



BACHELOROPPGAVE

Psykoedukasjon i bruk til mestring for mennesker med bipolar lidelse og deres pårørende

Hvordan kan pasienten selv, de pårørende og vi som profesjonelle bidra og påvirke i prosessen?

av

Wanja Kristin Lien

Kandidatnummer: 11

Use of Psychoeducation in mastering Bipolar Disorder for patients and their families.

Vernepleie, Bachelorstudium

BSV5-300

November 2013

Antall ord: 8733

Innhold

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Presentasjon av tema	2
1.2	Forforståelse	3
1.3	Problemstilling og forskningsspørsmål	3
2.0	TEORI	4
2.1	Bipolar lidelse	4
2.2	Psykoedukasjon	5
2.3	Mestring	6
2.4	Livskvalitet	6
2.5	Kommunikasjon	7
2.6	Vernepleie	7
2.7	Teoretiske modeller	8
2.7.1	Stress sårbarhetsmodellen	8
2.7.2	Expressed Emotions/ EE	8
2.7.3	Systemteori	9
3.0	KUNNSKAPSSTATUS/ANNEN FORSKNING	9
3.1	Tidligere forskning	9
3.2	Hva kan min studie bidra med	11
4.0	METODE	12
4.1	Litteraturfunn og kildekritikk	13
5.0	VALGT LITTERATUR – KILDE	15
5.1	“Effects of a Psychoeducational Treatment Program...”	15
5.1.1	Undersøkelsens formål	15
5.1.2	Utvalg og metode	16
5.1.3	Hovedfunn	16
5.2	«Psykoedukative flerfamiliegrupper ...»	17
5.2.1	Undersøkelsens formål	17
5.2.2	Utvalg og metode	17
5.2.3	Hovedfunn	18
6.0	DRØFTING AV HOVEDFUNN	18
6.1	Funn 1 – Kommunikasjon og familierelasjon	19
6.2	Funn 2 – Mestring av lidelsen	21
6.3	Funn 3 – Fordeler med psykoedukasjon	24
7.0	AVSLUTNING	25
	BIBLIOGRAFI	27

Vedlegg 1

1.0 Innledning

I lov om spesialisthelsetjenesten er opplæring og undervisning av pasienter og pårørende innen psykisk helsevern et satsingsområde som sykehusene skal ivareta spesielt (Helsedirektoratet, 1999).

Denne oppgaven handler om mennesker med bipolar lidelse, og hvordan de selv, deres pårørende og profesjonelle kan bidra til at de kan leve best mulig med en slik langvarig psykisk sykdom. Jeg vil se nærmere på behandlingsformen psykoedukasjon, som består av at pasientene får informasjon om årsaker til og hva som kan virke inn på lidelsen, symptomutforming, behandling og hvordan de selv kan bidra for å mestre sykdommen. De blir oppmuntret til aktiv deltagelse (Haver, Ødegaard, & Fasmer, 2012). Jeg ønsker å se på om psykoedukasjon fremmer mestring, og om den vil kunne påvirke sykdomsbildet og livskvaliteten på en positiv måte.

Bipolar lidelse er en livsløpslidelse (Rådet for psykisk helse, 2006). Man kan ikke behandle den bort, men man kan lære seg å leve med den og redusere plagene. Dette betyr at man må lære å kjenne seg selv, når man er syk og hva som er symptomer og forvarsel på sykdommen. Pårørende er ofte de første som ser at den som har bipolar lidelse begynner å bli syk igjen, og det er viktig å vite hva man skal gjøre og hvordan man påvirker situasjonen.

I starten av oppgaven vil jeg presentere temaet som munner ut i en problemstilling med forskningsspørsmål. For å gi leseren en best mulig forståelse av oppgaven, vil jeg definere sentrale begreper og forklare sentrale modeller og systemteori. For å finne svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene så velger jeg å gå gjennom forskning og faglitteratur på dette feltet, for så videre å grunngi metoden som er brukt i oppgaven. Jeg presenterer deretter artikler som er relevante opp imot problemstillingen, og legger frem relevante funn. Gjennom en drøfting av hovedfunn så vil det endelige resultater av studien min bli lagt fram. I denne prosessen håper jeg å kunne danne meg en forståelse av hvordan psykoedukasjon fungerer som behandlingsform for mennesker med bipolare lidelse, og hvordan den påvirker alle involverte.

1.1 Presentasjon av tema

«En manisk depressiv person har så mye følelser at det ikke er rom for dem i hverdagen» (Haver et al., 2012 s.30).

Samfunnet er i stadig endring, kulturen er omskiftende og ustabil og tradisjoner og trygghet forsvinner i en hektisk hverdag. Forutsigbarhet blir mangelvare, og disse samfunnsmessige endringene setter sitt preg ved større fare for utvikling av psykisk lidelse. I følge Rådet for psykisk helse (2013) så får om lag 1 av 100 nordmenn bipolar lidelse i løpet av livet, og vel 40.000 lever med denne lidelsen i Norge i dag. Lidelsen har også betydelig økonomiske konsekvenser for samfunnet, og er ifølge en rapport av Verdens helseorganisasjon (WHO) fra 2001 nummer fem blant sykdommene som forårsaker mest uførlighet blant unge mennesker i alderen 15-44 år (Haver et al., 2012). Bipolar lidelse krever i mange tilfeller store endringer i pasientens liv. Det blir viktig å beskytte seg mot faktorer som kan utløse tilbakefall, ved å lære seg å gjenkjenne tidlige tegn og symptomer (Haver et al., 2012).

Opplæringsprogrammer for pasienter med bipolar lidelse sikter på å gi informasjon om symptomer og forløpet av lidelsen. De har som mål å bedre pasientens evne til å medvirke i behandlingen, gjenkjenne tegn på tilbakefall, øke støtten fra pårørende og bedre familiens mulighet til å leve med sykdommen (Aarre & Bugge, 2012). Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke (2010) sier at pasienters og pårørendes faktiske kunnskap om mentale forhold kan ses i et Empowerment-perspektiv, ved å fremme kompetanse til mestring av symptomer og mentalt ubehag. Han sier videre at økt fokus, kunnskap og avtabuisering av mentale lidelser, kan gjøre livet betydelig lettere for de mennesker som lider av dette. Det tenkes slik at det blir viktig for mennesker med psykiske lidelser å få kunnskap om sykdommen sin, for å best mulig takle den. Behandling av bipolar lidelse er et samarbeid mellom behandler og pasient og involverer ofte pårørende. Pasienter som får forebyggende strukturert psykologisk behandling i perioder med normalt stemningsleie, reduserer tiden med depresjon, oppstemthet og bedrer funksjonsevnen (Haver et al., 2012). Ut fra erfaring gjennom arbeid med psykisk sykdom, synes det å leve med psykisk sykdom til tider tungt og skremmende både for pasienten og pårørende. Det er tenkelig at å mestre sin egen sykdom er viktig for selvfølelsen og ikke minst livskvaliteten. Selv om psykiske lidelser er et økende problem i dag, så viser det

seg at vi har lite fokus på psykiatri i vernepleierutdanningen. Da dette er høyst aktuelle problemstillinger i vårt arbeid som vernepleier, så ønsker jeg å lære mer om dette temaet.

1.2 Forforståelse

Dalland (2012) sier at forforståelse er forskeren sine egne tanker og meninger som han har i forbindelse med temaet han vil undersøke, før selve undersøkelsen starter. Røkenes & Hanssen (2010) sier at vi forstår andre på bakgrunn av våre egne tanker, følelser, erfaringer og eventuelt kulturen vi er en del av. Forforståelse er den forståelsen vi bringer med oss til møtet med andre mennesker.

Jeg har jobbet i vernepleietjenesten i fem år med brukere med varierende diagnoser og funksjonsevne. Noen av dem har tunge psykiatriske diagnoser, som for eksempel bipolar lidelse, lever stabilt med tilrettelegging og har en bra livskvalitet i dag. Gjennom arbeidet med disse brukerne, så har jeg opparbeidet meg en del erfaringer og forståelse for hvordan sykdommen oppleves. Jeg har også observert at forholdet til pårørende kan påvirke livskvaliteten til brukeren i stor grad. Kommunen jeg bor i er liten, og det er begrenset kompetanse på dette fagfeltet. Jeg har jobbet i omsorgsyirket i en relativ kort periode som ufaglært, noe som begrenser min kunnskap. Jeg valgte å utdanne meg til vernepleier, noe som også farger forforståelsen min. Jeg finner psykiatrifeltet spesielt utfordrende og interessant, og ønsker å lære mer. Jeg har i tillegg erfaring med bipolar lidelse utenfor jobben, og har slik sett hvor svingende livet oppleves for disse menneskene, og ikke minst de som lever sammen med dem.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Jeg har fordypet meg i temaet gjennom artikler, tidligere forskning, søkt etter forskjellige typer terapier og tilnærminger. Slik kom jeg over psykoedukasjon, som betyr opplæring om lidelsen for både den syke og pårørende. Selv om jeg ser at det finnes flere former for psykoterapi så fant jeg denne tilnærmingen spesielt interessant, fordi den fremmer mestring hos personen selv og pårørende. Jeg ønsker også å finne ut mer om denne metoden.

