun kan støtte ham på hensiktsmessig måte. Etter hvert som han blir dyktigere til å uttrykke seg og kjenne seg selv bedre, vil det bevege ham i retning av større uavhengighet.

Rekkefølgen på materialet i håndboken:

Det er ingen opplagt grunn til å endre den vanlige rekkefølgen på materialet i håndboken. Det kan være hensiktsmessig å starte med

psykoedukasjon, så gå videre til forbedring av kommunikasjonsferdighetene og avslutte med problemløsning. Kommunikasjonsferdighetene, spesielt ferdighetene i aktiv lytting, kan hjelpe mor å bli mer komfortabel med aktiv lytting og med å stille oppfølgingsspørsmål. Det er ferdigheter hun behøver for å støtte sønnen mens hun lar han ta ledelsen i samtaler om problemløsning. Jeg må veilede mor når hun begynner å komme med for mange forslag til eller tolking av hvordan han «egentlig føler seg».

Det psykoedukative materialet:

Mye av det psykoedukative materialet vil være nyttig for denne familien. Etter å ha hørt om sønnens stressutløsere og mestringsstrategier i møte med disse, vil jeg spørre mor om hennes innspill om ytterligere mestringsstrategier det kan være nyttig for ham å overveie. Hvis de er åpne for denne ideen, kan jeg innføre noen avslapningsteknikker han kan benytte for å takle stress uten å virke påfallende i forelesningstimene. Det kan være nyttig for ham å eksperimentere med å bytte plass i forelesningen, slik at han noen ganger setter seg foran i rommet og noen ganger bakerst i rommet eller på siden for å kunne finne ut om det finnes et sted som hjelper ham til å føle seg mindre distraheret av andre og bedre i stand til å fokusere på forelesningene. Jeg kan hjelpe ham til å bli mer oppmerksom på hvordan han snakker og at han tenker på å bli mer konstruktiv og optimistisk, helt i tråd med sine egne mål.

Kommunikasjonstrening:

Det vil være viktig for begge familiemedlemmer å trene både på å uttrykke seg og å lytte i kommunikasjonsferdighetsøvelsene. Det virker som om sønnen lytter effektivt fordi vitsene hans treffer spikeren på hodet, men jeg må evaluere disse ferdighetene mer i løpet av kommunikasjonstreningen. Jeg må anta at han vil fortsette med å ha vansker med å uttrykke seg, og det kan være nyttig å skape en behagelig atmosfære der vi prøver ulike strategier for å se om de hjelper han til å utfolde seg. Hjelper det ham å for eksempel å notere nøkkelord han kan bruke som ledetråd?

Problemløsning:

Jeg skulle gjerne sett at sønnen tar mer ledelse i problemløsningssamtaler, eller at han kan klare å komme med flere innspill. Han kunne kanskje være «sekretær» i noen av de tidlige samtalene (det vil si å ta oppgaven med å fylle ut familiens arbeidsark for problemløsning), etter hvert kan han begynne å lede samtalen ved å føre alle gjennom de forskjellige trinnene. Det vil være viktig for ham å bli spurt om å velge tema for problemløsningssamtalen, og å foreslå minst tre eller fire av de mulige løsningene på problemet som er tatt opp.

Den kliniske tilpasningen kan selvsagt modifiseres i løpet av behandlingen. Faktisk bør den utvikle seg etter hvert som gruppelederen blir bedre kjent med familien.

Tredje time:

Identifisering av stress og mestringsstrategier

I de psykoedukative timene som følger, vil du finne spesifikke strategier for mestring av symptomer blant tenåringer og unge voksne med symptomer på bipolar lidelse eller psykose. Den overordnede målsettingen for denne delen av opplæringen er å utvikle en *mestringsplan* som gjenkjenner:

- * tidlige varselstegn på at symptomene blir mer intense
- * stressutlødere som kan provosere frem forverring av symptomene
- * mestringsstrategier ungdommen kan benytte for å mestre symptomene
- * måter som familiemedlemmene kan hjelpe ungdommen med å redusere stress på
- * strategier for å overvinne hindringer, og som kan benyttes av ungdommen og familien hans eller hennes når symptomene eskalerer

Familien skal utvikle denne planen i behandlingstime 3 og 4. Disse timene tar opp følgende temaer:

STRESS

- * Identifisering av relevante stressutlødere som kan fremkalle symptomer
- * Identifisering av typiske reaksjoner på stress
- * Utvikling av «stresstermometeret» som vil hjelpe familiemedlemmene til å evaluere og kommunisere sine erfaringer med stress

MESTRING: KONSTRUERE EN VERKTØYKASSE

- * Identifisering av mestringsstrategier den unge kan bruke for å håndtere symptomer, inklusiv regulering av døgnrytmen, planer med aktiviteter (for eksempel planlegging av hyggelige hendelser), avslapningstrening eller mindfulness-meditasjon, fortsatt overholdelse av et medisineringsregime.

LISTE OVER MESTRINGSSTRATEGIER

- * Lag en mestringsplan med alle strategiene. Planen vil ha størst mulighet for å lykkes om den utvikles når tenåringen har mindre symptomer. Da har han/hun best evne til å øve på mestringsstrategiene som vil bli nødvendige om symptomene skulle øke

TRINNENE I TREDJE BEHANDLINGSTIME

Før timen: forbered **Arbeidsark 6**, «Kilder til stress», **Arbeidsark 7a**, «Stresstermometer», **Arbeidsark 8a**, «Liste over mestringsstrategier», **Arbeidsark 8b**, «Vanlig brukte medisiner», og **Arbeidsark 9** «Gode søvnvaner». Du kan også inkludere **Arbeidsark 7b** «Stress & mestringstermometer» hvis du tror at fullført stresstermometer hjelper familien til å forstå begrepene.

1. Småprat
2. Gå gjennom hjemmeoppgavene og besvar spørsmål
3. Legg til rette for en samtale om de viktigste stressfaktorene pasienten og andre familiemedlemmer strever med. Bruk arbeidsarkene i den grad de er nyttige for å støtte familien.

4. Hjelp familiemedlemmene med å identifisere hvordan de opplever og gir uttrykk for stress. Gir familiemedlemmene uttrykk for stress på ulike måter? Er det slik at familien gjenkjenner tidlige tegn på stress slik at det kan håndteres på et tidlig stadium?
5. Snakk om mestringsstrategier, inklusiv å opprettholde medisineringen slik den er (**Arbeidsark 8b**), og å ha regelmessige søvnvaner (**Arbeidsark 9**).
6. Besvar spørsmål og gi hjemmeoppgaver – spør familiemedlemmene om å identifisere kilder til stress i dagliglivet. Be dem om å ta opp disse stressfaktorene i familiemøtet og begynne å snakke om hvordan de vanligvis takler stress.
7. Plan for neste time
8. Småprat, avslutning

MÅL FOR TREDJE TIME

Første mål for denne timen er å hjelpe pasienten og hvert familiemedlem til å identifisere et utvalg av stressfaktorer fra ulike områder av livet deres, som stress generert av familien, skolen og i jobb-sammenheng. Familiemedlemmer kan være i stand til å identifisere sine egne typiske reaksjoner når de føler seg «fullstendig stressa» (for eksempel «jeg blir sint, trekker meg tilbake, tar en sigarett, jeg ruser meg»). Det andre målet er å utarbeide en liste med mestringsstrategier som vil bli en viktig komponent i forebyggingsplanen.

GÅ GJENNOM HJEMMEOPPGAVENE

Sjekk med pasienten om han/hun har fylt ut og tatt med humørskjemaet. Hva har han/hun i tilfelle lært av det så langt? Hva kan være sammenhenger mellom humør og søvn? Hvor variabelt har humøret hans/hennes (eller tankemønstrene/paranoiaen) vært?

Forhåpentligvis har han/hun tatt med humørskjemaet og du kan gjennomgå det sammen med han/henne. «Det ser ut til at du hadde en del opp- og nedturer i forrige uke. Hvorfor tror du at du var så langt nede på torsdag?» Eller: «Har du lagt merke til hvor mye søvnen din endrer seg gjennom uken? Tror du dette har en innvirkning på humøret ditt (eller tankeprosessene dine)?» Hvis pasienten klager over paranoia: «Føler du mer eller mindre mistenksomhet når søvnen din endrer seg?»

Hvis de har hatt familiemøte, hvordan gikk det? Snakket de om noe av innholdet i behandlingen? Begynte de å tenke over de ulike stresskildene i livet sitt?

TERAPEUTISK TIPS NÅR HJEMMEOPPGAVENE IKKE BLIR GJORT

Mange av pasientene og familiemedlemmene kommer til timene uten å ha gjort noe av hjemmearbeidet du anbefalte. Du blir mindre frustrert av dette hvis du *regner med at det kan skje*. Regn for eksempel med at selv om du har forklart humørskjemaet godt, har ikke pasienten fylt det ut og familiemedlemmene husker ikke noe av det.

Ta en forsiktig tilnærming til at de ikke gjør oppgavene sine. Si: «Hva om vi prøver å fylle det ut nå? Hvordan er humøret ditt i dag? Hvor høyt eller lavt? Har du hatt noe av den mistenksomheten du beskrev i forrige uke?»

«Jeg vil gjerne forklare en gang til hvorfor jeg tror dette vil være nyttig. Et humørskjema vil hjelpe deg til å se om du vært mye opp og ned i humøret i løpet av uken, og om disse endringene har noe med søvnen din å gjøre. Senere kan vi finne ut av hvordan stress påvirker deg, og i hvor lang tid. Tror du dette kan være nyttig? Vil det være greit om (mor, far, søster) minner deg om det?»

På samme måte kan du normalisere det hvis familien ikke har hatt noe familiemøte. For eksempel: «mange familier synes det

er vanskelig å finne et passende tidspunkt så alle kan sette seg ned i 15 minutter for å snakke sammen. Det er utfordrende for de fleste familier. Men finnes det et tidspunkt hvor dere alle er samlet? For eksempel rett etter middag?»). Forklar på nytt hvordan et familiemøte vil hjelpe dem å få mer ut av behandlingen. Det vil gi dem anledning til å komme på flere spørsmål til deg, praktisere ferdigheter, og lære å samarbeide mer hensiktsmessig om pasientens problemer.

Hvis de ikke har hatt noe familiemøte, så spør du hvorfor. Var det et problem med å finne tid? Var de usikre på hvorfor de skulle møtes? Kjør litt problemløsning med dem om hvordan de kan få det til neste uke, for vi ønsker at de skal etablere denne rutinen mens de er i et FFB forløp.

Ikke gå for raskt gjennom hjemmeoppgaven. Hvis vi ikke viser interesse for hva de har fått til sammen, vil familien se hjemmeoppgavene som uviktige. Hvis de har gjort hjemmeoppgavene grundig, må du rose dem og be dem vise deg skjemaet og forklare hva de har lagt merke til eller lært.

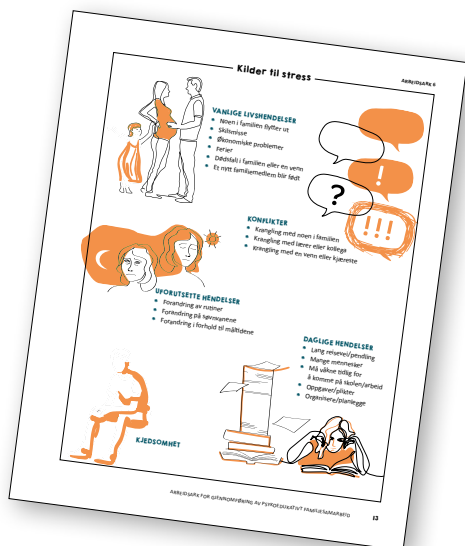
IDENTIFISERING AV STRESS

«Som vi snakket om i forrige uke, kan stressende erfaringer føre til intensivering av symptomene. Det første skrittet for å holde igjen stress er å identifisere de ulike kildene til stress i livet vårt. Når stress forblir «usynlig» og uidentifisert, gjør det mest skade. Straks vi vet hvor stresset kommer fra, kan vi tenke på hvordan vi kan håndtere det mer effektivt.»

Del ut **Arbeidsark 6, «Kilder til stress»** til hvert familiemedlem.

Dette arbeidsarket viser den type hendelser som vanligvis skaper stress for folk. Det kan være **større hendelser i livet**, som for eksempel at noen i familien dør, eller at du flytter til et nytt hus.

Til og med positive hendelser som at en ny bror eller søster blir født, kan også forårsake stress. Hvorfor tror du disse positive hendelser ses på som stressende? (De er emosjonelle hendelser som ofte fører til endringer i rutinene).



Hvis du har en **plutselig endring i rutinene**, som når skoleåret starter eller du begynner i ny jobb, kan det føles temmelig stressende. Forutsigbare rutiner hjelper deg å holde stresset lavt.

Daglige irritasjoner som det å kjøre i trafikken eller glemme hjemmeleksene, kan også være stressende. Dette er de små stressfaktorene som ofte er «usynlige», det vil si at vi ikke stopper opp for dem eller tar tak i dem som vi ville gjort om det var noe stort. Noen mener denne typen hendelser er de mest utmattende fordi de sniker seg inn på oss. Vi oppfatter kanskje ikke hvilken belastning de egentlig er fordi de samler seg opp litt etter litt. Har dere erfart dette?

Konflikter med andre, spesielt med familiemedlemmer men også med venner eller lærere, kan være veldig stressende.

For lite aktivitet og kjedsomhet kan også skape stress. Mennesket ser ut til å trenge en balanse mellom for mye og for lite aktivitet for å klare å minimere stress.

Noen kan bli overrasket over å høre at kjedsomhet eller det å ikke ha nok å gjøre, kan skape stress, delvis fordi det gir for mye tid til grubling eller bekymring. Det å sitte i sofaen og se på TV i timevis kan virke som en «lavstressende» ting å gjøre, men det kan skape stress når man begynner å føle seg ukomfortabel over å ikke ha mer fremdrift i skolearbeidet eller i det sosiale livet. Altså kan en mengde stillesittende aktivitet ødelegge døgnrytmen slik at det blir vanskelig å sove om natten og føle seg uthvilt neste dag.

STRESSTERMOMETERET

Spør hvert familiemedlem om å snakke litt om sin opplevelse av å være «totalt stressa». Vet familiemedlemmene at de er stresset fordi de føler seg irritable og «biter hodet av» andre, eller har de en masse negative eller kritiske tanker som surrer rundt i hodet? Føler de seg anspente i kroppen med skuldrene dratt høyt opp? Avslår de sosiale invitasjoner og stenger seg inne?

Det vil være nyttig for pasienten og familiemedlemmene å være mer oppmerksomme på når de blir stresset slik at de kan ta tak i det tidlig, og på et tidspunkt der de kan takle det mest effektivt. Det er også nyttig hvis hvert familiemedlem kan bli flinkere til å identifisere andre familiemedlemmers tegn på stress. Alle reagerer forskjellig på stress. Mens en person blir stille når han/hun overveldes av stress, kan en annen bli veldig pratsom, og en annen kan bli kverulerende. Når familiemedlemmene begynner å forstå hverandres tegn på å være stresset, er de mer i stand til å hjelpe hverandre mer effektivt ved å gi mer plass og redusere forventningene, eller gi støtte i perioder med stress.

Del ut Arbeidsark 7a «Stresstermometeret» til pasienten og hvert familiemedlem. Formålet med dette arbeidsarket er:

1. **Identifisere stressutlødere.** Utforsk nylige hendelser, selv de mindre, som har ført til humørsvingninger, raserireaksjoner eller perioder med depresjon. Spør pasienten om å beskrive alle hendelser som har stresset henne/ham i det siste.

2. **Identifiser tidlige varseltegn på tilbakefall.**

Beskriv de følelsesstadiene (eller hvordan de merker dem i kroppen) som forbindes med stress og humørsvingninger. Hjelp familien med å identifisere ord som fanger opp lave, moderate og høye emosjonelle nivåer og få familien til å skrive ned disse ordene i de tomme feltene. Selv om to ytterpunkter av følelser som gjelder bipolar lidelse er avbildet – overgangen fra eufori til sinne eller irritabilitet – kan det være fornuftig å bytte ut dette med å gå fra normalt humør til depresjon eller angst (for eksempel å gå fra en følelse av å være «litt anspent» til å føle panikk). Hvis pasienten din har psykosesyntomer, kan du vurdere å erstatte sinne med «overstimulering» eller «paranoia». Dette vil hjelpe dere å lage en liste over tidlige varseltegn på humør- eller psykoseepisoder.

3. **Identifiser mestringsstrategier.** Lag en innledende liste over hva pasienten kan gjøre for å føle seg bedre, helst aktiviteter som involverer andre familiemedlemmer eller andre personer som kan bidra til balanse i situasjonen.

Du kan forklare følgende:

... I de neste to timene skal vi utvikle en forebyggende plan for å hjelpe deg å få bedre kontroll over det som plager deg. Først skal vi finne ut hva som forårsaker stress hos deg. Deretter kan vi utvikle en plan for å hjelpe deg med å mestre stress. Noen ganger kan bare det å ha en plan gi umiddelbar avlastning.

Begynn med å be pasienten forestille seg nylige hendelser som var forbundet med å føle seg opprørt, sint eller rasende. For eksempel kan det å bli beordret til å slutte å spille et videospill få en tenåring til å bli irritert, men ikke sint (midt på skalaen), mens det å bli straffet med husarrest i en hel uke kan fremprovosere et raserianfall. Du kan også identifisere stressutløsere eller hendelser, til og med positive, som forbindes med «glad» eller «veldig glad» (det vil si hypoman eller manisk) sinnstilstand (for eksempel å bli invitert på date). Når dere diskuterer en stressende hendelse, kan du spørre pasienten: «Hvor vil du plassere den på en skala fra 1 til 10?»

Dersom alt dette er for vagt eller abstrakt for pasienten eller familiemedlemmene, viser du **Arbeidsark 7b «Stress og mestringstermometer»**, som har et eksempel på hvordan en annen pasient fylte ut stresstermometeret basert på sin egen opplevelse av stress.

Familiemedlemmene vil kanskje gi sitt bidrag med spesielle hendelser som skapte stress for pasienten eller for dem selv (for eksempel «da jeg fikk telefon fra læreren hans/hennes»). Men hovedformålet med denne oppgaven er å begynne å utarbeide den mestringsplanen, så prøv å unngå å komme inn på problemløsning på dette stadiet. Akkurat nå skal vi bare be familien om å identifisere hvordan det føles i kroppen og hvordan de oppfører og uttrykker seg ved ulike stressnivåer.

Over tid vil de bedre forstå hvilke typer hendelser som er mest stressende for pasienten og de andre familiemedlemmene. Kanskje er det sosiale situasjoner som fremprovoserer de sterkeste stressreaksjonene hos et familiemedlem mens skoleprøver og hjemmearbeidsoppgaver frembringer de sterkeste reaksjonene hos andre. Stresstermometeret kan være et nyttig verktøy for mange når de opplever stress og anvender mestringsstrategier. Det gir dem anledning til å re-evaluere stressnivået for å se om mestringsstrategiene var effektive.

MOBILISERING AV MESTRINGSSTRATEGIER

Neste skritt er å lage en liste over mestringsstrategier pasienten og familien kan bruke for å takle stress og humørsvingninger.

Følgende strategier kan være nyttige for pasienten for å hankses med stress og de symptomatiske endringene som kommer som følge av det (se **Arbeidsark 8** nedenfor):

- * Snakke med andre, spesielt støttende samvær med familiemedlemmer eller venner
- * Snakke positivt om seg selv
- * Planlegge hyggelige hendelser
- * Ta de foreskrevne medisinerne regelmessig
- * Bruke avslapnings- eller meditasjonsøvelser

[illegible]

I de følgende avsnittene ser vi på flere av disse mestringsvalgene. Det finnes også andre muligheter, som nevnt i vedlegget.

Å MESTRE STRESS

Del ut **Arbeidsark 8, «Liste over mestringsstrategier»**. Forklar at en mestringsstrategi bare er en måte å håndtere stress på. Noen strategier kan hjelpe deg til å føle deg bedre eller mindre opprørt over et problem, mens andre strategier kan hjelpe deg med å løse problemet direkte. Spør pasienten og de andre familiemedlemmene om hvilke av disse strategiene de har benyttet under stress. Fungerte de bra? Tror de at det kunne være nyttig med nye strategier?

HVILKE YTTERLIGERE STRATEGIER TROR DE KAN VÆRE NYTTIGE?

Denne samtalen gjør at familiemedlemmene får greie på hva slags mestringsstrategier den enkelte pleier å bruke, og dette leder ofte til flere forslag til mestringsstrategier.

La oss for eksempel se på en 19-åring med psykose som sier at han har det vanskelig i mattetimene fordi han sitter forrest i rommet, og han har følelsen av at alle stirrer på ham og det føles «veldig forstyrrende og ukomfortabelt». Den måten denne ungdommen håndterer disse følelsene på i timen, er å forestille seg at han er et annet sted. Selv om dette hjelper ham til å mestre følelsen av forlegenhet, har mattekarakteren gått nedover. Familiemedlemmer kan foreslå å snakke med læreren og be denne om å endre plasseringen. Faktisk kunne en av foreldrene være villig til å hjelpe med dette. Du kan foreslå noen avslapnings- eller mindfulness-øvelser før han går til mattetimene.

BYGGE EN VERKTØYKASSE MED MESTRINGSSTRATEGIER

På dette stadiet av behandlingen har du sannsynligvis fått en bedre oversikt over de stressfaktorene som er til stede i pasientens og familiens situasjon og i skole- og jobb-sammenheng, og med de strategiene han/hun vanligvis bruker for å mestre disse stressfaktorene. I tredje behandlingstime har du mulighet til å introdusere betydningen av å **planlegge positive aktiviteter, gjennomføre medisineringen og regulere søvnen** (noe som ofte er problemer vi gjenkjenner hos unge med symptomer på psykose eller bipolar lidelse), eller en av de andre mestringsstrategiene som vedlegget tar opp (skoletilpasning, avslapningstrening, mindfulness, trening av sosiale ferdigheter). Du kan for eksempel la familien bli kjent med avslapningsteknikker eller øvelser i mindfulness som kan være nyttige for å redusere angst eller hjelpe til med å sovne. Dersom pasienten føler seg deprimert fordi det ikke skjer nok i livet, kan planlegging av hyggelige aktiviteter være til hjelp. Å finne potensielle venner og innlede kontakt kan også

være stressende. Da kan dere benytte skjemaet «sosiale ferdigheter». Hvis du tror et annet emne enn vi nå har nevnt kunne være mer relevant, gir denne timen deg den tiden du trenger for å lære familien den ferdigheten.

