

# Bedrer psykoedukativ familiebehandling forløpet ved schizofreni?

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Psykoedukativ familiebehandling ved schizofreni ble utviklet for å minske stresset i familiene og dermed bedre sykdomsforløpet.

**Materiale og metode.** Systematiske oversiktsartikler og søk i databaser (til februar 2002, «family» og «schizophrenia») ble brukt til å finne randomiserte, kontrollerte studier av effekt. Følgende studier ble identifisert: Sju studier av korttidsbehandling, 15 studier der langtids familiebehandling ble sammenliknet med individualbehandling og sju studier der ulike typer familiebehandling ble sammenliknet.

**Resultater.** Langtidsbehandling (minst ett møte i måneden over minst tre måneder) halverer faren for psykotisk tilbakefall de første to årene. Disse metodene forkorter også sykehusopphold, bedrer samarbeid om medikasjon, bedrer pasientens sosiale funksjon og pårørendes velvære. Studier tyder på god kostnadseffektivitet. Enkeltfamilie- og flerfamiliebehandling synes å være omtrent like virksomt. Pårørende-grupper synes ikke å bedre forløpet. En rekke faktorer, slik som pårørendes følelsesmessige uttrykk og sykdommens varighet, påvirker effekten og bør tas med i betraktning.

**Fortolkning.** I Norge er det behov for et systematisk utdanningsopplegg for helsepersonell i disse metodene. Familiebehandling bør tilbys alle personer med schizofreni som har hyppig kontakt med pårørende.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

**Interessekonflikter:** Ingen

## Håvard Bentsen

*havard.bentsen@psykiatri.uio.no*  
Klinikk for psykiatri  
Aker universitetssykehus  
Sognsvannsveien 21  
0320 Oslo

Psykoedukativ familiebehandling (på engelsk oftest kalt «family intervention») oppstod i løpet av 1970-årene som ledd i behandlingen av schizofreni. En rekke faktorer bidro til dette. Familiene hadde fått større ansvar fordi stadig flere pasienter med schizofreni ble behandlet utenfor sykehus etter akutte episoder. Antipsykotisk medikasjon gjorde dette mulig, men den hjelper ikke alltid nok, og mange pasienter tar ikke sine medisiner som forskrevet. Det viste seg altså et stort behov for mer og annen behandling av schizofreni. Forskning om pårørendes følelsesmessige uttrykk, såkalt «expressed emotion», viste at høy grad av kritikk eller overinvolvering bidrar vesentlig til et dårligere forløp av sykdommen (1, 2). Viser pårørendene høy grad av følelsesmessige uttrykk overfor pasienten, mer enn doubles risikoen for psykotisk tilbakefall. Man ville forsøke å påvirke disse forholdene gjennom familiebehandling. Forskning viste at schizofreni snarere skyldes en medfødt legning enn foreldrenes atferd, og klinikernes bebreielse av foreldrene kunne derfor erstattes av villig samarbeid. Erfaringer fra systemisk familierterapi og kognitive atferdsendrende metoder kunne tas i bruk for å hjelpe familiene.

Psykoedukativ familiebehandling kan anvendes ved enhver form for langvarig sinnslidelse. I denne artikkelen vil vi bare drøfte bruken ved schizofreni, der metoden er best utviklet og undersøkt og mest anvendt.

## Kjennetegn ved psykoedukativ familiebehandling

Felles prinsipper for psykoedukative familiebehandlingsprogrammer er:

- Schizofreni oppfattes som en sykdom
- Familiens atferd blir antatt ikke å være årsak til sykdommen
- Familiene gis støtte og blir ansett som behandlingspartnere
- Familiebehandlingen går inn som en del av et større behandlingsopplegg med bl.a. antipsykotisk medikasjon og kontakt med individualbehandler

- Hovedhensikten med behandlingen er å forebygge tilbakefall og forbedre pasientens funksjonsevne. Et tilleggsmål er å hjelpe pårørende, som selv lider under følgene av sykdommen.

