



## Familien som ressurs i bedringsprosessen

# Psykoedukative flerfamiliegrupper for unge med psykose

**Vi vil legge frem aktuell forskning, beskrive metoden for psykoedukative flerfamiliegrupper og dele erfaringer fra gruppeledelse og implementeringsarbeid. Deretter diskuteres dette familiearbeidets relevans for ergoterapi.**

AV IRENE NØRHEIM OG NINA H MJØSUND

### Bakgrunn

Familiearbeid etter denne metoden er kjennetegnet ved at familiemedlemmer deltar aktivt i grupper, sammen med pasienten (hovedpersonen) og i samhandling med helsetjenesten. Familiemedlemmene sees som en ressurs og viktig samarbeidspartner for pasienten og fagpersonene. En flerfamiliegruppe arbeider sammen over en periode på to år og gruppen settes sammen av fem pasienter med inntil tre

av sine familiemedlemmer. Deltakelse i en slik gruppe utvikler kunnskap og strategier for å håndtere hverdagen for både pasient og familiemedlemmer. Gruppen etablerer fellesskap og samhold, som viser seg å være en motiverende faktor ved problemløsning av ulike utfordringer i hverdagen.

Schizofreni debutterer vanligvis tidlig i livet (oftest 18 – 30 år), og fører til betydelige problemer med utdanning og arbeid samt egenomsorg og sosialt liv. Sykdommen kjennetegnes av forstyrret opplevelse og fortolkning av både den ytre og indre verden.

Først og fremst fordreies selv-opplevelsen (identitetsopplevelsen), men også tenkningen, persepsjonene og affektene. De mest grunnleggende funksjonene som gir opplevelse av individualitet, egenart og mening rammes. Kognitiv svikt utvikles over tid hos de fleste, men ikke alle. Innsikt i sykdommen gjennom kunnskap og hjelp til selvforståelse kan fremme mestring. Dette igjen er viktig for å motta og delta aktivt i behandling over tid, noe som kan være avgjørende ved schizofreni (1).

Problemerkene vil være livslange for majoriteten av de som rammes. Det viser seg at familien ofte er den viktigste støttespilleren i sykdomsperioden.

Mange unge bor hjemme og er både økonomisk og sosialt avhengige av familiens hjelp (2). Omfattende studier de siste tiår viser at forløpet av sykdommen bedres når familiens behov for informasjon, veiledning og støtte ivaretas (3). Familiemedlemmer opplever det ofte vanskelig å forstå atferden, og det at personen ikke er den samme som før. Når et familiemedlem over tid endrer funksjon og atferd vil det føre til bekymring og stress hos familiemedlemmer (4). I boken «Blåmann» gir forfatter og mor Nina Berg et innblikk:

*Det er en illusjon å tro at en sykdom som fører til et ras i ett familiemedlems personlighet og selvoppfatning, ikke har dype konsekvenser for de personene han har nære relasjoner til. Alle må forholde seg til en ny virkelighet. Kartene må tegnes på ny. De gamle er ikke gyldige lenger. Man finner rett og slett ikke frem i det nye terrenget med dem (5).*

Psykoedukative metoder er en samlebetegnelse for strukturerte behandlingstilbud som også møter pasientens og familiens behov for kunnskap om den psykiske lidelsen, og hvordan håndtere denne på en best mulig måte. Metoden tar utgangspunkt i at



**Irene Norheim er ergoterapeut med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Hun arbeider som spesialkonsulent ved Vestre Viken HF, Klinikk for psykisk helse og rus, FoU-enheten.**

**E-post: sbnoir@vestreviken.no**



**Nina Helen Mjøsund er psykiatrisk sykepleier, cand.san Hun er enhetsleder ved Vestre Viken HF, Klinikk for psykisk helse og rus, FoU-enheten**