På bakgrunn av min interesse og erfaringer ønsker jeg å finne svar på følgende problemstilling:

«Hvordan kan psykoedukasjon bidra til mestring hos mennesker med bipolar lidelse og deres pårørende?»

For å belyse dette forholdet nærmere vil jeg forsøke å besvare følgende forskningsspørsmål:

Hvordan kan mennesker med bipolar lidelse selv bidra til mestring?

Hvordan kan pårørende bidra til mestring?

Hvordan kan profesjonelle (vernepleier) stimulere til mestring for mennesker med bipolar lidelse?

2.0 Teori

For at leserne på best mulig måte skal kunne sette seg godt inn i hva oppgaven handler om, så vil jeg i dette kapittelet definere og presentere noen begrep som er spesielt relevante til min problemstilling.

2.1 Bipolar lidelse

Bipolar, betyr «to poler» og er en psykiatrisk diagnose som beskriver en gruppe stemningslidelser bestående av en eller flere episoder med unormalt forhøyet energinivå og stemningsleie, samt en eller flere depressive perioder. Første episode med maniske eller depressive utbrudd kommer vanligvis mellom 15 og 30 års alder, og til tidligere debut av lidelsen desto større og mer alvorlig kan forløpet bli (Eknes, 2006). Det er påvist høy arvelighetsfaktor i forbindelse med bipolar lidelse og andre stemningslidelser. Andre forhold

som virker inn på utvikling av lidelser er miljøforhold, psykologiske påkjenninger og hvordan man mestrer livet generelt. Bipolar lidelse kan være en ødeleggende, livslang lidelse som fortrinnsvis er forbundet med sosialt stigma, stereotypier og fordommer. For den som har lidelsen så oppleves ofte de maniske fasene som best og de depressive som verst. Pårørende derimot opplever de depressive fasene som mindre krevende, mer forutsigbare og lettere å forholde seg til. Lidelsen utgjør alltid en belastning for nærpersoner (Eknes, 2006). Vi har i dag ingen behandling som kan helbrede bipolar lidelse, men medisiner og samtalebehandling kan redusere problemene og hindre tilbakefall. Uten behandling så kan en slik lidelse være svært plagsom, og i verste fall føre til kroniske symptomer, uførhet, rusmiddelbruk og selvmord (Thignæs, 2007). Mer enn 25 prosent av pasientene forsøker å ta livet av seg, men gjennomført selvmord er sjeldnere (Aarre & Bugge, 2012). Tidligere har lidelsen ofte blitt behandlet kun med stemningsstabiliserende medikamenter og andre psykofarmaka (Eknes, 2006). Men forskning og erfaring viser at kombinasjonen av medikamentell behandling og psykoterapi gir bedre resultat enn behandlingene hver for seg. Lidelsen har en tendens til å være tilbakevendende og utbruddene skjer ofte i sammenheng med belastende hendelser i livet (Statens helsetilsyn, 2000).

2.2 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon handler om terapeutisk kunnskapsformidling rettet mot pasienter og familier. Behandlingsformen skal gi realistiske forventninger til bedring og prognose, informasjon og en slags undervisning i den aktuelle psykiske lidelsen. Dette for å dekke både pasient og familiens behov for informasjon om hvordan lidelsen håndteres på best mulig måte (Skårderud et al., 2010). Terapien påpeker betydningen av kommunikasjon, åpenhet, tidlig fange opp signaler som varsler om tilbakefall, og ønsket om å redusere hjelpeløshet og skyldfølelse hos pårørende. Det er fokus på at pasient og pårørende blir aktive bidragsyttere i bedringsarbeidet, og ikke passive mottakere. Erfaringene viser at utdanning av pasientene gir færre tilbakefall, men at det vil være viktig at man fortsetter å ta medisinene samtidig. Psykoedukasjon har fokus på mestring og hva man kan få til, og ikke så mye hva man ikke kan få til (Skårderud et al., 2010). I psykoedukasjon er målet ikke kunnskap i seg selv, men erfart kunnskap (Vermeulen, 2008).

2.3 Mestring

Tuntland (2011) sier at å mestre er å gradvis tilegne seg mesterens kompetanse. I følge Waaktar & Christie (2000) så har mestring sammenheng med identitetsbekreftelse, uavhengighet, selvhjulpenhet, selvrealisering og utfoldelse. Det å mestre en aktivitet gir en opplevelse av frihet og selvstendighet, samt at man klarer seg selv. Gleden ved å mestre og å lære noe nytt, er en drivkraft knyttet til behovet for selvrealisering. Å klare noe man ikke klarte før kan gi en dyp indre tilfredsstillelse, en positiv opplevelse av å være dugelig som bidrar til økt selvfølelse. Å mestre innebærer også å øke muligheten for selvbestemmelse, sitt valgrepertoar og uavhengighet. Det å mestre dagliglivets utfordringer kan føre til større personlig frihet, opplevelse av egenkontroll, mindre behov for hjelp og til at samordningsbehovet reduseres (Tuntland, 2011).

2.4 Livskvalitet

Livskvalitet som begrep har med den enkeltes subjektive opplevelse og gjøre, og hva som individuelt er livskvalitet for oss mennesker. Det er enighet om visse objektive faktorer som påvirker livskvaliteten, gjerne materielle forhold, helse, utdanning, sysselsetting osv. Videre kan subjektive faktorer være om mennesket har gode mellommenneskelig relasjoner, er aktivt, har et positivt selvbilde og føler glede (Askheim, 2008).

I det norske samfunnet så defineres gjerne livskvalitet som det å ha materielle goder, trygghet, god helse, stabile familie- og vennskapsforhold, meningsfulle aktiviteter og personlig frihet (Hylland Eriksen, 1992). Næss (2001) mener at begrepet bør brukes om psykisk velvære, og at det er et menneskes tanker og følelser som avgjør om vi har god livskvalitet eller ikke. Dette blir da et psykologisk begrep, og kan ikke måles direkte. Vernepleiere skal bidra til høyest mulig grad av livskvalitet for de menneskene vi arbeider for og med (FO, 2008).

2.5 Kommunikasjon

Møter mellom mennesker er kommunikasjon, og i samspillet med en annen så uttrykker vi noe av oss selv samtidig som vi tar imot, eller avviser en annen (Skau, 2009). Kommunikasjon er formidling av budskap mellom sender og mottaker, og formidles gjennom symboler i språk, bilder og tegn (Kvalbein, 2000). God kommunikasjon er når det er samsvar mellom det budskapet som blir sendt og det budskapet som blir oppfattet, og vi sier at kommunikasjonen er kongruent (Røkenes & Hanssen, 2010). Vi skiller mellom verbal kommunikasjon, som er ved bruk av ord og språk, og nonverbal kommunikasjon, som består av paraspråk, kroppsspråk, øyekontakt, ansiktsuttrykk, gestikulasjon og berøring (Kvalbein, 2000).

Kompetanse om kommunikasjon og relasjoner er noen av de viktigste ressursene en vernepleier har med seg når man skal jobbe med mennesker (Røkenes & Hanssen, 2010).

2.6 Vernepleie

Vernepleiefaglig arbeid har som overordnet mål å bidra til at brukerne oppnår høyest mulig livskvalitet, gjennom å ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser ved å tilrettelegge for utvikling, vedlikehold av ressurser og forebygging av funksjonssvikt (FO, 2013). Yrkesetikken er en sentral del av vernepleierens yrkesutøvelse, og den er basert på humanistiske og demokratiske verdier, og har et bevisst forhold til tvang og makt. Man har fokus på å tilrettelegge for selvbestemmelse i hverdagen, også for mennesker som ikke selv klarer å uttrykke egne ønsker og behov. Vernepleierens arbeidsmåte kan forstås som en prosess der de ulike delene står i gjensidig forhold til hverandre gjennom, med fokus på analyse, kartlegging, målsettinger, iverksetting av tiltak og evaluering. Kompetansegrunnlaget til vernepleieren er kombinert av helsefag, sosialfag, pedagogikk og psykologi, og gir mulighet til å se utfordringer tverrfaglig (FO, 2013).