Alle programmene har i startfasen noen få undervisningsmøter, der årsaker, forløp og behandling av schizofreni blir drøftet. *Korttidsbehandling* varer mindre enn tre måneder. Den skjer vanligvis i form av 1–10 møter. I noen programmer gis det undervisning eller rådgivning til pårørende alene (3–8). I andre programmer deltar også pasienten, og behandlingen omfatter både undervisning og bearbeiding av familiens funksjon (9, 10). *Langtidsbehandling* varer mer enn tre måneder, i praksis mer enn ni måneder. Møtene holdes gjerne en eller to ganger i måneden. I noen programmer inngår enkeltfamilier, i andre grupper av familier. I noen deltar pasienten, i andre kun pårørende. Langtidsmodellene har følgende fellestrekk (11):

- Man har en villig holdning overfor familien og søker å oppnå et ekte arbeidsfellesskap mellom terapeuten og familien
- Arbeidet gis struktur og stabilitet, dvs. at deltakerne forplikter seg til å møtes regelmessig, og terapeuten skal være tilgjengelig på telefon mellom møtene
- Søkelys på «her og nå» snarere enn dveling ved fortiden
- Familien betraktes som et system, der mellommenneskelige grenser skal respekteres og der man tar hensyn til hvordan hendelser og atferd virker på hele familien
- Man forsøker å påvirke deltakernes oppfatninger gjennom undervisning og dermed muligens lette uberettiget skyldfølelse og bebreielse i familien



## Hovedbudskap

- Langvarig familiebehandling reduserer risiko for tilbakefall ved schizofreni
- Behandlingen bør vare minst ni måneder for å kunne gi effekt
- Pasienten må delta i behandlingsgruppen for at sykdomsforløpet skal bedres. Pårørende-grupper er utilstrekkelig
- De fleste norske pasienter med schizofreni får ikke tilbud om denne type behandling, til tross for påvist effekt

- Man anvender kognitive atferdsendrende teknikker, slik som å bryte ned hovedmål til håndterbare delmål (ramme 1)
- Man forsøker å bedre kommunikasjonen mellom familiemedlemmene
- Man hjelper familiemedlemmene til å bearbeide sine følelsesmessige reaksjoner på sykdommen, slik som angst, skam- og skyldfølelse
- Flerfamiliegrupper har et vesentlig særtrekk: De tjener til å utvide og styrke familiens sosiale nettverk

## Metode

Følgende spørsmål skulle besvares: Hvilken virkning har psykoedukativ familiebehandling på målfenomener, særlig psykotisk tilbakefall? Har den virkning utover den man oppnår ved individualbehandling? Er noen typer av familiebehandling mer virksomme enn andre? Hva påvirker effekten? I hvilken grad anvendes slik behandling i Norge?

Studier av effekt ble valgt ut hvis og bare

hvis de var randomiserte kliniske forsøk. Vi brukte systematiske litteraturstudier, særlig (12–15), samt PsycLit- og Medlinesøk («family» and «schizophrenia» til februar 2002). Vi foretok en skjønsmessig vurdering av det samlede materialet og utførte ingen egne statistiske analyser.

## Virkning av behandlingen

### Korttidsbehandling

Virkningen på pårørende har vært beskjeden og kortvarig, hovedsakelig en forsterket følelse av å bli støttet. Med ett unntak hadde disse korttidsintervensjonene ingen signifikant virkning på pasientens sosiale tilpasning, symptomer eller tilbakefallshyppighet. Pionerforsøket til Michael Goldstein og medarbeidere (9) med «seks møters kriseorientert familierapi» halverte risikoen for tilbakefall. Oppfølgingsperioden var imidlertid bare seks måneder.

### Langtidsbehandling

I fire klassiske studier fikk kontrollgruppen bare individualbehandling. Disse studiene, som nesten bare omfattet familier med høygradige følelsesmessige uttrykk, viste et sterkt fortrinn for familiebehandlingsmetodene fremfor kun individualbehandling (3, 16–18). Medianen av andel med psykotisk tilbakefall under toårsoppfølgingen var 70 % i kontrollgruppene og 31 % i familiebehandlingsgruppene. I tabell 1 gis en oversikt over hittil publiserte randomiserte studier der familiebehandling sammenliknes med individualbehandling (3, 16–29). Nøkkelvariabelen i disse undersøkelsene har vært psykotisk tilbakefall, vanligvis definert som en forverring av symptomene, en økning i dosen av antipsykotisk medikasjon eller, sjelden, sykehusinnleggelse.

