



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

**Andre ordens systemisk tilnærming i møte med
Psykoedukativ familiearbeid (PEF).**

Nina Beate Worren

Totalt antall sider inkludert forsiden: 28

Molde, 19.04.2018



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

| Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6: | | |
|---|---|-------------------------------------|
| 1. | Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. | Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. | Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. | Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. | Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider | <input checked="" type="checkbox"/> |

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Solrun Brenk Rønning

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 19.04.2018

Antall ord: 7975

Sammendrag

Det å kunne få jobbe i eit ACT team og med psykose pasientar er utfordrande og lærerikt. Måten ein tilnærmar seg pasientar som har ein schizofreni diagnose eller ein psykoseliding er svært viktig for det vidare arbeidet. Alliansebygging og relasjon er viktige omgrep og som er med heile vegen, og som terapeut er det viktig å bruke tid på å bli kjent. Målet med oppgåva er å sjå på kva andre ordens systemisk tilnærming kan tilføre menneske med psykose, og oppgåva tek for seg ulike omgrep i andre ordens systemisk tilnærming, definisjon på psykose og psykoedukativ familiearbeid. Oppgåva tek med seg desse omgrepa vidare med utgangspunkt i eit narrativ, og drøftar kva som kan tilførast og kva som er ulikt og kva likskapar desse metodane har. Oppgåva ser også på kva slags forskning som kunne vore aktuell vidare, før det til slutt har ein avslutningsdel der det blir oppsummert kva som har blitt drøfta, og kva som ikkje vart belyst i oppgåva.

Innhold

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1.0 | Introduksjon | 1 |
| 1.1 | Problemstilling og avgrensing | 2 |
| 1.2 | Litteratursøk | 3 |
| 1.3 | Teori | 3 |
| 1.4 | PEF | 3 |
| 1.5 | Andre ordens systemisk perspektiv | 4 |
| 1.6 | Psykose | 8 |
| 1.7 | Forskning | 9 |
| 2.0 | Narrativ | 10 |
| 3.0 | Drøfting | 13 |
| 3.1 | Kritikk til eiga oppgåve | 19 |
| 4.0 | Avslutning | 20 |
| | Kjeldeliste | 21 |

1.0 Introduksjon

I arbeidet mitt i ACT-team har eg erfaring med bruk av psykoedukativt familiararbeid. Dette er eit tilbod som vi i ACT teamet tilbyr til pasientane og familien i tillegg til dei vanlege støttesamtalane som vi har med pasient og pårørande. Behandlingstilbodet vert introdusert som eit ekstra tilbod til dei familiarane som ynskjer det. Sidan det er bare eg og eine kollegaen min som har studert og fått grundig opplæring i dette har vi ikkje kapasitet til meir enn to familiar samtidig, sjølv om vi ser at behovet er større enn det som vi har kapasitet til. Dette behandlingstilbodet går over ca 12-18 månader og vi har hyppige samtalar kvar fjortende dag, og dette tilbodet går parallelt med den vanlege oppfølginga til pasienten. Sjølv om denne tilnærminga er dominerande ved arbeidsplassen min ser eg samtidig at psykoedukativt familiararbeid kan ha nokre avgrensingar som kan vere ei hindring i kommunikasjonen mellom pasienten og familien, men som andre ordens systemisk tilnærming kan vere med på å utfylle.

I andre ordens systemiske tilnærming legg ein vekt på å forstå åtferden relasjonelt. Mennesket sjåast som ein del av ulike sosiale system, som for eksempel familien eller skuleklassen (Røkenes et. al, 2012). Det kan også forklarast på den måten at systemet er ein heilheit som fungerer gjennom den gjensidige avhengigheiten som er mellom delane. For at ein skal kunne forstå og endre ein åtferd må vi også sjå på samspelet som er mellom individet og systemet. Det samspelet som er innan eit system, og samspelet mellom dei ulike systema (Røkenes et. al, 2012). Terapeuten blir også ein del av systemet som dei forhold seg til over tid, og det og vere ein del av eit system er med å åpne opp for at det skapast endringar i systemet, I den systemiske tenkinga fokuserar ein også meir på relasjonane enn på eigenskapane (Røkenes et. al 2012).

I PEF metoden er der avgrensingar fordi terapeuten ikkje er ein del av systemet og det ligger veldig nært opp til første ordens systemisk tilnærming. Terapeuten har i PEF ein klar og tydeleg rolle, og er eksperten og skal undervise og formidle kunnskap om psykosen til pasienten og familien. Det ligg klare føringar om problemløysing og korleis desse problemløysningssamtalane skal foregå, Dette gjer at ein ikkje får opna opp for diskusjonar som kan bidra til ein ny forståing slik som til dømes eit nettverksmøte med andre orden systemisk tilnærming kunne ha gjort.

Ved å bruke Karl Tomm sin sirkulære sirkel (Tomm, 2013) så kan ein bruke både orienterende spørsmål og spørsmål med hensikt til å påverke kommunikasjonen/situasjonen slik at ein kan klare å komme til ein annan forståing og kunne gjere ein forskjell som gjer ein forskjell (Aadland, 2011).

Oppgåva vil derfor handle om bruk av andre ordens systemisk tilnærming opp i mot psykoedukativt familiararbeid. Oppgåva vil belyse likheiter og ulikheiter mellom dei to tilnærmingane, og sjå på kva andre ordens systemisk tilnærming kan tilføre psykoedukativ familiararbeid i møte med menneske med psykose. Diskusjonsdelen tek utgangspunkt i eit narrativ som blir presentert seinare i oppgåva.

1.1 Problemstilling og avgrensing

Problemstillinga eg vil belyse i denne oppgåva er:

Kva kan systemisk perspektiv tilføre Psykoedukativt Familiararbeid (PEF) med menneske med psykoser?

Avgrensing:

Eg har bevisst ikkje belyst tema om teieplikta då heile familien blir tatt med på samtale og får informasjon om kva metoden går ut på, og kva informasjonen skal brukast til, og det er då gitt samtykke til dette gjennom desse introduksjonsmøta i PEF metoden.

I andre ordens systemisk tilnærming er det familien som sitt på svara og ikkje terapeuten, difor vil det i nokre tilfelle ikkje vere nødvendig med samtykke. Det å komme til eit møte er samtykke i seg sjølv, og den informasjonen som kjem fram på møtet kjem ikkje frå terapeuten, men den kjem frå deltakarane og på den måten blir ein ikkje ramma av teieplikta. Viss ein til dømes tek eit nettverksmøte så er det deltakarane som kjem fram til kva som blir tatt opp på det møtet, og det er dei som bestemmer kva slags informasjon som kjem fram.

Har også avgrensa oppgåva med at eg ikkje har tatt med reflekterande team, og korleis det kunne ha vore viss ein hadde hatt med dette i nettverksmøtet. Dette grunna omfanget i oppgåva.

1.2 Litteratursøk

Den litteratur søkjebasa eg brukte var psychInfo, og her brukte eg desse søkjeorda Familytherapy, systemic approach og på desse to brukte eg OR, dei neste søkjeorda eg brukte var Psycho* og Psychoeducation og på alle desse fire brukte eg AND.