Du kan også trekke inn hvilket som helst av disse emnene senere i behandlingen. For eksempel kan tilpasninger på skolen måtte tas i andre time hvis ungdommen ikke møter opp på skolen og dette har skapt krise i familien. Hvis familien forteller om manglende overholdelse av medisineringen tidlig i behandlingen, kan det være hensiktsmessig å ta opp dette sammen med symptomer og stress-sårbarhetsmodellen. Eller du kan bestemme deg til å vente til problemløsningsdelen hvis problemet er at ungdommen glemmer å ta medisinerne, slik at den unge kan ha nytte av å lage en huskeliste. En regelmessig døgnrytme er noe du kan foreslå for de fleste pasienter, selv om måten denne mestringsstrategien brukes på kan variere; en pasient kan ha nytte av å legge seg tidligere, mens det for en annen vil være bra å ikke «ta igjen all søvnen» i helgene.

På samme måte kan planlegging av hyggelige hendelser, avslapningstrening, eller trening av sosiale ferdigheter være nyttig å trekke inn i en bestemt problemløsningstime. Siden anledninger oppstår gjennom hele behandlingen, hjelper du familien med å konstruere en «verktøykasse» med mestringsstrategier de kan bruke etter behov.

VALGFRITT EMNE 1: PLANLEGGE POSITIVE AKTIVITETER

Ofte har de pasientene vi behandler ikke tilstrekkelig med hyggelige aktiviteter i livet sitt. De er isolert fra jevnaldrende og har ikke tilfredsstillende skole- eller jobbopplevelser, og de bruker ofte overdrevet mye tid på teknologi (datamaskiner, fjernsyn, osv.) eller med å sove.

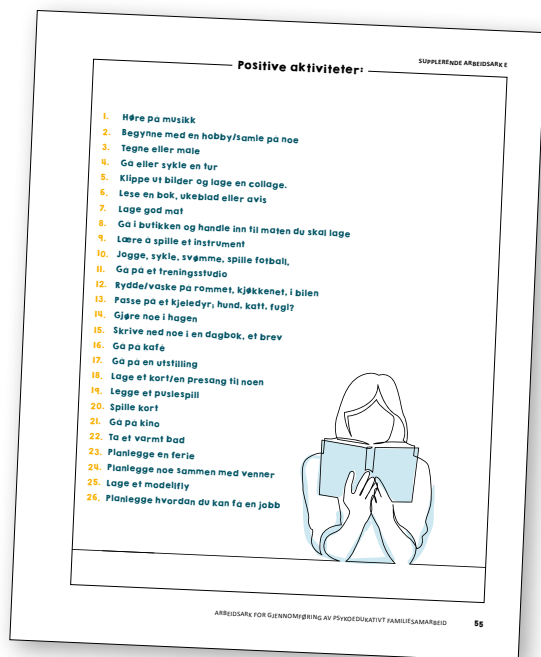
Dette kan skyldes depresjon, negative eller positive psykosesyntomer, sosial angst, og/eller bivirkninger av medisiner. Noen ganger når det er snakk om pasientens grunner til å unngå aktiviteter, kan gruppelederen og familien tenke ut strategier som kan hjelpe pasienten med å engasjere seg på nytt. Vi spør ofte familiemedlemmer om aktiviteter de likte før, men som de ikke driver med nå, eller om noe de ville like å gjøre men ikke har klart å begynne med av en eller annen grunn. Vi kan ta en idemyldring om hvordan familien kan få disse aktivitetene på plass i livet igjen. Alternativt kan en time hos behandleren føre til endringer i medisineringen, noe som kan mildne problemet for den unge.

Andre ganger er ikke grunnen til tiltaksløshet klar, og ungdommer kan synes å være fanget i svært begrensede liv. Å få dem til å engasjere seg mer aktivt i samfunnet, i familie og jevnaldrende, og å hjelpe dem til å bli mer tilfreds, er viktige skritt på veien mot å fungere bedre. Forklar familien at det er vanskelig å mestre de utallige stresssituasjonene man møter i livet hvis det ikke finnes et «lager» av hyggelige erfaringer som kan balansere situasjonen. Det ville være flott om den unge kunne begynne å glede seg mer over livet.

Noen ganger er det slik at familien er blitt immobilisert av symptomene og har sluttet å gjøre hyggelige ting sammen. Det er vanskelig å kommunisere godt hvis familiemedlemmene ikke har noen morsomme øyeblikk sammen. Listen over hyggelige hendelser kan derfor støtte den enkelte og familiene i å skape hyggeligere og mer samarbeidende erfaringer.

Vi deler ett av to arbeidsark med dem, avhengig av det detaljnivået vi ønsker å oppnå: **Arbeidsark 8a, «Eksempler på mestringsstrategier»**, eller den mer omfattende listen vi har utarbeidet

med tittelen «**Positive aktiviteter**» (**Supplerende arbeidsark E**). Målet med å bruke denne listen er å hjelpe familien til å se nye mestringsstrategier og muligheter til planlegging.



Be familiemedlemmene om å lese høyt fra listen etter tur. Be hver av dem om å sette en ring rundt de aktivitetene som vekker interesse. Når familien har gjennomgått hele listen, kan du be dem legge til egne forslag. Så kan du be dem bruke noen minutter på å velge ut noen av de aktivitetene de har avmerket som de kan tenke seg å prøve i de neste ukene.

Når de har funnet flere aktiviteter de kunne tenke seg å prøve, skal du bruke litt tid på å utarbeide en plan med hver av dem for når og hvordan de skal gjennomføre disse aktivitetene. Hjelp familien med å planlegge aktivitetene så klart og nøyaktig som mulig.

Denne aktivitetslisten er særlig nyttig når foreldrene gjentatte ganger har prøvd å foreslå aktiviteter eller kreve aktiviteter av den unge. Prosessen med å forsøke å få den unge til å bli mer aktiv kan ha blitt til en maktkamp i familien og kanskje i behandlingsrommet. I slike tilfeller er et av målene med å introdusere denne listen med «positive aktiviteter» for familiene å dempe spenningen i familien og endre dynamikken. I stedet for en prosess der den ene av foreldrene maser og den unge gjør motstand, ønsker vi en prosess der vi inviterer og oppmuntrer den unge til å prøve noe nytt. Når familiemedlemmene leser gjennom listen, ønsker vi at de skal dvele ved punkter som kan vekke minner om spesielt gode øyeblikk de har delt, og at de snakker om disse opplevelsene. Ved å reflektere over disse hyggelige hendelsene, kan vi prøve å skape en bedre atmosfære der den unge føler seg litt mer motivert til å delta. Det kan være aktiviteter som han/hun pleide å like, men har glemt, og/eller prøve noe fullstendig nytt som han/hun ikke har tenkt på før.

Vi vil også gjerne støtte familien til å få noen gode erfaringer sammen. Dette kan bidra til at arbeidet med kommunikasjon og problemløsning som kommer senere, går lettere. Noen ganger vil bruken av listen over hyggelige aktiviteter for familien endre familiedynamikken. Nå kan for eksempel tenåringen si at aktivitetene på listen er dumme, i stedet for å si at ideene foreldrene har foreslått er dumme. Dette ser ut til å skape mindre forsvarsholdning og spenning og mer latter i familien, noe som kan hjelpe dem gjennom en fastlåst situasjon.

For eksempel bemerket en ungdom som leste gjennom listen over hyggelige familieaktiviteter, at punktet om å lese avisen var fullstendig latterlig og burde stå på en liste over skolearbeid

i stedet for hyggelige aktiviteter. Etter dette lo alle, og moren hans minnet ham på at hun vanligvis leser avisen og at de fleste av familiens yndlingsmatoppskrifter faktisk stammer fra den avisen. Sønner spurte henne om hvorfor de ikke hadde hatt paella på en stund, og hun minnet ham på at han jo er den beste paellakokken i huset. De bestemte seg dermed for å gå sammen i butikken og kjøpe inn alle ingrediensene og lage paella i helgen, og noen andre favoritteretter også.

En annen ungdom leste punktet om «å rydde på rommet» og lo høyt og hånlige. Han syntes det var et tåpelig forslag og at han ikke kunne skjønne at vi kunne ha noe så dumt på listen. Vi spurte ham om han noen gang hadde opplevd å legge seg i en nyoppredde seng og han sa seg enig at det faktisk kunne være ganske deilig. Dette førte til en samtale om alle slags typer enkle opplevelser som ofte blir oversett fordi vi er for opptatte til virkelig å legge merke til dem. Familien snakket da om hvordan folk synes å være skrudd sammen slik at de bare fokuserer på negative ting som skjer eller på uløste problemer fremfor å fundere på alle de hundrevis av hyggelige små øyeblikk som skjer hver dag. Familien mente dette var uheldig og bestemte seg for å skifte fokus i en hel uke for å kunne sette pris på små, hyggelige øyeblikk, og de fortalte senere at dette var en stor og viktig forbedring i familielivet deres.

En annen ungdom og moren hans var ganske fastlåst i en behandlingstime fordi tenåringer nektet å lese aktivt gjennom listen, og dette stimulerte til en samtale om hvordan de pleide å luften hunden sammen nesten hver kveld. Moren begynte å fortelle en historie om hvordan hunden en gang hadde knabbet hatten fra en mann, og at dette førte til en gøy jakt. Sønnen husket

hvordan hunden konstant løp etter katter og småfugl men aldri klarte å fange noen. De lurte på hvorfor de klarte å sette pris på å gå turer sammen da hunden levde, mens de hadde så vanskelig med det nå. Sønnen foreslo at det var fordi de hadde hatt hunden til å underholde dem slik at de ikke måtte snakke. Når de går turer nå, stiller moren konstant spørsmål til sønnen om hvordan det går, og han synes det er veldig irriterende. De ble enige om å forsøke å gå noen turer sammen neste uke forutsatt at mor kunne fortelle noen morsomme historier og at hun ikke skulle stille sønnen noen spørsmål om helsen hans.

VALGFRITT EMNE 2: Å FORBEDRE ETTERLEVELSE AV MEDISINERING

(Ta opp dette spørsmålet hvis du har grunn til å tro at pasienten ikke har vært konsekvent med å ta medisiner – enten det dreier seg om stemningsstabiliserende legemidler, antipsykotika eller andre medisiner som anses som viktig i behandlingen.)

I undervisningsdelen av FFB kommer ofte spørsmål om manglende etterlevelse av medisinering. Dette er et viktig tema for personer med psykiske lidelser generelt, og det er enda mer relevant for ungdom og unge voksne. På et eller annet tidspunkt vil mange av ungdommene eller de unge voksne vi behandler enten ha glemt hvilke doser medisiner de står på, de har «eksperimentert» med dosene og tidspunktene de skal ta medisinerne, eller de har sluttet å ta medisinerne. I de fleste tilfeller er foreldrene uvitende om dette helt til de legger merke til begynnende eller forverrede symptomer hos ungdommen eller den unge voksne.

FFB antar at det er mer sannsynlig at personer forplikter seg til et regime med psykofarmaka hvis:

1. de får riktig informasjon fra fagpersoner innen psykisk helsevern om symptomene sine og om hvordan medisinene kan hjelpe;
2. de blir møtt med medfølelse og bekreftelse på at medisinene ikke endrer identiteten deres;
3. det er deres egen beslutning og ikke noe som blir påtvunget dem av andre; og hvis
4. doseringene kan tilpasses, eller andre medisiner kan erstattes for å kontrollere bivirkninger.

KLINISK TIPS

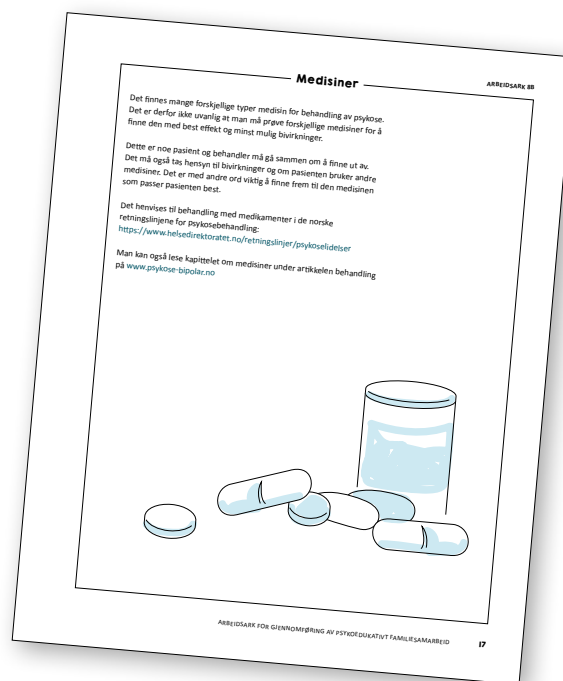
Hvordan spør du om etterlevelse av medisiner?

Første skritt for å håndtere manglende etterlevelse er å spørre om det direkte. Spør pasienten:

- Har du noen vanskeligheter med å ta medisinene du har fått av legen din?
- Prøver du noen ganger å klare deg uten medisinene?
- Mange glemmer av og til å ta medisinene sine; hvordan er det med deg?
- Tror du at medisinene vil hjelpe deg til å nå dine personlige mål?

Noen ganger hjelper det å gi familien en skriftlig oversikt over de ulike medisinene pasienten tar. De forskjellige grupper av medisiner som din pasient kanskje tar, er sammenfattet i henvisninger til kilder i **Arbeidsark 8b**. Bruk dette arbeidsarket hvis du tror din pasient og familien kunne ha nytte av å vite hvordan medisinene virker. Hvilke skal stabilisere humøret og hvilke har effekt på psykotiske symptomer (atypiske eller

typiske antipsykotika), og hvilke er antidepressiva, angstdempere eller sovemedisiner? Prøv imidlertid å unngå en lang diskusjon med pasienten eller familien om bivirkninger. Dersom de bekymrer seg for bivirkninger (for eksempel vektøkning ved bruk av antipsykotika eller skjelvende hender ved bruk av litium), bør du henvise dem til behandleren eller fastlegen for å vurdere endring av medikament eller dosering.



KLINISK EKSEMPEL: ALICIA, 17 ÅR

En familie ringte mellom behandlingstimerne fordi de var bekymret for sin 17-år gamle datter Alicia. De fortalte at Alicia var blitt mer trassig, utålmodig og tøysete, og at hun hadde sovet mindre i det siste. Hun var også blitt mer irritabel, trakk seg mer tilbake og hadde fått strykarakter på to skoleprøver siste uke. De var usikre på hva som kunne være årsaken til denne endringen i atferd. Etter flere dager med denne atferdsendringen fortalte hun foreldrene at hun

ikke hadde tatt medisinene sine de siste sju dagene. Foreldrene ringte for å forsikre seg om at vi skulle bruke tid på dette spørsmålet i neste time. Denne hendelsen ga gruppelederen en anledning til å undervise pasienten og familien om manglende etterlevelse av medisiner og å snakke om forebyggende tiltak.

Gruppelederen: Det høres ut som det i løpet av de siste par ukene har vært en periode hvor du har sluttet å ta Orfil.

Alicia: Ja.

Gruppelederen: Hva var det som fikk deg til å slutte å ta medisiner? Siste gang vi møttes sa du at du hadde god effekt av medisinen.

Faren: Hun sluttet å ta medisiner fordi hun ville drikke på bursdagen sin, og legen sa at hun ikke kunne drikke samtidig som hun tar medisiner.

Alicia: Det er ikke sant. Du tenker alltid det verste.

Moren: Ja vel, men hvorfor sluttet du å ta medisinene dine?

Alicia: Jeg følte meg mye bedre og ville vite om jeg fremdeles trenger medisiner. Jeg gjør tydeligvis det (sagt på en oppgitt måte).

Gruppelederen: Det ser ut til å være flere ting å ta tak i her. For det første kan det være nyttig for oss å snakke litt om hvor viktig medisinen er for behandlingen av dine spesifikke symptomer. For det andre, Alicia, du har en følelse av at du må ta medisiner for å føle deg bedre, og jeg vil gjerne høre mer om dette. Jeg vil også gjerne høre mer om økningen i

symptomene dine og hvordan familien din reagerte (*oppsummerer temaene innenfor rammen av et forebyggende opplegg*).

Faren: Denne gangen virket det absolutt som om ting gikk litt bedre. Vi kom i samme typer konflikter vi har hatt før og som førte til at Alicia flyttet ut. Denne gangen spurte vi henne bare om hva som skjedde, og vi sa at det virket som om hun hadde mer symptomer, og det førte til noe diskusjon, situasjonen ble mindre spent, og for første gang på lenge gikk ikke Alicia bare sin vei.

Alicia: Jeg gikk nesten.

Gruppelederen: (til far) Det høres ut til at du la merke til at hun hadde mer symptomer, og denne gangen klarte dere å snakke om det i stedet for å starte en krangel (*roser familien for mestringsstrategien*).

Faren: Ja det virker som det gjorde en forskjell, men det har likevel vært veldig tøft.

Gruppelederen: Det var det sikkert. Det er ofte veldig vanskelig for familiemedlemmer når de ser at det går så bra med sønnen eller datteren, og så plutselig slutter de med medisinen, og så blir alt veldig vanskelig igjen. La oss snakke litt om hvorfor ungdom, og voksne også for den saks skyld, slutter å ta medisinene sine.

For det første har medisiner ofte bivirkninger som de som tar medisinen ikke liker. En person kan slutte å ta medisiner eller reduserer dosen for å minske bivirkningene. For det andre, når man begynner å føle seg bedre, slik du gjorde, Alicia, tenker man at man ikke trenger medisinen lenger. De tenker at det liksom

er som hodepinetabletter: «Jeg tar det når jeg har vondt i hodet og slutter med det når hodepinen er gått over». En annen grunn er at noen bare glemmer å ta medisinene sine. Det er ofte vanskelig i en travel hverdag å venne seg til å ta medisinen og alltid ha den med seg. Er det noe av dette som passer på deg, Alicia? *(gruppelederen oppsummerer grunnene til at folk ikke tar medisiner regelmessig).*

Alicia: Det om å føle seg bedre. Jeg trodde ikke at jeg trengte medisinen, egentlig ikke i første omgang heller.

Gruppelederen: Det kan jeg forstå, men det er viktig for deg å vite, Alicia, at å ta medisinene dine er noe av det beste du kan gjøre for å forebygge det å få mer symptomer, selv når du føler deg bra. Den medisinen du tar, likner den medisinen man tar mot diabetes eller høyt blodtrykk. Medisinen forhindrer at symptomene blir mer intense. En av grunnene til at du føler deg bedre nå, er sannsynligvis at du har tatt medisinen, ikke fordi du ikke trenger den. Forstår du hvordan dette henger sammen?

Alicia: Det føles grusomt at jeg må ta medisin resten av livet. Jeg hater det.

Gruppelederen: Det er forståelig, men jeg vil gjerne få gjøre deg oppmerksom på at det ikke nødvendigvis er sånn at du må ta medisiner hele livet. Det å føle seg frustrert fordi man må ta medisiner, er helt normalt. Men det er kan være lurt å håndtere denne frustrasjonen på en annen måte. Skal du endre på medisinene eller slutte med dem bør vi ha en ordentlig plan for det.

Alicia: Hvorfor er det så ille å slutte med medisinen egentlig? Jeg kan jo bare begynne å ta den igjen hvis symptomene blir verre.

Gruppelederen: Der er nok litt mer komplisert enn som så. Det er studier som har vist at for enkelte som slutter brått med medisiner, kan symptomene bli verre.

Moren: Mener du at de kan slutte å virke?

Gruppelederen: Ja, for noen er det slik.

Alicia: Jeg bryr meg faktisk om det når jeg ikke kommer overens med foreldrene mine. Medisinen er egentlig ikke så ille, men jeg liker bare ikke å være annerledes.

Gruppelederen: Vel, det er forståelig, men du ville blitt overrasket hvis du visste hvor mange av ungdommene på skolen din som må ta en eller annen medisin for å ta vare på helsen sin. Folk snakker ikke nødvendigvis om det.

Alicia: Ja, det stemmer, det er mange på skolen min som må ta medisiner for ett eller annet. Venninnen min, Sara, må ta medisiner for øynene sine hele tiden.

I denne delen har gruppelederen gjort flere ting: belyst Alicias grunner til å tro at hun ikke trenger medisin; normalisert disse grunnene; vist sammenhenger mellom den medisinske behandlingen av psykiske lidelser og behandlingen av andre medisinske lidelser; og informert Alicia og familien hennes om farene ved å droppe medisinen.

VIKTIGE TEMAER VEDRØRENDE

MANGLENDE ETTERLEVELSE AV MEDISINER

Vår erfaring er at vi kan vi legge til rette for at ungdom og unge voksne tar medisinene sine ved å gjøre følgende:

- * Hjelp ungdommen med å lage seg et opplegg for å oppbevare og huske på å ta medisiner (for eksempel pilleesker, alarmer/varslinger, post-it-lapper, telefonpåminnelser fra familiemedlemmer)
- * Undersøke hvordan manglende etterlevelse av medisiner påvirker pasientens familie eller samboer-/ekteskap
- * Undersøke subtile eller åpenlyst press fra familiemedlemmer for å slutte med medisiner
- * Belyse motforestillinger til det å ta medisiner (for eksempel tap av kreativitet, frykt for å miste opplevelser av følelser, forhold, musikk eller andre gleder).

I noen tilfeller er problemet det «å sørge over tapet av seg selv som frisk person» når ungdommen eller den unge voksne er redd for at medisinbruk innebærer at de må gi opp ambisjoner, mål eller synet på seg selv som en person med en fremtid. Denne og relaterte problemstillinger diskuteres grundigere i *Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach*, 2. utg. (Miklowitz, 2010).

HVEM BØR HA ANSVARET FOR AT UNGDOMMEN TAR MEDISINENE SINE?

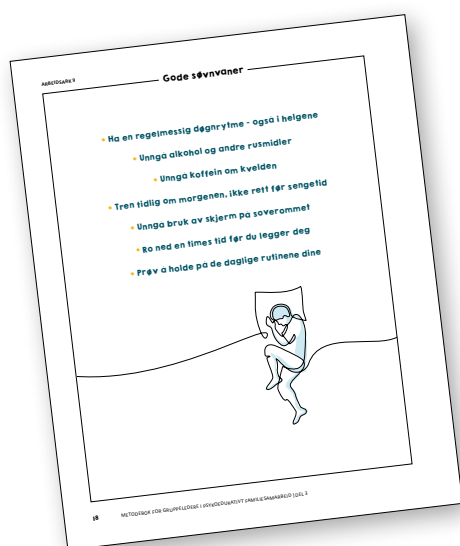
Siden det ikke finnes noen klare regler for dette, kan du bruke følgende retningslinjer når du skal hjelpe en familie med å bestemme seg for hvor mye kontroll de skal overlate til ungdommen. Disse retningslinjene vil være mindre relevante for unge voksne.