Det er hittil utført fire metaanalyser av effekten av familiebehandling ved schizofreni (13–15, 30). Vi velger å gjengi Cochrane-analysen (14), som stiller klare og strenge krav til behandlingsmetoden og studievaliditeten, unngår irrelevante sammenlikninger og er godt oppdatert. Den dekker 13 studier frem til februar 1999, bare programmer som var klart psykoedukative, som omfattet mer enn fem møter, som ikke bare var sykehusbaserte og som var sammenliknet med standardbehandling. Fire av studiene var kortvarige behandlingsopplegg (6–10 uker), hvorav tre omfattet kun pårørende. Bare 16 % falt fra underveis mot ca. 40 % i nyere studier av antipsykotika. Blant alle som hadde startet i behandling var oddsratio (OR) for psykotisk tilbakefall første år 0,57 (95 % KI 0,4–0,8) og OR 0,52 (95 % KI 0,3–0,8) de første to årene. Ved å utelukke én av studiene (24) som bare omfattet pårørende uten pasienter og hvorav halvparten viste lavgradige følelsesmessige uttrykk, ble OR 0,45 (95 % KI 0,3–0,7) og OR 0,31 (95 % KI 0,2–0,5). I dette mer homogene settet av studier kunne ett tilbakefall forhindre over ett år for sju pasienter som deltok i familiebehandling. Antall sykehusinnleggelser ble halvert (OR 0,53; 95 % KI

0,3–0,9), og blant dem som fullførte programmene, ble medikamentetterlevelsen bedre (OR 0,36; 95 % KI 0,2–0,6). Effekt av langtidsbehandling er vesentlig bedre enn disse anslag fordi noen kortvarige behandlingsopplegg inngår i analysene (13).

Effektstørrelsen synes å være lavere i nyere studier (tab 1) (13, 14), trolig fordi metodene er tatt i bruk under andre betingelser enn tidligere (23) og fordi standardbehandlingen er blitt mer effektiv (25, 26). Men de to siste studiene, som ikke omfattes av metaanalysene, viste like store effektstørrelser som de tidligste studiene.

To studier har oppfølging utover to år. Tarrier og medarbeidere fant at åtte år etter ni måneders familiebehandling var det fortsatt signifikant færre som hadde hatt tilbakefall i eksperimentgruppen enn i kontrollgruppen med pasienter fra familier med høygradige følelsesmessige uttrykk (henholdsvis 67 % og 88 %) (31). Familiene må ha lært og holdt ved like atferd og holdninger. Linszen og medarbeidere fulgte en gruppe unge pasienter med schizofreni over fem år og fant ingen forskjell i tilbakefall mellom behandlingsgruppene (32). Den individuelle kontrollbehandlingen var her meget velutviklet og omfattende.

De fleste studier oppgir også andre effektmål enn tilbakefall (tab 1). Fire studier viser betydelig forkorting av sykehusopphold (17, 21, 25, 33). Har behandlingen virket på tilbakefall, virker den også på sosial og klinisk funksjon, samt familiens omsorgsbyrde. Kostnader mot nytte er vurdert i tre studier. I de to europeiske fant man en nettobesparelse på omtrent 20–25 % per pasient (3, 17), fordi færre ble innlagt i sykehus.

### Studier der to eller flere typer av familiebehandling sammenliknes

I en ny generasjon av studier er ulike slag familiebehandling blitt sammenliknet med hverandre (tab 2) (3, 34–39). Tarrier og medarbeidere fant ingen forskjell i virkningen av to typer atferdsorienterte modeller (3). Leff og medarbeidere fant et langt større frafall i pårørendegruppen (45 %) enn i gruppen med enkeltfamiliebehandling (34). Blant dem som fullførte, var det ingen forskjell i effekt. Montero og medarbeidere fant ingen forskjell i tilbakefallshyppighet det første året, men enkeltfamiliebehandlingen gav vesentlig større effekt enn pårørendegrupper på pårørendes grad av følelsesmessige uttrykk og pasientens sosiale funksjon og medikamentetterlevelse (39). Alt i alt anbefalte forfatterne enkeltfamiliebehandlingen. I McFarlane og medarbeideres studier ble flerfamiliegrupper, der også pasientene deltar, sammenliknet med enkeltfamiliebehandling. I pilotstudien ble undersøkelsen av en psykodynamisk flerfamiliegruppe avbrutt fordi tilbakefallshyppigheten var høy (37). Pilotstudien viste at den psykoedukative flerfamiliebehandlingen var mer effektiv enn enkeltfamiliebehandling. I hovedstudien var forskjellen kun

## ! Ramme 1

### Råd til familien

Liste over noe alle kan gjøre for at ting skal gå greiere.