**Sammendrag:**

Familier til personer som utvikler en alvorlig psykisk lidelse opplever i ulik grad å bli møtt og involvert i behandlingen av sitt familie-medlem. Psykoedukative (kunnskapsbaserte) flerfamiliegrupper (PEFFG) ivaretar dette behovet og er implementert som en del av tilbudet til unge pasienter med psykose og deres familier ved Vestre Viken HF, Sykehuset Buskerud, Klinikk for psykisk helse og rus. Arbeid med PEFFG er et interessant og relevant arbeidsfelt for ergoterapeuter i psykisk helsevern. Artikkelen beskriver noe av forskningen om PEFFG og metoden som benyttes. Erfaringer fra gruppeledelse og resultat fra en tilfredshetsundersøkelse blant gruppeledere legges frem. Deretter presenteres erfaringer fra et implementeringsprosjekt hvor tilbudet skulle etableres som en del av det totale behandlingstilbudet til denne pasientgruppen. Artikkelen avsluttes med noen refleksjoner om familiearbeidets relevans for ergoterapi.

**Nøkkelord:**

*Bedringsprosesser, ergoterapi, familiearbeid, psykoedukative flerfamiliegrupper, psykose.*

psykisk lidelse har biologiske og psykologiske implikasjoner (6). Undervisning, følelsesmessig støtte, tilgjengelighet av helsetjenester ved kriser, ferdigheter innen problemløsning, samt at hjelpen har en varighet på minimum ni måneder er det som karakteriserer effektive psykoedukative modeller (3). Psykoedukativ familiearbeid tar i bruk kunnskapsformidling, undervisning, erfaringer fra systemisk familierterapi og kognitive atferdsendrende metoder (7). Familiearbeidet kan tilrettelegges for enkeltfamilier, eller for flere familier sammen i en gruppe.

Det er i de siste 25 år publisert forskningsresultater som viser at psykoedukative familieintervensjoner er gunstige for personer med alvorlig psykisk sykdom (8). En oversiktsartikkel fra 2010 konkluderer med at familieintervensjon ved schizofreni kan minske risikoen for tilbakefall og reinnleggelser, samt bidra til å etterleve medikasjon. Deltakelse i et slikt



**Familiemedlemmer opplever det ofte vanskelig å forstå atferden, og det at personen ikke er den samme som før.**

familiearbeid vil også kunne redusere familiens belastninger (9). En meta-analyse vurderte effekten av psykoedukasjon for pasienter med schizofreni, og viste at når familien ble trukket inn i arbeidet hadde psykoedukasjon effekt på forløpet (10). Deltakelse i psykoedukativt familiearbeid fører også til økt funksjonsnivå og bedre sosial fungering (11;12)

Dette familiearbeidet er et godt eksempel på virksomt rehabiliteringsarbeid fordi det bidrar til at både pasient og familiemedlemmer opparbeider kunnskap, ferdigheter og støtte til å fungere bedre i dagliglivet og til å oppnå egne personlige mål (12). I de nye Nasjonale retningslinjer for behandling av schizofreni, vil psykoedukativt familiearbeid bli ett av de anbefalte behandlingstilbudene til alle pasienter med en schizofrenilidelse (under utarbeidelse).

### Beskrivelse av metoden

Psykoedukative flerfamiliegrupper fikk sitt gjennombrudd i Norge gjennom å være en del av behandlingstilbudet i TIPS-prosjektet (1997-2000), som tilbød helhetlig behandling til personer fra 18 til 67 år med en nyoppdaget psykose (13). Denne metoden for familiearbeid ble utarbeidet

av den amerikanske psykiateren W.R. McFarlane. Det ble utviklet som et gruppetilbud, og grupper har vært drevet siden 1979. En gruppe ledes av to gruppeledere som har kvalifisert seg til dette gjennom kurs og veiledning. Kjernerstrategien i PEFFG er å fremme rehabilitering gjennom et resursorientert fokus der pasient, familie og fagpersoner utvikler et gjensidig samarbeid (14).