- * Hvis ungdommen skal ta ansvar, må han eller hun være innforstått med de kliniske problemområdene og behandlingsplanen
- * Ungdommen må være kognitivt i stand til å håndtere dosering av medisinene
- * Vanskelig grenseoppgang: Er ungdommen mer eller mindre tilbøyelig til å ta medisinen hvis foreldrene spiller en aktiv rolle?
- * Jo eldre pasienten er, jo større er sjansen for at han/hun er i stand til å ta ansvar
- * Unngå at det blir en kamp om medisiner

VALGRITT EMNE 3: SØVNPROBLEMER

(Ta opp dette temaet med de fleste ungdommer og unge voksne – husk at dette er delen som omhandler mestringsstrategier for stress, og regelmessig søvn og det å ha rutiner er viktig for å avverge at stress påvirker humør og tanker).

Søvnproblemer er ofte en fremtredende klage fra pasienter med psykiske lidelser og familiemedlemmene deres. Du kan heldigvis gjøre foreldrene og pasienten kjent med de mulighetene som er tilgjengelige når de lider av insomni eller urolig søvn. For eksempel kan du oppmuntre ungdommen til å strukturere leggetidsrutinen med forutsigbare tidspunkter for å slå av TV-en, pusse tennene, lese og til slutt slå av lyset. Men mange familier har ikke noe «leggetidsrituale», og de har heller ikke et avtalt tidspunkt for når ungdommen skal legge seg. Årsaken er ikke at de ikke har tenkt på det, men heller at ungdommen ikke har greid å følge det opp.



Vi understreker at det å legge seg og stå opp til faste tider for ungdommen eller den unge voksne kan bedre dette problemet. Listen på **Arbeidsark 9** gir flere mulige alternativer for å håndtere søvnproblemer. Klargjør hvorvidt problemet er av mer fysisk art (for eksempel at pasienten ligger i sengen, men føler seg for «giret» til å sove) eller om det er knyttet til atferd (for eksempel at det ikke gir noen konsekvenser for den unge om han/hun ikke følger en avtalt leggetidsrutine). Løsningene kan også være ganske forskjellige for yngre og eldre ungdommer og for unge voksne.

En familie tok opp leggetidsrutinen som et tema for problemløsning. Foreldrene beskrev hvor vanskelig det var å få sine to tenårings sønner (12 og 13 år gamle) i seng og slukke lyset slik at de kunne sovne. Straks guttene var i seng med lyset slukket, klarte de å sovne, men å få dem til å gå og legge seg, var litt av en kamp. Familien gikk inn for å løse problemet sammen og landet på en løsning som guttene foreslo. De ble enige om at

hvis guttene kom seg i seng til avtalt tid med lyset slukket, ville de samle poeng til å kjøpe noe de ønsket seg sammen. Familien satte planen i verk første kveld, og guttene likte denne konkurransen. Dette er et eksempel på at søvnvaner kan endres atferdsmessig.

For eldre ungdommer og unge voksne vil forsterkerne for å opprettholde en god søvn/våken-rytme gjerne ha å gjøre med venner, jobbkrav eller skole. For eksempel avtalte en 19-åring med foreldrene at han skulle være i seng senest klokken 12 og stå opp klokken 8, og til gjengjeld skulle han få bruke bilen i helgene.

Forsøk å kartlegge hvorfor søvnproblemene oppstår: Er de relatert til konsekvenser for tidligere atferd, eller har de tydelig sammenheng med andre symptomer? Man må finne en løsning tilpasset type problem. Noen ganger er søvnvanskene knyttet til andre vedvarende symptomer, og det kan være nødvendig med tilleggsmedikasjon. Det er viktig at behandlende lege/psykiater involveres i utformingen av søvnplaner med familien. Unngå å anbefale visse typer sovemedisiner (inkludert melatonin) med mindre du er behandlende psykiater/lege eller du har diskutert dette med lege.

Bruk noe tid på å snakke med pasienten om hvert av disse punktene: Har pasienten en fast leggetid? Hva gjør pasienten rett før han/hun prøver å sove? Hvor mye varierer pasientens søvnvaner i ukedagene sammenlignet med i helgene? Hvis han/hun har ført stemningsdagbok og skrevet ned tidspunkter for søvn/våkentid, kan du gå tilbake til disse dataene for å utarbeide noen løsninger på søvnproblemene.

AVSLUTNING AV TREDJE BEHANDLINGSTIME

REFLEKTER

Oppsummer for familien hva dere har vært gjennom dag, men gjør det på «sokratisk» måte:

- Hvilken type stress plager dere mest?
- Hvilke symptomer opplever dere når dere er stresset?
- Nevn noe av det dere kan gjøre når dere er stresset?
- Hvordan kan familien din hjelpe deg?

Besvar spørsmål og gi hjemmeoppgaver

Utarbeid en oppgave som oppmuntrer dem til å tenke fremover til neste time og praktisere de nye ferdighetene du har lært dem. Det er flere oppgaver du kan gi dem:

- a. Til foreldre og pasient: Fortsett å ha et familiemøte, men denne gangen skal alle skrive en liste over de stressfaktorene som har påvirket dem denne uken og hvordan de taklet dem.
- b. Til pasienten: Fortsett å skrive stemningsdagbok, men denne gangen skal du notere søvnmønstret ditt og notere alt du tror forstyrret dette.

Forsøk å avgjøre hva pasienten og familien kan håndtere denne uken. Hvis timen har gått bra, kan du helle mot å forvente mer av familien. Når du har gitt dem en oppgave, kan du be dem om å gjenta den for deg. Hvis de ikke har vært konsekvente med hjemmeoppgaver så langt, spør dem: Hva kan komme i veien for å få gjort denne oppgaven?

Fjerde time:

Optimalisering av familiestøtte og utarbeiding av mestringsplan

Før timen: Lag kopier av **Arbeidsark 10 «Hvordan kan familien hjelpe?»** og **Arbeidsark 11 «Mestringsplan»**.

1. Småprat
2. Gå gjennom hjemmeoppgaven om mestring
3. Introduser betydningen av familiemiljøet
4. Snakk med familien om hva familiemedlemmene gjør som pasienten opplever som støttende, og hva andre gjør som forverrer stresset for pasienten. Hvis det er tid nok, spør de andre familiemedlemmene om hva andre mennesker gjør som er til hjelp for dem og hva som er vanskelig når de er veldig stresset.
5. Gå gjennom arbeidsarket «Hvordan kan familien hjelpe?»
6. Lag et utkast til mestringsplan basert på mestringsstrategiene dere diskuterte i tredje time.
7. Småprat/ Avrunding

Hovedmålene for læring i denne fjerde og siste psykoedukasjons-timen er (a) å forklare at familiemiljøet kan spille en nøkkelrolle i å forbedre pasientens symptomer ved å redusere pasientens opplevelse av stress og støtte hans/ hennes forsøk på å mestre stresset, og (b) hjelpe pasienten og familien med å utarbeide en mestringsplan.

BESVAR SPØRSMÅL OG GÅ GJENNOM HJEMMEOPPGAVENE KNYTTET TIL MESTRING

Spør familien om de har hatt et møte der de har drøftet stress og mestring av stress, og hvis de har laget en liste, be dem vise den. Gå gjennom pasientens stemningsdagbok og spør om han/hun har gjort seg noen tanker om innholdet siden sist gang. Har pasienten fått en forståelse av hvilken rolle stress har for lidelsen hans/hennes?

INTRODUSER BETYDNINGEN AV FAMILIEMILJØET

Introduser dette temaet:

«I dag skal vi bygge videre på det vi har arbeidet med i de siste timene. Sist uke snakket vi om hva som utløser stress og strategier vi kan bruke for å mestre stress. I dag skal vi fokusere på hva familiemedlemmer kan gjøre for å hjelpe hver og en av oss med å mestre stresset vårt, og deretter hva den enkelte kan gjøre for å gjøre det lettere for familiemedlemmer å hjelpe oss.»

Begynn med å spørre en annen person enn pasienten om å fortelle hva andre i familien gjør når han/hun er stresset. Vi kan kanskje høre en far si «min kone masserer nakken min», eller at en mor sier, «mannen min spør meg hva som er i veien og lytter til meg». Forsøk å dirigere samtalen i en ny retning hvis familiens første impuls er å legge skylden på pasienten for å gjøre livet stressende for dem. Det vi ønsker å få vite, er hva andre gjør som hjelper. Spør deretter pasienten hvordan hvert av familiemedlemmene reagerer når han/hun er stresset eller har affektive- eller psykosesyntomer. Hvilken påvirkning har disse reaksjonene på pasienten? Hva er det familiemedlemmene gjør som er til hjelp? Be familien tenke over hva som ville være mest til hjelp for pasienten når han/hun har symptomer. Og hvordan kan pasienten gi uttrykk for behovene sine på en måte som gir ham/henne en bedre sjanse for å få støtte fra familiemedlemmene?

Hvis det er nok tid, kan du gjennomgå noen av de andre familiemedlemmenes stressreaksjoner (eller humørvansker) også, og spørre dem om hva andre kunne gjøre for å være til hjelp i slike situasjoner. Hva er det andre gjør som vanligvis hjelper? Hva er det andre gjør som bidrar til å gjøre saken verre?

Forsøk å gå gjennom et par eksempler i løpet av timen. Noen ganger hender det at foreldrene har problemer med å respondere på sønnens eller datterens symptomer eller problemer med å fungere i dagliglivet.

Eksempel: En pasient nevnte «problemer med fokus og oppmerksomhet i forbindelse med økt følsomhet overfor lyder» som et av problemområdene sine. På grunn av problemet med oppmerksomhet fikk hun ikke

gjort hjemmeleksene sine. Pasienten har nå sakkett så langt etter i fagene at hun står i fare for å stryke. Siden hun ønsker å gjøre det bra men ikke makter å fokusere nok til å få gjort arbeidet sitt, opplever hun et høyt stressnivå. Pasienten forklarte at foreldrene reagerte på de dårlige skolerisultatene hennes ved å nøye overvåke tiden hun bruker på skolearbeidet, men hun merket at dette fikk henne til å føle seg enda mer stresset og førte til økt konflikt.

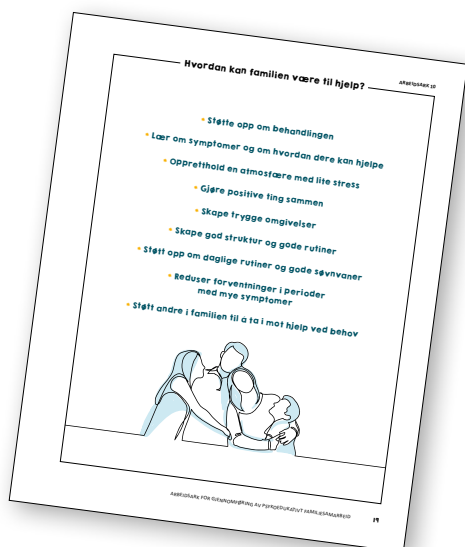
Gruppelederen bør (1) spørre pasienten hvordan hun har opplevd familiens reaksjon på problemet, (2) spørre familiemedlemmene om de tror responsen deres hjelper på redusere stresset. Hvis svaret er nei, sett i gang en samtale om alternativer som kan redusere stresset for pasienten. For eksempel identifiserte pasienten i ovenstående eksempel en alternativ respons som kan være til hjelp, nemlig at hun gjør lekser på egen hånd og så viser hjemmeleksene til foreldrene når hun er ferdig med arbeidet.

Vær påpasselig med å oppmuntre til alternative løsninger når det er hensiktsmessig. Når det gjelder det aktuelle eksemplet, kunne du foreslå at foreldrene snakker med datterens lærere om å la henne få mer tid til å gjøre hjemmeoppgavene i lys av de problemene hun har hatt i det siste. I tillegg kunne du foreslå at foreldrene demper forventningene i perioder med forverrede symptomer. Når det er to foreldre, bør du understreke betydningen av «å være på samme lag» i hvordan de tar opp problemer som involverer sønnen/datteren. Husk at slike samtaler vil fortsette gjennom hele behandlingen, og at det vil bli bedre med øvelse.

Uansett hvor bra samtalen har gått, må du rose dem for åpenheten til å snakke med hverandre

om hva som er til hjelp eller ikke. Gi dem anledning til å reflektere over denne erfaringen en stund.

Ros familien for evnen til å lytte, at de er villige til å prøve andre metoder å hjelpe hverandre på. Si at det en styrke som ofte fører til mer tilfredsstillende og målrettede løsninger på problemene. Minn dem om at du vil hjelpe dem mer direkte med disse problemområdene når dere kommer til kommunikasjonstreningen.



HVORDAN KAN FAMILIEN HJELPE?

Mye av materialet i Arbeidsark 10, «Hvordan kan familien være til hjelp» er allerede blitt drøftet, men familiene dine vil finne det nyttig å ha alt på ett sted. Dette materialet vil dessuten være viktig i forebyggingsplanen. Det er mulig at du må forklare noen av punktene. Når dere for eksempel snakker om å «vedlikeholde en tolerant og rolig atmosfære hjemme», har dere flere muligheter for å avslutte eller avspore diskusjonen/krangelen. Familien kan enes om å avslutte når de har sagt 3 negative kommentarer frem og tilbake til

hverandre eller bruke «time out» for å roe ned når det blir for intenst (3-regelen).

Når du kommer fram til det siste kulepunktet «bruk gode kommunikasjonsferdigheter», bør du lede familien inn i en diskusjon om hvordan kommunikasjonen fungerer hjemme og spørre om familien benytter seg av ferdigheter som aktiv lytting, eller ros og anerkjennelse. Familien kan supplere disse samtalene med å lese kapittel 9 «Family Management and Coping» i boken *The Bipolar Teen* (Miklowitz & George, 2008).

Bekymringer over skoleprestasjoner eller resultater til en tenåring er ofte noe av det første foreldrene nevner. Hvis det er problemer på skolen, bør du finne ut hvor mye foreldrene vet om å få hjelp eller tilpasning fra skolens side, for slik å øke sjansene for at tenåringen deres kan lykkes.

Når du forklarer punktet «Skape god struktur og gode rutiner», påpeker du at regelmessige og strukturerte rutiner i familien kan påvirke ungdommens egne rutiner på en god måte. Hvis for eksempel ingen i huset spiser middag sammen, er det sannsynlig at pasientens hovedmåltid varierer fra kveld til kveld. Hvis det ikke finnes noe «leggetidsrutiner» (for eksempel at det ikke skal brukes internett etter klokken 23; TV-en slås av klokken 22; det skal være ro etter et bestemt tidspunkt), er det lite sannsynlig at tenåringen kommer seg til sengs til rett tid. Selv om eldre tenåringer og unge voksne ikke lenger er bundet av foreldrenes eller de yngre søsknens rutiner, er det ikke urimelig å be foreldrene om å fastsette forventninger om tid slik de som nevnes ovenfor, for å hjelpe den unge til å regulere leggetiden sin.

TILLEGGSINFORMASJON DU KAN VURDERE DERSOM DET OPPSTÅR SPENNINGER NÅR DERE SNAKKER OM FAMILIESTØTTE

Noen ganger har foreldrene problemer med noe de oppfatter som et selvmotsigende budskap. Vi forteller dem at det ikke er de som har forårsaket symptomene, likevel forklarer vi dem at det er noe de kan gjøre for å minske alvorlighetsgraden av symptomene. Noen tror at dersom de har en viss kontroll over symptomene, da kan de grunnleggende bebreides for å ha forårsaket symptomene i første instans. Hvis foreldrene begynner å se ukomfortable ut, eller du mistenker at foreldrene føler at du bebreider dem, kan du introdusere følgende materiale som hjelper dem å forstå at de kan hjelpe med å redusere symptomene selv om de ikke er ansvarlige for å ha forårsaket dem.

Hvis dere er en familie som liker å ommøblere i huset og å flytte møblene rundt fra rom til rom flere ganger i året for å skape en ny opplevelse av hjemmet, så er ikke det noe problem. Det kan faktisk hjelpe til med å holde hjemmet friskt og interessant, det er ikke noe problem forbundet med å like å ha det slik. Men hvis du har et barn som plutselig får en sykdom og mister synet, ville du måtte tenke gjennom ommøbleringsvanene dine. Det at du ommøblerte, skapte ikke blindheten, men nå som situasjonen til barnet har endret seg, vil du måtte tilpasse deg og la være å flytte på møblene siden det ville gi problemer for barnet ditt. Familien din vil måtte tilpasse seg den endrede situasjonen og finne andre måter å trives på som familie.

Etter denne generelle forklaringen går du tilbake til å konkretisere den for den enkelte familie: «Med andre ord, fordi Robert er ekstra følsom overfor høye stemmer, betyr ikke det at han er blitt sånn fordi dere har snakket til ham med høy stemme. Men det kan antyde at han lettere vil tilpasse seg et miljø der folk holder lavt stemmevolum».

Introduksjon av Mestringsplan

Når du er kommet så langt, kan du integrere mye av materialet dere har vært igjennom for å utarbeide en plan som kan forhindre at symptomene forverrer seg. Du kan for eksempel trekke på samtalene om symptomer, kilder til stress, mestringsstrategier, og familiestøtte for å utvikle en intervensjonsstrategi som familien kan benytte hvis symptomene forverrer seg.

Mestringsplanen består av fire trinn:

1. Identifiser relevante stresskilder som kan påvirke pasienten eller familien som helhet
2. Identifiser tidlige varseltegn på at humøret eller den mentale helsen forringes
3. Mobiliser innsats for å takle stresskilder og tidlige varseltegn
4. Planlegg hvordan dere kan overvinne hindringer

Når du introduserer planen, kan du forklare at det er hensiktsmessig å utarbeide en mestringsplan fordi forskning har vist at å gjøre tidlige tiltak er mye mer effektivt enn å vente til symptomene har nådd et alvorligere nivå. Forklar den unge at «dette er en måte du kan beholde kontroll over livet ditt på selv når tankene dine, humøret ditt eller energien din begynner å forandre seg».

Gi familien **Arbeidsark 11: «Mestringsplan»**.

Be dem om å diskutere hva som bør stå i hver kolonne. Helst bør pasienten ha ansvaret for å fylle ut skjemaet etter hvert, men du kan også oppnevne en forelder eller et søsken hvis pasienten er uvillig til det.

Den første kolonnen er «Stresskilder – Utløsere». Inviter familiemedlemmene til å bruke erfaringer fra tidligere samtaler om å identifisere stress, eller be pasienten snakke om de siste stressituasjonene på stemningsdagboken hans/hennes. Minn familien på at stressituasjonene kan forandre seg fra uke til uke. Du kunne også plassere konkrete punkter fra listen din, for eksempel «mitt uregelmessige sovemønster», «har ikke tatt medisinen på flere dager», eller «kranglet med foreldrene mine om rommet mitt».

Vi må sørge for at neste kolonne «Tidlige varseltegn» må være kjent for alle på dette stadiet i behandlingen. Husk at tidlige varseltegn kan være forskjellige fra symptomer – de er de første tegnene på at en person går inn i en episode av depresjon, mani, eller psykose, og at det blir vanskeligere å fungere. Eksempler på tidlige varseltegn kan innbefatte: «Jeg har mer problemer med å konsentrere meg», «Jeg ser ut

til å trenge mer (eller mindre) søvn», «Jeg er blitt mer irritabel», «Det er blitt vanskeligere å få gjort det jeg har ansvaret for», «Jeg føler at jeg blir mer mistenksom overfor andre og har ikke villet gå ut med venner», eller «Det er vanskeligere å komme seg opp av sengen om morgenen». Familiemedlemmene kan trekke på de emnene de har ført opp i den første kolonnen. For eksempel, for en pasient som skriver at ting går bra når han/hun har lyst til å bruke mer tid på å være sammen med venner, kan et tidlig varseltegn være: «unngår å treffe venner».

Noen ganger er tidlige varselstegn spesifikke for en person. En forelder sa at sønnen hennes «får dette ville blikket i øynene». En annen forelder sa at datteren hans «begynner å gjemme mat under sengen sin». En annen sa at datteren hennes «får disse store bevegelsene, hun snakker mer med hendene – det er som Nasjonalteateret sammenlignet med TV». Når et antall tidlige varselstegn er nevnt, kan du oppmuntre pasienten til å føre dem opp på tiltaksplanen.

Det tredje og viktigste er å skrive en liste over forebyggende/mestringsferdigheter. Disse kan hentes fra tidligere samtaler og kan inneholde noen av punktene på listen over «beskyttende faktorer»:

- * Ta medisinerne mer regelmessig
- * Sove mer regelmessig
- * Snakke med andre om vanskelige følelser
- * Overvåke sitt eget humør mer regelmessig
- * Holde seg unna alkohol og narkotika
- * Holde en lavmælt tone hjemme
- * Redusere konflikter (for eksempel tre-regelen)
- * Engasjere seg i hyggelige aktiviteter (for eksempel hobbyer)
- * Trene

Neste kolonne er «Overvinne hindringer». Gruppelederen forklarer at noen ganger når det ikke går så bra, kan det være vanskeligere å bruke mestringsstrategiene våre.

Målet med disse kolonnene er å hjelpe familiene til å være bevisst på mulige hindringer der de kan bruke mestringsstrategiene når symptomene oppstår. Disse hindringene kan lettere overvinnes hvis de forutses i en handlingsplan som allerede er på plass. For eksempel, når vi føler oss friske og glade kan det være lett å bruke mestringsstrategiene våre, som å engasjere oss i hobbyer eller bruke mer tid sammen med venner. Men når vi ikke føler oss så bra, kan det være hindringer for å benytte seg av mestringsstrategiene. En pasient med bipolar lidelse som er frisk akkurat nå og sier «når jeg blir manisk og opprømt, må foreldrene mine si det til meg og få meg ned på jorda igjen», vil streve med å benytte denne strategien når han virkelig er i ferd med å bli manisk og opprømt.

Jonathan på 23, har som mestringsstrategi å være sammen med venner. Når han er deprimert, trekker han seg tilbake. Da ble det et hinder å bruke denne mestringsstrategien. En handlingsplan som ble utarbeidet i forkant, involverte en samtale med kjæresten mens han hadde det bra. Jonathan fortalte kjæresten at de tidlige tegnene på depresjon inkluderte tilbaketrekning og at han isolerte seg, noe som hindret ham i å ta kontakt med henne og vennene. Sammen bestemte de at når Jonathan begynte å trekke seg tilbake, skulle kjæresten ta initiativ til å dra ham ut av det og ta initiativ til mer aktivt å legge planer for å treffe hverandre.

Rune, 25 år, elsket de euforiske følelsene som fulgte med det å være hypoman eller manisk. Derfor ville han ikke ta medisinerene sine i disse periodene, selv om han vanligvis var flink til å følge opp medisineringen. Han sa: «Foreldrene mine bør si fra når jeg blir hyper og minne meg på at jeg skal ta medisinen. Jeg kommer ikke til å like det akkurat da, men de bør gjøre det uansett».