1. *Vær tålmodig.* Det tar tid å bli frisk. Hvilke er viktig. Ta tiden til hjelp.
2. *Vær nøktern.* Entusiasme er normalt. Demp den litt. Uenighet er normalt. Demp den også.
3. *Gi rom.* Pauser er viktig for alle. Det er greit å stille opp. Det er greit å la være.
4. *Sett grenser.* Alle trenger å vite hvilke spilleregler som gjelder. Noen få gode regler virker klargjørende.
5. *Overse det du ikke kan forandre.* Se gjennom fingrene med mye. Ikke overse vold.
6. *Uttrykk deg enkelt.* Si det du må si, klart, rolig og positivt.
7. *Følg legens forordninger.* Ta medisiner som forskrevet. Ta bare medisiner som er forskrevet.
8. *Fortsett som vanlig.* Få familiens rutiner i gang igjen så raskt som mulig. Hold kontakt med familie og venner.
9. *Unngå rusmidler.* De forverrer symptomene.
10. *Merk deg varseltegn.* Merk deg forandringer. Kontakt pasientens faste behandler.
11. *Løs problemer skritt for skritt.* Gjør forandringer gradvis. Arbeid med én ting om gangen.
12. *Senk forventningene, midlertidig.* Sammenlikn med deg selv. Sammenlikn denne måneden med forrige måned snarere enn med forrige år eller neste år.

Etter W.R. McFarlane (personlig meddelelse)

**Tabell 1** Langvarig familiebehandling ved schizofreni. Randomiserte studier med individualterapi som kontrollbehandling. Ett års oppfølging

Hovedpublikasjon, studieland	Antall pasienter	Psykotisk tilbakefall	Tid i institusjon	Sosial funksjon	Velvære familie	Kostnader spart (%)
Leff, 1982, Storbritannia (16)	23	<sup>1</sup> F < K	–	–	–	–
Falloon, 1982, USA (17)	36	F < K	F < K	F > K	F > K	19
Hogarty, 1986, USA (18)	49	–	–	F > K	–	–
Tarrier, 1988, Storbritannia (3)	54	F < K	<sup>2</sup> F < K	F > K	–	27
Mingyan, 1993, Kina (19)	3 092	F < K	–	F > K	F > K	–
Randolph, 1994, USA (20)	41	F < K	–	–	–	–
Xiong, 1994, Kina (21)	63	F < K	F < K	F > K	F > K	58
Zhang, 1994, Kina (22)	78	F < K	–	F > K	–	–
Telles, 1995, USA (23)	40	F > K	–	F = K	–	–
Buchkremer, 1995, Tyskland (24)	85	F = K	–	F = K	–	–
Linszen, 1996, Nederland (25)	76	F = K	<sup>3</sup> F < K	<sup>3</sup> F = K	–	–
Hogarty, 1997, USA (26)	97	F = K	–	F = K	F = K	–
Tomaras, 2000, Hellas (27)	75	F = K	–	F = K	–	–
Selwood, 2001, Storbritannia (28)	77	F < K	–	F = K	F = K	–
Barrowclough, 2001, Storbritannia (29)	36	F < K	–	F > K	–	–

<sup>1</sup> F = familiebehandling, K = kontrollbehandling. Signifikansnivå p < 0,05, tosidig test

<sup>2</sup> Tarrier og medarbeidere (33)

<sup>3</sup> Lenoir og medarbeidere (32)

signifikant blant pasientene som hadde mange symptomer ved utskrivning (37). Fem av seks studiesteder var vanlige sykehus, noe som øker studiens relevans.

Schooler og medarbeidere sammenliknet virkningen av tre ulike doser antipsykotika kombinert med to typer av familiebehandling (38). De fant ingen gevinst over to år av å legge intensiv atferdsendrende familiebehandling til støttende månedlige flerfamiliegrupper. De undersøkte kun pasienter som hadde få symptomer ved utskrivning. Slutningen gjelder derfor bare disse.