Deltakelse i en slik gruppe gir familiene hjelp til å moderere og tilpasse sitt engasjement, og tilrettelegger gjennom dette et positivt og støttende miljø rundt hovedpersonene. En gruppe bidrar til mange fordeler for hovedperson og familie, gjennom innbyrdes støtte, empati, deling av felles erfaringer, problemløsningsferdigheter og informasjonsutveksling vedrørende ressurser og mestringsstrategier. Gruppen blir samtidig et sosialt nettverk. Deltakelse i gruppe kan også føre til mindre stigmatisering, foreldreroller på tvers, normalisering av kommunikasjon og hjelp ved kriser (15).

### Strukturen i en psykoedukativ flerfamiliegruppe

Psykoedukativt familiearbeid følger en struktur som gir forutsigbarhet

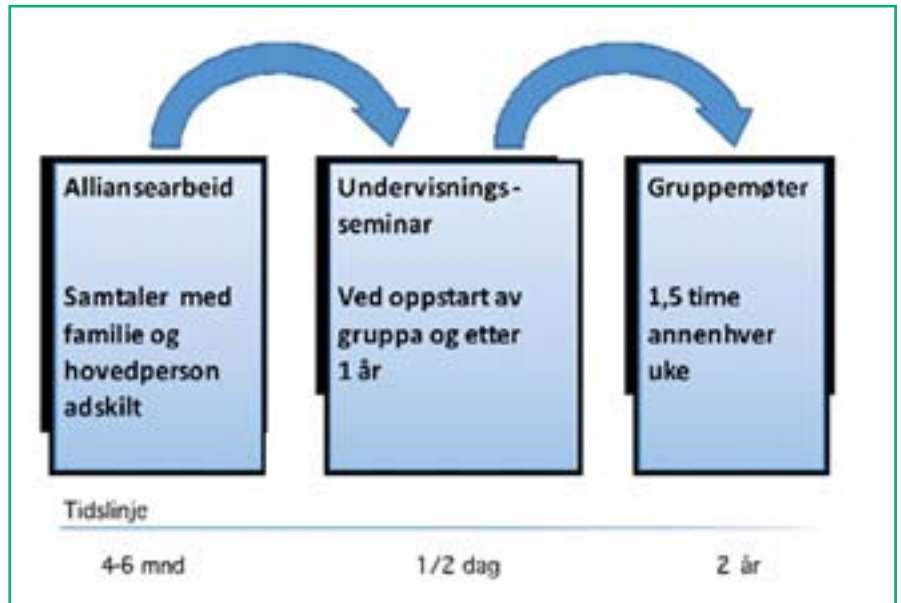
1. møte: personlig presentasjon
2. møte: hvordan psykosen har påvirket våre liv
3. møte og utover:
  - 15 minutter småsnakk
  - 20 minutter runde
  - 5 minutter valg av tema
  - 45 min. problemløsning
  - 5 minutter småsnakk

Figur 2: Struktur for gruppemøtene

både for gruppedeltakere og gruppeledere. Det er tydelig hva som skal skje i de ulike fasene (figur 1).

**Alliansearbeid:** Hver av de fem hovedpersonene kan velge å ta med seg inntil tre familiemedlemmer i gruppa. Alliansearbeidet gjennomføres før gruppa startes opp. Hver familie tilbys minst tre samtaler uten at hovedpersonen er til stede. I disse samtalenene får familiemedlemmene mulighet til å snakke om sine erfaringer og utfordringer, og om den krisen de har opplevd. Det er derfor viktig at de opplever seg møtt og forstått, og anerkjent for den innsatsen de har gjort i forhold til sitt familiemedlem. Ved samtaler med søsken trenger de hjelp til å sette grenser, for ikke å ta på seg for mye ansvar (16). Gruppelederne har også alliansesamtaler med hovedpersonene for å bli kjent og skape trygghet til å kunne delta i en slik gruppe. Gjennom alliansearbeidet skapes grunnlaget for engasjement og deltakelse.