Eg avgrensa også søkjet til siste 10 år, og valte skandinavisk språk og engelsk språk. Fikk då opp 16 treff, der ein av dei var relevant for denne oppgåva. Den studien som var relevant for denne oppgåva var ein systematisk review av *Family interventions in psychosis: A review of the evidence and barriers to implementation*. (Bucci et. al 2016).

Søkte vidare i psychInfo og brukte omtrent dei samme søkjeorda der eg hadde familytherapy og systemic approach og brukte OR, og psycho* og psychoeducation og brukte AND på dei to siste. Avgrensa også her søkjet til dei siste 10 år, og valte skandinavisk og engelsk språk, og fekk då opp 34 treff, Fann i dette søkjet ein annan studie som også var aktuell for oppgåva. Det er ein systematisk blanda review av *Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia*: (Sin og Norman 2013).

1.3 Teori

For å svare på problemstillinga vil teori om PEF metoden, psykose og andre ordens systemisk tilnærming vere relevant. Innanfor andre ordens systemisk tilnærming er det også valt ut enkelte omgrep som vil bli belyst vidare i oppgåva. Teorien vil vidare bli brukt for å illustrere korleis andre ordens systemisk tilnærming kan brukast opp mot narrativet gjennom diskusjonsdelen.

1.4 PEF

Psykoedukativt Familiearbeid (PEF) er ein metode som er delt inn i forskjellige bolkar, der ein har alliansesamtalar med pasient åleine, og familien og eller vennar åleine før ein tilslutt samlast for eit såkalla problemløysningsmøte.

Kvar samtale varer i 45 min, og terapeutene har ein fast mal som ein går ut i frå i forhold til både struktur og tema i samtalan.

Målsetninga med det psykoedukative familiearbeidet er å betre pasienten sin prognose, og livskvalitet samt å redusere familiens stress og opplevde belastningar. Det psykoedukative familietilbodet består av ein kombinasjon av informasjon om psykiske lidningar, og få hjelp

til å trene på kommunikasjonsferdigheiter og det å kunne løyse daglegdagse problem (Fjellet et. al 2013).

Det er viktig å utvikle ein arbeidsallianse til både hovudpersonen, altså pasienten og familiemedlemmar. Ein arbeidsallianse blir basert på å utvikle ein personlig relasjon mellom pasient, familie og terapeut. Det er også viktig med einigheit om målsetnaden og einigheit i tilbodet sitt innhald. Det psykoedukative familietilbodet har ei sterk forankring i desse grunnleggande behandlingselementa (Fjell et. al 2013).

Ein allianse med familiemedlemmar vert utvikla ved og høyre på familien sine erfaringar og tankar om utvikling av problema/lidingar til pasienten. Det er også sentralt og anerkjenne deira sitt engasjement for å hjelpe deira sjuke familiemedlem, og støtte dei i deira ynskje om og vere til hjelp (Fjell et. al 2013).

1.5 Andre ordens systemisk perspektiv

Oppgåva vil fyrst og fremst belyse andre ordens systemisk perspektiv, og derfor er fokuset ikkje på første ordens, då dette ligger opp i mot positivismen, og andre ordens ligger opp i mot fenomenologien og hermeneutikken (Aadland, 2011).

Litt kort om systemisk perspektiv som oppstod på 1970 talet, då nokre psykiatarar danna ved det som seinare vart kalla Milano gruppa. Dei var opptatt av familien, og korleis ein skulle jobbe saman med dei. Milano gruppa har alltid ansett eit system som visar kjenneteikn både på stabilitet og forandring. Karl Tomm beskriver det i sin bok om systemisk intervjumetodikk at ut frå eit systemisk synspunkt er det umulig at ein vesentlig del av systemet blir forandra utan at det skjer forandringar gjennom heilheita (Tomm, 2013). Gregory Bateson er ein sentral teoretikar gjennom dette perspektivet, og Batesons arbeid kom til å påverke Milano gruppa sterkt i sin tenking (Tomm, 2013). For at terapeuten skal kunne forstå den kommunikasjonen som familien har er det viktig ein har eit sirkulært kunnskapssyn. Dette vil seie at det er eit kunnskapssyn som kan bryte med årsaks-verknad modellen. Det er viktig med ein sirkulær forståing for at den skal vere fruktbar for å skape kunnskap om all menneskeleg kommunikasjon (Haugsgjerd et.al 2009). I forhold til Milano metoden er det ei antaking at terapeuten er ein del av eit mønster som ho eller han observerar. Ein tenkjer altså at det finst eit sirkulært mønster mellom terapeuten og dei forskjellige sirkulære mønstera som terapeuten utforskar i familien. Denne prosessen blir også omtala som andre ordens kybernetikk (Tomm, 2013). Noko som også er svært sentralt i systemisk perspektiv er at det er fyst og fremst

forskjellane som gjer oss i stand til å oppfatte noko, og vi er svært opptatt å forstå forskjellane heile tida (Aadland, 2011). Det blir også omtala at ein forskjell som gjer ein forskjell skapar betydning. Det kan også seiast på denne måten at eit ingenting kan også forårsake mange hendingar fordi at ingenting kan også kommunisere ei betydning (Aadland, 2011).

Systemisk intervjumetodikk

I forhold til Milano gruppa har dei utvikla ein måte å spørje på, og det blir kalla sirkulær spørjing. Eit eksempel på eit slik spørsmål kan vere at terapeuten spør eit av familiemedlemmane om kva dei trur eller tenkjer at den situasjonen gjer med den eine eller den andre i møtet. Terapeuten stiller slike spørsmål til alle i familien medan dei er samla, og dette er fordi at slike sirkulære spørsmål kan vere med på å danne grunnlag for nye spørsmål. Dei spørsmåla igjen kan vere med på å understreke sirkulariteten i samspelet, og det kan verke frigjerande (Haugsgjerd et.al 2009). I følgje Tom Andersen er det fire sentrale spørsmål som ein kan ta utgangspunkt i den terapeutiske samtalen med familien. Det fyrste er det passe uvanlig eller for uvanleg med eit møte mellom denne familien? Det andre spørsmålet er kva er historia bak dette møtet her? Det tredje er korleis ynskjer dykk å bruke møtet? Tanken bak desse spørsmåla er å unngå å stille spørsmål som enten eller spørsmål. Dette grunna at det tilbyr berre to moglegheiter då og det er å redusere menneska sine valgmoglegheiter, og det lukkar for ein ny erkjenning (Haugsgjerd et.al 2009).

Nedanfor har eg valt å ta med den sirkulære spørjesirkelen til Karl Tømm for å illustrere dei ulike spørsmåla som ein kan stille. I ein samtale er det føremålstenlig å bruke forskjellige typar spørsmål. I forhold til Karl Tømm sin sirkulære spørjesirkel delar han dei i ulike kategoriar. På den eine sida der dei linære og sirkulære spørsmåla er, er formålet med desse spørsmåla at dei er for å orientere seg om situasjonen. Ein delar også dei linære spørsmåla inn i problem definerande eller problemforklarande spørsmål som til dømes kan vere når, kor, kva, kvifor og kven? Formålet med desse spørsmåla er å orientere seg rundt situasjonen og for å innhente tilstrekkeleg informasjon til å kunne gå vidare i sirkelen (Berg 2017).