Melissa, 19 år, skrev opp på listen at det å sitte i ro og fred alene på rommet sitt, var en mestringsferdighet. Men et av hennes tidlige varseltegn var en tendens til å lukke seg og la være å kommunisere. Familiemedlemmene ble bekymret over Melissas tilbaketrekning og trodde at de var til hjelp når de konstant kikket inn for å se hvordan hun hadde det, og ved å komme med forslag eller å invitere henne til å være sammen med dem. Dette gjorde at Melissa syntes det var vanskelig å kommunisere behovet sitt for å være alene. Familien utviklet et «signal» som gjorde at Melissa slapp å måtte forklare behovet for tid og rom alene. Familien bestemte at Melissa skulle sette opp en beskjed på døren sin som sa for eksempel «Alenetid til klokken 18». Dette imøtekom både Melissas behov for å ha tid alene og foreldrenes behov for å vite at hun hadde det bra og at de kunne kikke inn til henne til en bestemt tid.

BESVAR SPØRSMÅL OG GI HJEMMEOPPGAVER

Ved slutten av timen ser du gjennom pasientens mestringsplan og setter av tid til å besvare spørsmål. **Husk å rose alle deltakerne for innsatsen.** Minn familien på å ha familiemøte mellom behandlingene og gå gjennom materialet som ble introdusert i timen. Oppmuntre pasienten til å fortsette med å fylle ut stemningsdagboken sin, men også å tenke på hva som ellers kunne tilføyes på den mestringsplanen.

PLANLEGG NESTE BEHANDLINGSTIME

La familien få vite at dere nå kommer til å bevege dere vekk fra psykoedukasjon i det felles arbeidet deres, over til kommunikasjonstrening som primært fokus. Du vil komme tilbake til mestringsplanen gjennom hele behandlingen, men neste fokus er å trene på gode måter å snakke på når det blir vanskelig i familien.

III. KOMMUNIKASJONSTRENING

Behandlingstime 5 og 6: Gi en oversikt over kommunikasjonsferdigheter, lær familien om aktiv lytting og å gi uttrykk for positive følelser

Før du innleder andre modul, går du gjennom hjemmeleksene om forebyggingsplanen og besvarer spørsmål som kan ha oppstått mellom behandlingene. Gjennomgå pasientens stemningsdagbok

1. Småprat
2. Gjennomgå hjemmeoppgaven om den forebyggende handlingsplanen
3. Få i gang en samtale om familiemedlemmenes kommunikasjonsstil
4. Gjennomgå trening på ferdigheter for bedre kommunikasjon
5. Introduser ferdighet nr. 1: Gi uttrykk for positive følelser. Aktiv lytting
6. Gi hjemmeoppgaver, besvar spørsmål og planlegg neste tim
7. Småprat

Nødvendige arbeidsark:

12: «De fem grunnleggende kommunikasjonsferdighetene»

13: «Uttrykke positive følelser»

14: «En person som gjorde deg glad»

15: «Aktiv lytting»

16: «Kartlegge kommunikasjonsferdigheter»

BAKGRUNNSINFORMASJON OM KOMMUNIKASJONSTRENINGEN

Andre modul av FFB, kommunikasjonstrening, går over ca. fire timer (behandlingstime 5-8). Disse timene er ikke så stramt strukturert som de foregående. Familier lærer i forskjellig tempo,

og det kan være viktig materiale fra time 1-4 som trenger ytterligere gjennomgang. Derfor presenterer vi planen for time 5-6 i dette avsnittet og for time 7-8 i neste avsnitt.

Kommunikasjonstreningen er basert på to antagelser. For det første: Negativ kommunikasjon i familien gjenspeiler familiens redsel når de forsøker å håndtere pasientens symptomer og vanskeligheter med å fungerer, uten å oppnå ønsket effekt.

For det andre: et negativt kommunikasjonsmønster kan forbedres gjennom trening og praktisering av ferdigheter. Kommunikasjonstreningen benytter et rollespillformat for å lære pasientene og deres nærmeste følgende kommunikasjonsferdigheter: gi positiv tilbakemelding, aktiv lytting, klar kommunikasjon, positive oppfordringer, uttrykke negative følelser overfor en bestemt atferd.

Formålet med kommunikasjonstreningen er å skape en atmosfære i hjemmet som beskytter mot økte symptomer. Mestring disse ferdighetene kan fremme en følelse av samarbeid blant familiemedlemmene. Det kan imidlertid ta litt tid for familiemedlemmene å bli vant til rollespillformatet.

For hver ferdighet gir gruppelederen deltagerne et arbeidsark som lister opp de tilhørende komponentene (for aktiv lytting: oppnå god øyekontakt, omformulere), og demonstrerer ferdigheten for familien. Deretter skal deltakerne praktisere ferdighetene med hverandre, med veiledning og rettledning fra gruppelederen. Det

gis en hjemmeoppgave som letter overføringen til hjemmesituasjonen, der deltakerne skal føre logg over sin ferdighetstrening.

EVALUERE NÅVÆRENDE KOMMUNIKASJONSSTIL

Kommunikasjonsmodulen begynner med en samtale om betydningen av å bruke gode kommunikasjonsferdigheter for å skape et støttende familiemiljø preget av ro og klarhet. Altså er gode kommunikasjonsferdigheter i alles interesse fordi det er mer sannsynlig at de oppnår det de vil når de blir i stand til å høre på og adressere andre personers bekymringer.

Spør familien: Hva fungerer bra i familiens kommunikasjon i dag? Hva er det som ikke fungerer så bra? Er det annerledes når har symptomer? Hvordan er det når (mor eller far) har stress på jobben?

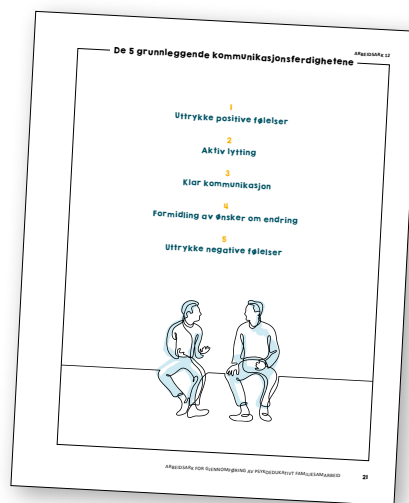
Hvis noen i familien beskriver en tendens til å hisse seg opp eller å skrike når noe opprører dem, bør du normalisere det: «De fleste familier gjør dette til en viss grad, og det kan være spesielt vanskelig å lytte til en annens perspektiv når du føler at du har blitt urettferdig behandlet».

INTRODUKSJON AV KOMMUNIKASJONSFERDIGHETENE

Gi familien **Arbeidsark 12 «De fem grunnleggende kommunikasjonsferdighetene»**. Gå raskt gjennom de ferdighetene du tenker å lære familien. Den viktigste oppgaven i kommunikasjonstreningen er rollespill med hverandre i og utenfor timen. Det er viktig for familien å forstå rollespillprosessen. Beskriv den ved å si:

☞ Dere skal lære fire eller fem kommunikasjonsferdigheter: Gi uttrykk for positive følelser, aktiv lytting, klar kommunikasjon,

positive oppfordringer, og, om nødvendig, gi uttrykk for negative følelser om en bestemt atferd. Vi vil bruke rollespill. Det innebærer at vi vil be dere snu stolene mot hverandre og praktisere nye måter å snakke med hverandre på. Det kan være litt pinlig til å begynne med, men dere vil bli overrasket over hvor fort dere blir vant til det når vi gjør det sammen. Faktisk kan det være gøy for familien å prøve ut disse nye måtene å snakke med hverandre på.



Knytt det de tidligere har sagt om hva de ønsker å bli bedre på sammen med noen av ferdighetene som er listet opp på dette arbeidsarket. Fortsett så med innledningen:

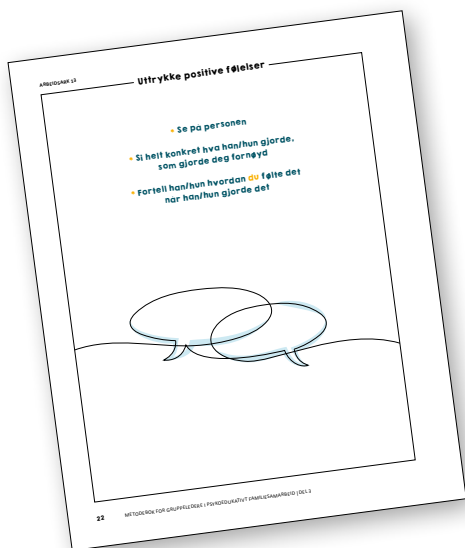
☞ «God kommunikasjon og problemløsning fører til mindre anspenthet i familien og færre stemnings- eller psykosesyntomer. Det å ha disse ferdighetene, gjør det mye enklere å løse problemer som kan ha ligget der i lengre tid».

Sikre deg at alle i familien forstår hva du mener med god kommunikasjon. For yngre tenåringer kan ordet kommunikasjon virke som et ord voksne bruker, og det kan være nødvendig å fortelle dem: «Det betyr at man forsikrer seg om at du og den andre personen forstår hverandre».

Ferdighet nr. 1: Uttrykke positive følelser

Når du har innført begrepet kommunikasjon, kan du begynne å lære familien den første av de fem ferdighetene. Først presenter du ferdigheten «gi uttrykk for positive følelser». Denne ferdigheten undervises først fordi den er lett å lære, og fordi den vanligvis fører til en følelse av samhørighet og skaper gode følelser mellom familiemedlemmene. Beskriv egenskapene til og formålet med ferdigheten: Det er en direkte måte å få andre medlemmer av familien til å føle seg verdsatt og satt pris på, og det får dem til å ville gjengjelde de gode følelsene senere. Det hjelper også med å skape en balansert tilnærming til familielivet. Det kan være svært lett å identifisere de måtene andre irriterer oss på, og det er også lett å ta for gitt alt det andre gjør hver dag for å hjelpe oss. Familiene opplever raskt en bedre atmosfære hjemme når de roser hverandre oftere enn de ber om forandringer.

Forklar **Arbeidsark 13, «Uttrykke positive følelser»**.



Det kan være vanskelig å beskrive følelser. Et familiemedlem kan for eksempel si: «Det fikk meg til å føle at du brydde deg», noe som egentlig ikke er å beskrive følelsene sine. Hjelp familiemedlemmene med å beskrive følelsen som passer til den opplevelsen, for eksempel «glad», «satte pris på» eller «rørt». Forklar deltagerne at det å uttrykke positive følelser gjerne går bedre hvis rosen beskriver en konkret atferd og ikke er generell. Til slutt demonstrerer du for dem. For å bygge nær kontakt henvender du deg direkte til pasienten som mottaker. Si for eksempel:

☺ Kåre, jeg setter virkelig pris på at du har vært villig til å snakke så åpent om skoleproblemene dine. Jeg er glad for at du er trygg nok på meg til å dele dine følelser og erfaringer med meg.

Eller:

☺ Per (far), jeg setter stor pris på at du er kommet til hver time, og at du har forsøkt å delta selv om det har vært tøft for deg noen ganger. Ditt engasjement har oppmuntret meg til å tro at jeg kan være til hjelp for deg og din familie.

Hvis forsøket med å utforme rosen mislykkes, må du forsøke å ikke bli defensiv. Prøv å bringe litt humor inn i situasjonen (for eksempel: «Hei sann! Den der lettet som en blyballong!»). Din villighet til å fremstå som sårbar og å fortsette selv om du møter avvisning, kan få familiemedlemmene og pasienten til å bli mindre defensive og mer åpne for prosessen med positiv kommunikasjon.

Når det er klart at familiemedlemmene kjenner prinsippene for positiv kommunikasjon, kan du få dem til å tenke gjennom noe som gledet dem som noen i familien gjorde i forrige uke. Når de er klare til å gi tilbakemelding og har valgt en mottaker, ber du medlemmene danne par ved å snu stolene sine mot hverandre og snakke direkte til hverandre, hvor den som gir tilbakemeldingen er «taleren» og den som mottar tilbakemeldingen er «lytteren». Din rolle er å veilede deltakerne når du ser at det er behov for det. Pass på at familiemedlemmene føler seg støttet, samt at de får tilbakemelding på om de utfører ferdigheten riktig.

Ta for deg følgende eksempel: en far sa seg villig til å gi ros til sin 19-årige sønn for forsøkene hans på å holde seg unna bråk med politiet. Faren sa dette til sønnen:

Jeg er virkelig glad for at du ikke havnet i noe bråk denne uka.

Gruppelederen roste farens innsats for å si noe rosende til sønnen og påpekte deretter at en annen måte å gi ros på ville være å si hva det var sønnen gjorde som han satte pris på, i motsetning til hva sønnen ikke gjorde.

Faren prøvde igjen og sa:

Gutten min, du har virkelig oppført deg kjempebra denne uken og jeg ble veldig glad over å se at du greide det så bra.

Her ga gruppelederen masse ros til faren for å være så fleksibel og for å anvende ferdigheten på den måten den var ment å brukes. Hun oppmuntret likevel faren til å forsøke igjen og gi konkrete eksempler på hva han mente med «kjempebra oppførsel».

Noen ganger vil det være motstand mot å gjenta rollespillet (altså å praktisere ferdigheten) etter at gruppelederen har gitt feedback. Hvis dette skjer, kan du si til den som klager at dette med ferdigheter er som å prøve et nytt par sko. Hvis skoene ikke passer, kan man selvsagt ta dem av. Men man vil bare finne ut om skoene passer hvis «du går med skoene en stund for å se om du kan gå dem inn. Det er slik med disse ferdighetene også.

Det neste er å be hvert familiemedlem om å praktisere ferdigheten mens du gir ros og veiledning. Det beste er om familiemedlemmene både roser og får ros av hverandre. Hvis noen av familiemedlemmene er blitt utelatt, bør du oppmuntre familien til å rose denne.

GI HJEMMEOPPGAVER

Når alle familiemedlemmene – inklusiv pasienten – bruker ferdigheten «å gi positiv tilbakemelding» på riktig måte, gir du familien **Arbeidsark 14 «En person som gjorde deg glad»**. Denne oppgaven skal gjøres mellom timene. Hvert familiemedlem får et ark. Målet for hvert familiemedlem er å forsøke å gjøre noe hver dag som han eller hun tror gleder et annet medlem av familien. Det kan variere fra dag til dag. Samtlige familiemedlemmer skal notere på arket sitt når noe hyggelig ble gjort mot dem av et annet medlem av familien. De skal også skrive ned hvordan de gav uttrykk for positive følelser over det som ble gjort. Dette kan føre til en samtale om hva familiemedlemmene oppfatter og hva de ikke legger merke til.

Dato	Personen som gjorde deg glad	Hva fant du som var det personen gjorde som gjorde deg glad?	Hva så du til henne/ham?
Mandag			
Tirsdag			
Onsdag			
Torsdag			
Fredag			
Lørdag			
Søndag			

Eksempel:
Så av en prat
Hjertet til helse
Lagte mat
Hvite opp sengen
Dette i helsestillingen

Hvite:
Så av sammen
Vilse i helse
Hjertet til helse
Hvite av det

Hvite:
Så av sammen
Vilse i helse
Hjertet til helse
Hvite av det

I en familie hadde faren tatt med en eske sjokolade til moren. Han ble overrasket da det ikke virket som hun ble glad for den. Hun forklarte at hun egentlig ble litt fornærmet fordi hun prøvde å redusere sukkerinntaket sitt. Hun minnet han på at han hadde kommet med en bemerkning tidligere i uken om at hun hadde lagt på seg, men hun gav uttrykk for positive følelser over andre ting han hadde gjort (massert ryggen hennes, lekt med barna da han kom hjem). Han ble overrasket over at dette betød så mye for henne. Kommunikasjon kan bli ineffektiv når anstrengelsene for å glede den andre ikke stemmer over ens med den andres ønsker. Å avklare forventninger er en fin måte å gjøre dette på.

UTFORDRINGER VED TRENING AV FERDIGHETEN «UTTRYKKE POSITIVE FØLELSER»

Mesteparten av tiden vil familiemedlemmene sette pris på denne øvelsen. Men hvis familiemedlemmene fortsetter å gi uttrykk for sterke negative reaksjoner, må du få til en samtale om følelsene deres og vurdere hvordan du kan hjelpe dem til å kommunisere på en annen måte. Her er et eksempel: En enslig far og hans sønn lo høyt i løpet av denne øvelsen og sa til slutt:

Faren: Menn snakker bare ikke sånn. Jeg vil ikke fornærme deg, og jeg kan godt forestille meg at du sier det slik, men i min verden er det ikke slik. Jeg vil bare være ærlig mot deg.

Gruppelederen: Jeg setter pris på at du er ærlig. Fortell meg noe mer om hva du synes er rart med denne fremgangsmåten.

Faren: Min sønn og jeg gjør fine ting for hverandre, og jeg liker å la ham få vite at jeg setter pris på det han gjør. Men jeg vil heller gi ham en high five og bare si «takkt».

Gruppelederen: Så du legger altså merke til hva din sønn gjør og du roser ham for det på din egen måte. Du har en kortfattet stil uten for mye prat om hva du føler og så videre.

Faren: Stemmer. De ordene ville bare ikke vært mine. Det ville høres helt unaturlig ut.

Gruppelederen: Daniel, hvordan forteller du faren din det når han har gjort noe du liker?

Sønnen: Jeg bare sier «takkt for at du hentet meg på skolen, far, eller takkt for at du grillet kylling i kveld, det er favorittmaten min».

Gruppelederen: Vet dere; jeg liker den måten dere kommuniserte på der, og jeg er glad for at dere tok opp dette fordi hele poenget med denne øvelsen faktisk er å minne oss på å fokusere på og kommentere de gode tingene vi gjør for hverandre. Det høres som om dere har deres egen måte å gjøre det på, og at det fungerer for dere.

Sønn og Far: Stemmer.

Gruppelederen: Tror dere det finnes rom for at dere kan bli enda litt mer oppmerksomme på hva dere gjør for hverandre i hverdagen, og at dere kommenterer det litt mer slik at hver av dere kan føle seg litt mer verdsatt og få vite mer om hva den andre liker?

Faren: Ja, det kan vi sikkert prøve. Jeg forstår hva du sier om behovet for å opprettholde en balanse slik at jeg ikke alltid bare sier til ham at han skal rydde på rommet sitt og gjøre leksene sine.

Gruppelederen: Hva med deg, Daniel? Tror du at faren din vet hva du liker av det han gjør for deg?

Sønnen: Jeg tror det, men jeg er ikke sikker.

Gruppelederen: Er dere åpne for å gjennomføre rollespillet igjen, bare at denne gangen skal dere gjøre det slik som dere pleier når dere gir uttrykk for positive følelser?

Faren: Kjør på.

Her kunne gruppelederen eventuelt ha godtatt familiens måte å gi uttrykk for positive følelser på, men gitt dem «noen som gjorde deg glad»-oppgaven slik at de kunne holde rede på hvor ofte disse samspillene fant sted.



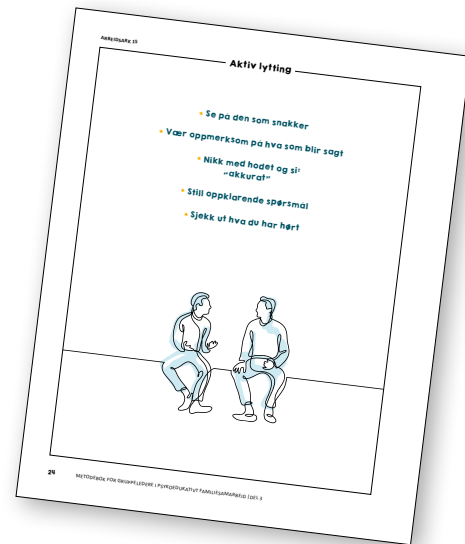
Ferdighet nr. 2: Aktiv lytting

Lytting er avgjørende i god kommunikasjon. Lytting er på mange måter grunnlaget for andre kommunikasjonsferdigheter, derfor kan aktiv lytting introduseres før oppgaven «å gi uttrykk for positive følelser». Aktiv lytting er imidlertid en vanskeligere ferdighet å lære og familiemedlemmene kan synes det er krevende. Å gi uttrykk for positive følelser kan dermed være en anledning til å begynne kommunikasjonstreningen med en konkret ferdighet som har en positiv tone.

Hvis det er gått en uke siden du introduserte «Å gi uttrykk for positive følelser», bør du sjekke hjemmeoppgaven « En person som gjorde deg glad». Spør familien om hvordan det har vært for dem å gi hverandre mer positiv feedback i løpet av uken. Hvordan syntes de det var å både gi og få ros? Hvis de ikke har gjort oppgaven, ber du hver av dem nevne en positiv ting et annet familiemedlem har gjort i løpet av uken. Deretter ber du dem om å gi uttrykk for det nå, som en øvelse i timen. Husk å veilede dem til å være spesifikke i beskrivelsen av følelsen de opplevde (glad, lettet, lykkelig, rørt, osv.) og hvordan det påvirket den andre personen.

Deretter deler du ut **Arbeidsark 15, «Aktiv lytting»** til familien samtidig og forklarer:

💬 Aktiv lytting er en ferdighet som alltid er nyttig, og den er særlig virksom når det oppstår en diskusjon eller uenighet. Den hjelper til med å bremse farten fordi hver person må vise den andre hva de har hørt av hva som ble sagt. På denne måten vil den andre personen føle at du lytter. Det er en



ferdighet som kan være spesielt nyttig i en krangel, fordi den som snakker til deg føler seg hørt og derfor gjerne er villig til å gjøre det samme for deg.

Ferdigheten består av to deler. Hvis du vil vise noen at du lytter til dem, skal du se på dem, nikke, og stille dem noen spørsmål for å være sikker på at du forstår. Si for eksempel: «Når skjedde dette?» Til slutt kan du gjenta hva du hørte dem si, det vi kaller «å sjekke hva du hørte». X, når noen lytter til deg og stiller deg spørsmål, hvordan føles det?

Demonstrer for familien. Du er lytteren, og ber et familiemedlem snakke til deg. Når du har vist lytteferdigheten, ber du om tilbakemelding fra familiemedlemmer om hva de la merke til under demonstrasjonen. For eksempel: «Hva så du at jeg gjorde nettopp nå? Hvordan visste du at jeg lyttet?». Det neste er at familien trener sammen to og to.

Det er viktig å starte med emner med et lavt konfliktnivå siden det er vanskelig å lære en ny ferdighet ved et høyt angstnivå eller når en opplever seg kritisert. Å praktisere ferdigheten bør heller ikke gi en forelder anledning til å kjeft på pasienten.