2.7 Teoretiske modeller

2.7.1 Stress sårbarhetsmodellen

I psykoedukativt familiarbeid brukes stress sårbarhetsmodellen som en teoretisk forståelsesmodell, som forklarer at sykdomsdebut, forløp og sosial fungering er en interaksjon mellom biologiske, miljømessige og atferdsmessige faktorer. Modellen forutsetter at man er biologisk disponert for den psykiske sykdommen (Holte, Engmark, & Alfstadsæther, 2006). Den psykologiske sårbarheten gjør at noen ikke tåler den form for stress som en vanlig oppvekst medfører, noe som igjen forklarer hvorfor enkelte og ikke alle barn i en familie blir syk (Arntzen, Grønnestad, & Øxnevad, 2006). Symptomer på psykisk lidelse er en konsekvens av psykobiologisk sårbarhet kombinert med stress fra samfunnet. Tanken bak modellen er at alle mennesker har ulik grad av sårbarhet for å utvikle sykdom, og at det som utløser sykdom ofte er aktuelle påkjenninger som overstiger personens frustrasjonsterskel. Modellen kan brukes som et redskap til å finne ut hvorfor et menneske er blitt syk, og hvilke nyttige virkemidler som kan brukes i en vellykket behandling.

2.7.2 Expressed Emotions/ EE

Nygren ref. i Teichert (2009) snakker om Expressed Emotions (EE), og sier at miljøet rundt mennesker med psykiske lidelser har stor betydning for sykdomsforløpet. Man kan si om EE at det er psykososialt og negativt stress, der personer med psykisk lidelse ofte opplever overinvolvering fra familiemedlemmer som kritisk og fiendtlig (Simeneau, Miklowitz, Richards, Saleem, & George, 1999). Indre psykiske forhold på den ene siden, og sosiale relasjoner og ytre forhold på den andre, påvirker hverandre gjensidig. Tanken er at høy EE i familiesituasjoner rundt mennesker med psykiske lidelser vil øke faren for tilbakefall. Lav EE i familier betyr gjerne at man godtar sykdommen, ikke blander seg så mye inn i pasientens personlige forhold og forsøker å unngå konflikter og kritikk. Profesjonelle og familie må forstå og ta hensyn til hva som er vanskelig å takle for pasienten, og slik redusere krav og påkjenninger som vil øke EE i relasjonen (Simeneau et al., 1999). For å optimalisere utbyttet av systematisk psykoedukasjon, så vil det være naturlig å sørge for så lav Expressed emotions (EE) rundt pasienten som mulig.

2.7.3 Systemteori

Å ha et systemisk perspektiv på psykiske lidelser betyr at man prøver å forstå det som skjer som uttrykk for kommunikasjon mellom mennesker, eller mellom mennesker og situasjonen de befinner seg i. Fra et systemteoretisk ståsted så kan vi se på familien som en sosial gruppe eller et system. Et system defineres av Schiefloe (2010) som en helhet som består av deler som er koblet sammen på en slik måte at forandringer i en del vil ha innvirkning på en annen del. Delene i systemet forholder seg til hverandre i et gjensidig samspill, og over tid vil det utvikle seg et en viss struktur innefor systemet. Bronfenbrenners sosialøkologiske utviklingsmodell legger vekt på hvordan mennesker og miljø påvirker hverandre, og hvordan vår verden består av ulike systemer som står i et vekselspill med hverandre og enkeltindividet (Fyrand, 2005). Disse systemene har betydning for menneskets utvikling, på samme tid som at de blir påvirket av menneskene i dem. Modellen baserer seg på den gjensidige relasjonen og samhandlingen menneskene imellom, og deles opp i mikrosystemet, mesosystemet, eksosystemet og makrosystemet. Familien vil falle under mikrosystemet, siden dette består av de nærmiljøene vi har direkte kontakt med og samhandler med i dagliglivet (Fyrand, 2005).

3.0 Kunnskapsstatus/annen forskning

Jeg vil nå presentere annen forskning som er gjort tidligere på feltet *psykoedukasjon i bruk til mestring for mennesker med bipolar lidelse og deres pårørende*, dette for å gi et innblikk i hvilken kunnskapsstatus som allerede finnes på området.

3.1 Tidligere forskning

Den første studien av hvor effektivt psykoedukasjon er ved bipolare lidelser, ble gjennomført av Peet & Harvey (1991). Denne studien hadde 60 pasienter fordelt i en kontrollgruppe og en eksperimentell gruppe. De viste en film som illustrerte virkningen av litium i behandlingen av bipolar lidelse. Resultatene var at pasientene fikk bedre holdninger til og økt behov for å opprettholde behandlingen med litium. I tillegg så fikk de økt kunnskap om egen lidelse.

Dette studiet oppfyller ikke kravene til kontrollerte studier i dag, men var med på å forme videre forskning på psykoedukasjon i gruppe.

I 1994 startet et prosjekt med tidlig intervensjon ved psykoser (TIPS) ved Psykiatrisk klinikk i Stavanger, hvor pasienten fikk behandling som innebar medisinerer, psykoterapi, sykehusinnleggelse ved behov og kunnskapsbasert familiebehandling. Alle familier med et medlem med førstegangpsykose fikk tilbud om å delta i en psykoedukativ flerfamiliegruppe (PEFFG). Gruppen bestod av 12-18 personer, der 5 var pasienter og resten familiemedlemmer. Gruppene møttes hver fjortende dag, i 90 minutter og over to år. Målsettingen første året var hovedsakelig å unngå tilbakefall. Og år to var det den gradvise tilnærmingen mot å gjenoppta og utvikle sosial funksjon og eventuelt komme seg i jobb eller utdanning. Kunnskapsbasert familiarbeid har vist seg veldig effektivt i behandling mot psykoser. Tilbakefallsprosenten mer enn halveres ved å kombinere tradisjonelle behandlingsmetoder og deltakelse i flerfamiliegruppe (Øxnevad, Grønnestad, & Arntzen, 2000).

Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy, & Limb (1999) utførte ved universitetet i Manchester en randomisert kontrollert studie om effektiviteten av å lære bipolare pasienter å gjenkjenne tidlige symptomer på tilbakefall, og å opprettholde behandlingen. Studien pågikk fra 1994-97 og involverte 69 pasienter mellom 18-75 år. Det ble funnet en betydelig forbedring i tilbakefall på maniske episoder, men ikke depressive. Det ble også funnet betydelig forbedring i sosial fungering og sysselsetting.

Colom et al. (2003) står for det mest siterte studiet som er gjort om effekten av psykoedukasjon. 120 pasienter med bipolar lidelse fordelt tilfeldig i en psykoedukativ gruppe og en gruppe med kontroll betingelse. Kontrollbetingelsesgruppen ble kun tilbudt støtteterapi, mens psykoedukasjonsgruppen hver gang fikk 30-40 minutters innledende informasjon om dagens tema i tillegg til en oppgave knyttet til dette. Etter 9 måneders behandling så viste deltagerne av psykoedukasjonsgruppen en betydelig reduksjon i symptomer og antall nye episoder sammenlignet med kontrollbetingelsesgruppen. Pasienter som deltar i psykoedukativ behandling rapporterer om økt selvtillit, bedret sosial fungering og atferd, mindre stigmatisering, og økt aksept og kunnskap om egen lidelse.

Colom, et al., (2003b) sier at etter 5 år med oppfølging så viste det seg at helsegevinstene var varige for de som mottok psykoedukasjon, med kortere sykdomsperioder og tilbakefall og færre dager med innleggelse, og dette er den eneste behandlingsmåten som kan vise effekter så lenge i etterkant (Colom, et al., 2003a).

Jan Scott og Maria Jose Guitierrez gjennomførte i 2004 en systematisk gjennomgang av tidligere forskning for å se nærmere på om psykoedukasjon kunne redusere tilbakefall for mennesker med bipolar lidelse. Resultatene viste til at denne formen for terapi er kostnadseffektiv, bidrar til økt livskvalitet, reduserer tilbakefall, øker forståelsen for viktigheten av medisiner og vilje til å mestre dette.