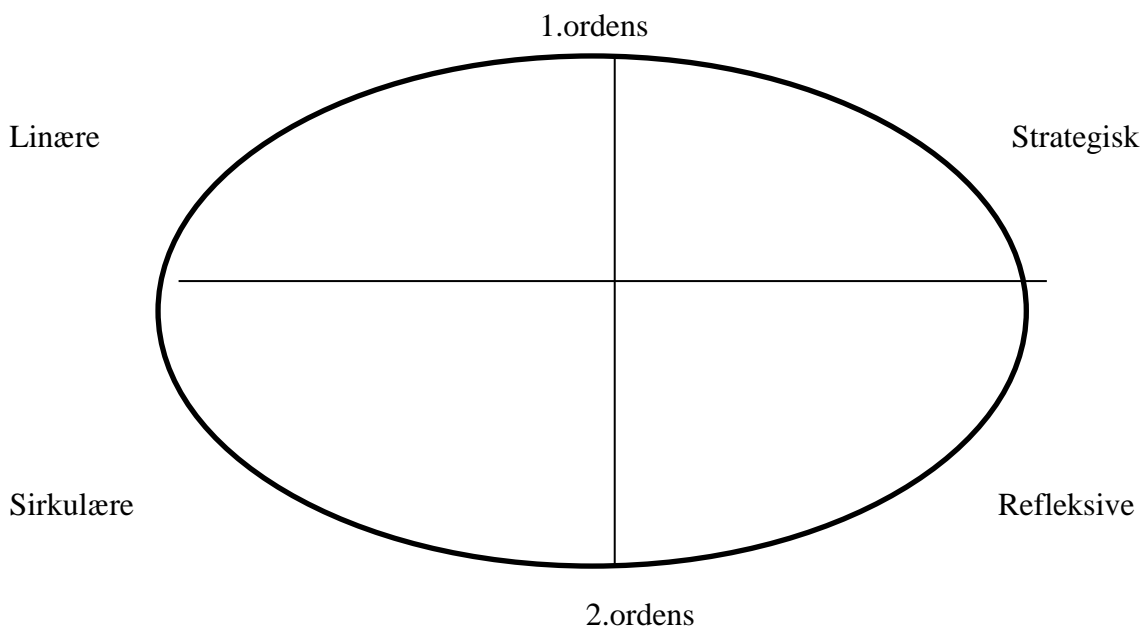
Dei sirkulære spørsmåla i sirkelen er det delt inn i forskjellspørsmål som til dømes kva er du mest fornøgd med? Kven som er aller mest bekymra i familien? Det er også delt inn i åtferdsspørsmål som til dømes kan vere «når det skjedde, kva gjorde du då?» Eller når Per gikk ut, kva skjedde då? Formålet her er at den andre skal verte oppmerksam på det som skjer.

Formålet med dei strategiske spørsmåla, og dei refleksive spørsmåla er for å påverke det som skjer (Berg, 2017).

Dei strategiske spørsmåla er dei som kan vere leiande spørsmål eller konfronterande spørsmål som til dømes: Er ikkje det på tide du sluttar å røyke snart?.

I forhold til dei refleksive spørsmåla er det delt inn i fleire spørsmål som har som formål å påverke, og dette kan vere eit hypotese spørsmål, viss/om. Det kan vere eit framtidsspørsmål som til dømes er det meir eller mindre sannsynleg at dykk kranclar om fem år? Slike spørsmål brukar ein om tida som kan virke tilbake, eller om det er nokre ynskjer eller moglegheiter for framtida.

Det tredje er å bruke eit personperspektiv der ein tek inn personar heile tida i samtalen, som til dømes Viss Per var her, kva hadde han sagt? (Berg, 2017).



(Tomm, 2013).

I dette perspektivet er det også andre viktige omgrep som ein brukar og dette er:

Punktuering

Ein samhandling er ein kontinuerlig prosess som foregår over tid, og med ein punktuering innebærer det at vi sluttar å sjå samhandlinga, men at vi fastheld enkelte elementar i ein fortløpande samhandling som årsak til det som skjer (Røkenes og Hanssen 2012).

Forståelsen til kvar einskild blir avgrensa og linær, og ikkje prega av nokon analyse av samspelet. Dette samspelet inneheld å analysere prosessen mellom personar, og ikkje fordele skyld mellom partane i linær forståing (Røkene og Hanssen, 2012).

Terapeuten har eit hovudansvar for at eit samspel kan utvikle seg konstruktivt (Røkenes og Hanssen 2012).

Nøytralitet:

Prinsippet om nøytralitet inneheld at terapeuten er akseptierende, er respektfull, er nysgjerrig og fasinert innanfor systemet. Terapeuten skal ikkje vere interessert i å klandre nokon einskild eller forandre systemet. Ein skal heller anta at alt har ein meining, og at systemet er sin eigen forklaring (Tomm, 2013). Ein kan være nøytral på fleire ulike måtar, ein måte kan vere og vere nøytral i forhold til spesielle personar. Ein annan måte kan vere å være nøytral i forhold til familiemedlemene sine utsikter, mål, kva slags trusretning ein har og vurderingar ein gjer. Det og vere nøytral i forhold til forandring og terapeutisk utfall er den mest komplekse. Dette fordi kanskje terapeuten kan dele fleire av familien sin oppfatningar (Tomm, 2013).

I denne andre ordens systemiske modellen blir ikkje terapeuten betrakta som ein ekspert som står utanfor systemet, men heller som ein aktiv medspelar som ein er gjennom sin interaksjon med familien. Terapeuten går også frå å vere opplyst om årsakane til korleis problemet har oppstått, til å vere med på problemets meining (Axelsson, 2013).

Nettverksmøte:

Eit nettverksmøte er eit møte der familie og nettverk er til stades for pasienten, og møtet finner stad etter 24 timar etter at ein førespurnad om hjelp blir mottatt. Helsepersonellet som mottok førespurnaden er også den som innkallar til nettverksmøte, og dette skal skje i samråd med den det gjeld sidan det er pasienten som bestemmer kven som skal vere med på møtet (Bøe og Thomassen 2017). Møtet er også utgangspunktet for vidare behandling, og ut ifrå dette møtet blir det satt ein arbeidsgruppe som skal vere hovudforum for behandlinga. Det er særskild viktig at alle får delta i samtalen med sin stemme, og med sine opplevingar av situasjonen. Dette gjer slik at ein kan skape ein fyldig beskriving av situasjonen, og i fellesskap gjer ein eit forsøk på å bli einige om vegen vidare (Bøe og Thomassen 2017).

Målet til nettverksmøtet er å oppretthalde eller å skape ein dialog rundt den det gjeld. Det er samanhengen mellom den ytre dialogen mellom deltakarane og den indre dialogen til pasienten som gjer slik at det terapeutiske målet er oppnådd og at ei endring kan skje (Bøe og Thomassen 2017).