På samme måte som med de andre ferdighetene skal du fortsette å rose familiemedlemmenes innsats. Du må ofte gi mer konkret veiledning ved øving på aktiv lytting enn ved andre ferdigheter på grunn av vanskeligheten og kompleksiteten i denne ferdigheten.

TERAPEUTISK TIPS: TREN PÅ EN FERDIGHET OM GANGEN

Når du underviser aktiv lytting, kan det være fristende å veilede fortelleren og lytteren samtidig på hver sine ferdigheter. For eksempel forsøker noen gruppeledere å få en av foreldrene til å praktisere «Gi positiv tilbakemelding » mens sønnen eller datteren lytter aktivt. Vår erfaring er at dette ikke fungerer bra. Det kan hende at fortelleren tar opp et emne som er vanskelig for lytteren å oppsummere, eller det kan få lytteren til å føle seg på defensiven. Veiled først og fremst den personen som lærer seg den nye ferdigheten. Unntaket fra dette er når et annet familiemedlem, som er tildelt rollen som forteller, bruker dette som en anledning til å kritisere lytteren. Be ham eller henne om å skifte emne til noe mer nøytralt, «for eksempel noe som skjedde deg på jobben i dag, slik at kan øve seg på å lytte».

Hvis det er flere enn to familiemedlemmer som deltar i behandlingen, oppnevner du en forteller og en lytter og gir de andre familiemedlemmene jobben med å observere om lytteren følger alle trinnene. Noen ganger er det lettere å lære seg ferdighetene når en ikke sitter i rollen selv. Etter rollespillet spør du observatørene hva de la merke til. Hva gjorde lytteren bra? Fulgte lytteren alle trinnene?

Det er svært vanlig for familiemedlemmer som er i lytterrollen å svare tilbake til den som snakker, forsvare sine egne handlinger eller gi uttrykk for sitt eget synspunkt på et bestemt emne. La dem få vite at selv om dette er en forventet respons, er det ikke det som menes med aktiv lytting. Hjelp dem med å oppsummere hva den andre personen sa og med å stille oppfølgingsspørsmål for å sikre at man har forstått den andres perspektiv. La dem få vite at de vil få sjansen til å formidle sitt eget synspunkt, men akkurat nå øver vi lytteferdigheter. Hvis alle snakker og ingen lytter, vil familiekommunikasjonen bryte sammen og konflikten vil eskalere.

Hvis noen har problemer med hukommelsen eller konsentrasjonen, bør han/hun oppmuntres til å skrive notater mens den andre personen snakker. På denne måten vil det bli lettere for personen å tenke tilbake på hva som ble sagt og stille relevante oppfølgingsspørsmål.

Noen ungdommer kan si: «Det er jo klart at jeg lytter, for jeg sitter jo her og det høres rart ut å bare gjenta det som blir sagt». Oppmuntre dem til å tenke over at hvis de klarer å oppsummere den andre personens synspunkt, da vil denne personen «føle seg hørt» og vil ikke gjenta

budskapet for å gjøre seg forstått. Dette er en stor forandring for mange ungdommer, fordi de gjerne har liten erfaring med aktiv lytting. Foreldre kan

være mer kjent med konseptet, men kan likevel synes det er vanskelig å gjennomføre det i praksis.

KLINISK EKSEMPEL

Daniel er en 13-åring som har både bipolar lidelse og ADHD. Han ble frustrert mens vi jobbet med kommunikasjonsmodulen. Da familien ble spurt om hva de gjerne ville forbedre i kommunikasjonen, sa Daniels far, Richard, at han ønsket at han og Daniel kunne dele mer med hverandre. Daniel spurte hva han mente med det. Faren sa at han ønsket å vite hva Daniel hva det er som gjør ham glad og hva Daniel ser for seg i fremtiden. Daniel, som ble mer og mer frustrert, sa til faren at han fortsatt ikke forsto. Gruppelederen forsøkte å hjelpe Richard til å fokusere oppfordringen sin noe mer, men han hadde store vansker med å definere hva han mente. Til slutt sa Daniel: «pappa, jeg kan fortelle deg om dagen min i dag, OK?», og satte i gang med å gi faren sin en svært detaljert redegjørelse for hva han hadde gjort på skolen og etter skolen. Gruppelederen ga Richard oppgaven med å lytte og oppsummere. Richard likte denne oppgaven veldig godt, og han takket Daniel: «det hjelper meg å vite hva som gjør deg glad og hva som skjer i livet ditt». Daniel hadde da greid å snu en uheldig kommunikasjon mellom far og han selv. Gruppelederen bør hjelpe foreldre med å unngå abstrakt dialog og fokusere på konkret, spesifikk kommunikasjon som ungdommen vil respondere mer positivt på.

ARBEIDSARK 16

Kartlegge kommunikasjonsferdigheter

Ukedag	Personen du snakket med	Hva snakket dere om?	Hvilke positive tilbakemeldinger ga du?	Hvilke aktive lyttestrategier brukte du?	Hvilke oppklarende spørsmål hadde du?	Hvilken positiv forespørsel om endring hadde du?
mandag						
tirsdag						
onsdag						
torsdag						
fredag						
lørdag						
søndag						

ARBEIDSARK FOR GJENNOMFØRING AV PSYKOEDUKATIVT FAMILIESAMARBEID 25

GJENNOMGÅ HJEMMEOPPGAVENE

Fortsett å trene på kommunikasjonsferdigheter med familien ved at du gir hjemmeoppgaver. Hvis du allerede har forklart *En person som gjorde deg glad* - oppgaven, vil det bli enklere for deg å forklare **Arbeidsark 16, «Kartlegge kommunikasjonsferdigheter»**. Forklar familien at bare de to første ferdighetene skal øves (Gi positiv tilbakemelding, og Aktiv lytting). De skal ikke fylle inn informasjon om «Klar kommunikasjon» eller «Positive oppfordringer» før du har gjennomgått disse ferdighetene. Familien kan gjerne øve aktiv lytting med ulike personer i dagliglivet og beskrive det på hjemmeoppgavearket.

PROBLEMLØSNING MED AKTIV LYTTING

Siden det er så viktig og vanskelig å mestre teknikkene for aktiv lytting, kan det ta mer enn en behandlingstime å øve denne ferdigheten. Det kan være gunstig å tilpasse aktiv lytting-treningen til ungdommen eller familiemedlemmet. Tilbakemeldinger fra familien, observasjon av samspillene og god veiledning er avgjørende for å sikre at familien lettere når målet.

Et eksempel: En 15-årig gutt hadde store vansker med å lytte når moren snakket. Moren ble irritert på han under rollespilløvelsene fordi han avbrøt øyekontakten med henne, noe hun følte var manglende respekt og et tegn på at han ikke lyttet. Han forklarte at det var vanskelig for ham å takle folks ansiktsuttrykk fordi han fant dem forvirrende og overveldende, og at han klarte å lytte bedre når han kunne se vekk fra ansiktet eller kunne gjøre noe med hendene (for eksempel spille Angry Birds på mobilen sin). Han sa at i stedet for å distrahere ham, hjalp det å bruke hendene til å spille et spill ham til å dempe angsten og fokusere på det den andre personen sa. Moren ble overrasket over det hun fikk høre, og hun fikk mer forståelse for vanskelighetene hans med å ha øyekontakt. Hun greide nå å snakke med ham mens han så på mobilen sin, og han var alltid i stand til å oppsummere det hun hadde sagt. Hun oppdaget altså at sønnen lyttet bedre når han gjorde noe med hendene, spesielt når de snakket om følelsesmessig ladede emner.

Målet med lytteøvelsen er å legge til rette for effektiv kommunikasjon i en familie. Det er mulig at gruppelederen må endre på lytteoppgavene for å tilpasse dem til behovene til personer ut fra karakteregenskaper, kultur og følsomhet.

Du finner flere eksempler på side 221-228 i *Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach*.

AVSLUTNING PÅ BEHANDLINGSTIME 5-6

Rund av disse timene med en oppsummering av ferdighetene familien har lært og av hvorfor disse er viktige. Be dem om å gjenta for deg hvordan de skal utføre oppgavene «**En person som gjorde deg glad**» og «**Kartlegge kommunikasjonsferdigheter**». Gi ros for konkrete forsøk på å mestre ferdighetene.

Det viktigste er å oppmuntre familien til å praktisere disse ferdighetene hjemme og sammen med andre. Ferdighetene vil føles mer og mer naturlig etter hvert som de brukes i vanlige settinger.

Minn familien på at fra og med behandlingstime 9 kommer gruppemøtene til å gå over til annenhver uke. Det vil si at de åtte første timene er ukentlige og deretter går vi over til annenhver uke. Dette vil ikke være noen stor sak for de fleste familiene, men gi dem noe tid til å forberede seg. Koble denne opplysningen med: «fordi vi skal møtes mindre hyppig, vil det være ekstra viktig for dere å ha familiemøter og øve disse ferdighetene mellom de fastlagte timene. Har dere fortsatt ukentlige familiemøter?»

KOMMUNIKASJONSFERDIGHETER: POSITIVE OPPFØRINGER OG TYDELIG KOMMUNIKASJON

1. Småprat
2. Gjennomgå hjemmeoppgaver
3. Lær bort ferdighet nr. 4: Positive ønsker om endring, og nr. 5: Tydelig kommunikasjon
4. Gi hjemmeoppgaver, besvar spørsmål og planlegg neste time
5. Småprat

Nødvendig materiale: Arbeidsark 17 «Sette fram et positivt ønske om endring», Arbeidsark 18 «Tydelig kommunikasjon», og Arbeidsark 16 «Kartlegge kommunikasjonsferdigheter»

GJENNOMGÅ HJEMMEOPPGAVER

Dersom du ikke har gjort det i sjette time, begynner du sjuende time med å gjennomgå oppgaven «**En person som gjorde deg glad**» fra forrige uke. Spør hvordan det føltes å gi hverandre mer positiv feedback i løpet av uken. Hvordan var det å høre at andre la merke til og kommenterte innsatsen de gjorde for å være til hjelp eller støtte hverandre i løpet av uken?

Deretter spør du familien om de hadde noen opplevelser med aktiv lytting. Hvis de har gjort oppgaven om kommunikasjonsferdigheter, be om å få se resultatet. Be familiemedlemmene om å beskrive forsøkene sine på å praktisere aktiv lytting, og om de har merket noen endring. Be dem snakke om hvilke situasjoner de kunne benytte aktiv lytting i framtiden, og situasjoner der det er vanskelig (for eksempel når de har det travelt og ikke har tid til å begynne en samtale). Ofte kan folk fortelle at lytteferdighetene har bidratt til en bedre samtale, og at utfallet av samtalen har vært mer vellykket.

De to neste kommunikasjonsferdighetene, **å gi positive oppfordringer**, og **å gi uttrykk for negative følelser om bestemt atferd**, tar opp familiemedlemmers ønske om endring i atferden til et annet familiemedlem. **En positiv oppfordring** (for eksempel «Jeg ville sette pris på om du går ut med søpla») er første skritt i å be noen endre atferd (se **Arbeidsark 17**). **Uttrykke negative følelser om en bestemt oppførsel**. For eksempel: «Når du snakker så høyt til meg, så kan jeg bli skvetten. Fint om du kan dempe stemmen. Er det ok for deg?» kan forsøkes når positive oppfordringer ikke har fungert tilfredsstillende (se **Arbeidsark 19**).

Ferdighet nr. 3: Positive oppfordringer

Når man gir opplæring i positive oppfordringer er det viktig å være oppmerksom på et par ting. For det første må **oppfordringen ha å gjøre med at en annen person skal gjøre noe, og ikke at personen skal slutte å gjøre noe**. For det andre **er ikke personen som mottar oppfordringen forpliktet til å gjøre det hun eller han blir bedt om**.

Oppfordringen er kun en av et antall løsninger på et familieproblem som kan tas opp videre under problemløsningsdelen.

Tenk over kontrasten i tonen mellom følgende tre måter å gi tilbakemelding på:

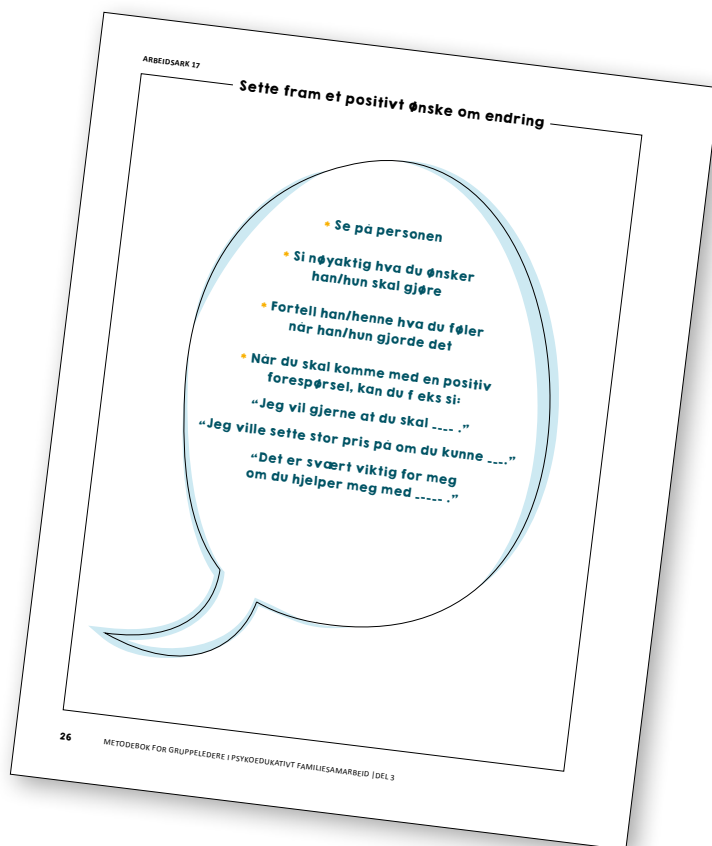
☞ «Jeg kan ikke fordra det når du bruker den negative tonen» (kritikk)

«Jeg ville sette pris på om du kunne bruke en mer respektfull tone når vi snakker sammen» (positiv oppfordring)

«Jeg har bedt deg flere ganger om å snakke til meg med en respektfull tone, men det har du ikke gjort. Hva kan vi gjøre med dette? (gir uttrykk for negative følelser om en bestemt atferd)

For å gå videre med «positive oppfordringer» deler du ut **Arbeidsark 17 «Fremme et positivt ønske om endring»**, og introduserer neste ferdighet.

Neste ferdighet kalles «**fremme et positivt ønske om endring**». Det er en god ferdighet å benytte når du ønsker at noen skal gjøre noe annerledes. Som du ser fra arbeidsarket, er det flere elementer i denne ferdigheten: se på vedkommende, si hva du ønsker at han eller hun skal gjøre, og fortell hva det ville få deg til å føle.



Når du har presentert komponentene i ferdigheten, viser du ferdigheten, enten ved å be om en frivillig eller ved å inkludere noen i familien som har «droppet litt ut» i timene. Hvis du føler at du har et godt forhold til familien, kan du benytte dette som en anledning til å ta opp et problem som har plaget deg som gruppeleder. For eksempel: «Adam, jeg ville sette pris på om du kunne informere meg hvis du må utebli, og at du ringer meg dagen før. Jeg forstår at det er ting som kan komme i veien for å delta, men jeg ville sette stor pris på det, for da er det lettere for meg å planlegge».

Når du har demonstrert ferdigheten, ber du alle familiemedlemmer om å uttrykke en oppfordring til et annet familiemedlem (eller til deg) og så rollespille ferdigheten parvis.

På samme måte som med de andre ferdighetene roser du alle familiemedlemmene for innsatsen, og gir tilbakemelding til hvert medlem for å være sikker på at ferdigheten blir riktig gjennomført.

Når familien har øvd seg på denne ferdigheten en stund, kan du legge inn noen variasjoner. Du kan spørre familien om å tenke på uttrykk de har hørt mye brukt hjemme. Hvordan kan disse ytringene reformuleres slik at innholdet blir uttrykt på en mer vennlig måte?

Eksempler:

Mellom søsken: «Slutt å plage meg!» «Ikke rør sakene mine!»

Fra foreldre til de unge: «Hvordan kan du leve i et slikt roterom? Det er helt grusomt!» «Hvorfor ser du på TV når du ikke har gjort leksene dine?» «Hva gjør disse tallerkenene i stua?»

Fra ungdom til foreldre: «La meg være i fred!» «Jeg gikk ut med søpla i går, det er Julie sin tur i dag!» «Jeg skal gå ut med bikkja senere ... hvorfor maser dere på meg hele tiden?»

Deretter kan du be dem om å øve på å snu disse til positive oppfordringer og gjennomføre rollespill med denne nye måten å snakke sammen på. Husk å veilede familiemedlemmene gjennom øvelsene. Eksempler på hvordan vi ønsker at de skal uttrykke det ovenstående kan være:

«Jeg ville sette pris på om du spør meg først hvis du vil låne klærne mine. Da ville jeg få lyst til å la deg låne dem oftere.»

«Jeg ville sette pris på at du gjør leksene dine før du ser på enda et TV program. Da slipper jeg å bekymre meg for om de blir gjort.»

«Noen ganger er jeg midt oppi noe når du ber meg om å hjelpe til. Jeg ville sette pris på om vi kunne bli enige om et tidsrom når alt dette skal gjøres. Da ville jeg føle at jeg får bestemme litt mer over fritiden min selv.»

Ferdighet nr. 4: Tydelig kommunikasjon

Gjennom hele behandlingen vil gruppelederen ha oppmuntret familiemedlemmene til å bruke konkrete og korte setninger i stedet for abstrakte og lange setninger (se eksemplet med Daniel og faren hans ovenfor). Du kan nå gi familiemedlemmene mulighet til å praktisere disse ferdighetene. Målet med «klar kommunikasjon» er å hjelpe pasienten eller familiemedlemmene til å kommunisere tydelig og målrettet.

Gi familien **Arbeidsark 18 «Tydelig kommunikasjon»**. Gjennomgå, og forklar formålet med hvert punkt:

Tenk igjennom hva du vil si. Å komme raskt fram til hovedpoenget vil gi færre misforståelser. Formidle de viktigste punktene. Ofte blir vi opphengt i å gi for mange detaljer, og poenget kan dermed gå tapt.

Bruk korte setninger for å få frem hovedpoengene. Korte ytringer er lettere å forstå og svare på enn lange.

Vær konkret i stedet for abstrakt. Å bruke et presist språk er mindre forvirrende enn abstrakte og/eller generelle uttalelser. For eksempel: «jeg har lagt merke til at du er mye alene for tiden, er det noe galt?» er mer konkret enn «hva er det som er galt med deg? Det virker som du er helt fjern for tiden».

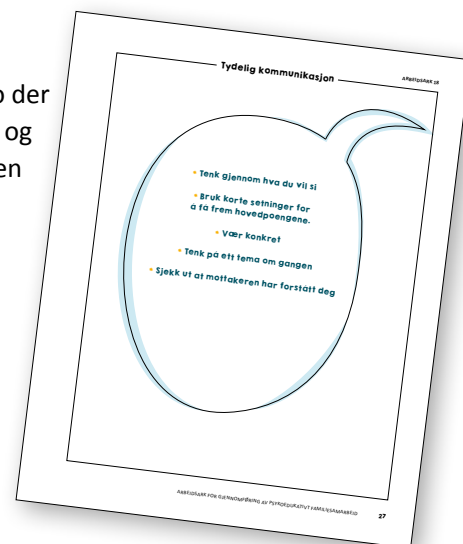
Ta opp ett emne av gangen: Forsøk på å ta opp mange temaer på en gang kan være forvirrende og overveldende. For eksempel kan følgende ytring virke overveldende: «Du har sovet i ett kjørt i det siste, jeg tror ikke at du har tatt medisiner dine, og du har heller

ikke vært sammen med vennene dine.» Det vil være mer effektivt å foreta en prioritering og formidle ett poeng om gangen, for eksempel: «Jeg har lagt merke til at du ikke har tatt medisinen din de siste par dagene, og jeg vil gjerne snakke med deg om det.» La de andre problemene ligge til en annen gang.

Når du har gjennomgått arbeidsarket, er det tid for øvelser. Be familiemedlemmene om å tenke på et problem de ønsker å ta opp. Be dem om å ta taler- og lytterrollene etter tur mens andre familiemedlemmer observerer og er veiledere for taleren. Be taleren om å forsøke å følge retningslinjene og ta opp det ene problemet han/hun har valgt ut, og å komme til hovedpoenget og så stoppe.

Be observatørene kommentere om taleren fulgte retningslinjene fra arbeidsarket, og be familiemedlemmene bytte roller og fortsette med øvelsen.

Nedenfor er et klinisk eksempel på et scenario der gruppelederen grep inn og lærte familien viktigheten av å bruke mer fokusert kommunikasjon.



I behandlingstimen la gruppelederen merke til at Aksel på 15 hadde vansker med å få formidlet poenget sitt og at han virket forvirret. I timen i dag prøvde Maria, Aksels mor, å hjelpe Aksel ved å forklare det som var blitt gjennomgått så langt i timen. «Aksel, vi snakker om hvordan vi kan bli bedre til å kommunisere, og Andreas (gruppelederen) vil gjerne få vite hva vi gjør nå. Jeg tror det ville være bra om du greide å fortelle litt.» Aksel spurte henne hva hun mente. Markus, Aksels far, sa «det er ikke vanskelig, vi vil bare høre mer fra deg». Gruppelederen grep inn og foreslo at Maria og Markus skulle gi mer spesifikke, konkrete anmodninger om hva de mente med «å fortelle mer» eller «høre mer fra deg». Markus prøvde igjen og sa: «Vi vil at du skal snakke med oss hvis du har en dårlig dag og fortelle oss hvordan vi kan hjelpe». Aksel svarte: «Vel, noen ganger er det vanskelig å snakke om ting, men jeg kan prøve». Aksel klarte å følge med på det som ble sagt da det ble uttrykt konsist og konkret.

Avslutt time 7–8

GI HJEMMELEKSER, BESVAR SPØRSMÅL OG PLANLEGG NESTE TIME

Be familien om å trene på klar kommunikasjon neste uke og notere hva de har jobbet med på arket «**Kartlegge kommunikasjonsferdigheter**» (Arbeidsark 16). Bruk litt tid på å oppsummere og reflektere over kommunikasjonsferdighetene.

Hvis tiden tillater det, kan du be familien gjennomføre rollespill for hver ferdighet en siste gang. Når ferdighetene er praktisert, ber du hvert familiemedlem snakke om nytten av hver ferdighet. Noen ferdigheter er mer nyttige for noen familiemedlemmer enn for andre. Spør familien om det er andre kommunikasjonsferdigheter de tror ville være nyttige for dem. Be dem om å fortsette å praktisere ferdighetene med hverandre mellom timene, enten de skriver ned alle forsøkene eller ikke.