Bipolar klinikken i Trondheim og Josefine gates distrikts psykiatriske senter satte i 2006 i gang forskning på «Forebygging av bipolar lidelse», og inkluderte opplæring av både pasienter og helsepersonell. Målet var å gi systematisk kunnskap som kunne føre til en standardbehandling som manglet i Norge. Man skulle lære seg å se tilbake og finne utløsende faktorer, og hvordan man forebygger eller mildner nye sykdomsepisoder (Rådet for psykisk helse, 2006). Bipolar klinikken på Østmarka ved St. Olavs Hospital er den eneste spesialklinikken for bipolar lidelse i Norge i dag, og overlege Gunnar Morken er en av Norges fremste forskere på dette feltet.

3.2 Hva kan min studie bidra med

Jeg håper at temaet jeg vil synliggjøre, og resultatene som kommer frem her, kan brukes som et tillegg til all den forskning som allerede finnes på dette fagfeltet. Jeg håper slik å belyse betydningen psykoedukasjon har for mennesker med bipolar lidelse, både individuelt og sammen med pårørende. Håpet er å kunne utforske om opplæring om bipolar sykdom kan øke mestringsfølelsen og livskvaliteten til alle involverte parter. Jeg ønsker også at denne studien kan bidra til å sette fokus på hvordan pårørende kan påvirke sykdomsbildet til mennesker med bipolar sykdom. Videre ønsker jeg å gi et innblikk i hvordan de profesjonelle, for eksempel vernepleiere, kan støtte opp om mestring for både pasient og familien. Vernepleiere jobber også innenfor psykiatrifeltet, selv om vernepleiestudiet vårt hadde lite fokus på dette. Selv om

dette er en terapiform som ikke nødvendigvis alle vernepleiere tar del i gjennom arbeidet sitt, så kan det få betydning likevel innenfor dette feltet. Jeg ønsker å øke min egen kunnskap gjennom denne oppgaven, og bruke systematisk arbeid for å bekrefte tidligere forskning.

4.0 Metode

Dalland (2012) sier at metode er å følge en viss vei mot et mål. Det er en fremgangsmåte eller et redskap som vi bruker i prosessen med å komme frem til ny kunnskap og å løse problemer. Metoden vi velger vil på den måten hjelpe oss til å samle inn den informasjon vi trenger til forskningen vår. For å komme fram til denne nye kunnskapen, så er det vanlig å skille mellom kvalitative og kvantitative metoder. Den kvantitative metoden gir oss informasjon og data i form av målbare og tallfestede enheter, mens den kvalitative metode fokuserer på å gå mer i dybden og vise til meninger og menneskers opplevelse av temaet (Dalland, 2012).

Som metode har jeg valgt en ren litteraturstudie med en teoretisk tilnærming, hvor problemstillingen belyses gjennom å drøfte og presentere relevant forskning, faglitteratur og artikler. For å være sikker på at kildene mine er troverdige, så har jeg valgt å bruke databaser via skolens nettsider og skolen sitt bibliotek. Denne typen å forske på faller under kvalitativ metode, og et litteraturstudie bygger i hovedsak på skriftlige kilder. Det er vurderingene av de skriftlige kildene i form av kildekritikk som er det metodiske redskapet (Dalland, 2012). Det var først tenkt å foreta egne intervju med mennesker med bipolar lidelse og fagpersoner som har erfaring med psykoedukasjon. Men på bakgrunn av at disse pasientene er i en sårbar situasjon, så måtte jeg ta hensyn til at dette ville bli ressurskrevende. Det kan by på problemer å intervju sårbare grupper, og det er svært sjeldent man får lov å intervju mennesker i en behandlingssituasjon (Dalland, 2012). Tidsaspektet begrenset også muligheten til å kunne belyse temaet grundig nok, så valget falt på å innhente empiri fra aktuell forskning som er gjort i feltet fra før. Det er også varierende hvor utbredt bruken av psykoedukasjon er i Norge, noe som begrenset tilgangen til intervjuobjekter. Ved å velge et rent litteraturstudie så vil de vitenskapelige artiklene jeg har valgt fungere som sekundærdata, slik at data fra tidligere primærstudier analyseres på nytt. Sekundærstudier er ofte oppsummering basert på en

systematisk tolkning av andres arbeide, altså primærstudier (Dalland, 2012). Tanken er å kritisk gå gjennom og vurdere disse artiklene, for å tydeliggjøre ny kunnskap.

4.1 Litteraturfunn og kildekritikk

Kildekritikk blir av Dalland (2012) definert som metoder for å finne ut og bekrefte at en kildene du bruker i forskningen din er sann og vitenskapelig. Jeg sier først noe om hvordan jeg gikk fram for å finne de artiklene og litteraturen som jeg velger å bruke som min kilde for å belyse problemstillingen min. Videre belyser jeg kritikkverdige forhold rundt kildene.

I det innledende litteratursøket ønsket jeg danne meg et bilde av det som allerede var skrevet om temaet, og søkte bredt under hovedemner som diagnosen bipolar lidelse og psykoedukasjon. Jeg lette etter litteratur i pensum, og benyttet skolens nettside for biblioteket Bibsys for å finne bøker. Det viste seg raskt at det fantes mye om bipolar lidelse, men veldig lite om psykoedukasjon eller psykoedukativ terapi blandt norsk litteratur. Jeg måtte derfor utvide søket til *psykoterapi*, *kognitiv terapi* og *tilbakefall* for å finne mer om psykoedukasjon, og fant i tillegg til noen få bøker også noen gode artikler som ikke var fagfellevurdert. Av nyttige bøker i denne studien vil jeg spesielt nevne *Bipolare lidelser* av Haver, Ødegaard, & Fasmer (2012), som tok for seg hvordan det oppleves å ha en bipolar lidelse, det kliniske forløpet og klassifikasjon av bipolar lidelse og behandling med legemiddel og psykoedukasjon/psykoterapi. Boken er en fagbok for alle som driver med behandling og forskning på området bipolare lidelser, og vil bli brukt i drøftingen.

Ved søk på norske og nordiske artikler, så ble Idunn, Norart, Helsebiblioteket brukt. Det ble haket av for vitenskapelige og fagfellevurderte artikler, noe som betyr at artiklene er godkjent av andre forskere (Dalland, 2012). Ordene *bipolar lidelse*, *psykoedukasjon*, *psykoedukativ*, *tilbakefall* ble brukt ved søkene. Når det skulle søkes etter engelske artikler, så ble hovedsaklig søkemotorene Google Scholar, Academic Search Premier og ScienceDirect brukt. Det ble krysset av for peer reviewed, som betyr fagfellevurdert. Det var relativt enkelt å finne engelske artikler når man brukte søkeordene *bipolar disorder*, *psychoeducation*, *psychotherapy*, *prevent relaps*, og jeg hadde i tidliger funnet aktuelle artikler i forarbeidet

med temaet til denne bacheloren. Det viste seg at for å finne de rette engelske artiklene som støtter oppom problemstillingen, så måtte jeg søke på forfatternavn i Google Scholar. Når det gjaldt å finne norske artikler, så viste dette seg å bli en stor utfordring som ble tidkrevende. Biblioteket var til god hjelp, og jeg fant til slutt en aktuell artikkel gjennom Norart på søkeordet *psykoedukativ*. Det ble ført en søkelogg under hele prosessen som ligger ved denne oppgaven (vedlegg 1).

I forhold til temaet, så var det to artikler som pekte seg ut som spesielt interessante. Disse vil bli brukt som grunnlag for å sette fokus på problemstillingen, og som datamateriale i drøftingen rundt denne og forskningsspørsmålene. Artiklene er vitenskapelige og fagfelleverderte forskningsartikler, og er hentet fra tidsskrifter innen psykologi og psykiatri, som *Journal of Abnormal Psychology* og *Vård i Norden*. De blir presentert senere i oppgaven, og har som hensikt å belyse hvordan mennesker med bipolar lidelse og deres pårørende kan få det best mulig, hvordan unngå eller minske tilbakefall og hvilke metoder som kan brukes for å oppnå dette.