1.6 Psykose

I følge ICD-10 sin internasjonale statistiske klassifikasjonen av sjukdomar og beslektede helseproblemer blir paranoid psykose (vrangforestillingslidelse) beskrevet slik « *Lidelse kjennetegnet av utvikling av enten en enkeltstående vrangforestilling eller et sett beslektede vrangforestillinger som vanligvis er vedvarende og noen ganger også livsvarige. Vrangforestillingenes innhold varierer sterkt, men typisk innhold kan være forfølgelse, grandiositet, erotomani, sjalusi, kverulans, forgiftning, smitte eller sykdom (ikke bisarre vrangforestillinger)* ». (ICD-10)

Psykose kan verte omtala slik, at viss ein ikkje har ein vrangførestilling kan eller skal ein ikkje snakke om psykose. Psykosen kan ha meir eller mindre innslag av tre ulike fenomen, men som kvar for seg ikkje kan kallast for psykose. Desse tre er hallusinasjonar, enten syns eller hørselshallusinasjonar. Her har personen full innsikt i at dei uttrykker for ein form for urealistiske eller sjuklege opplevingar. Den andre er åtferdsavik, og det kan førekomme i mange andre samanhanhengar enn ved ein psykose. Det kan også finnast psykotiske personar som har vrangførestillingssymptom utan at dei ikkje har så store åtferdsavik at utanforståande legger merke til det (Cullberg, 2005). Det tredje er konfusjon

eller delerium, og det inneheld den evna til å orientere seg når det gjeld i forhold til sted, tid eller rom og eller person sviktar.

Med tanke på når ein snakkar om ein vrangførestilling så innebærer det at tankeinnhaldet eller oppfatninga av verkelegheita er klart avvikande i forhold til kva omgjevningane rundt synes er rimelige. Dette med tanke på observerbare data, psykologisk utviklingsnivå, kulturelle førestillingar, eller omstendighetene elles. Det må også vere snakk om at den førestillinga ein har er vanskeleg for å påverke eller at den er vanskeleg. Det treng heller ikkje å handle om at vrangførestillinga griper inn i heile livet, det er nok at det griper inn i ein liten del av livet, men at den okkuperar store delar av tankesettet til den som opplever det. Døme på dette kan vere at ein har ein oppfatning om at ein har blitt byttet om som liten, og som har ført til at ein har ulike utfordringar i vaksenlivet (Cullberg, 2005). Når det er snakk om hallusinasjonar så snakkar vi om sanseopplevingar som er utan tilsvarande ytre stimulans. Alle sansane som vi har, det vil seie syn, hørsel, smak, lukt og kjensle kan opplevast som hallusiatoriske (Cullberg, 2005).

1.7 Forskning

På grunn av oppgåvens omfang har eg ikkje fått belyst noko frå artikkelane noko som hadde vore interessant og fått drøfta. Bucci et al (2016) gjorde ein systematisk review av kva som hindrar implementering av familie intervensjonar med mennesker med psykoser. Det nasjonale instituttet for omsorg og klinisk ekspertise, og skulen for Psykiatri for Australia og New Zealand anbefalte familie intervensjonar som ei fyrste linjebehandling, og dei såg på denne behandlinga som essensiell for behandling i alle stadie av ein psykose, og også innanfor all omsorgsbehandling. Dei fann ut at det var det vanskeleg å integrere desse familie intervensjonane som ei rutine for behandling, og det visar seg at det er fortsatt ein stor utfordring å implementere desse, og det har vist seg å vere veldig problematisk. Det vart anbefalt vidare i dei nasjonale retningslinjene å ha desse familie intervensjonane for dei som har schizofreni liding og psykose liding. Det som var hindringa for implementeringa av familie intervensjonen var behandlarane, dei som brukte tenestane, og vidare på organisasjonsnivå (Bucci et. al 2016). Det vert diskutert vidare om ein skal forbedre ein meir strukturert implementering av familie intervensjonar (Bucci et. al 2016).

Sin og Norman (2013) gjorde ein systematisk review av effekten av psykoedukasjon og om det kunne bedre velværet til familiemedlemmar til menneske som har schizofreni liding. Studien viste at psykoedukasjon hadde stor effekt på familiemedlemmane sin kunnskap og mestring av denne lidinga. Samtidig hadde det mindre effekt på å forandre familiens psykologiske dødelegheit, byrde og dei uttrykte emosjonelle kjenslane som familiemedlemmane satt med. Det som familiemedlemmane verdsatte mest var eit gruppeformat der dei kunne få dele erfaringar saman med andre familiar. Studien peika på at psykoedukasjon burde ha vore eit tilbod som ein gav rutinemessig til familiemedlemmar så tidleg som mogleg i behandlinga i samband med helsevesenet. Studien visar også til forslag om vidare forskning på korleis etablere ein forbedra effekt av fleire slike samlingar, mellom samlingane og nettbasert psykoedukasjon (Sin og Norman, 2013).

2.0 Narrativ

Pasienten som eg vil snakke om her i oppgåva er ein mann som er i byrjinga av førti åra, og som har ein vrangforestillingsliding og som gjer slik at i dei periodane han er sjuk så går dette utover hans personlege hygiene og han klarer ikkje å gjere dei daglegdagse oppgåvene. Dette til dømes vask av leiligheit og vask av kle og ivareta hans personlege hygiene. Pasienten har eg kalla for Gert og han har ein kjærast som han bur saman med. Forholdet mellom desse to går bra, også i dei periodane Gert er sjuk då dei opplever at dei er til støtte for kvarandre. Foreldra har alltid vore der for Gert, sjølv om far har trekt seg tilbake, og der mor har svinget saman med Gert i dei dårlege periodane hans. I dei periodane Gert er sjuk så blir Gert lysømfintleg og toler ikkje dagslys eller noko anna. Han går då med eit tjukt skjerf på hovudet og med mørke solbriller i lange periodar. Gert er overtydd at det er noko som er galt med synet, og har blitt utgreia for dette mange gongar, og dei finn ikkje noko somatisk forklaring på dette.

I forhold til dette har familien då vore svært behjelpeleg med å hjelpe Gert når han er sjuk i det daglege, samtidig som dei har ein ambivalens til å hjelpe. For dei ser at når Gert er sjuk, og det er noko som han har verkeleg ynskje om å delta på som for eksempel ein konsert så kaster han skjerfet og drar på konserten til tross for. Dette har også vorte til at det har blitt ein frustrasjon i familien.

Eg har valt og tatt utgangspunkt i fyrste problemløysningssamtale saman med familien. Problemløysningssamtalane skal ta utgangspunkt i det som har blitt fortalt om i dei føregåande samtalane, og blir lagt som eit grunnlag for vidare samarbeid i felleskap med familien. I forkant av dette har vi hatt fleire alliansesamtalar med familien kvar for seg, før vi til slutt er i den avsluttande fasa som er problemløysningssamtalane. Familien inkluderer mor og far, søster, pasient og sambuaren til pasienten.

På fyrste problemløysningssamtalen skal alle få seie korleis dei har opplevd sjukdomen til Gert, slik at alle får snakke fritt over korleis dei har hatt det og kva tankar og kjensler dei sitt med. Deretter har ein fleire problemløysningssamtalar der ein har ein sekvens og skriv ned dei ulike utfordringane som pasienten ynskjer hjelp til å løyse på ei tavle. Hovudterapeuten som i denne problemløysningssamtalen var meg spør kvar enkelt korleis dei har opplevd sjukdomen og om dei har nokre tankar om dette som dei sit med, og som dei gjerne vil fortelje til pasienten.