**Undervisning:** Kunnskap om psykose og psykosebehandling gir familiene mulighet til å få en felles forståelsesramme og et felles språk for sykdommen. Gruppemedlemmene tilbys et undervisningsseminar både før gruppestart og etter at gruppen har vart et år. Tema i undervisningen er blant annet psykoseforståelse, stress-/sårbarhetsmodellen, tidlige tegn på sykdom, kognitiv funksjon, behandlingstilbud, familiens situasjon, samt gjennomgang av gruppestrukturen og innholdet på møtene. Familiemedlemmer eller hovedpersoner som har deltatt på grupper tidligere, inviteres til å komme og dele sine erfaringer om hva dette familiesamarbeidet har betydd for dem.



Figur 1: Prosessen i en psykoedukative flerfamiliegruppe

**Gruppemøter:** Møtene er strukturerte og tar gjennom dette hensyn til de begrensninger som kjennetegner en psykose; oppmerksomhet, hukommelse, oppgaveutførelse, tempo og sosial kognisjon. Etter de to innledende gruppemøtene følger møtene samme struktur (figur 2). Møtene åpnes med småprat om dagligdagse tema og deretter en runde hvor alle oppfordres til å si noe om hvordan de to siste ukene har vært.

Hovedpersonene formidler hva som har gått bra siden sist og hva de kunne ønske hadde gått bedre. Etter gjennomført runde hvor alle har fått anledning til å si noe om sitt eget, har gruppelederne en reflekterende samtale om hvem som skal spørres om å få hjelp fra gruppa til å finne løsninger på sine presenterte problemer. Det er svært viktig at problemformuleringen utformes slik at den blir gjenkjennbar for hovedpersonen som har presentert problemet. Etter at problemstillingen er formulert oppfordres alle gruppemedlemmene til å bidra med løsningsforslag.

Hovedpersonen velger tre av løsningsforslagene og får hjelp til å lage en plan for hvordan disse forslagene kan settes ut i livet. De andre hovedpersonene opplever ofte å ha nytte av problemløsningen fordi de kan kjenne seg igjen i problemet som er presen-

tert. Problemløsningen blir alltid skrevet ned og delt ut til alle gruppedeltakerne.

### Erfaringer fra gruppeledelse

Det benyttes både kliniske kartleggingsskjema og tilfredshetsundersøkelse ved gjennomføring av PEFFG. Figur 3 viser resultatet fra en tilfredshetsundersøkelse gjennomført i januar 2010, etter et års forløp i en gruppe. Skjemaet bruker Likert skala (17) for svaralternativ og ble besvart av fem hovedpersoner og syv familiemedlemmer. Oppmøteprosenten for hovedpersonene det første året var 96 prosent, og for familiemedlemmer 77 prosent. Totalt var det 19 gruppemøter.

Det ser ut til at gruppen har en egen funksjon for deltakerne. På spørsmål om gruppen har vært til hjelp og på hvilken måte, har vi fått følgende tilbakemeldinger fra tidligere gruppedeltakere:

*Den har vært veldig til hjelp.*

*Gruppen er basert på hverdagen, og det er det som er nyttig. Det brukes verktøy, og det er bra.*

*Kommunikasjonen mellom oss i familien forandret seg, og er fortsatt det (hovedperson).*

*Vi fikk tilgang til en annen forståel-*

**Prosjektperiode: 2006-2008****Målsetting:**

Utvikle og implementere psykoedukativt (kunnskapsbasert) flerfamiliearbeid som del av et helhetlig behandlingstilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser.

**Resultatmål:**

1. Iverksette flere PEFFG.
2. Etablere PEFFG som del av et helhetlig behandlingstilbud til personer med schizofreni eller lignende alvorlig psykisk lidelse i tidlig fase (de første fem årene etter sykdomsdebut).
3. Utrede hvorvidt denne PEFFG-modellen eller lignende psykoedukative modeller egner seg for personer med annen psykisk lidelse enn schizofreni og lignende alvorlig psykisk lidelse. Dette i forhold til personer med bipolar lidelse, rus og psykisk lidelse, spiseforstyrrelser.
4. Etablere en struktur for ivaretagelse av gruppeledere for PEFFG gjennom blant annet opprettelse av «Flerfamilieforum» og systematisk veiledning.
5. Fremskaffe evalueringsverktøy for systematisk kartlegging av PEFFG med fokus på mestring og tilfredshet, og ta disse i bruk.
6. Introdusere kommunene i nedre Buskerud for dette arbeidet, gjøre forskning og få til samarbeid om drift av grupper.