Den første artikkelen jeg velger å bruke heter «Bipolar Disorder and Family Communication: Effects of a Psychoeducational Treatment Program», og er skrevet av Teresa L. Simeneau, David J. Miklowitz, Jeffrey A. Richards, Rakhshanda Saleem og Elizabeth L. George (1999) ved universitetet i Colorado. Artikkelen handlet om forskning på hvordan familien påvirkes og forandrer seg gjennom psykoedukasjon. Kritikken til denne artikkelen er følgelig at den er relativt gammel, fra 1999. Det viste seg å være vanskelig å finne fagfelleverderte artikler som var aktuelle for min problemstilling av nyere dato, så valget falt på denne artikkelen. Jeg kom fram til at innholdet var like aktuelt i dag, og at den er relevant for problemstillingen. En annen begrensning er at kun 44 av de deltagende 79 familiene fullførte hele programmet, og at de ikke målte både pasientens og pårørendes humørsvingninger for å se hvordan de påvirker hverandre. Prosjektet ble utført i laboratorie, og det er tenkelig at resultatet ville ha blitt et annet dersom det ble utført i hjemmemiljøet til pasientene og pårørende.

Den andre artikkelen er norsk, heter «Psykoedukative flerfamiliegrupper for personer med ulik psykoseproblematikk» og er skrevet av Liv Nilsen, Karin Kjønnøy og Nina Aarhus (2009). Denne artikkelen evaluerer effektiviteten av en to år lang psykoedukativ

flerfamiliegruppe. Kritikk til denne studien er at den har strukket seg over to år, og at det kan være andre faktorer i livet til pasientene som påvirket og forårsaket resultatene. En annen faktor er et relativt lite utvalg, på kun ni stykker. Den undersøker og tar opp høyt aktuelle tema som jeg har tatt opp i forskningsspørsmålene og i problemstillingene.

5.0 Valgt litteratur – kilde

Jeg vil i dette kapitlet presentere datamateriale som jeg anser som viktig i min studie, og bruker en forkortelse av tittelen som en overskrift for å gjøre det oversiktlig. Min studie bygger på andres empiriske undersøkelser, og min kilde er andres forskningsartikler som bygger på empiri.

5.1 “Effects of a Psychoeducational Treatment Program...”

«Bipolar Disorder and Family Communication: Effects of a Psychoeducational Treatment Program», og er skrevet av Teresa L. Simeneau, David J. Miklowitz, Jeffrey A. Richards, Rakhshanda Saleem og Elizabeth L. George ved universitetet i Colorado (Simeneau et al., 1999).

5.1.1 Undersøkelsens formål

Artikkelen handler om forskning på hvordan forholdet i familien påvirkes og forandrer seg gjennom psykoedukasjon. De ønsket også å se på om familiefokusert behandling kunne påvirke faren for tilbakefall positivt, ved å forbedre den følelsesmessige tonen (EE) mellom medlemmene i de utvalgte familiene.

5.1.2 Utvalg og metode

Studien foregikk totalt over to år. 79 pasienter med familie gjennomgikk et behandlingsopplegg i 9 måneder, før de deretter var inne til oppfølgingsintervju etter 3, 6, 9, 12, 18 og 24 måneder. Artikkelen baserer seg på resultatene fra første året av behandlingen til de 79 familiene, alle deltagere i prosjektet mellom 1990-94. De fant deltagere gjennom journaler til innlagte pasienter i psykiatrien, og fem pasienter ble direkte anbefalt til prosjektet gjennom sin psykiater. Alle deltagere hadde hatt en manisk eller depressiv fase minst tre måneder før studien var mellom 18-60 år. 53 av familiene ble tilfeldig utvalgt til vanlig terapi kombinert med medisin, mens 26 familier fikk psykoedukativ familierapi kombinert med medisiner. Terapien i psykoedukasjonsgruppen hadde tre hovedområder; psykoedukasjon med opplæring om bipolar lidelse, trening i kommunikasjon og problemløsning. Man generaliserte de nye ferdighetene til hjemmesituasjonen gjennom rollespill og hjemmeoppgaver. Den andre gruppen fikk i tillegg til et standard terapiopplegg, kun opplæring om kommunikasjon og problemløsning over telefonveiledning.

5.1.3 Hovedfunn

Gjennom filmopptak av familier som løste flere familiekonflikter, så ble den affektive tonen i den nonverbale kommunikasjonen observert i sammenheng med den verbale kommunikasjonen. Familiene, både pasient og pårørende, som mottok psykoedukasjon viste ved 1 års samlingen en større økning i positiv kommunikasjon enn familien i den andre gruppen. Psykoedukasjonsgruppen viste også forbedring innen positiv nonverbal kommunikasjon, mens der ikke var noen forskjeller når det gjaldt positiv verbal kommunikasjon. Negativ nonverbal og verbal kommunikasjon var det samme for begge grupper. Den største forbedringen i positiv nonverbal kommunikasjon ble oppnådd av pasientene, og der var direkte sammenheng mellom dette og mindre symptomer. Det ble påvist at pasienter fra familier med høy EE uttrykte seg mer negativt både nonverbalt og verbalt enn de fra familier med lav EE. Det kom fram at pasienter i psykoedukasjonsgruppen viste mest forbedring av symptomer på humørsvingning enn den andre gruppen. Pasienter som ble mer nonverbalt positive gjennom året med behandling, viste større grad av symptomatisk forbedring. Disse familiene viste også mer positiv samhandling seg imellom.

5.2 «Psykoedukative flerfamiliegrupper ...»

Artikkelen er norsk, heter «Psykoedukative flerfamiliegrupper for personer med ulik psykoseproblematikk» og er skrevet av Nilsen, Kjønnøy, & Smeby (2009).

5.2.1 Undersøkelsens formål

Studiens hensikt var å prøve ut og evaluere effekten av psykoedukative flerfamiliegrupper for mennesker med ulik psykoseproblematikk, som for eksempel bipolar lidelse, og deres pårørende. Effekten måles ved å kartlegge endring i symptom og funksjonsbelastning, endring i relasjonelle opplevelser og tilfredshet med tilbudet. De ønsket å finne ut om metoden har effekt på psykososial fungering, på forholdet mellom pasient og pårørende og i hvilken grad deltagerne er fornøgd med intervensjonen.

5.2.2 Utvalg og metode

Det er ni pasienter i utvalget, fem kvinner og fire menn i alderen 20-53 år. Pasienten skulle være innlagt, ha opplevd ett eller flere psykotiske gjennombrudd, gå på adekvat medikasjon, være motivert, forstå og snakke norsk og ha en behandler som samtykket til deltagelse i studien. Pasienten selv valgte ut pårørende. Studien trekker seg over to år, og har et pretest-posttest design uten kontrollgruppe. Utvalget ble delt i to, da det er anbefalt å drive grupper på fire til seks pasienter. Det ble anvendt deskriptiv statistikk for frekvenser og prosent for en pasientens symptom og funksjonsnivå på et gitt tidspunkt, pasientens opplevelse av familiemedlemmene og EE. I tillegg ble det brukt et selvrapporteringskjema om brukertilfredshet om metoden. Gruppen drives av to personer som har gjennomgått et 60-timers opplæringskurs og har deltatt i veiledning i to år, og alle deltagerne i gruppen ses på som likeverdige samarbeidspartnere.

5.2.3 Hovedfunn

Familiemedlemmene var totalt 17 og bestod av barn (18 år), søsken, foreldre og besteforeldre. De 26 deltagerne hadde et oppmøte på 72% gjennom studien. Ved gruppeslutt vises det en klar bedring både på symptom og funksjon, og alle deltagerne var mer oppmerksomme på egne behov og ønsker. Alle deltagerne har skåret sine opplevelser i forhold til pårørende, og resultatene viser at pasientenes opplevelse om at familien bekymrer seg og kontrollerer dem er betydelig redusert. Pasientene opplever også å bli tatt på alvor, bli mer selvstendig, og beskriver at medmenneskelighet, forståelse, familiestøtte og ønske om involvering fra familien er viktig for dem. Det er også viktig å møte andre i samme situasjon, og føle at de ikke står alene. De har lært om egne varselsignaler og mestringsstrategier, noe som er viktig for dem. Pårørende sier at det har vært viktig å se at pasienten har lært nye strategier slik at de mestrer lidelsen sin på en bedre måte, og at det har vært godt å møte andre i samme situasjon. Da intervensjonen sluttet var alle pasientene utskrevet til lavere omsorgsnivå eller i ferd med å bli utskrevet. Pasientenes sosiale kompetanse har endret seg positivt gjennom prosessen. Deltagerne har fått mer kunnskap om egen lidelse og lært mestringsstrategier for å beskytte seg mot tilbakefall. De har også lært å bruke problemløsningsmodellen til utfordringer utover problemstillinger som ble avdekket i gruppen.