Eg som terapeut spør fyst far korleis han opplever det, og far fortel i møtet at Gert bør ta seg saman, at det er psykisk betinga og at dei ikkje finner noko somatiske plager slik som Gert trur. Far er ganske krass mot Gert i denne samtalen, og det gjer slik at Gert ynskjer å forsvare seg og bryter inn i samtalen. I PEF metoden skal ein la ein og ein få snakke frå seg før dei andre kan seie noko. Dette er for og halde strukturen på samtalen, og for at ein skal kunne betre kommunikasjonen innanfor familien. Kvar sin familie har sin eigen kommunikasjonsstruktur, og mange familiar har utfordringar med tanke på å kommunisere med kvarandre, og dette igjen gjer slik at det kan vere ein stressfaktor som påverkar pasienten og pasienten kan få auka symptomtrykk. Eg henvender meg deretter då til Gert og forklarar at han skal snart få sleppe til med det han vil seie. Eg synes det var utfordrande og ikkje la Gert få utrykke seg, men eg held meg likevel til strukturen og lar faren snakke ferdig. Sidan samtalane har blitt satt til å vare i om lag 45 min der 5 min før og etter er satt av til kvardagslege samtaleemne vart det kort tid til sjølve samtalen og diskusjonen som oppsto. Dette resulterte i at far fikk sagt korleis han meinte situasjonen var, medan Gert ikkje fikk forklart og forsvart seg noko tilbake til far sidan vi måtte avslutte timen på grunn av tidsramma som var satt av.

Eg synes det var utfordrande å skulle ha oversikten over kvar einskild, og halde på strukturen der alle får snakket frå seg før ein går tilbake til den andre og høyrer kva tankar

dei sit med etter å ha høyrte kva den andre har sagt. I PEF metoden er det ganske styrt av hovudterapeuten, og for at alle skal halde seg til strukturen er det lagt opp til at terapeuten er i ein ekspertposisjon og skal lede samtalen. Co terapeuten skal vere observatør, og halde oversikt over tidsbruken og notere kva som kjem ut av møtet. Dette blir forklart på førehand, at metoden er slik at det er to terapeutar der hovudterapeuten styrer samtalen, og co terapeuten er for det meste observatør. Til slutt skal co terapeuten kome inn å summere opp møtet før ein tar dei siste fem minutta med samsnakk. I forhold til strukturen på møtet synes eg at det var utfordrande med tanke på at det var mange familiemedlemmar til stades, og eg skulle styre samtalen slik at alle fekk lov til å seie sitt. Samtidig som hovudterapeut skal eg også passe på å reformulere kritikk, og vere aktiv lyttande og ha forståing for det dei uttrykker.

I dei føregåande alliansesamtalane har ein fått gått gjennom mange emne, og dette er ei problemstilling som både pasienten og familien har tatt opp. Pasienten har si oppfatning av sin sjukdom og har ein vrangførestilling om at det er somatisk betinga, medan familien held fast på at det er ein alvorleg psykisk sjukdom. Spesielt far er krass i sine uttalingar til pasienten og er ganske direkte av seg, medan mor held litt tilbake. Det verkar ikkje til å påverke pasienten i stor grad at far er så krass annan enn pasienten har eit ønske om å forsvare seg. Etter denne første problemløysningssamtalen diskuterte eg og kollegaen min som er co terapeut i dette møtet, kva vi kunne ha gjort annleis og kva som var bra. Det vi kom fram til som var mest utfordrande var det med tanke på at sidan det er ein så fast struktur på møtet så får ikkje samtalen ein god sirkularitet vidare. Som terapeut fekk eg ikkje utvise ein nøytralitet i møtet, og som også kunne vore ein fordel her. Det er eg som terapeut som styrer møtet, og held fast på strukturen. Samtidig så såg vi at viss det ikkje hadde blitt ein fast struktur på dette møtet hadde det blitt berre far og pasient som hadde fått seie noko, og at dette hadde hindra dei andre i få seie noko. Det som eg som hovudterapeut tenkte spesielt på i dette møtet var at tida strakk ikkje til, og ein måtte avslutte timen utan at pasienten fekk sagt det som han hadde tenkt å seie. I staden for å ta det der og då avtalte vi ny tid for problemløysningssamtalar etter 14 dagar. I og med at co terapeuten skal kunne notere ned kva som blir sagt kan ein då ta opp igjen dette ved neste møtet, og fortsette vidare slik at dei andre også fekk seie sitt.

3.0 Drøfting

Problemstillinga i oppgåva vil sjå på kva det systemiske perspektivet kan tilføre psykoedukativt familiararbeid med menneske med psykose. Drøftinga tek derfor utgangspunkt i narrativet for å vise korleis det kan sjå ut dersom denne familien blei møtt med fokus på andre ordens systemisk perspektiv i nettverksmøte, og gjennom dette vise kva det systemiske perspektivet kan tilføre psykoedukativt familiararbeid.

I andre ordens systemisk perspektiv skal terapeuten ikkje vere i ein ekspertrolle, i motsetnad til PEF og rolla til terapeuten som er beskreve i narrativet. Terapeuten er ein del av systemet og terapeuten påverkar systemet og systemet påverkar terapeuten. Terapeuten bør ha ei ikkje vitande og styrande rolle, men at ein er ein aktiv medspelar gjennom sin interaksjon med familien (Axelsson, 2013).

Viss ein tenkjer at ein møtte denne familien med utgangspunkt i at ein har ein rolle som ein aktiv medspelar gjennom interaksjon mellom familien, så kan ein tenkje seg at samtalen mellom far og Gert hadde enda annleis. Ein kan også tenkje seg at med å ha Karl Tømm sin sirkulære spørjesirkel å gå ut i frå, så kunne ein ha fått ein annan forståing av problemet.

Korleis forstå familien i andre ordens systemisk tilnærming

Det som visar seg i dialogen mellom far og Gert er at far meiner at det er berre å ta seg saman, medan Gert meiner at det er ein somatisk sjukdom som ligger bak smertene i auga og at det ikkje er berre å ta seg saman. Dei har forskjellige punktueringar som kjem til syne, men begge sine punktueringar er like sanne. Det som ein også kan sjå i PEF metoden er at eg som terapeut sitter med ein annan kunnskap og har ei annan punktuering enn Gert. Målet med PEF arbeidet er å auke kunnskapen om psykosen eller vrangførestillinga, og med dette har ein undervisning i for eksempel stress og sårbarheitsmodellen, og forskjellige skjema som familien skal fylle ut. Med dette kan ein auke forståinga for lidinga, og samtidig skal ein ha fokus på å betre kommunikasjonen mellom familien. I dette tilfellet så sitt Gert med si punktuering, og meiner at hans si punktuering er sann, medan vi andre hadde andre punktueringar og meiner vår si er sann. For slik som Axelsson (2013) beskriver det er det at eksperten kan ha ulike synspunkt og kunnskap som kanskje ikkje pasienten utan vidare aksepterer. Ein bør også tenkje på kven som definerer det som eit problem at Gert går med eit tjukt skjef og solbriller, og kven som skulle bli mest

fornøgd viss dette problemet skulle forsvinne? (Axelsson, 2013). Kanskje er det trygt for Gert å ha på seg skjerf og solbriller når han opplever auka symptomtrykk, og at han ikkje nødvendigvis har lært seg andre hensiktsmessige måtar å handtere dette på. Viss Gert alle tider har blitt møtt med ei haldning om å ta seg saman når ein er sjuk, kan dette vere eit teikn på Gert sin meistringsstrategi for å handtere det vanskelege sidan kjenslane hans har blitt avvist ved tidlegare høve.