Alt i alt gir flerfamiliebehandlingen tilbakefall omtrent like ofte som enkeltfamiliebehandlingen (ca. 35 % over to år) og omtrent halvparten av hva individualbehandling alene gir. Flerfamiliebehandling er mer kostnadseffektiv enn enkeltfamiliebehandling. Et kostnads-nytte-anslag viste 1 : 34 for flerfamiliegrupper og 1 : 17 for enkeltfamiliebehandling (37).

## Hva påvirker effekten?

### Egenskaper ved behandlingen

**Innholdet.** Köttgen og medarbeidere (40) og McFarlane og medarbeider (36) undersøkte «psykodynamiske» familiebehandlingsmodeller i motsetning til «psykoedukative». Med forbehold for at førstnevntes studie

ikke var randomisert, viste «psykodynamiske» behandlingsmodeller en stor andel tilbakefall, 35–40 % det første året. Ugunstige særtrekk i Köttgens modell var at de betraktet følelsesmessige uttrykk som en spesifikk årsaksfaktor for schizofreni, devaluerte genetiske og fremhevet psykososiale årsaksmodeller. Vi tror at pårørende er svært følsomme for den bebredende holdningen som lett følger av slike psykodynamiske teorier om schizofreni. Trolig var det også ugunstig at behandlerne la hovedvekten på «hvorfor», ikke «hvordan»: Terapeuten skulle ikke prøve å forandre familiemedlemmet, men kun forstå ham eller henne.

**Behandlernes kompetanse.** Dette har ikke vært undersøkt, men det antas at behandlerens kompetanse og engasjement påvirker effekten, og at de må læres opp i disse metodene.

**Varigheten.** Korttidsprogrammene vil stort sett ikke gi varige endringer. På den annen side er langtidsprogrammene svært potente. Pitschel-Walz og medarbeidere fant at effektstørrelsen var 0,14 (0,06–0,22) for korttids- og 0,30 (0,19–0,41) for langtidsprogrammer (13).

**Format.** Enkeltfamiliebehandling har vist klart bedre effekt enn individualbehandling (15). Flerfamiliegrupper med pasient har

ikke vært sammenliknet med individualbehandling, men har vist like god effekt som enkeltfamiliebehandling (41). Tilbakefallshyppigheten er langt lavere enn man finner i studier av standard individualbehandling. Pårørendegrupper har ikke forebygget tilbakefall bedre enn individualbehandling (24, 27). De virker trolig svakere enn enkeltfamiliebehandling (34, 39).

### Egenskaper ved pasienten

**Sykdomsfase.** Med to unntak har studiene bare omfattet pasienter med lang sykehistorie. Goldstein anbefalte enkeltfamilieformatet for førsteepisodepasientene på grunn av diagnostisk tvil og stor omstilling for familien (42). Dixon og medarbeidere anbefalte at de med kort og lang sykehistorie burde tilbys intervensjon med ulikt innhold (12, 25).

**Fase av episoden.** McCreadie og medarbeidere hevdet at det er vanskeligere å få med familien etter stabilisering: «Det går bra nå.» De klarte bare å få med seg i familiebehandling 27 % av valgbare skotske familier (43). Tomaras og medarbeidere i Hellas og Mingyan og medarbeidere i Kina benektet slike problemer (19, 27). I sistnevnte studie deltok og fullførte 97 % av 3 000 valgbare familier i stabilisert fase.

**Symptomenes alvorlighetsgrad.** McFar-

**Tabell 2** Langvarig familiebehandling ved schizofreni. Sammenlikning av ulike familiebehandlingsprogrammer

Hovedpublikasjon, studieland	Antall pasienter	Psykotisk tilbakefall (to år)
Tarrier, 1988, Storbritannia (3)	25	Enkeltfamilie, atferdsendrende (rollespill) = Enkeltfamilie, atferdsendrende (diskusjoner)
Leff, 1989, Storbritannia (34)	23	Enkeltfamilie, atferdsendrende = Pårørendegrupper
Zastowny, 1992, USA (35)	30	Enkeltfamilie, atferdsendrende = Enkeltfamilie, støttende
McFarlane, 1995, USA (36)	41	Flerfamilie, atferdsendrende < Enkeltfamilie, atferdsendrende = Flerfamilie, psykodynamisk
McFarlane, 1995, USA (37)	172	Flerfamilie, atferdsendrende = Enkeltfamilie, atferdsendrende
Schooler, 1997, USA (38)	313	(Enkeltfamilie, atferdsendrende + Flerfamilie, støttende) = Flerfamilie, støttende
Montero, 2001, Spania (39)	87	Enkeltfamilie, atferdsendrende = Pårørendegrupper (ett år)