6.0 Drøfting av hovedfunn

Her vil jeg presentere og drøfte de ulike funnene som jeg har oppfattet som spesielt viktige i forbindelse med problemstillingen, der jeg er ute etter å finne hvordan psykoedukasjon kan bidra til mestring for mennesker med bipolar lidelse og deres pårørende. Det viste seg at artiklene gav til dels samsvarende funn, og jeg har valgt å dele drøftingen opp i de tre hovedemner som falt seg naturlig utfra funnene. Problemstillingen og forskningsspørsmålene om hvordan pasienten selv, pårørende og vernepleiere kan bidra til mestring ved bruk av psykoedukasjon, blir svart på fortløpende i hver av disse emnene. Det må presiseres at den engelske artikkelen fokuserte mest på familiekommunikasjon og den norske artikkelen på effekten av psykoedukasjon. Derfor har jeg også drøftet opp mot tidligere nevnt faglitteratur, artikler, teoretiske begreper/perspektiver og egen erfaring.

6.1 Funn 1 – Kommunikasjon og familierelasjon

Gjennom arbeidet med denne oppgaven viste det seg etter hvert at kommunikasjon og relasjon i familier med bipolar lidelse, helt klart spiller en viktig rolle for sykdomsforløpet og mestring.

Familien er en stor del av menneskers dagligliv, og får slik et viktig rolle for det enkelte medlem. Hvordan hvert medlem bidrar til gruppen, vil påvirke relasjonen og samhandlingen. Og hvordan familien som enhet har det, vil gjenspeile seg i hvordan de takler å ha et medlem med bipolar lidelse. Når en ser på familien i et systemisk perspektiv der delene påvirker hverandre, så vil det si at når en eller flere i dette systemet opplever vanskeligheter så vil det virke inn på hele gruppen (Schiefløe, 2010). Når et menneske får bipolar lidelse, så vil dette påvirke hele familien. Familien ser et menneske de er glad i forandre atferd, og ustadigheten i svingningene mellom normalitet og hypomani kan være veldig krevende og belastende for nærpersonene (Eknes, 2006).

Gjennom arbeidserfaring så har jeg sett at forholdet i familien kan påvirkes negativt dersom man kommer inn i feile mønstre der den syke blir sett på som en belastning. Det vil være nødvendig å få profesjonell veiledning, slik at familien kan bli en ressurs til den som har problemer. Noen ganger kan familien selv være en del av problemstillingen, som utsetter pasienten for unødvendig stress og påkjenninger. Forskning er i tråd med dette, og sier at man kan forklare hvordan holdningene og uttrykket til familien påvirker sykdomsbildet gjennom stress sårbarhets modellen og psykisk stress (Nilsen L. , 2007). Scott & Guitierrez (2004) sier også at psykoedukasjon bidrar til å sette et viktig søkelys på rollen til stress sårbarhets modellen, som igjen er med på å bidra til en større forståelse for at nye tilbakefall kan være påvirket av den sosiale og miljømessige konteksten pasienten oppholder seg i.

Psykisk lidelse medfører ofte endringer i relasjonelle forhold, og studier viser at både pasient og pårørende kan oppleve hverandre som kritiske. Familien reagerer ofte med skam, skyld, benektelse, håpløshet, sinne og frustrasjon. Jo mer støtte og kunnskap familien får til å håndtere vanskelige følelser, dess mer vil relasjonen bli styrket. Ved å samarbeide med familien så ser en på pasienten som en del av familien (Nilsen et al, 2009). Dette understøttes

av Simeneau et.al (1999) som sier at familier som mottok psykoedukasjon viste til en større forbedring innen positiv familiekommunikasjon. Psykoedukasjon har fokus på å forbedre kommunikasjonen, og man lærer å uttrykke seg på konkrete og spesifikke måter slik at det bli lettere å forstå hverandre. Dette reduserer usikkerhet og uforutsigbarhet. Kvalbein (2000) sier om dette at det er viktig å ha fokus på at relasjonen bygges mens man snakker sammen, ved at vi utdyper, forklarer og styrker den andres selvbilde under kommunikasjonen. Dette er igjen avhengig av evnen man har til å lytte og oppfatte meninger bakenfor ordene. Simeneau et al. (1999) bekrefter dette og påpeker at psykoedukasjon bidrar til en betydelig forbedring innen positiv nonverbal kommunikasjon innad i familien, noe som viste seg å ha direkte betydning for nedgangen i symptomer på humørsvingninger. Den største forbedringen av positiv nonverbal kommunikasjon stod pasientene selv for. Det viste seg også at familier som ble mer positive nonverbalt, oppnådde en mer positiv samhandling seg imellom. Nilsen et al. (2007) fokuserer på sin side at familiens opplevelse av den psykiske lidelsen og hvordan dette uttrykkes, har stor betydning for hvordan lidelsen utarter seg. I følge Nilsen et al. (2009) så har grad av uttrykte følelser direkte innvirkning på tilbakefall, og at en familie med høyt EE påvirker til flere tilbakefall. Jeg mener derfor at det vil være viktig å øke forståelsen til familiemedlemmene angående lidelsen og hvordan de kan bidra og påvirke positivt. Det å ha familiemedlem med bipolar lidelse er ofte en stor belastning, og det er lett å møte symptomer på tilbakefall med negative reaksjoner.

Nilsen et al. (2009) beskriver at trusselen om tilbakefall kan skape angst og en følelse av håpløshet, og det er en pågående debatt om EE er en respons på det å leve sammen med en syk person eller om det opptrer uavhengig av sykdomsforløpet. Da terapi av denne typen endrer familiens EE, så må det antas at graden av EE er en respons på en situasjon. Pasientene opplever at familiens EE blir betydelig redusert etter psykoedukasjonen, og å bli behandlet mer selvstendig. De opplever også det som udelte positivt at familien involverer seg, gir støtte, utviser medmenneskelighet og forståelse (Nilsen et al. 2009). I tråd med dette så sier Simeneau et al. (1999) at pasienter fra familier med høy EE uttrykte seg mest negativt, men var også de som hadde mest positiv fremgang med psykoedukasjon. Eknes (2006) påpeker også viktigheten av å ha fokus på hvordan deler av det sosiale nettverket kan opptre mest mulig positivt, for å minke risikoen for nye episoder. Yrkesrelatert erfaring har vist meg at det kan være godt for familieklimaet og samholdet å jobbe sammen om noe så viktig som å øke

forståelsen, bidra til mindre skyldfølelse og følelse av håpløshet og stigma. Alle parter har gjennom informasjon og opplysning fått redskapene de trenger for å løse problemsituasjoner og unngå unødvendig og usunt familie- stress.

Pasientene selv må ta ansvar for lidelsen sin, kjenne etter symptom, bruke de redskapene som en har blitt lært til, og ikke minst slippe familien til for å hjelpe når det blir vanskelig. Det vil være viktig å sette i verk tiltak med en gang et tilbakefall blir oppdaget, og ikke minst opprettholde den medikamentelle behandlingen.

Gjennom tidligere tilbakeføring av pasienter til kommunene og større vekt på tverrfaglig samarbeid, så åpner samhandlingsreformen gjennom St.meld. nr. 29 Helse- og omsorgsdepartementet (2012) opp for utvidet bruk av vernepleierens kompetanse i en rehabiliteringsfase. Reformen sier videre at rehabilitering, nettverksarbeid, miljøarbeid og tidlig intervensjon i et pasient forløp er prioriterte målområder innenfor omsorgssektoren. Vernepleieren kan bidra på flere felter hos pasienter med bipolar lidelse, blant annet i rehabiliteringen og miljøarbeid. Ellers kan man styre psykoedukasjonsgrupper, bistå under familiearbeidet som skal gjøres i hjemmemiljøet og videre oppfølging av terapien.

6.2 Funn 2 – Mestring av lidelsen

Symptomer på en psykisk lidelse er en konsekvens av psykobiologisk sårbarhet med stress i de sosiale omgivelsene. Man får ofte redusert psykososial fungering og svekket evne til å ivareta egne behov og sosiale utfordringer på grunn av alvorlig psykisk lidelse (Nilsen et al., 2009).