Korleis kan systemisk intervjumetodikk bidra til anna forståing i familien?

Ved hjelp av den sirkulære spørjesirkelen kan ein kanskje få fram ei ny forståing slik at det kan hjelpe vidare med ei annan forståing for Gert og familien. I begynnelsen av eit møte eller når ein ikkje kjenner så godt til historia bak så er det naturleg å stille linære spørsmål for å få vite meir slik at ein kan få eit best mogleg utbytte av den sirkulære spørjemetoden. I forhold til den sirkulære spørjesirkelen er det også naturleg å begynne med linære spørsmål for å så gå vidare til dei sirkulære og refleksive. Viss eg som terapeut merker at eg har for lite informasjon til å gå vidare, og at dialogen stoppar opp litt er det også naturleg å kunne gå tilbake til dei linære spørsmåla for å innhente meir kunnskap, slik at det bidreg til at dialogen får den flyten den treng.

Eit spørsmål som kunne ha vore relevant å spurt i denne samtalen kunne for eksempel vere er det meir eller mindre sannsynleg for at du brukar skjerfet og solbrillene når du har det vanskeleg om eit år? Ein kan stille dette refleksive spørsmålet til Gert for å hente inn kunnskap om ynskjer og draumar for framtida. Hensikta her er også å kunne påverke slik at Gert tenkjer framover, og ikkje nødvendigvis gå tilbake til same meistringsstrategi som han brukar. Målet må då vere at Gert kan finne andre hensiktsmessige måtar å kunne takle det vanskelege på, og når symptoma aukar, og dermed oppleve sjeldnare sjukdomsperiodar. Ein bør også huske på at dette spørsmålet kan også bli oppfatta annleis, sjølv om hensikta med spørsmålet var eit refleksivt spørsmål. Gert kunne til dømes ha svart på dette spørsmålet at nei det håpar han ikkje, og at han har eit ønske om å bli bra og håpar på å få ei ny forståing i dette møtet. Samtidig så kunne han også ha svart at ja viss han ikkje får noko svar på kva som gjer slik at han får så vondt i auga, så ser han ikkje kva anna han kan gjere. Eg som terapeut kunne då ha stilt eit refleksivt spørsmål tilbake på dette, og spurt korleis ser du for deg det vil vere om eit år framover? Då gir dette Gert moglegheita til å tenkje om han ser noko forandring i situasjonen sin om eit år. Gert

kunne då ha svart at han kun brukte solbrillene når han fekk det vanskeleg, for han veit at det er ikkje bra for auga at dei ikkje får luft under skjerfet og det igjen skadar auga.

I Gert sitt tilfelle meiner han at han ikkje merkar noko før han plutselig får vondt i auga. Det er ingen symptom i forkant, og det har vist seg og vere vanskeleg å få Gert til å forbinde symptoma opp i mot psykosen. Han vil ikkje vedkjenne seg at han har ein psykoseliding, men han kan vedkjenne at han opplever symptom som for eksempel stress, angst, og depresjon.

Viss ein tenkjer at vi kan bruke den sirkulære spørjesirkelen vidare så kan ein fortsette med å bruke refleksive spørsmål slik som viss ein kan dra inn fleire personar slik som sambuaren til Gert. Døme på dette kan då vere, kva trur du sambuaren din tenkjer når du har på deg skjerf og solbriller? Hensikta med dette spørsmålet vil no vere at Gert skal kunne tenkje på korleis det påverkar sambuaren når Gert har det vanskeleg, og dermed kanskje skape ei endring i tankemønsteret til Gert. Det at Gert har på seg solbriller og skjerf har tidlegare påverka familien til Gert, og etter at Gert har fått seg sambuar er det ho som blir direkte påverka av vrangførestillinga til Gert. På den andre sida så kan spørsmålet bli mottatt annaleis. Sjølv om ein kan stille dette spørsmålet og eg som terapeut kan meine det som eit refleksivt spørsmål er det ikkje sikkert det blir mottatt som det for Gert. Det kan også tenkjast at Gert kunne ta dette spørsmålet som eit strategisk spørsmål, og kunne følt seg konfrontert og lite møtt med dette spørsmålet. For sjølv om hensikta med spørsmålet er refleksivt, er det ikkje sikkert det blir mottatt slik av mottakaren. Det kan også tenkjast at Gert har blitt møtt med at det er berre å ta seg saman, og ta av seg skjerfet at det har blitt eit destruktivt kommunikasjonssampel i familien, og derfor mottek det spørsmålet i ein annan hensikt.

Dersom Gert har ein dårleg periode psykisk, og har eit auka symptom trykk under denne problemløysningssamtalen, og dette kan gjere slik at informasjonen som blir gitt ikkje blir filtrert hensiktsmessig nok, og at eg som terapeut burde ta høgde for at dette kan vere ei problemstilling, og vere budd på at spørsmåla som eg stiller kan bli mottatt annaleis. Kommunikasjonsmønsteret til Gert kan tenkjast at han stengjer ute det vanskelege med å ha på seg skjerfet og solbrillene, i staden for å snakke om det vanskelege og bli møtt på desse følelsane.

Ved å bruke slike refleksive spørsmål kan ein også speile handlingane til Gert ved å vere undrande og spørjande ved å spørje eit hypotese spørsmål slik som kva om sambuaren din eller familien hadde hatt på seg skjerf og solbriller når dei har det vanskeleg, kva hadde det gjort med deg? Kanskje hadde dette fått fram ei anna forståing for korleis det er for familien når Gert har på skjerfet. Ein kan også bruke sirkulære spørsmål som til dømes kven er det som blir aller mest bekymra for deg Gert i familien? Hensikta med dette spørsmålet kunne vore å orientere seg litt meir om kven som blir mest bekymra. Er det foreldra som blir mest bekymra eller er det sambuaren til Gert som blir mest bekymra når Gert tek på skjerfet og stengjer omverda utanfor. Slike spørsmål kan gjer Gert meir oppmerksam på effekten skjerfet og solbrillene gjer på dei som er rundt Gert. Dette igjen kan orientere Gert til å tenkje over handlingane sine, og dermed kan ein endre dei på ein annan hensiktsmessig måte. Ein kan også stille andre sirkulære spørsmål som til dømes når du hadde på deg solbrillene og skjerfet første gangen kva skjedde då? Dette spørsmålet kan ein spørje med tanke på å gjere Gert oppmerksam på kva som skjer rundt han, kva gjer Gert og kva gjer dei andre i familien når han får på skjerfet og solbrillene.