For eksempel har noen familiemedlemmer nevnt at de gjerne vil prøve å holde stemningen hjemme litt lettere og ikke ta alt så alvorlig. Bruk litt tid på å tenke sammen med dem om forskjellige måter å øve en spesiell ferdighet som de har lyst til å lære.

Det er en ferdighet til som skal læres – *gi uttrykk for negative følelser om en bestemt atferd* – som kan være vanskelig for folk fordi det innebærer negativt innhold. Men denne ferdigheten forbereder overgangen til problemløsningsmodulen.

Ferdighet nr. 5:

Gi uttrykk for negative følelser

BEHANDLINGSTIME 9

1. Småprat
2. Gjennomgå hjemmeoppgavene
3. Begrunn og forklar ferdigheten «Å gi uttrykk for negative følelser»
4. Begynn problemløsningsmodulen
5. Gi hjemmeoppgaver, besvar spørsmål og planlegg neste time
6. Småprat

Du trenger: Arbeidsark 19, «Uttrykke negative følelser ved en bestemt oppførsel» og Arbeidsark 20, oppgaven til «Uttrykke negative følelser ved en bestemt oppførsel».

Start timen med å gjennomgå hjemmearbeidet med positive oppfordringer. Var det vanskelig å finne klare, spesifikke og positive formuleringer? Dette er en ferdighet som krever en del tankearbeid og noe trening. Hvordan gikk det? Gikk det lettere å samarbeide når de jobbet med å formulere seg på denne måten?

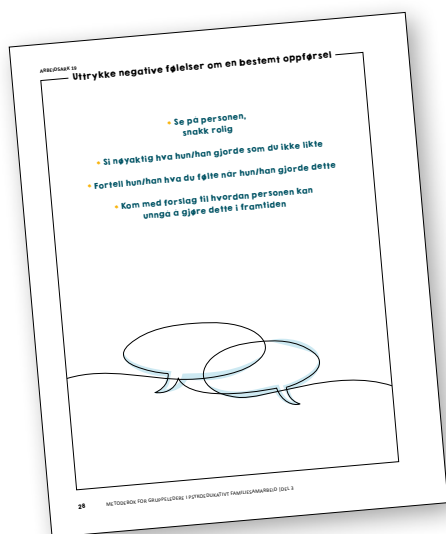
Hvordan gikk oppgaven om klar kommunikasjon? Gjennomførte de den? Er det tydeligere hva klar og uklar kommunikasjon er?

Dette er også et godt tidspunkt for å sjekke med familien hvordan det går med pasientens mestringsplan. Har det vært noen anledning til å ta den i bruk? Har det dukket opp noen tidlige varseltegn? Ønsker de å føye noe til den? Forsikre deg om at familien er klar over at de virkelig har en plan i tilfelle pasientens symptomer forverrer seg, og at de har noen kommunikasjonsferdigheter de kan bruke for å redusere stress.

INTRODUSER KOMMUNIKASJONS- FERDIGHET 5: Å GI UTTRYKK FOR NEGATIVE FØLELSER

På mange måter er det å gi uttrykk for negative følelser den vanskeligste ferdigheten å lære fordi den innebærer å overbringe et ubehagelig budskap. Helt konkret betyr dette å gi et annet familiemedlem **konstruktiv kritikk** til hans eller hennes atferd. Familiemedlemmer behøver fra tid til annen å gi uttrykk for frustrasjoner i forholdet til hverandre, og de har kanskje ikke noe godt forum for å dele denne typen tilbakemelding. Denne ferdigheten gir familiemedlemmene et nyttig alternativ når positiv oppfordring har vist seg ineffektivt. Fremhev at det å gi uttrykk for negative følelser er et anbefalt skritt bare som siste utvei hvis andre forsøk (det vil si fremme et positivt ønske om endring) har mislykkes. Men kritikk i en hvilken som helst form er vanskelig å akseptere. Siden det å gi negativ tilbakemelding kan bringe uenighet opp til overflaten, er dette en ferdighet som gir en glidende overgang til problemløsning.

For å trene på denne øvelsen, deler du ut **Arbeidsark 19 «Uttrykke negative følelser ved en bestemt oppførsel»** og introduserer denne ferdigheten:



Hva gjør du hvis du har kommet med en positiv oppfordring, men føler at ingen ting er oppnådd? Den siste kommunikasjonsferdigheten vi vil vise dere, er å gi uttrykk for negative følelser om en bestemt atferd. Den kan være nyttig når noen gjør noe som opprører deg og du ønsker at denne personen skal slutte med det eller gjøre det annerledes. Arbeidsarket viser en måte å få dette til på.

Når noen gjør noe som irriterer deg, skal du se på denne personen og si nøyaktig hva han eller hun har gjort som har opprørt deg og hvordan det fikk deg til å føle deg. Så skal du foreslå hvordan han eller hun kan forhindre det fra å skje i fremtiden.

Som med de andre ferdighetene, rollespiller du med et familiemedlem. For å hindre at pasientens blir hovedmålet for negative budskap, bør du organisere det første rollespillet slik at familiemedlemmene gjør øvelsen som om de snakker til *noen utenfor familien*. Det er spesielt viktig å gjøre det på den måten med yngre medlemmer av familien, fordi de unge ofte har følt seg som en konstant målskive for foreldrenes frustrasjon. Eksempelet med Pål (tekstboksen nedenfor), en 16-åring med bipolar lidelse, illustrerer det innledende rollespillet for denne ferdigheten.

Gruppelederen: Pål, kan du fortelle meg om noen som plager deg og som ikke er i familien din?

Pål: I det siste har en av kameratene mine bedt om å få kopiere leksene jeg har brukt mye tid på, og det gjør meg skikkelig sint.

Gruppelederen: Hva kunne du sagt til vennen din?

Pål: Ingen ting. Jeg vil ikke at han skal slutte å være kameraten min.

Gruppelederen: Hvordan tror du han ville reagere hvis du sa: «..., du har bedt om å få kopiere leksene mine. Jeg vet at du har hatt problemer med noen av oppgavene, men jeg jobber hardt for å gjøre det bra og jeg er redd for at jeg får problemer hvis noen finner ut at det. Jeg synes det er vanskelig å si dette til deg fordi du er kameraten min». Hva tror du han ville svare da? (Gruppelederen viser ferdigheten).

Pål: Det var ganske langt, og jeg tror han kan bli sint, men jeg vet ikke. Det kunne kanskje funke?

Gruppelederen: Jo, men du vet dette var mine ord. Det finnes sikkert bedre måter å si det på. Kan du ikke late som jeg er kameraten din og si det på din egen måte?

Pål (tenker): Jeg synes ikke det er greit at du kopierer fra meg mer. Du er kameraten min og jeg vil gjerne hjelpe deg, men jeg vil ikke havne i trøbbel igjen. Hva om jeg viser deg hvordan du skal gjøre noen av leksene, eller noe.

Gruppelederen: Det er kjempebra, Pål. David (faren), hvordan likte du måten Pål nettopp sa dette på? Har du et forslag?

Når du føler at familiemedlemmene forstår ferdigheten, får du dem til å øve med hverandre et par ganger. Det er bra at familiemedlemmene blir gjort oppmerksom på denne ferdigheten, men ikke bruk for mye tid på den. Prøv å unngå å ha for mye fokus på negative ting, som du har brukt mye tid på å dempe og reformulere.

Når hvert medlem har fått anledning til å praktisere ferdigheten, gir du familien **Arbeidsark 20, «Uttrykke negative følelser ved en bestemt oppførsel»**. Igjen ber du familiemedlemmene praktisere ferdigheten i den kommende uken (hvis det passer inn i dagliglivet deres) og skrive hva de har fått til på skjemaet.

Uttrykke negative følelser ved en spesiell oppførsel

	Oppførsel du ser mest/ikkest	Oppfølsing hva var den dårligste personen gjorde som du var medfølsingst	Hva følte du selv, følelse 1-5	Hva spurte du deg hvorfor du ikke gjorde det?
mandag				
tirsdag				
onsdag				
torsdag				
fredag				
lørdag				

Arbeidsark 20 - Uttrykke negative følelser ved en spesiell oppførsel

IV. TRENE PÅ PROBLEMLØSNING

FORTSETT NIENDE TIME:

Introduser problemløsningsmodulen

Identifiser spesielle problemer for problemløsning

Fullfør problemløsningstrinnene (gjentas i hver time)

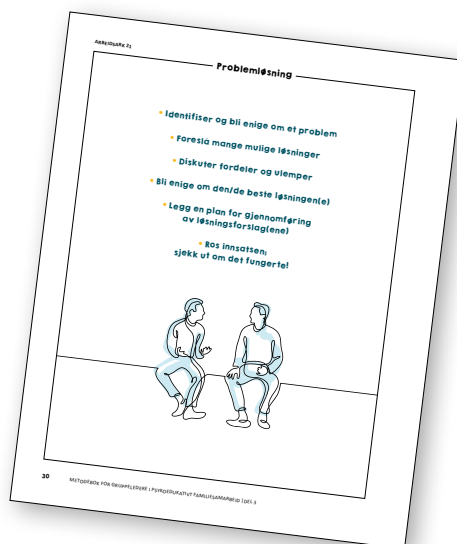
Problemløsning er en av de mest effektive metodene når vi arbeider med familiene (for en litteraturgjennomgang, se Clarkin & Miklowitz, 1997). Når problemløsning gjennomføres med voksne, er fokuset på samarbeid. Men tenåringer (og kanskje også unge voksne) har ikke nødvendigvis like mye å si i beslutningene som tas i en familie. Det kan være mer hensiktsmessig for foreldrene å foreslå to eller tre valg for pasienten for deretter å la pasienten få mulighet til å velge det som passer best. Dette kan være til hjelp for unge mennesker som tenker at de kan bestemme like mye som foreldrene i en familie, og kanskje også mer. Når foreldre forsøker å vise autoritet overfor sønnene/døtrene, kan den unge føle et intenst behov for å gjøre motstand fordi de oppfatter det som om foreldrene prøver å dominere dem.

Formålet med problemløsningsmodulen er å redusere problemene som oppstår i kjølvannet av funksjonsfall og plagsomme symptomer. Målet er å (1) åpne opp for dialog i familien om utfordrende tema, (2) skape et forum for å uttrykke reaksjoner på de problemene som tas opp, og (3) tilby pasient og familiemedlemmer en ramme for problemløsning.

Første skritt er å gi familien et rasjonale for å drive med problemløsning.

Til nå har vi snakket om hvordan dere kommuniserer eller snakker med hverandre. Nå vil vi gjerne se på noe av det dere mener er problemer og arbeide sammen for å løse det. Vi vil lære dere en modell for å arbeide sammen som et team.

Du kan gi familien **Arbeidsark 21** med tittelen «**Problemløsning**». Beskrivelsen nedenfor gir en oversikt over Problemløsning.



Vi tenker på problemløsning som en prosess med flere trinn. Disse trinnene ligner litt på hva vi tenker automatisk, men det finnes noen triks for å gjøre det lettere sammen i familien. Først må dere definere problemet ved å forsøke å identifisere og bli enig om hva problemet virkelig er. På dette trinnet må dere bruke mye aktiv lytting fordi forskjellige mennesker gjerne har forskjellige ideer om hva problemet er. Jo mer spesifikke dere kan være i å definere problemet, desto bedre. Deretter gir dere så mange forskjellige løsninger som dere kan komme på – altså det vi kaller brainstorming. Så avgjør dere sammen hva som er fordelene (plussene) eller ulempene (minusene). Til slutt velger dere en eller flere løsninger dere tror vil fungere og bestemmer når og hvordan dere vil iverksette dem.

Når du har forklart de ulike trinnene i problemløsningen for familien, hjelper du dem å finne et øvingsproblem. Oppsummer noen av målene familien ga uttrykk for ved begynnelsen av behandlingen. Føler de at samtlige mål er oppnådd, eller bør noen av målene være aktuelle for problemløsning? Oppfordre pasienten og familiemedlemmene til å nevne eventuelle andre problemer som det kan være viktigere å ta opp. For eksempel kan det tenkes at ungdommen ikke tenkte på eller snakket om skolen ved begynnelsen av FFB, men kan ha planer om å starte på skolen/studier igjen og trenger hjelp til å planlegge det.

På samme måte som ved kommunikasjons-trening fungerer problemløsning best når man velger enkle, relativt lite konfliktfylte problemer i første omgang og sparer de vanskeligere problemene til foreldrene og pasienten mestrer ferdigheten.

I begynnelsen bør du rettlede familien til å velge små og konkrete problemstillinger fordi noen problemer kan være «toppen av et isfjell». En mer vesentlig og omfattende konflikt kan ligge under overflaten. Benytt kliniske ferdigheter i utvelgelsen av problemet og til å veilede familien gjennom problemløsningsprosessen.

Som i kommunikasjonsstreningen er din rolle i problemløsningen å være aktiv tilrettelegger eller veileder. Led familien gjennom problemløsningstrinnene, hold dem fokusert og ros dem for innsatsen. Det er nyttig å poengtere overfor familiene hvor viktig bruken av kommunikasjonsferdigheter er når de definerer problemer eller evaluerer fordeler og ulemper (for eksempel at de praktiserer positive oppfordringer samtidig som de foreslår løsninger).

Midt i brainstormingsprosessen kan det bli tydelig at ikke alle var enige i problemstillingen. Du må kanskje stoppe problemløsningen midlertidig og få familien tilbake til aktiv lytting slik at de kan oppnå en klarere forståelse av problemet. Dette understreker viktigheten av å ta seg tid til å definere problemet klart og spesifikt og bli enige om det. De enkelte familiemedlemmer har ofte ulike perspektiver på hvordan problemet skal defineres. Derfor er definisjon av problemet et avgjørende første skritt. Du kan tilrettelegge overgangen tilbake til problemstillingen ved å

«erklære eierskap til feilen». «Jeg gikk visst for fort frem da jeg oppmuntret dere til å velge bort løsninger før jeg fullt ut skjønnte hva problemet var. La oss gå tilbake til problemstillingen».

I hver time fremhever du familiens sterke sider og lærer dem ferdigheter som kan hjelpe til å forbedre symptomer og funksjon. Anbefal familiene å forsøke problemløsningsmetoden på egen hånd hjemme som en øvelse mellom timene.

PROBLEMLØSNINGSMETODEN

Gjennomgangen av et konkret problem støttes av innføringen av «**Arbeidsark for problemløsning**», **Arbeidsark 22, to sider**. Enten du bruker arbeidsarket eller flippover, hjelper du familien med å gå gjennom definisjonen av problemet, forslag til løsninger, fordeler og ulemper, og iverksettingsstrategier samtidig som dere noterer hvert skritt skriftlig.

Hvis dere har et problem som kan benyttes ved hjelp av denne metoden, velger du et familiemedlem som «sekretær». Det vil si at en person skriver ned hva de andre sier og prøver å holde alle «på sporet». Denne rollen kan utføres av pasienten (som kan like rollen som den som organiserer familiens arbeid med denne oppgaven), men du kan også oppmuntre en av foreldrene som ikke har sagt så mye, eller et søsken, til å være sekretær.

Etter hvert som familien blir fortrolig med problemløsningsmetoden, oppmuntrer du dem til å begynne å bruke denne ferdigheten hjemme. Når de har løst et par problemer i timene, kan du be dem om å velge seg et annet lite, konkret problem og arbeide med det utenom timen. Hvis det synes som prosessen ikke mestres helt, kan du be dem om å ta for seg en bestemt del av problemløsningsprosessen (for eksempel brainstorming og evaluering av løsninger) til å arbeide med hjemme etter at de har definert problemet i timen. Oppmuntre familien til å gjennomføre et problemløsningsmøte på egen hånd mellom behandlingstimen, hvor de bruker arbeidsarket om problemløsning og gjør notater.

Arbeidsark for problemløsning

1: DEFINER «HVA ER PROBLEMET? ØNSKE OM ENDRING»
Skriv, lytt. Sett spørsmål. Ta inn hva som er viktig.

2: SKRIV OPP ALLE FORSLAGENE «BRAINSTORMING»
Jakt etter alle løsninger, også de dårlige. La hvert enkelt familiemedlem komme med minst et forslag. Hver
IKKE DISKUTER ELLER EVALUER NOEN AV FORSLAGENE ENNÅ!

3: DISKUTER OG SKRIV NED FORDLER OG ULEMPER FOR HVERT LØSNINGSFORSLAG

Fordeler	Ulemper

Arbeidsark for problemløsning

4: VELG DET BESTE ELLER DE BESTE FORSLAGENE, OG SKRIV DET NED.
(DET KAN VÆRE EN KOMBinasjon AV FLERE FORSLAG)

5: LEGG EN PLAN FOR HVORDAN LØSNINGEN(S) SKAL GJENNOMFØRES OG SETT OPP EN DATO FOR OPPSTART.

Dato: _____

A. Spør hver hvem skal gjøre hva.

B. Hvilke handlinger/planer skal vi ha for, og skriv de ned. Hver og hvordan skal vi gjøre det.

C. Tenk over hva som kan gå galt når spørsmålet skal løses, og hvordan dere kan unngå.

D. Prøve fortløpelig ut i praksis.

E. Gjør det (10 dager tid).

6: EVALUER LØSNINGEN OG GI POSITIV TILBAKEMELDING TIL ALLE FAMILIEMEDLEMMENE FOR DERES DELTAELSE.

7: DERSOM PLANEN IKKE LYKTES, GÅ TILBAKE TIL PUNKT 1 OG FØRSØK IGEN. Bli ikke motbø.

OVERGANGEN FRA EN PROBLEMLØSNINGSTIME TIL DEN NESTE

Start hver time med å spørre om hvordan problemløsningen gikk (eller om de hadde mulighet til å praktisere nye ferdigheter som det å gi uttrykk for negative følelser). Be om å få se utfylte skjemaer for kommunikasjons- eller problemløsningsferdigheter.

Minn familien om at dere fra nå av møtes annenhver uke. Når man går over til å møtes annenhver uke, er det viktig å forklare familien at det er for å hjelpe dem til gradvis å anvende de ferdighetene som er gjennomgått i timene på egen hånd. Det er godt mulig at du får vite at det har vært mange hendelser mellom timene, men at det har vært få forsøk på å bruke problemløsningsferdighetene. Fortsett å påpeke overfor familien at det meste av arbeidet må utføres utenom timene i denne avsluttende fasen. Timene bør ses på som trening i å bruke problemløsningsferdighetene (og når det er relevant, ferdighetene i å forbedre kommunikasjonen) og som en sjanse til å hjelpe familien til å komme seg ut av vanskelige konflikter som medlemmene ikke har klart å løse tidligere. Forsøk å komme gjennom en fullført problemløsningsoppgave, fra problemdefinisjon til løsningsimplementering, i hver av de siste timene. Fortsett samtidig å integrere undervisning, kommunikasjonsferdigheter og problemløsning, alt etter hva familien bringer med til hver time.

Gruppelederens rolle er først og fremst å strukturere og lede problemløsningsprosessen når den introduseres for familien. Det er viktig å innta en mindre aktiv rolle over tid og be familiemedlemmer lede familien gjennom

de forskjellige trinnene i problemløsningen, og å passe på at de har en klart formulert og gjennomførbar plan ved slutten av behandlingen.

Det er ikke uvanlig at enkelte familiemedlemmer klager over at de selv praktiserer ferdighetene og forsøker å iverksette dem i dagliglivet, mens det ikke ser ut til at de andre gjør det. I time 10-12 (om ikke tidligere), bør du ta en sjekk med familiemedlemmene om hvordan det ligger an med å implementere stressmestring, kommunikasjon og problemløsningsferdigheter i dagliglivet. Hvis de strever med dette, kan det være til hjelp å ta en problemløsningssamtale om dette emnet. Hvordan kan familiemedlemmene benytte ferdighetene i dagliglivet som de har lært i behandlingen?

Av og til kan det oppstå et behov eller et ønske om å gjennomføre en problemløsningstime uten at pasienten er til stede. Dette er mulig, men det meste av problemløsningen bør absolutt gjennomføres med hele familien tilstede. Et eksempel på et problem som kan tas opp uten pasienten, kan være en samtale om finansielle problemer. Du kan lede en til to timer uten pasienten til stede, men pasienten bør da være enig i en slik løsning. Det overordnede målet med problemløsningsmetoden er å lære bort problemløsningsferdigheter som hele familien kan benytte. Hvis noen av timene ikke inkluderer pasienten, vil det bli vanskelig for han/henne å dra nytte av ferdighetene som øves i timene. Det kan være situasjoner hvor det er fornuftig å møte foreldrene alene, akkurat som det kan være tilfeller der du ønsker å møte pasienten alene.

V. AVSLUTNING

Gjennomgå ferdighetene familien har lært Be familiemedlemmene reflektere over behandlingen

I de avsluttende timene etterspør du familiens reaksjoner på behandlingen. Du stiller spørsmål av typen: «Hva likte du eller likte du ikke ved behandlingen? Hvordan var den nyttig? Hvordan kunne den ha vært mer nyttig? Hvordan reagerte du på undervisningen? På kommunikasjonstreningen? På problemløsningen? Hvis vi skulle gjennomføre programmet igjen, hva ville dere ønsket å gjøre annerledes?»

Du kan også fortelle om din egen opplevelse av arbeidet med familien i disse avsluttende timene. Understrek de fremskrittene pasienten og

familien har gjort og gi uttrykk for optimisme om fremtiden. Oppmuntre hvert medlem av familien til å gi uttrykk for følelsene sine, positive eller negative, over at behandlingen er slutt. Husk at hvis pasienten eller familiemedlemmer er «glad for at vi er ferdige», så kan det være bra fordi det vitner om vekst.

Forklar familien at de har mulighet til å kontakte deg i løpet av de neste 8 månedene og at de kan få en oppfølgingssamtale ved akutte behov. Hver klinikk har ulik struktur for oppfølging, så benytt den strukturen som fungerer best ved ditt behandlingssted.

Lykke til med gjennomføringen av Familiefokusert behandling!

Referanser

- Amenson, C., *Schizophrenia: A Family Education Curriculum*, Pacific Clinics, 1998.
- Caspi, A. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), s. 386-389.
- Clarkin, J. F., & Miklowitz, D. J. (1997). Marital and family communication difficulties. In T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M. B. First, & W. Davis (red.), *DSM-IV sourcebook* (Vol. 3, s. 631-672). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Greene, R. (1998). *The explosive child*. NY: Guilford.
- Goldfried, M R. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt Rinehart and Winston Inc.
- McFarlane, W R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: Guilford Press.
- Mueser, K.T., Gingerich, S. (1994). *Coping with Schizophrenia: A Guide for families*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Miklowitz, D. J. & George, E. L. (2004). *Treatment Manual for the Family-Focused Therapy of Adolescents with Bipolar Disorder (FFB-A)*. University of Colorado, Boulder.
- Miklowitz, D. J. (2010). *Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach*, Andre utg. New York: Guilford Press.
- Papolos, D. F., & Papolos, J. (2000). *The Bipolar Child*: Broadway Books.