Tuntland (2011) sier at mestring er knyttet til identitetsbekreftelse, utfoldelse, selvrealisering, uavhengighet og selvhjelpenhet. Gleden ved å mestre og lære noe nytt, er en drivkraft knyttet til behovet for selvrealisering. Det å mestre dagliglivets utfordringer kan føre til større personlig frihet, opplevelse av egenkontroll og mindre behov for hjelp, som igjen vil bidra til økt selvfølelse og livskvalitet. Jeg ser at en stor utfordring for vernepleieren i et psykoedukativt arbeid, er å finne frem til hva som motiverer den enkelte til å lære seg en ny

metode for å takle lidelsen. Det er ikke alltid personen selv ser hensikten med å lære seg en nye ting, og det vil være viktig å finne den riktige motivasjonsfaktor for å få dette til (Tuntland, 2011). Å kunne ta kontroll over den psykiske lidelsen, og slik redusere tilbakefallene og øke forståelsen vil være en slik sterk motivasjonsfaktor. Det vil være nærliggende å anta at det å leve med en bipolar lidelse over tid vil ha negative konsekvenser som for eksempel stigmatisering, bli isolert, og det å føle seg som en byrde. Alle er negative erfaringer som gir lav mestringsfølelse, og vil slik påvirke livskvaliteten negativt. Colom et al. (2003a) støtter oppom dette, og sier at pasienter som deltar i psykoedukasjon får økt selvtilit og bedre sosial fungering og atferd. Videre sier de at pasienten og pårørende får økt aksept og kunnskap om egen lidelse.

Min forståelse er at det vil være av stor betydning for personer med denne typen diagnose å få hjelp til å lære seg å mestre egen sykdom, gjennom økt kunnskap og forståelse for hvordan de selv kan påvirke. Slik vil man kunne begrense triggere som utløser nye episoder. Dette er i tråd med Rådet for psykisk helse (2006) når de sier at å mestre egen sykdom innebærer å lære seg å leve med lidelsen, lære å kjenne seg selv og at pasientene selv får være med å forbygge sykdomsepisoder. Slik mener jeg det blir pasientens hovedoppgave å finne ut hva som har skjedd i forkant av en tidligere episode, og hvilke tegn som varsler tilbakefall. Pårørende og pasient lærer sammen å mestre lidelsen, gjennom å identifiserer tilbakefall av symptomer og atferd som vil forhindre at symptomene blir verre. Pårørende får sådan en viktig rolle, og kan brukes som en ressurs. Nilsen et al. (2009) understøtter dette når de sier at i psykoedukativt familiearbeid inviteres både pasient og pårørende inn i behandlingen som allierte og likesinnede samarbeidsparter. Deltagerne får generell kunnskap om den psykiske lidelsen, stress sårbarhetsmodellen, EE og behandling, og spesiell kunnskap tilpasset den enkelte deltager. Det vil også være spesielt viktig at pårørende får undervisning i hva bipolar lidelse innebærer, slik at de bedre kan forstå at ikke all atferd er viljestyrt og hvordan kritikk vil virke inn på situasjonen. Simeneau et al. (1999) bekrefter dette og sier at det er viktig å ha fokus på hvordan EE påvirker familiekommunikasjonen, og at psykoedukasjon påvirker dette positivt og reduserer psykisk stress.

Nilsen et al. (2009) sier at både pasient og pårørende uttrykker viktigheten av å møte andre mennesker som er i samme situasjon som de selv, og slippe å føle seg alene. Pårørende hadde

lettere for å ta imot råd fra mennesker i samme situasjon enn fra fagfolk, og de opplevde å være en del av et viktig sosialt nettverk. Simeneau et al. (1999) sier at familiene som mottok psykoedukasjon fikk en betydelig større forståelse og aksept for bipolar lidelse. Det er min tanke at åpenhet om lidelsen automatisk vil øke forståelsen for hvordan det oppleves å leve med den. Noe som igjen vil føre til mindre stigma, og redusere pasientens følelse av håpløshet. Dette er en lidelse som man ikke er skyld i selv og ikke skal ha skyldfølelse for, noe som dessverre er et faktum for mange. Jeg har gjennom erfaring sett at det etter maniske faser er mange som opplever det som uutholdelig å oppdage hva de har foretatt seg i disse periodene, og ofte påført sine nærmeste av stor belastning og påkjenninger. Mange velger å ta selvmord, så mange som 25% (Aarre & Bugge, 2012). Det er viktig å rette fokus på at pasienten må ta ansvar for lidelsen selv og fremtoningen av sykdomsbildet gjennom å gjenkjenne symptom, be om hjelp, sette i verk tiltak og ikke minst vedlikeholde medikasjonsregimet. Alt dette påvirker opplevelsen av å mestre en viktig del av livet sitt, som igjen påvirker livskvaliteten og selvfølelsen.

For familien så har det vært viktig å se at pasienten tar ansvar og kontroll over lidelsen sin, ved å lære nye strategier som setter en i stand til å mestre lidelsen og hverdagslivet på en bedre måte (Nilsen et al. 2009). Resultatene fra begge artiklene viser en betydelig forbedring i forhold til symptomer og funksjon, og alle deltagerne ble mer oppmerksomme på egne ønsker og behov. De har lært seg å gjenkjenne utløsende faktorer ved et tilbakefall, og tiltak som skal settes i verk for å stoppe eller dempe dette. Det er viktig for familien å få den tryggheten at pasienten faktisk tar lidelsen på alvor, og at de sammen har lært å håndtere denne på best mulig måte. Det vil nok oppleves som godt å jobbe sammen om dette istedenfor å jobbe mot hverandre. De pårørende er ofte de som sammen med pasienten først merker de tidlige tegnene på et tilbakefall. De får slik en viktig jobb med å hjelpe og motivere pasienten til å iverksette nødvendige tiltak for å dempe en ny episode. Familien kan også påvirke positivt ved å få opplæring om viktigheten av hvordan stress sårbarhetsmodellen og EE påvirker, og slik unngå unødvendige påkjenninger for pasienten og indirekte hele relasjonen (Simeneau et al., 1999).

Vernepleieren søker gjennom kommunikasjon og sine relasjonelle ferdigheter å finne positiv utvikling av brukers ressurser og muligheter, for å oppnå best mulig livskvalitet (FO, 2008).

Gjennom miljøarbeid så vil det være naturlig for vernepleieren å sørge for tilrettelegging av videre arbeid med mestring av lidelsen, både for pasienten og pårørende, også etter at man er tilbake i hjemmemiljøet. Kunnskapsbasert familiesamarbeid, eller psykoedukasjon, er anbefalt i Helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Kommunene kan få behov for godkjente gruppeledere og økt kunnskap om metodikken når retningslinjene nå blir gjeldene.

6.3 Funn 3 – Fordeler med psykoedukasjon

Nyere forskning sier at sosial kompetanse og planer for fremtiden er beskyttende faktorer for utvikling av psykiske symptomer når man blir utsatt for stressende og krevende livsutfordringer (Nilsen et al., 2009). Mange av pasientene opplevde det å møte andre i samme situasjon, og det å mestre lidelsen som veldig positivt. De begynte å planlegge fremover i tid, og fikk økt vilje til å utvikle sin sosiale kompetanse. Rådet for psykisk helse (2006) bekrefter dette når de sier at pasienter setter pris på å lære av hverandres erfaring, og at de sammen føler seg mer normale. De må lære seg å sette ord på og forholde seg til følelser som en tidligere har skjøvet fra seg, og at en slik ufarliggjøring av lidelsen er med på å bidra til økt mestring.

Psykoedukativ familierapi representerer en modifisering i det psykiske helsevesenet, siden det historisk sett har vært mest vanlig å kun behandle psykiske lidelser med stemningsstabiliserende medikamenter. Behandlingen kan fortløpende evalueres av alle medvirkende parter, og blir slik en kvalitetssikring av tilbudet. Den er som et tillegg til medikasjon, en behandling som krever lite ressurser og trekker kunnskap og veiledning over i den enkeltes hverdag. Den er slik meget kostnadseffektiv og helt i tråd med de helsepolitiske føringene (Nilsen et al., 2009). Scott & Guitierrez (2004) bekrefter at psykoedukasjon er kostnadseffektiv, gjennom en systematisk gjennomgang av tidligere forskning gjort på dette feltet. Behandlingen er også et svar på familiens ønske om tettere samarbeid og dialog med helsevesenet (Nilsen et al., 2009). Familiene har ofte opplevd en kamp for å bli tatt på alvor og få hjelp, og at informasjonen de får ofte er mangelfull. Haver (2012) viser til at pårørende av pasienter med bipolar lidelse ofte gir uttrykk for at de ønsker kunnskap om sykdommen, og

at de har stort utbytte av informasjonsmøter om lidelsen. De opplever ofte møtet med helsevesenet som vanskelig, og at taushetsplikten er et hinder for at de får den informasjonen de trenger. Jeg har sett eksempler på dette i forbindelse med at pårørende opplever pasientens symptomer som mer problematiske enn pasienten selv, og hvor vanskelig det er å få hjelp dersom pasienten selv ikke vil innse at det trengs.