I andre ordens systemisk perspektiv er det også eit viktig prinsipp at terapeuten skal halde seg nøytral, og at ein er akseptierende, respektfull, nysgjerrig og fasinert av systemet (Tomm, 2013). Som skreve tidlegare skal ikkje terapeuten ha noko hensikt i å forandre systemet, eller å klandre nokon einskild (Tomm, 2013). Dette kan også tenkjast på den måten viss ein møtte denne familien i andre ordens systemisk perspektiv så burde eg som terapeut vere nøytral på den måten at mi og co terapeuten si punktuering ikkje er så synleg. Slik som Karl Tomm forklarar det at det å vere nøytral i forhold til forandring og terapeutisk utfall er den mest komplekse, nettopp av den grunn av terapeuten kan dele fleire av familien sine oppfatningar (Tomm, 2013).

I rolla som terapeut kunne eg då latt far og Gert få snakke fritt, og la dei få diskutere seg i mellom. Eg som terapeut kunne då for eksempel ha spurt ut ifrå den sirkulære spørjesirkelen for at samtalen skulle bli så orienterende og verksam som mogleg. Ein kunne kanskje då med desse spørsmåla i sirkelen kommet fram til fleire punktueringar, og der den indre dialogen kunne fortsette etter problemløysningssamtalen var ferdig. Slik som Wifstad (1997), også forklarar det at ein endring ikkje kjem ved at terapeuten får pasienten til å oppfatte sin situasjon på ein annan og meir hensiktsmessig metode Wifstad (1997). Det kan komme ved at pasienten reflekterer over det som blir sagt av andre, som i dette

tilfellet kan vere familien eller sambuaren. Dette kan gjere slik at ved å snakke om den vrangførestillinga som Gert har med auge på ein annan måte enn det som han er vand med, kan gjere slik at det får innpass i Gert sin eigen indre samtale Wifstad, (1997). Slik som det også blir skreve i artikkelen er at det er viktig å huske på at det er alltid kan vere andre måtar å snakke med seg sjølv eller andre på. Det er også viktig å huske på at Gert er også som regel forberedt på kva som kjem ut av samtalen, og at han kanskje har tenkt grundig gjennom kva som kan eller skal skje i samtalen (Wifstad, 1997).

Det er også derfor ekstra viktig at eg som terapeut høyrer godt etter kva som blir sagt av Gert, sidan han kan sitte inne og har eit stort ynskje om å få seie det han har på hjarte noko som kanskje har vore vanskeleg i slike samanhengar før. Det kan også vere viktig informasjon som eg som terapeut bør få med meg. (Wifstad, 1997). Noko anna som er særst viktig å tenkje på er at det er i alle samtalar så skjer både ytre og indre samtalar. Medan vi snakkar med kvarandre, har vi også ein indre samtale med oss sjølv, og indre dialogar. Det å tenkje kan vere ein slik samtale, og det er viktig å huske på at sjølv om det kanskje ikkje nødvendigvis kjem fram til ei løysning i desse problemløysningssamtalane, så skjer det framleis ein indre dialog med den einskilde (Wifstad, 1997). Dermed kan det også skape ei ny endring når familien går heim etter dette møtet. Den indre samtalen fortsett sjølv om møtet er over, og familien går heim.

I denne kommunikasjonstenkinga blir det skreve i artikkelen av Eva Dalsgaard Axelsen (1996) at det er viktig å fokusere på her og no tenking, og ein bør fokusere på dei symptoma som pasienten sjølv presenterte som eit problem. Dette gjennom learning by doing prinsippet (Axelsen, 1996). Det vil då seie at eg som terapeut kunne hatt fokus vidare i samtalen på her og no perspektivet, og haldt fokus på det Gert presenterte som eit problem som i dette tilfellet var at han får smerter i auga, og dermed må han ha på seg skjerf og solbriller for å unngå at smertene.

I Paulo Alto gruppa si tenking tenkte dei ikkje i fortid, og dei meinte at innsikt ikkje nødvendigvis var viktig (Axelsen, 1996). Gruppa meinte også at viss ein fokuserte så mykje på kvifor så ville dette ta fokus vekk i frå her og no perspektivet, og tilbake til fortida der ein fokuserte mykje på undersøkingar av motivet for problemet (Axelsen, 1996). Viss ein då trekkjer dette eksempelet til denne familien og Gert sin situasjon kan ein kanskje tenkje seg at samtalen blir fastlåst, og ein ikkje får ein ny forståing og ein

forskjell som gjer ein forskjell. Det låser også samtalen i forhold til at ein berre får ein individualistisk og linær oppfatning av situasjonen i staden for at det kan bidra til at ein kan få ein sirkulær forståing av problemet (Axelsen, 1996). Ein kan også tenkje at dei psykiske symptomane som Gert opplever kan opplevast som irrasjonelle og ulogiske for Gert og for sambuaren og familien hans, og dei kan oppstå ut i frå ein emosjonell nødvendighet for den det gjeld. Som Gert kanskje ikkje forstår heilt kognitivt og logisk (Axelsen,1996). Slik som det også blir skrevet i artikkelen til (Axelsen,1996), er at det er viktig at terapeuten sin grunn for føreskriving av symptoma er viktig for å få til ein reformulering som kan gi ei ny meining og ei rasjonell oppfatning av symptoma (Axelsen, 1996).

Nettverksmøte ved bruk av andre ordens systemisk tilnærming

Viss vi tenkjer at dette møtet hadde vore eit nettverksmøte kunne ein tenkje seg at møtet hadde enda annaleis. Ein kunne tenkje seg at eg som terapeut og min kollega som co terapeut kunne lene seg litt meir tilbake, og ved å stille sirkulære og refleksive spørsmål i forhold til sirkulære spørjesirkelen til Karl Tømm (2013) kunne ha åpna opp for ein annan samtale. Då kunne ein tenkje seg at ved å stille desse spørsmåla så kunne både Gert og far få uttrykt seg på ein annan måte, og samtalen hadde ikkje stoppet opp og blitt avslutta med at Gert hadde ting han ønske å seie til far, men det ikkje vart tid til det, og at ein kunne få fram dei ulike punktueringane og sanningane til desse to. For slik som det også blir skrevet i artikkelen av Bøe og Thomassen (2017) at dialogen og språket er sentralt, og at formålet med nettverksmøtet er å skape eit samtalenettverk om det aktuelle problemet for å kunne skape ein ny vitalitet, og ei ny meining for å kunne kome vidare. Viss ein tenkjer at både far og Gert fekk fram sine punktueringar, så kunne far hadde fått eit endra syn på at det ikkje var berre å ta seg saman, men at det var ein del av vrangførestillinga. Det kunne også ha vore slik at kanskje både far og Gert hadde samme syn på forskjellige ting, men at kommunikasjonsmetoden hindra dei til å snakke ut om det sidan far har trekt seg vekk. Slik som det også blir skrevet i artikkelen til Bøe og Thomassen (2017) at psykosen er ein reell oppleving, og den heng saman med verkelege hendingar. Ein bør også ta det som seiast på alvor, også denne vrangførestillinga, og ikkje møte Gert med eit skilje mellom det psykotiske og verkelegheita. Det er også viktig å lytte til dei psykotiske forteljingane, slik at ein kan få spørje og utforske dei i møte med den einskilde.