Signifikansnivå p < 0,05; tosidig test

lane og medarbeideres studie tyder på at de sykeste har fordel av flerfamilieformatet fremfor enkeltfamilieformatet (37).

**Rusmiddelmissbruk.** Sistnevnte studie tok uttrykkelig med rusmiddelmissbrukere (37). 37 % av pasientene hadde nylig misbrukt illegale stoffer. Dette predikerte ikke psykisk tilbakefall. Det er uvisst om misbruket påvirket effekten av familiebehandlingen. En pasient-kontroll-studie av pasienter med alvorlig sinnslidelse viste at de med rusmiddelmissbruk opplevde vesentlig større familieproblemer og var vesentlig mer motivert for familiebehandling enn de uten (44).

Barrowclough og medarbeidere undersøkte en gruppe med både schizofreni og rusmiddelmissbruk (29). En av tre ønsket ikke å være med i forsøket. Eksperimentgruppen fikk enkeltfamiliebehandling sammen med «motiverende intervjuing» og kognitiv terapi. 94 % av gruppen fullførte ett års behandling. Sammenliknet med en gruppe som fikk standardbehandling, hadde eksperimentgruppen halvparten så mange tilbakefall, vesentlig bedre global funksjon og mindre rusmiddelbruk.

#### Egenskaper ved familien

**Kultur.** Blant spansktalende immigranter med lav inntekt i California var det en signifikant interaksjon mellom typen behandling og graden av tilpasning til stedets kultur. Familietilnærmingen gav et dårligere utfall enn individualbehandling (case management) blant de mindre tilpassede (23). Den ble opplevd som invaderende og i strid med tolerante holdninger til symptomer. I andre kulturer finnes sterke belegg for effekt, særlig i angloamerikanske og kinesiske.

**Kontakmengde.** Alle studier er blitt utført blant familier der pasienten enten bodde sammen med pårørende eller var sammen med dem minst fire timer ukentlig. Trolig vil mer kontakt innebære større effekt, men dette har ikke vært undersøkt.

**Følelsesmessige uttrykk (expressed emotion).** Familiebehandling ble blant annet utviklet for å minske høy grad av følelsesmessige uttrykk. Derfor skulle programmene være egnet for pårørende som viste slik atferd. I de klassiske studiene var det nesten bare slike familier. I senere studier er behandlingen blitt tilbudt pårørende med lav grad av slike uttrykk. Én studie viste at behandlingsformen var uavhengig av denne type atferd (20). Tre andre hadde en stor andel familier med lav grad av følelsesmessige uttrykk (henholdsvis 92 %, 50 % og 37 %) (23–25). Ikke i noen av disse viste familiebehandling seg mer effektivt enn individualbehandling. Linszen og medarbeidere fant at det gikk verre med familiene med lav grad av følelsesmessige uttrykk som fikk atferdsorientert familiebehandling. Det var langt vanskeligere å sette programmet ut i live. Både Linszen og medarbeidere og Telles og medarbeidere foreslo at denne formen for behandling ikke burde tilbys slike familier.

Disse pårørende trenger trolig følelsesmessig bearbeiding og hjelp til å komme gjennom sorgen. Vi mener derfor at vurdering av følelsesmessige uttrykk ville være nyttig når man skal starte et familiebehandlingsopplegg.