VI. VALGFRIE ØVELSER

VALGFRITT EMNE: SKOLETILPASNINGER

Hvis tenåringen har det vanskelig på skolen, kan det hende at han/hun har lærevansker. Det kan også være slik at psykosensære- og/eller andre symptomer, og at sosiale og emosjonelle problemer, forverres av skolesituasjonen. Derfor kan det noen ganger være viktig å tilrettelegge skolehverdagen. Familien vet kanskje ikke at det finnes tjenester tenåringen kan ha nytte av gjennom det offentlige skolesystemet, og mange tilpasninger som kan gjøres innenfor hvert klasserom, som kan hjelpe den unge til å fungere bedre.

Valgfritt ark: «Hvordan kan skolen hjelpe» kan være nyttig for å informere familiene om hva de kan forvente fra skolen generelt (for eksempel retten til læring i et minst mulig begrensende miljø; at tilpasninger på skolen kan benyttes for å skape mindre stressende omgivelser for den unge). Dette skjemaet kan være et nyttig verktøy for å hjelpe gruppelederen å fokusere familiesamtalene på hva det er som fungerer bra i skolemiljøet og hva som kanskje ikke fungerer så bra og behøver endring.

Be alle familiemedlemmene bidra til å lage en liste med problemområder og en plan for å ta opp disse problemene med skolen.

Ideelt sett bør familien støttes når de tar ansvaret med å avtale møter med lærere og/eller skolens rådgiver og/eller skolepsykologen. Det er viktig at familien har kontroll over mengden informasjon de synes de kan dele med skolen. De ønsker kanskje å snakke om den beste måten å beskrive problemene på, og om hvor mye informasjon det er nødvendig å dele for å kunne oppnå de nødvendige tjenestene. Det å kommunisere med skoleledelsen er også en mulighet for foreldrene til å praktisere kommunikasjonsferdigheter.

Supplerende arbeidsark A: «Hvordan kan skolen være til hjelp?»

Supplerende arbeidsark B: «Arbeidsark for søsken»

Supplerende arbeidsark C: «Stress-sårbarhetsmodellen»

Supplerende arbeidsark D: «Sårbarhet for tankeforstyrrelser eller vrangforestillinger»

Supplerende arbeidsark E: «Positive aktiviteter»

Supplerende arbeidsark F: «Familiens rolle for å forhindre tilbakefall»

VALGFRITT EMNE: AVSLAPNINGSPØVELSER

Målet for denne modulen er å lære pasienten og familien hans/hennes en teknikk som de kan bruke for å redusere angst i mange forskjellige situasjoner. I denne manualen brukes en forkortet form av metoden «avspenning gjennom avspenningsøvelser» som er beskrevet i Goldfried, M. R. & Davison, G. C. (1976) i boken *Clinical Behavior Therapy* s. 88–89.

Familiemedlemmene blir informert om at etter litt øvelse kan denne teknikken brukes diskret både i klassen, på jobb eller når man er ute med venner. Teknikken blir vanligvis introdusert, og deretter hjelper vi familiemedlemmene med å merke forskjellen på spenning og avspenning av flere muskelgrupper. Men vi går ikke gjennom samtlige muskelgrupper som beskrives i teksten.

For eksempel instruerer vi familiemedlemmene til å lene seg tilbake og slappe av, og å lukke øynene hvis de føler seg komfortable med det. Deretter leser vi høyt følgende utdrag fra en Goldfried og Davison tekst:

Rett oppmerksomheten mot din venstre hånd. Jeg vil at dere skal lage en knyttneve med venstre hånd og klemme knyttneven hardt sammen. Legg

merke til anspenningen i venstre hånd og arm (hold den i 5 sekunder). Løs opp knyttneven og la venstre hånd hvile. Legg merke til forskjellen mellom spenningen og avslapningen (5 sekunder). Lag knyttneve med venstre hånd igjen, stram til, og legg merke til spenningene i hånden og armen. Studer disse spenningene (5 sekunder), og slipp opp. Spre fingrene og slapp av. Legg merke til forskjellen mellom spenning og avslapning.

La oss nå gjøre det samme med høyre hånd. Gjenta trinnene ovenfor med høyre hånd. Be familien nok en gang legge merke til forskjellen mellom spenning og avslapning og sette pris på kontrasten.

Nå skal dere knytte begge hender til knyttnever og løfte dem mot skuldrene. Føl spenningen i arm- og skuldermusklene (vent 5 sekunder). Slapp av. La armene henge langs siden og legg merke til forskjellen mellom spenningen i armene og den relative avslapningen du føler nå (vent 5 sekunder). La oss gjøre det en gang til. Knytt begge hender, løft dem opp mot skuldrene og prøv å berøre skuldrene med knyttnevene. Legg merke til spenningen. Hold den. Legg merke til den. Slapp så av. La armene falle ned langs sidene en gang til og legg merke til følelsen av avslapning, av kontrasten mellom spenning og avslapning. Slapp av mer og mer i disse musklene (5 sekunder).

Nå kan vi rette oppmerksomheten mot skulderområdet. Trekk opp skuldrene slik at begge skuldrene går opp mot ørene, som om du ville berøre ørene dine med skuldrene. Legg merke til anspenningen i skuldrene og oppover i nakken. Studer den spenningen. Hold den. Slapp så av. La begge skuldre gå tilbake i hvilestilling. Bare la skuldrene slappe av mer og mer. Legg igjen merke til kontrasten mellom spenningen og avslapningen

som nå sprer seg utover i skulderregionene dine (5 sekunder). Gjør det samme en gang til. Før skuldrene oppover som om du ville berøre ørene med skuldrene. Føl spenningen i skuldrene, i den øvre delen av ryggen, i nakken. Studer anspenningen i disse musklene. Slapp så av. Løs opp de musklene. La skuldrene komme ned til hvilestilling og studer en gang til kontrasten mellom spenningen og avslapningen (5 sekunder).

Etter denne innføringen kan det være lettere for pasienten å beskrive hvilke muskler de gjerne strammer når de blir stresset. Disse spesielle muskelgruppene kan deretter bli målet for videre arbeid. Hvis en tenåring for eksempel forteller at han/hun pleier å rynke pannen, kan familien øve seg på å rynke pannen, skape spenning i pannen og deretter slappe av i pannen. Gruppelederen bør fortsette med å skreddersy avslapningsøvelsene til deltagernes vaner.

Hvis noen av familiemedlemmene har vansker med å sovne om kvelden, kan de prøve denne teknikken med spenning/avspenning av musklene ved å starte med toppen av hodet og jobbe seg ned til tærne mens de spenner og avspenner de ulike muskelgruppene i ansiktet, nakken, skuldrene, armene, magen, ryggen, bena og føttene. Denne typen fokusert avslapning kan hjelpe dem til å roe ned kroppen og hjernen tilstrekkelig til å falle i søvn.

Avslapningsteknikker kan være spesielt nyttige for folk som opplever symptomer som hallusinasjoner eller mistenksomhet/paranoia. Avslapningsteknikker kan hjelpe dem til å skjerpe oppmerksomheten.

VALGFRITT EMNE:

FORBEDRING AV SOSIALE FERDIGHETER

Det kan være nyttig å innlede denne delen med å spørre den unge hvordan de opplever å fungere sosialt. Du kan si:

Gruppelederen: Sara, jeg vet at du nevnte i første time at du ikke har tilbrakt mye tid sammen med venner fordi du «ikke har hatt lyst til det». Hvordan synes du det er når du er sammen med dine jevnaldrende på skolen?

Sara: Jeg vet ikke. Jeg tror jeg har merket hele dette skoleåret at jeg føler meg utilpass sammen med folk, akkurat som jeg ikke vet hva jeg skal si. Jeg blir nervøs og er redd for at folk kommer til å le av meg. Jeg holder meg for det meste for meg selv når jeg er på skolen.

Gruppelederen: Jeg har snakket med mange unge voksne som har sagt det samme; de vet ikke hva de skal si til folk og de føler seg nervøse i sosiale sammenhenger. Dette kan ofte være en stressende opplevelse fordi så mye av vårt daglige liv finner sted i sosiale situasjoner. Sara, hvis du er interessert i det, tror jeg det kunne være nyttig å snakke noe mer om dette.

Sara: Okay, det er greit for meg.

Det er gjerne vanskelig å avgjøre om pasientene vi møter, opplever vansker med den måten de fungerer sosialt på fordi de mangler sosiale ferdigheter, lider av depresjon eller negative symptomer, har mild paranoia, sosial angst og tilhørende sosial tilbaketrekning, eller om de har komorbid Aspergers eller annen utviklingsforstyrrelse. Til tross for vanskelighetene med å identifisere hvilke faktorer det er som påvirker den unges manglende sosiale evne, er det en god ide å introdusere den potensielle forbindelsen mellom symptomer og hvordan de fungerer sosialt. For eksempel kan du forklare at positive symptomer, som mistenksomhet og/eller merkelige oppfatninger, kan forårsake at pasienten blir utstøtt eller engster seg for å ta sosial risiko (for eksempel møte nye mennesker, initiere sosial kontakt, starte en samtale, osv.). Aller helst bør denne samtalen tilpasses til den familien du jobber med. Du kan da sette søkelyset på de spesielle symptomene du tror kan påvirke den måten den unge fungerer på. Nedenfor finner du et eksempel på hvordan du kunne initiere en slik samtale.

Gruppelederen: Mange av de personene vi møter, snakker om å ha det vanskelig sosialt. Symptomer som angst, depresjon, eller at man føler seg mistenksom, kan gjøre det vanskelig å være i sosiale sammenhenger.

Jonathan, har du merket at det å være sosial har forandret seg?

Jonathan: Vel, jeg liker ikke å være sammen med mange folk. Det gjør meg nervøs.

Gruppelederen: Vet du hva det er som gjør deg nervøs, når du har mange folk rundt deg?

Jonathan: Jeg tror at folk snakker om meg. Jeg vet det høres dumt ut fordi de sikkert ikke gjør det, men jeg er redd for det likevel.

Gruppelederen: Jeg synes ikke det høres dumt ut. Det er faktisk ganske vanlig hos mange av de unge menneskene som får behandling her å ha mistenksomme tanker og å føle seg nervøs blant folk. Dersom du kunne lære noen strategier for å kunne føle deg mer komfortabel i sosiale situasjoner, tror du at du ville være mer interessert i å være sammen med folk da?

Jonathan: Jo da, men det er vanskelig å forestille seg at jeg ikke ville være nervøs.

Gruppelederen: Vel, kanskje vi kan bruke noe tid på å snakke om hva slags mål du har for å være sosial. Vil du for eksempel lære strategier for å kunne identifisere personer som kan vise seg å være hyggelige og støttende venner? Eller vil du heller trene på noen ferdigheter for å starte en samtale? Dine foreldre har kanskje også noen ideer.

IDENTIFISERE MÅL FOR FORBEDRING AV SOSIALE FERDIGHETER

På dette punktet i behandlingen kan mange bekymringer om sosial fungering allerede ha blitt tatt opp. Du bør ta utgangspunkt i noen av disse bekymringene, og tilrettelegge for en samtale som tar sikte på å definere de spesifikke målene du vil arbeide med i denne behandlingstimen. For eksempel:

1. Jeg vil gjerne møte noen nye folk
2. Jeg vil gjerne lære hvordan jeg skal begynne en samtale med en ny person
3. Jeg vil gjerne føle meg mer komfortabel i sosiale sammenhenger

Du bør skrive ned noen av målene på en side med to kolonner (en for mål og den andre for strategier for sosiale ferdigheter). Hvis pasienten har problemer med å finne ideer for spesielle mål, kan du tilby noen av eksemplene ovenfor som vanlige mål folk liker å arbeide mot.

UTVIKLE OG PRAKTISERE SOSIALE FERDIGHETER

Når du har laget en liste over 3-4 mål, kan du samarbeide med familien med å finne ideer for å hjelpe med å utvikle sosiale ferdigheter og mestringsstrategier. Det er en god ide å jobbe seg gjennom ett mål av gangen.

Her er et eksempel på å jobbe med målet om å lære hvordan innlede en samtale med en ny person. Snu deg mot en av foreldrene og spør:

«....., hvordan starter du vanligvis en samtale med en person du ikke kjenner fra før?»

Skriv ned noen av hennes ideer. Du kan be om flere ideer fra andre familiemedlemmer. Sørg for å skape en positiv stemning ved å ta imot alle forslagene uten å kritisere. Du kan også tilføye noen av dine egne ideer når familiemedlemmene har ført opp et antall forslag.

Når du har fått en del strategier på listen, er det en god ide å kjøre rollespill for noen av dem. Det er helt vanlig at folk er flau og/eller motsetter seg rollespill i første omgang. Forsøk med å henvende deg til pasienten og spørre om han/hun vil være villig til å praktisere noen av strategiene med deg. Hvis pasienten virker ukomfortabel med det, kan du få en av foreldrene til å gjennomføre rollespillet for denne strategien med deg først. Når strategiene er innøvd, kan du oppmuntre pasienten til å prøve den ut med en han/hun selv velger i rommet.

Hvis et av målene ikke passer til et rollespill, er det helt greit. Et eksempel på mål som muligens ikke forsvares et rollespill, i hvert fall i første omgang, er hvis pasienten sier at han/hun ønsker å møte nye mennesker men ikke vet hvordan han/hun skal gå fram for å finne noen å snakke med. En god strategi for å takle det målet er å oppmuntre pasienten til å identifisere interessene sine (musikk, videospill, skateboarding, osv.). Deretter kan du be om ideer til hvor man kan finne noen som deler de samme interessene (for eksempel platebutikk, fritidsklubben, skateparken, osv.). Når dere har kommet frem til noen ideer om hvor pasienten kan finne potensielle venner, kan du spørre pasienten om han/hun vet hvordan man innleder en samtale med en ukjent person. Hvis han/hun er usikker på hvordan det gjøres, kan du gå videre til en rollespilløvelse.

VII. TILLEGG OM KOMORBIDE ANGSTLIDELSER

Angstlidelser er ofte komorbide med bipolare lidelser hos tenåringer og ungdom. Komorbiditet av alle angstlidelser (det vil si: separasjonsangst, generalisert angst, spesifikke og sosiale fobier, obsessiv-kompulsiv lidelse, panikklidelse, posttraumatiske stresslidelser) varierer fra 32 % til 50 % for tenåringer med bipolar lidelse avhengig av studie (Geller & DelBello, 2003). Ved undersøkelser av sub-syndromale bipolare lidelser er komorbiditetsraten 33 %. I den voksne befolkningen er andelen angstlidelser hos pasienter med bipolar lidelse 11 % til 62 % for panikklidelse, 8 til 47 % for sosial angstlidelse, 7 til 40 % for posttraumatisk stresslidelse, 3 til 35 % for obsessiv-kompulsiv lidelse og 7 til 32 % for generalisert angstlidelse (for eksempel Cassano et al., 1999; Chen et al., 1995; Dilsaver et al., 1997; Kessler et al., 1994; Kessler et al., 1997).

Dessuten er en typisk utviklingsbane for tenåringer med bipolar lidelse at de har vært diagnostisert med flere angstlidelser før den bipolare diagnosen er identifisert. Et eksempel kan være at man får diagnosen separasjonsangstlidelse i tidlig barndom, får så diagnosen obsessiv-kompulsiv lidelse og til slutt en generalisert angstlidelse før en lege/psykolog diagnostiserer barnet eller tenåringen med bipolar lidelse. Som følge av varigheten av den ubehandlede angstsymptomatologien kan barnet innen det blir tenåring ha utviklet flere typer maladaptiv atferd som respons på angsten, noe familien og gruppelederen må håndtere.

Avhengig av hvordan angsten arter seg, vil håndtering av denne symptomsammensetningen hos tenåringen kunne forårsake mye frustrasjon for foreldrene. Tenåringen som sliter med angst, er ofte avvekslende trengende og trassig. Angsten kan manifestere seg slik at de tidvis trenger mer støtte fra foreldrene, for så å gå over til frykt over å være avhengig av andre, og foreldrene skyves vekk. Foreldre blir ofte forvirret og frustrert som respons på denne push-pull-atferden fra tenåringens side.

Tenåringer med bipolar lidelse og angst kan være mer tilbøyelige til å begynne å bruke stoff, og dette kompliserer dermed behandlingen og familieforholdet ytterligere. Mange tenåringer opplever ikke at angsten dempes når de får behandling for sin stemningslidelse. Tvert i mot er det mange som sier at de er blitt mer oppmerksomme på angsten sin når «støyen» fra de affektive symptomene har gitt seg. Mange begynner med cannabis eller hardere stoffer fordi de tror at disse stoffene vil lette angstsymptomene mer effektivt enn de medisinene de tar.

I lys av forekomsten av maladaptiv atferd og svekkede relasjoner i familien, så kan FFB ha et potensial til å være nyttig både for tenåringen som forsøker å håndtere angstlidelser, og for foreldre som prøver å hankses med tenåringens til tider frustrerende og irrasjonelle atferd. Gjennom FFB kan tenåringen og familien lære adaptive mestringsstrategier for å håndtere angst.

ANGST TAS OPP I UNDERVISNINGSMODULEN

Dersom det kommer fram under den innledende diagnostiske utredningen at tenåringen har signifikant angst eller en diagnostiserbar angstlidelse, vil gruppelederen gjennomgå symptomene på angstlidelse i samtalen om affektive symptomer i undervisningsmodulen av FFB. Det er svært nyttig for foreldre å ha en beskrivelse av hvordan angst ytrer seg og av tenåringens særegne respons på angsten. Som følge av kunnskapsmangel og ekstremt ubehag velger tenåringen ofte maladaptive mønstre for å takle angsten. Noen tenåring isolerer seg mer når de får angst, de blir mer utfordrende på grunn av uroen som angsten frembringer, eller de selvmedisinerer med alkohol eller ulovlige substanser. Gjennom undervisningen om disse lidelsene kan gruppelederen hjelpe familiemedlemmene og tenåringen til å finne mer produktive metoder de kan hankses med angsten på.

I denne delen av opplæringen kan gruppelederen snakke om den høye angstforekomsten hos personer med en stemningslidelse, og om hvordan disse angstlidelsene skiller seg fra stemningslidelser. Det å få denne informasjonen kan dempe tenåringens følelse av å være annerledes og isolert.

Innføringen i angstsymptomer fører ofte til produktive samtaler om hvor viktig det er å observere og være kjent med tenåringens risikofaktorer og humørsykluser for å kunne være i stand til å forutsi og forberede seg på episoder med angst. Angst er en så pass alminnelig opplevelse at dette kan gi en mulighet for andre medlemmer av familien til å snakke om sine egne opplevelser med angst, og slik hjelpe tenåringen til å føle mindre ubehag. Familiemedlemmer har ofte gode forslag til hvordan de takler sin

egen angst. Tenåringen kan også ha en følelse av kompetanse i denne samtalen ved å kunne dele teknikker for håndtering av angst som kan være til hjelp for andre familiemedlemmer.

Det er svært nyttig å forklare ulike atferdsteknikker (for eksempel kognitiv restrukturering, avslapningsteknikker, eksponering) som kan benyttes mot angstlidelsene og angstsymptomene. Selvhjelpsbøker som *Mind Over Mood* og *Mastering Your Anxiety and Panic* kan anbefales. Atferdsteknikker vil bli omtalt i nærmere detalj i presentasjonen av hvordan FFB tar for seg hver av angstlidelsene.

I den delen av opplæringen som handler om medisiner, stiller foreldre ofte spørsmål om medisiner mot angstlidelser. Det finnes flere medisiner som kan benyttes for å håndtere angst. Det er nyttig å gi familiene undervisning om medisiner som er vanedannende (Klonazepam) eller som kanskje ikke er til hjelp på grunn av tenåringens sårbarhet for humørsvingninger (for eksempel Seroxat). Dette kan kombineres med diskusjon av tryggere valg av medisiner, som i tillegg kan ha humørstabiliserende egenskaper). Mange av de andre humørstabiliserende eller atypiske antipsykotiske medisiner som reseptføres for bipolar lidelse, kan i tillegg avhjelpe angstsymptomer. Denne innføringen kan forberede familien på å snakke om valg med behandleren, og føle seg trygge når de bringer denne gruppen av symptomer på banen.

I den delen av undervisningen som omhandler forebyggelse av tilbakefall, kan gruppelederen ta opp angstsymptomer siden tilbakefall kan være forbundet med slike symptomer. Når humørsymptomene oppstår på nytt, er det normalt at angsten kan øke. Hvis familien og/eller tenåringen legger merke til en økning i angstsymptomer,

bør de ha en plan for hvordan de skal gå fram som inkluderer bruk av de mestringsteknikkene de har lært i FFB (for eksempel aktiv lytting, problemløsning), og å ringe til gruppelederen og/eller behandleren. Det å kunne fange opp og behandle disse symptomene på et tidlig stadium kan gjøre dem mindre utfordrende, særlig hvis tenåringer også får opplæring i adaptiv atferd for å kunne håndtere dem.

ANGST TAS OPP I KOMMUNIKASJONSMODULEN

Kommunikasjonsmodulen i FFB er utformet for å tilby en nøytral og ikke-truende ramme for å snakke om familieproblemer. Kommunikasjonstrening er første skritt for å kunne løse problemer som oppstår i familien. I opplæringen i kommunikasjonsferdigheter er familiens mål å få bedre forståelse av hver persons ståsted og følelser i sammenheng med et personlig problem eller et familieproblem.

En ung persons reaksjon på angst kan virke irrasjonell og ute av kontekst. Kommunikasjonsferdighetene muliggjør at tenåringen kan snakke om hvordan den frustrerende atferden hans/hennes kan være den beste responsen han eller hun har for å hanskes med sterk angst. For eksempel ble Kurt, en 16-åring med bipolar lidelse, overrasket av moren mens han røykte cannabis på rommet sitt. Da vi møttes som familie, var hun rasende og vurderte at Kurt måtte flytte ut. Hun forklarte at familien førte en stoff-fri politikk hjemme, og at atferden hans var uakseptabel. Kurt begynte å gråte og sa: «Du skjønner bare ikke hva jeg gjennomgår». Samtidig som FFB-gruppelederen fastholdt standpunktet sitt om at cannabis ville forverre Kurts stemningslidelse, oppmuntret hun Kurt til å beskrive for foreldrene hvordan han følte seg og hvorfor han brukte cannabis. Foreldrene ble

oppmuntret til å benytte aktiv lytting-ferdigheten. Kurt fortalte foreldrene at han ofte var engstelig, kvalm, og hadde smerter i musklene og hodepine. Han sa at den eneste avlastningen han fikk, var når han røykte cannabis. Selv om foreldrene ikke likte narkotikabruken hans, satte denne samtalen i gang en serie empatiske problemløsningsøvelser som fokuserte på hvordan de kunne håndtere angsten som team. Kurt og foreldrene hans ble enige om å være mer påpasselige med å bruke avslapningsteknikkene de hadde lært i FFB, og å avtale konsultasjon med en behandler for å finne ut hvilken behandling Kurt kunne tilbys for å minske trangen til å bruke ulovlige og skadelige stoffer. Pasienten fikk også henvisning til individuell rådgivning om stoffmisbruk.