Sjølv om både far og Gert hadde fått fram punktueringa og sine sannheiter i dette møtet, er det ikkje sikkert det hadde fått løyst noko akkurat der og då. Ein kan då tenkje seg at den

indre dialogen fortsetter vidare etter møtet, og når dei forlet møtet har dei uansett fått eit anna utgangspunkt enn det dei kom med når dei først kom til møtet.

Kva kan andre ordens systemisk tilnærming tilføre PEF?

Det som systemisk tilnærming kan tilføre PEF er med den sirkulære spørjesirkelen til Karl Tomm at ein kan oppnå ein meir friare dialog mellom deltakarane, og med dei forskjellige spørsmåla bidra til ein annan forståing som gjer ein forskjell. Eg som terapeut kunne ved å stille desse spørsmåla fått Gert til å både tenkje framover med tanke på framtida og korleis han ser for seg det vil vere om eit år, ved å drage inn sambuaren med desse spørsmåla kunne eg ha fått Gert til å bli oppmerksam på kva dei andre i familien tenkjer om dette. Gert kunne fått ein annan forståing av både vrangførestillinga si, og med tanke på kommunikasjonen vidare med far og med resten av familien. Gert kunne kanskje også fått eit meir innblikk i sjukdomen sin, og det kunne no vere slik at den uhensiktsmessige kommunikasjonen med familien gjorde slik at Gert fekk eit auka symptomtrykk og på denne måten kunne ein ha fått ein annan forståing av problemet.

3.1 Kritikk til eiga oppgåve

På grunn av oppgåva sitt omfang fekk eg kun belyst dei sentrale punkta i andre ordens systemisk tilnærming og fikk tatt utgangspunkt i den sirkulære sirkelen til Karl Tomm. Fikk heller ikkje gått inn på forskninga og fekk drøfte studiane opp imot oppgåva, og den systemiske tilnærminga og PEF metoden.

Det reflekterande teamet fekk heller ikkje nokon belysning i oppgåva, det hadde vore interessant og høyre kva det reflekterande teamet hadde å tilføye til nettverksmøtet. Dette er svakheiter ved oppgåva då det kunne ha gitt andre vinklingar i oppgåvebesvarelsen enn det som allereie har kommet fram.

4.0 Avslutning

For å belyse problemstillinga best mogleg har eg tatt med dei ulike sentrale omgrepa i andre ordens systemisk tilnærming, og eg har drøfta ein del underveis kva andre ordens systemisk tilnærming kan tilføre PEF metoden. Dei viktige elementa som har kommet fram i oppgåva er med tanke på at i andre ordens systemisk tilnærming er terapeuten ein del av systemet, og systemet påverkar også terapeuten. Dette er då i stor kontrast til PEF metoden der terapeuten er eksperten. I andre ordens systemisk perspektiv er det lagt vekt på at det er viktig å få fram kvar sine punktueringar og alle er like sanne, dette er forholdsvis likt med PEF metoden også då alle skal få moglegheita til å fortelje korleis dei har opplevd det, men på ein meir strukturell måte.

Den sirkulære spørjesirkelen i andre ordens systemisk tilnærming opnar opp for ei annan forståing ved hjelp av dei forskjellige sirkulære og refleksive spørsmåla som ein kan bruke ved hjelp av sirkelen. Ved hjelp av denne strukturelle spørjemetoden kan ein få til at det blir ein open dialog der alle får sagt sitt, og ein kan diskutere fritt viss det er behov for det. I PEF metoden er strukturen lagt opp til at ein og ein skal få snakke frå seg før den andre får sagt om ein er uenig eller einig.

I andre ordens systemisk tilnærming er det lagt vekt på terapeuten sin nøytralitet, og at det er viktig at ikkje terapeuten lar si oppfatning av familien komme i vegen. I PEF metoden er det lagt opp til at terapeuten er eksperten og ein formidler psykoedukasjon om psykosen sjølv om pasienten sjølv er uenig i den. Det er også lagt vekt på at den indre dialogen fortsett sjølv om møtet er slutt, og ein kan bidra til ei ny forståing etter møtet er over. Dette gjeld også i PEF metoden, då terapeuten kan ta opp igjen tråden til neste møtet.

Det som oppgåva har belyst er ved bruk av andre ordens systemisk tilnærming kan tilføre ein meir friare og opnare dialog, og ein kunne hatt nytte av eit nettverksmøte med familien..

Det oppgåva ikkje svarte på var om andre ordens systemisk tilnærming er ein betre metode å tilnærme seg psykosepasientar på. Oppgåva belyste heller ikkje korleis det hadde vore å kombinert desse to metodane.

Det som kunne ha vore interessant for vidare forskning er korleis det hadde vore viss ein samanlikna desse metodane, då eg ikkje kunne finne noko forskning på dette aktuelle temaet.

Kjeldeliste

Aadland, Einar. 2011. *"Vi snakkes ..."* I *Og eg ser på deg: vitenskapsteori i helse- og sosialfag* 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Berg, Jogeir 2017 «*Grunnleggande idear om kommunikasjon, Systemisk intervjumetodikk*» Forelesning tilknytta vidareutdanning i psykisk helsearbeid. Høgskulen i Molde 17.01.17 og 18.01.17

Bucci, Sandra; Berry, Katherine; Barrowclough, Christine; Haddock, Gillian «*Family interventions in psychosis: A review of the evidence and barriers to implementation*». *Australian Psychologist*. Vol.51(1), 2016, pp. 62-68.
Journal; Peer Reviewed Journal

Bøe, Tore og Arne Thomassen. 2017. *Psykisk helsearbeid: å skape rom for hverandre*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Cullberg, Johan. 2005. *Psykosser: et integrert perspektiv* 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Fjell, Anne, Inger Stølan Hymer, Bente Damman, Kristine Gjermundsen. 2013
«*Kunnskapsbasert familiesamarbeid ved psykose, Arbeidsbok for enkeltfamiliesamtaler*»
Oslo Universitetssykehus

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

ICD-10 «*Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*», Helsedirektoratet norsk utgave 2011

Reichelt, Sissel og Hanne Haavind, red. 1996. *Aktiv psykoterapi*. Oslo: Ad Notam
Gyldenda / Axelsen Dalsgaard Eva

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2012. *"Kommunikasjonsprosessen". I Bære eller briste: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*, 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget

Sin, Jacqueline; Norman, Ian. «*Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: A mixed-method systematic review*»
The Journal of Clinical Psychiatry. Vol.74(12), 2013, pp. e1145-e1162.
Journal; Peer Reviewed Journal

Tomm, Karl. 2013. *Systemisk intervjumetodik: en utveckling av det terapeutiska samtalet*. 2. uppl. Stockholm: Mareld.

Ødegård, Atle og Elisabeth Willumsen. 2013. *"Reflektion i interprofessionellt samarbete."*
I Om samverkan: för utveckling av hälsa och välfärd, redigert av Runo Axelsson og Susanna Bihari Axelsson.

Wifstad, Åge. 1997. *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri: en filosofisk undersøkelse*, Oslo: Tano Aschehoug