#### Situasjonen i Norge

Arbeid med flerfamiliegrupper i Norge har røtter tilbake til 1960-årene (45). I løpet av 1980-årene stimulerte de oppløftende funnene fra utenlandske studier av psykoedukativ familiebehandling til flere prosjekter, bl.a. ved Sandviken sykehus (46), Rogaland psykiatriske sjukehus (47), psykoseprosjektet ved Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri (48), familieprosjektet ved Blakstad og Gaustad sykehus (2) og TIPS-prosjektet i Rogaland og ved Ullevål sykehus (49). Statens helsetilsyn utgav i 2000 heftet *Schizofreni: kliniske retningslinjer for utredning og behandling* (50). Der heter det: «Det bør tilbys samtaler med familien, med eller uten pasientens deltagelse, eventuelt i gruppe med andre familier i samme situasjon, etter såkalte psykoedukative prinsipper.» Senere omtales familiebehandling svært kortfattet. «Dersom det er spesielle problemer med følelsesklimaet i familien og familiens evne til å støtte pasienten, skal det tilbys strukturert familieintervensjon.» Holdningen blant helsepersonell i psykiatrien overfor pårørende til pasienter med schizofreni synes å ha endret seg sterkt i positiv retning i løpet av 1990-årene. Til tross for dette er langvarige familieintervensjonsprogrammer ikke satt i system her. Det kan skyldes organisatoriske og økonomiske, men også holdningsmessige forhold. Helsepersonell og til dels familier har hatt motforestillinger mot kostnader og langvarig forpliktelse, at familiebehandling kommer i konflikt med taushetsplikten og at den bygger på en særskilt sykdomsforståelse (12).

#### Konklusjon

Man har solid belegg for at langtids familiebehandling minsker faren for tilbakefall ved schizofreni. Man har også belegg for at disse metodene forkorter sykehusopphold, forbedrer samarbeid om medikasjon, forbedrer pasientens funksjonsevne og familiens velvære, og at de er kostnadseffektive. Det er den psykososiale behandlingsformen som har best dokumentert virkning ved schizofreni (15). Enkeltfamilie- og flerfamiliebehandling synes å være omtrent like effektivt. Pårørendegrupper har derimot ingen godt dokumentert effekt på sykdomsforløpet. Dette tyder på at månedlige flerfamiliegrupper med både pårørende og pasienter kan være den mest kostnadseffektive måten å organisere familiebehandlingen på. Men det må tas hensyn til en rekke faktorer som kan endre effekten, spesielt sykdomsfasen, alvorlighetsgraden av sykdommen, kulturen og følelsesmessige uttrykk.

For å få økt effekt hos en større andel av dem som tilbys behandlingen, må vi vite mer om hvilken type behandling som passer for hvilke familier med hensyn til hvilken type effekt. Behandlingen må altså tilpasses familiens behov. Vi må vite mer om hva som er nødvendige og tilstrekkelige faktorer for å få effekt i disse gruppene og hvorfor personer ikke følger opp behandlingen. Allerede nå vet man nok til at det bør kreves at helsemyndighetene i Norge etablerer utdanningsprogrammer for helsepersonell og lar psykoedukativ familiebehandling inngå i det vanlige psykiske helsevern.

#### Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

1. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 547–52.
2. Bentsen H. Predictors of expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, 1998.
3. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S et al. The community management of schizophrenia: a controlled trial of behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry* 1988; 153: 532–42.
9. Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR, May PR, Steiberg MR. Drug and family therapy in the after-care treatment of acute schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 1169–77.
12. Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update of family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000; 26: 5–20.
13. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001; 27: 73–92.
14. Pharoah FM, Mari JJ, Streiner D. Family intervention for schizophrenia (Cochrane review). Oxford: Update Software, 2001.
15. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002; 32: 763–82.
16. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Vries R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1982; 141: 121–34.
17. Falloon IR, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss HB, Gilderman AM. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *N Engl J Med* 1982; 306: 1437–40.
18. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 633–42.
23. Telles C, Karno M, Mintz J, Paz G, Arias M, Tucker D et al. Immigrant families coping with schizophrenia: behavioural family intervention v. case management with a low-income Spanish-speaking population. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 473–9.
29. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1706–13.
31. Tarrier N, Barrowclough C, Porceddu K, Fitzpatrick E. The Salford Family Intervention Project: relapse rates of schizophrenia at five and eight years. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 829–32.
32. Lenior ME, Dingemans PMAJ, Linszen DH, de Haan L, Schene AH. Social functioning and the course of early-onset schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 53–8.