Før studien så var det innleggelse av flere av pasientene etter lov om psykisk helsevern. Alle pasienter var ved studiens slutt utskrevet til lavere omsorgsnivå eller i ferd med å bli utskrevet. En må anta at pasienten og familiens kunnskap om lidelsen er en medvirkende faktor til dette. De har fått kunnskap om hvilke symptomer som varsler et tilbakefall, og blir slik bedre rustet til å sette i verk tiltak som stopper utviklingen (Nilsen et al., 2009). Scott & Guterrez (2004) bekrefter dette gjennom sin systematiske gjennomgang på feltet, og sier at både lengden og antallet innleggelse gikk ned som følge av psykoedukasjon.

7.0 Avslutning

Arbeidet med denne oppgaven har vært en lærerik prosess, selv om resultatene som kommer frem sammenfaller mye med tidligere kunnskap. Jeg hadde fra før gjort meg opp tanker om at psykoedukasjon er en terapiform som kunne være nyttig for å oppnå mestring og øke livskvaliteten for alle involverte parter, noe som denne studien underbygget. Prosessen har likevel endret min for forståelse på noen felt der jeg har fått ny kunnskap.

Tidligere så har fokus på mestring og kunnskap om egen lidelse hatt liten plass i behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Det vil gjerne ta lang tid å endre holdninger samfunnet har til disse lidelsene, og stigmatiseringen som følger med. Gjennom arbeidet med denne oppgaven, så har det kommet frem at psykoedukasjon tar på alvor at det psykososiale miljøet rundt et menneske med bipolar lidelse påvirker sykdomsbildet. Mennesker med bipolar lidelse har ofte en økt sårbarhet for stress og opplever kritikk sterkere enn andre mennesker, noe som gir økt fare for misforståelser og konflikter. Siden psykoedukasjon består av undervisning, stressmestring og relasjonsbygging, så bidrar det til å

forbedre samhandlingen og klimaet innad i familien. Psykoedukasjon kan slik bidra til økt livskvalitet gjennom sitt fokus på mestring, og vil i så måte være med på tilrettelegge for en mer brukerorientert helsetjeneste for mennesker med psykisk lidelse. Ser man funnene i sin helhet så vil det være grunnlag for å si at psykoedukasjon har hatt betydning for den enkelte og deres relasjonelle opplevelser. Både pasienter og familien opplever å bli tatt på alvor og føler seg som likeverdige partnere. Man kan konkludere med at psykoedukasjon har positiv effekt, og risikoen for tilbakefall reduseres. Både pasient og familiene opplever mestring, og både de profesjonelle og deltagere rapporterer om tilfredshet med opplegget. Med tanke på de helsemessige og sosiale gevinstene av psykoedukasjon, så burde det være av stor betydning å forske videre på og videreutvikle dette tilbudet. Gjennom denne prosessen har jeg også fått forståelse for at psykodeukasjon er et omfattende arbeide for både pasient og familien. Med tanke på hvor svingende livet kan utarte seg for et menneske med bipolar lidelse, så har det falt seg naturlig å stille spørsmålstejn ved om pasientene vil kunne klare å følge opp et slikt krevende arbeide selv eller er avhengig av sine pårørende. For å belyse alle sider ved dette, så blir det naturlig å oppfordre til videre forskning på feltet.

Bibliografi

- Aarre, T. F., & Bugge, P. (2012). *Stemningslidelser*. Stavanger: Stiftelsen for Psykiatrisk Opplysning.
- Arntzen, B., Grønnestad, T., & Øxnevad, A. L. (2006). *Familiearbeid ved psykoser*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Askheim, O. P. (2008). *Fra normalisering til Empowerment*. Oslo: Gyllendal Akademisk.
- Colom, F., Vieta, E., Martinez, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., & Benabarre, A. (2003a). A randomized trial of the efficiency of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, ss. 402-407.
- Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martinez-Aran, M., Torrent, C., Goikoela, J. M., & Gastò, C. (2003b). Psychoeducation efficiency in bipolar disorders: Beyond compliance enhancement. *Journal of Clinical Psychiatry*, ss. 1101-1105.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Eknes, J. (2006). *Depresjon og mani*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- FO. (2008). *Om vernepleieryrket*. Oslo: LO Media.
- FO. (2013). *Vernepleieren- utdanningen og profesjonen*. Oslo: LO Media.

Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Haver, B., Ødegaard, K. J., & Fasmer, O. B. (2012). *Bipolare lidelser*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Meld. St. 29*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet. (1999). *Spesialisthelsetjenesteloven*. Oslo: Cappelen akademisk forlag: 2002.

Holte, A., Engmark, L., & Alfstadsæther, B. (2006). *Diagnose Schizofreni: foreldres erfaring*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Hylland Eriksen, T. (1992). Et sosialantropologisk perspektiv på livskvalitet. *Samtiden*, No 4.

Kvalbein, A. (2000). *God Kontakt*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Nilsen, L. (2007). *Psykoedukativ flerfamilieintervensjon til personer med langvarige psykiske lidelser*. Oslo: Universitetet i Oslo.

Nilsen, L., Kjønneøy, K., & Smeby, N. A. (2009, 02 18). Psykoedukative flerfamiliegrupper for personer med ulik psykoseproblematikk. *Vård i Norden*, ss. 4-8.

Næss, S. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. Oslo: NOVA Rapport 3.

Peet, M., & Harvey, N. S. (1991, 158). Lithium maintenance: A standard educational programme for patients. *The British Journal of Psychiatry*, ss. 197-200.

Perry, A., Tarrrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy og teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relaps and obtain treatment. *BMJ*, ss. 149-153.

Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2010). *Bære eller briste*. Bergen: Fagbokforlaget.

Rådet for psykisk helse. (2006). *Bipolar lidelse*. Oslo: Nr1 Arktrykk as.

Rådet for psykisk helse. (2013, September 25). Henta frå www.psykiskhelse.no: <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=29703>

Schiefloe, P. M. (2010). *Mennesker og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget AS.

Scott, J., & Guterrez, M. J. (2004, April 8). The current status of psychological treatments in bipola disorder: a systematic review of relapse prevention. *Bipolar disorders*, ss. 498-503.

Simeneau, T. L., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., Saleem, R., & George, E. L. (1999). Bipolar Disorder and Familiy Communication: Effects of a Psychoeducational Treatment Program. *Journal of Abnormal Psychology*, ss. 588- 597.

Skau, G. M. (2009). *Gode Fagfolk Vokser*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Statens helsetilsyn. (2000). *Stemningslidelser: Kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Oslo: Statens helsetilsyn.

Teichert, J. B. (2009). *Psykoedukativ metode - et bidrag til økt livskvalitet ves schizofreni*. Oslo: Universitetet i Oslo.

Thignæs, G. (2007). *Mestringsbok ved stemningslidelser*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Tuntland, H. (2011). *En innføring i ADL*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Vermeulen, P. (2008). *Jeg er noe helt spesielt!* Oslo: Universitetsforlaget AS.

Waaktar, T., & Christie, H. J. (2000). *Styrk sterke sider*. Oslo: Kommuneforlaget.

Øxnevad, A., Grønnestad, T., & Arntzen, B. (2000). *Familiearbeid ved psykoser - mot samme mål*. Stavanger: Stiftelsen fo psykiatrisk opplysning.

Vedlegg 1

Søkeord	Database	Avgrensinger	Tal treff	Merknad	Tittel på valgt artikkel
Psykoedukativ	NORART	-Vitenskapelig artikkel - 2000 – 2013	3	Denne artikkelen evaluerer hvordan psykoedukative familiegrupper har effekt på psykososial fungering, på forholdet i familien og om deltagerne er fornøgd med opplegget.	Psykoedukative flerfamiliegrupper for personer med ulike psykoseproblematikk av Liv Nilsen, Karin Kjønnøy og Nina Aa Smeby
Miklowitz and bipolar	Google Scholar	- Haket av for alle verk av forfatter Miklowitz i et gitt tidrom - 1999 – 2000	19	Gjennom litteratursøk så kom jeg over at Miklowitz hadde gjort mye forskning på dette feltet. Artikkelen kom opp som nr.2 og handler om forholdet i familien påvirkes gjennom psykoedukasjon.	Bipolar Disorder and Family Communication: Effects of a Psychoeducational Treatment Program av D. J. Miklowitz, T. L. Simeneau, J. A. Richards, R. Saleem og E. L. George.