ANGST TAS OPP I PROBLEMLØSNINGSMODULEN

Selv om angstsymptomene er plagsomme, er det vanligvis tenåringens reaksjon på angsten som er samtaleemne i problemløsningen. Hvis en tenåring har begynt å oppleve ekstrem angst, er familien kanskje ikke klar over hva den unge føler. Men det er mulig at de legger merke til at han/hun har begynt å isolere seg og bruker mindre tid sammen med familien. Eller at det ser ut til at tenåringen har tvangsmessige ritualer. Denne u hensiktsmessige mestringen er en belastning for familieforholdet og blir fokus for problemløsningsøvelsene.

For eksempel sluttet Marissa, en 13-åring med bipolar lidelse, å bli med familien ut for å spise. Inntil nylig hadde familien gått ut for å spise middag på favorittrestauranten hver fredag kveld. Dette var noe de satte stor pris på sammen som familie. I kommunikasjonsmodulen av behandlingen fikk de vite at Marissa hadde tvangstanker om bakterier, og var i ferd med å utvikle tvangshandlinger i form av tvangsmessig

vasking. Selv om hun savnet det å være sammen med familien, følte hun at å gå ut på restaurant ble veldig stressende.

Da familien forsto problemet, var de i stand til å komme med flere alternative forslag til hvordan de kunne være sammen som familie. Marissa følte seg mindre engstelig da hun ikke lenger følte at familien var misfornøyd med henne. I tillegg ble familien mindre irritert over Marissas symptomer, og de forsto at det ikke handlet om dem. Dette er et godt eksempel på hvordan effektiv problemløsning kan føre til en positiv endring i familiens belastninger og redusere eller dempe angstsymptomer.

FFB OG SPESIFIKKE ANGSTLIDELSER

Der FFB modulene behandler problemet med angst generelt, viser de spesifikke angstlidelsene seg på mange forskjellige måter og må derfor tas opp separat. Pasientene kan også henvises til individuell, kognitiv atferdsterapi eller gruppeterapi for angstlidelser, når de opplever at problemene som utløste angst ikke kan behandles fullt og helt i familiekonteksten.

FFB OG SEPARASJONSANGSTLIDELSE

Mange av pasientene har fortsatt symptomer som assosieres med separasjonsangst, selv om de har blitt tenåringer. Separasjonsangst i tenårene kan for eksempel være: En tenåring som ikke vil gå på skolen, en tenåring som i en alder av 14 fremdeles ikke har sovet over hos en annen tenåring fordi han/hun ikke vil være borte fra foreldrene sine, eller en tenåring som protesterer på at en av foreldrene reiser på forretningsreise.

Sondre, en 13-åring med bipolar lidelse, beskrev at han ble forferdelig engstelig når han var borte fra foreldrene. Frykten hans ble mer komplisert ved at begge foreldrene jobbet og var nylig blitt

separert. Hvordan familien skulle hjelpe Sondre å håndtere angsten, var utfordrende for hele familien. Når Sondre kom hjem fra skolen tidlig på dagen, ringte han umiddelbart til sin mor for å dempe angsten sin. Hvis hun ikke klarte å berolige ham på telefonen, ble han frustrert og kollapset helt. Moren måtte vanligvis dra hjem for å forsikre seg om at Sondre var trygg. Dette mønsteret gjorde det vanskelig for henne å fungere i arbeidet. Om kvelden kjørte Sondres far hjem til Sondre for å hjelpe han med å sovne, en prosess som kunne vare i timevis og var utmattende for faren.

I denne familien var det åpenbart at angstproblemene (frykten for å være alene) spilte sammen med den bipolare lidelsen (frustrasjon når behovene ikke ble tilfredsstilt) på en uhensiktsmessig måte. Det var meget viktig i FFB at gruppelederne kunne gi en innføring i de to forskjellige lidelsene – hvordan separasjonsangsten kunne føre til en forverring av de bipolare symptomene. Alle (søsknene og foreldrene) var enige om at de opplevde Sondres symptomer som stressende, men de visste ikke hvordan de skulle endre atferden sin. Vi brukte kommunikasjonsmodulen til å la Sondre snakke med foreldrene om redselen og bekymringene hans over å være atskilt fra dem. Han fortalte også hvor ubehagelig han syntes angsten var. Ved å snakke om situasjonen, klarte familien å identifisere det virkelige problemet – angsten over at familien ble oppløst og vanskelighetene han hadde med å roe seg når de angstutløsende tankene kom.

Etter identifisering av problemene, var familien i stand til å avgrense dem og fortsette med problemløsningsmodulen. Sondres foreldre var veldig lei seg for de problemene han hadde med affektive symptomer (som utviklet seg i en tidlig

alder), de var redde for hva han kunne gjøre hvis de ikke ga etter for kravene hans, og de følte seg skyldige på grunn av samlivsbruddet. Det var til hjelp at Sondre kunne få hjelp til å håndtere de emosjonelle reaksjonene sine.

Heldigvis var Sondre interessert i å få noen verktøy for å kunne takle angsten sin slik at han ikke måtte være så avhengig av foreldrene – et nytt og mer alderstilpasset mål for ham. Det ble foreslått flere løsninger for å hjelpe Sondre med å berolige seg ved foreldrenes fravær. Han kunne se en morsom film, spille videospill, gjøre hjemmelekser, ringe en venn, være mer sammen med søsteren sin, hjelpe til hjemme for å tjene litt penger, eller lage seg litt mat. Alle i familien ble enige om at hvis han hadde forsøkt flere av disse løsningene og fortsatt var engstelig, da kunne han ringe til mor. Listen viste seg å være effektiv, og Sondre ringte mor bare en gang på en hel uke (en dag da det var tordenvær som skremte ham). Sondre greide mer og mer å berolige seg selv, noe som reduserte belastningene i familien og hjalp han til å fungere på en måte som var mer passende for hans alder.

FFB OG GENERALISERT ANGSTLIDELSE

Generalisert angstlidelse (GAD) innebærer overdreven bekymring og de fysiske symptomene som følger med denne sinnstilstanden. De som har denne lidelsen pleier å engste seg over noe i fremtiden («Jeg kommer aldri til å klare å bestå eksamen i morgen») eller i fortiden («Jeg er sikker på at Trude synes det jeg sa på skolen i dag var virkelig teit»). De kan også være overdrevent usikre, slik at de til og med øver på det de skal si før de sier det. De kan være overdrevent redde for at de ikke er dyktige nok, og bekymrer seg for en hver mulig feil de har gjort eller kan komme til å gjøre. De ber ofte om en bekreftelse på at det de gjør er OK. Denne graden av bekymring fører

ofte til somatiske plager (for eksempel hyppig hodepine eller magesmerter) og/eller fysiske symptomer på angst som muskelspenninger eller smerter, uro, utmattelse, vansker med å falle i søvn, med å slappe av eller med å konsentrere seg.

Trine, en 17-årig ung kvinne med bipolar lidelse, hadde en komorbid GAD diagnose. Foreldrene hennes beskrev henne som «besatt av ting», og som ekstremt opptatt av «det mørke og triste». De beskrev henne som «konstant bekymret for hvordan andre oppfatter henne», og at hun alltid tenkte tilbake på hva hun hadde sagt til venner den dagen og var redd for hvordan det hadde blitt oppfattet. De beskrev en hendelse fra uken før da hun hadde sagt noe til en bekjent som var blitt lei seg, og Trine ble så fortvilet over å ha sagt noe galt at hun gikk hjem fra skolen. Trine så seg selv som ekstremt selvbevisst, sa at hun bekymret seg veldig mye om fremtiden sin, og tenkte til og med ofte at hun kom til å dø i ung alder på grunn av helseproblemene sine.

Et av Trines affektive symptomer var ekstreme utbrudd av sinne der hun fullstendig mistet kontrollen. Når hun mistet kontrollen, kunne hun kjeft og si stygge ting til familien sin, hun kastet ting, slo hull i veggen og slo eller sparket familiemedlemmer. Foreldre fortalte at disse raserianfallene av og til ble innledet av perioder med bekymringer, følelsen av å være overstimulert og at hun var ute av stand til å slappe av. Da vi utarbeidet Trines stemningsdagbok, bestemte vi at det ville være viktig å holde rede på disse periodene med bekymringer og overnervøsitet for å se hvor ofte angstsymptomene førte til alvorlig dysregulering av humøret. Det viste seg at dette ble nyttig for Trine, og hun klarte oftere å forutse når et sammenbrudd var i ferd med å komme, og

håndtere angsten i stedet for å «gjøre den om til sinne», som foreldrene formulerte det.

FFB-gruppelederen lærte også Trine og foreldrene hennes de grunnleggende elementene i kognitiv reformulering, inklusive automatiske tanker og det som utløser dem, rangere angst-tilstander, vurdere bevisene for og imot hver tanke, utarbeide nye og mer avbalanserte tolkinger av hendelser og legge merke til bedring i angstsymptomene. Hjemmeoppgaver med å skrive ned tankene var nyttige for å kunne generalisere disse ferdighetene til hjemmesituasjonen.

FAMILIEFOKUSERT BEHANDLING OG FOBIER

Spesielle fobier er vanlige hos barn med bipolar lidelse. Noen ganger blir angst utløst av et spesifikt stimulus der pasienten får en alvorlig angstrespons når pasienten blir konfrontert med dette. Pasienten velger da å unngå dette eller holder det ut med store plager. Vanligvis forstår pasienten at intensiteten i reaksjonen er irrasjonell og ekstrem.

Robin, en 15-årig pasient med bipolar lidelse, hadde utviklet en fobisk reaksjon på en figur som opptrer i en science fiction-film (E.T.). Filmen ble vist første gang da Robin var omtrent fem år gammel og har etterlatt et langvarig inntrykk på tenåringsen. Han fikk sitt første psykotiske gjennombrudd kort tid etter han så filmen, og mange av vrangforestillingene som opptok ham da han ble innlagt på sykehus, hadde med denne figuren å gjøre. I mange år etter dette har Robin vært livredd E.T.-dukke, reklame for filmen og andre lignende E.T.-gjenstander, og han har til og med nektet familiemedlemmene å nevne navnet.

Vi oppdaget fobien under Kiddie SADS-intervjuet. Vi lurte først på om dette var en vrangforestilling.

Symptomene tilfredsstilte imidlertid samtlige av de ovennevnte kriteriene for fobi, og Robin var klar over at frykten var irrasjonell. Han utdypet ikke frykten til å være vrangforestillingsmateriale, så bare at denne stimulusen gjorde ham veldig redd og ukomfortabel, kanskje fordi frykten fra barndommen ble vekket på nytt.

På overflaten syntes det ikke som om denne fobien ville skape store vanskeligheter for Robins fungering nå, fordi det var et stimulus som lett kunne unngås. Men tiårsmarkeringen for lanseringen av filmen fant sted i løpet av FFB, og det var mye medieoppmerksomhet rundt nylanseringen av filmen. Pasientens mor tok dette opp med gruppelederen før markeringsdatoen, med en forutelse om økning i tenåringsens stress- og angstnivå. Vi snakket om dette mens vi brukte problemløsningsøvelser uten tenåringsen til stede. Den største beslutningen var om dette skulle tas opp som et problem som hele familien skulle samtale om, eller om vi skulle bruke en mer beskjedne tilnærming til det hele. Bekymringen var at ved å definere dette som et potensielt problem og la tenåringsen delta i samtalen, kunne vi helt unødvendig øke pasientens angst og dermed skape en selvoppfylgende profeti.

Etter en vurdering av fordelene og ulempene ved begge fremgangsmåtene besluttet Robins mor å tone ned saken og se hva som skjedde. Det viste seg at ny-visningen av filmen fant sted uten noen krise. Familien gikk ikke på kino og så filmen, og selv om tenåringsen holdt fast ved å unngå å snakke om filmen og figuren og fortsatte å insistere på at det ikke skulle nevnes hjemme, resulterte det ikke i noen uheldige psykologiske reaksjoner. Det er sannsynlig at i dette tilfellet hadde alvorlighetsgraden av den fobiske responsen faktisk avtatt over tid, selv om pasientens modenhetsnivå og behov for kontroll

over eget angstnivå hindret ham i å klare å konfrontere det direkte.

FFB OG OBSESSIV-KOMPULSIV ANGSTLIDELSE

Symptomer på obsessiv-kompulsiv lidelse er relativt vanlige hos unge mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Disse symptomene er svært plagsomme for tenåringene og vanligvis forstyrrende for familien. Susanne, en 16-åring med bipolar lidelse, var til tider lammet av tvangstanker. Hun så for seg at hun grep en kniv og kuttet opp halsen på moren. Disse tvangstankene var så skremmende for henne at hun hadde begynt å unngå moren sin og holdt seg for det meste på rommet sitt. Hun hadde aldri hørt om tvangstanker før, og selv om hun ikke ville skade eller drepe moren sin, ble hun svært forvirret av disse bildene og var redd for at det var slik hun dypt inni seg virkelig følte. Vi brukte mye tid på dette i symptomkomponenten av undervisningsdelen. Vi snakket om forskjellen mellom negative tanker, vrangforestillinger og tvangstanker. Vi snakket om at selv om tvangstankene var skremmende for Susanne, var de ikke uttrykk for hennes virkelige følelser for moren. Vi snakket også om ulike alternativer for å håndtere tvangstankene. En aktuell strategi for henne var å bruke kognitiv reformulering og minne seg selv om at når hun hadde tvangstanker, var de bare et uttrykk for at hjernen hennes spilte henne et puss, og ikke uttrykk for de virkelige følelsene hennes. Vi lærte henne avslapningsteknikker hun kunne bruke et par ganger i løpet av dagen, som forhåpentligvis også kunne hjelpe mot angstsymptomene generelt. Vi diskuterte symptomene hennes med en behandler, som anbefalte en lavdosert SSRI som supplement til de stemningstabiliserende medisinene. Vi lærte henne flere avlednings-teknikker. Noe av det som hjalp når hun hadde

tvangstanker, var å spille videospill, ringe til en venn, nappe i et gummibånd hun hadde rundt håndleddet, og ta en sykkeltur. Gjennom de forskjellige teknikkene hun lærte i programmet, ble hun bedre i stand til å mestre tvangstankene, og hun begynte å være mer sammen med moren slik at frykten for å skade henne avtok på en naturlig måte (atferdseksposering). Hun lærte å håndtere angsten sin, og når symptomene på stemningslidelsen ble svekket, avtok også tvangstankene.

FFB OG PANIKKLIDELSE

Personer med bipolar lidelse opplever ofte panikkanfall i tillegg til symptomene på stemningslidelse. Et av hovedproblemene med panikk er at personens respons på panikken kan ha negativ innvirkning på den fysiologiske responsen. Panikk lidelse kan være sterkt hemmende for personen og familien. Lidelsen kan føre til at tenåringen føler seg nødt til å holde seg hjemme. Familien må derfor ofte endre livsstil fullstendig for å kunne ta seg av tenåringens behov og bekymringer.

Det er to deler i behandlingen av panikk lidelse hos tenåringene. Den første innebærer å hjelpe tenåringen med å takle selve panikkanfallet (for eksempel å lære seg til å ikke få katastrofetanker – altså overdrive sterkt de indre kroppslige fornemmelsene), og den andre har å gjøre med å hjelpe tenåringen til å gjenoppta sine vanlige aktiviteter (som de vanligvis har gitt opp av frykt for å få panikkanfall).

David, en 17-åring med uspesifikk bipolar lidelse og mange symptomer på depresjon og angst, hadde hatt panikkanfall i flere år. Han var blitt så redd for å få panikkanfall offentlig at han bare holdt seg hjemme og deltok heller ikke i familieaktiviteter. Det var et stort tap for

foreldrene og den yngre søsteren som savnet ham når familien dro på tur. Takket være riktig medisinsk behandling stoppet panikkanfallene, men Davids redsel for å forlate huset fortsatte. Fordi dette problemet var familiens største bekymring, tok FFB-gruppelederen opp problemet tidlig i behandlingen ved å ta i bruk problem-løsningsmodulen. De identifiserte problemet som «å ikke kunne dra på tur sammen som familie». De klarte å komme opp med flere alternativer de kunne prøve. En del av løsningen innebar at David skulle stole på at selv om han kunne få angst i løpet av turen, ville han være i stand til å mestre den ved hjelp av noen avslappingsteknikker gruppelederne hadde lært ham i FFB. FFB-gruppelederne utarbeidet en avslapningsliste som David kunne bruke hjemme to ganger om dagen. Familien ble instruert i å bruke gradvise eksponeringsøvelser (for eksempel begynnende utflukter utenfor hjemmet), og de ble gitt lesestoff om å mestre panikklidelse ved hjelp av gradvis eksponering.

Da David hadde lært å klare å slappe av på egen hånd, arbeidet han med familien i å se for seg ulike scenarier som kan fremprovosere angst (for eksempel å gå på kino), og deretter brukte han avslapningsteknikkene han hadde lært fra listen. Når David ble engstelig, var han i stand til å respondere på oppfordringer fra moren om å bruke avslapningsteknikkene sine. På denne måten klarte David å mestre angsten sin mer effektivt. De kunne dermed gjøre mer sammen som familie.

FAMILIEFOKUSERT BEHANDLING OG POSTTRAUMATISK STRESSLIDELSE (PTSD)

Mange tenåringer med bipolar lidelse har også hatt traumatiske opplevelser tidligere i livet. I noen tilfeller er de blitt utsatt for overgrep fra en forelder med stemnings- og/eller ruslidelse. Disse foreldrenes affektive symptomer kan ha satt tenåringene i situasjoner som er traumatiske (det vil si selvmordsforsøk, innleggelser på sykehus), eller de kan ha vært utsatt for jevnaldrende overgrep eller blitt mobbet. Sannsynligheten for å bli utsatt for traumer er altså høy i denne populasjonen.

Triggerne for PTSD-symptomer medfører risiko for en forverring av de affektive symptomene som følge av tenåringens sårbarhet overfor stress. Disse vedvarende symptomene virker hemmende på familiemessige og sosiale forhold. Selv om det er til hjelp for tenåringer å kunne snakke med familiemedlemmer om hvordan symptomene deres arter seg, kan det være hensiktsmessig å få profesjonell hjelp hvis han eller hun fortsetter å slite med symptomer på både PTSD og stemningslidelse.

Katrine, en 16-åring med bipolar lidelse, hadde virket uengasjert gjennom hele FFB-behandlingen. Hun ville ikke ha kontakt med gruppeleder og engasjerte seg ikke i familien sin. Moren hennes var svært bekymret over at Katrine var uengasjert og tilbaketrukket og ikke viste noe initiativ. Katrine syntes ikke å ha noen andre symptomer på depresjon eller mani, men hun klaget over ekstrem angst. Psykiateren hadde

forskrevet en angstdempende medisin, men ingen ting så ut til å endre på angsten. Mot slutten av behandlingen fortalte Katrine at grunnen til at hun ikke hadde engasjert seg i behandlingen, var at hun ikke klarte å slippe noe hun hadde gjort som var «skrekkelig». Hun fortalte at en natt da hun var manisk, hadde hun impulsivt gått fra en venninne mens venninnen var sammen med en gutt ingen kjente, slik at Katrine kunne bli med noen andre venner. Etter at Katrine var gått, ble venninnen voldtatt og banket opp. Katrine sa at hun aldri ville klare å komme over følelsen av depresjon og angst som skyldtes rollen hun hadde i det som var skjedd med venninnen hennes.

Vi brukte flere timer med brainstorming for å finne forskjellige behandlingsalternativer som kunne hjelpe Katrine å håndtere dette traumet. Vi vurderte medisiner, individuell behandling og gruppeterapi. Hun var i stand til å bruke kommunikasjonsferdigheter for å uttrykke skyldfølelsen og frustrasjonen sin til moren, og moren uttrykte empati og forståelse for situasjonen datteren hadde havnet i. Vi diskuterte også ulike måter Katrine kunne prøve å støtte og hjelpe venninnen til å få hensiktsmessig posttraumatisk behandling.

Katrine begynte å gå til en individualbehandler som hadde spesialisert seg på å arbeide med PTSD og bipolar lidelse. Hun gjør fremskritt i å bearbeide angsten og depresjonen.

KONKLUSJON

Tenåringer med bipolar lidelse og komorbide angstlidelser kan være en vanskelig gruppe å behandle. Det er essensielt at alle som arbeider med denne pasientgruppen også har trening i å arbeide med angstlidelser. I FFB-studien har det skjedd at medisinsk inngripen har lyktes eller at angstsymptomene har dempet seg når de affektive symptomene har forsvunnet. Andre ganger har ikke medisin vist seg like effektivt, men atferdsteknikkene har hjulpet med å lette symptomene. Familien og tenåringen trenger ofte å bruke kommunikasjons- og problemløsningsferdighetene for kunne forstå og mestre angsten uansett hvilken form den tar. Ved å kombinere flere forskjellige metoder for å behandle angst og iverksette en tiltaksplan i et strukturert miljø, kan man hjelpe unge mennesker og familiene deres.

Referanser

Cassano GB, Pini S, Sacttoni M, Dell'Osso L: *Multiple anxiety disorder comorbidity in patients with mood spectrum disorders with psychotic features*. Am J Psychiatry, 1999; 156(3), s.474-6.

Chen YW, Dilsaver SC: *Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey*. Am J Psychiatry, 1995; 152(2), s. 280-.

Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC, Shoaib AM, Tsai-Dilsaver Y, Krajewski KJ: *Suicidality, panic disorder and psychosis in bipolar depression, depressive-mania and pure-mania*. Psychiatry Res 1997, 73(1-2), s. 47-56.

Geller, B. & DelBello, M (2003). *Bipolar Disorder in Childhood and Early Adolescence*. NY: Guilford Press.

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS: *Lifetime and 12-month prevalence av DSM-III-R psychiatric disorders i the United States. Results from the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry, 1994; 51(1), s. 8-19.

Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson JM, Zhao S: *The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey*. Psykol Med, 1997; 27(5), s.1079-89.