**Prosjekt: Kunnskapsbasert flerfamiliearbeid i Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Buskerud HF.**

*sesramme. Vi fikk kunnskap til å løse ting annerledes hjemme.*

*Anerkjennelse var viktig for oss. Vi fikk aksept og ikke skyld. Foreldre føler ofte på skyld og skam, når det gjelder psykiatriske diagnoser, så da er en slik holdning viktig. Vi fikk hjelp til å redusere stress, og vi fikk hjelp til ikke å stille uoppnåelige krav (familiemedlem).*

Våre erfaringer fra disse gruppene er at deltakerne kan bekrefte tidligere funn om at de har fått økt kunnskap og innsikt i utfordringer knyttet til sykdommen og hverdagen.

Hovedpersoner og familiemedlemmer får en felles forståelse av hva som skal til for å kunne ta et skritt om gangen i en bedringsprosess. Dette handler om engasjert, målrettet innsats, om å sette seg mål og tydeliggjøre mestring, og om å komme seg igjen etter dårlige perioder.

Hovedpersonene gir hverandre råd og deler erfaringer som har langt større tyngde og presisjon enn hva fagpersoner kan formidle. Gruppen blir en «heiagjeng» for hver enkelt hovedperson, og den enkeltes ressurser fremheves. Ikke minst bidrar gruppen med humor og motivasjon. Uttrykket vi er i samme båt, blir ofte benyttet for å beskrive opplevelsen av fellesskap og støtte i gruppa.

Problemløsningen utgjør en stor del av de fortløpende gruppemøtene. Erfaringer viser at denne delen er viktig. Hovedpersonene får innspill og ideer til å løse utfordringer i hverdagen. Tema for problemløsning handler ofte om balansen mellom aktivitet og hvile. Hvor stor del av tiden kan og bør handle om arbeid, utdanning eller annen aktivitet slik at det kan føre til en god bedringsprosess og bedret helse? Hva kan gjøres for å nå egne mål? Eksempler på forslag til løsninger har vært: å skrive ukeplan med innlagte hvilepauser, få hjelp til å takle stress i form av samtaler, få praktisk hjelp av venner og familie, sette grenser og begrense ansvar.

Et annet område for problemløsning er det å takle ulike sosiale situasjoner, for eksempel familiesammenkomster eller å være sammen med arbeidskollegaer og venner. Mange opplever store vanskeligheter med å skulle ta initiativ til, og å opprettholde en sosial kontakt. Nedvurderende tanker, stemmer, opplevelse av stress og angst kan være faktorer som gjør dette vanskelig. Eksempler på forslag til løsninger har vært å få hjelp til å tenke annerledes og mer nyansert om situasjonen, få støtte og hjelp fra andre i den aktuelle situasjonen, legge til rette for å kunne trekke seg tilbake

## Utdanningen tilbys ved:

- Oslo Universitetssykehus, TIPS Helse Sør-Øst
- Stavanger Universitetssykehus, Helse Stavanger HF

**Gruppelederutdanning i psykoedukativt familiearbeid.**

og avlede oppmerksomheten dersom situasjonen blir for krevende.

**Implementering**

Ved Vestre Viken er erfaringen at psykoedukativt familiearbeid er tidkrevende å implementere som en del av et helhetlig behandlingstilbud til personer med psykose. En slik implementering krever koordinering og samarbeid på tvers av avdelinger og enheter. Det krever et utstrakt informasjonsarbeid, samt en god ledelsesforankring. Det er også viktig med utarbeiding av retningslinjer for drift av grupper og avtaler med gruppeledere.

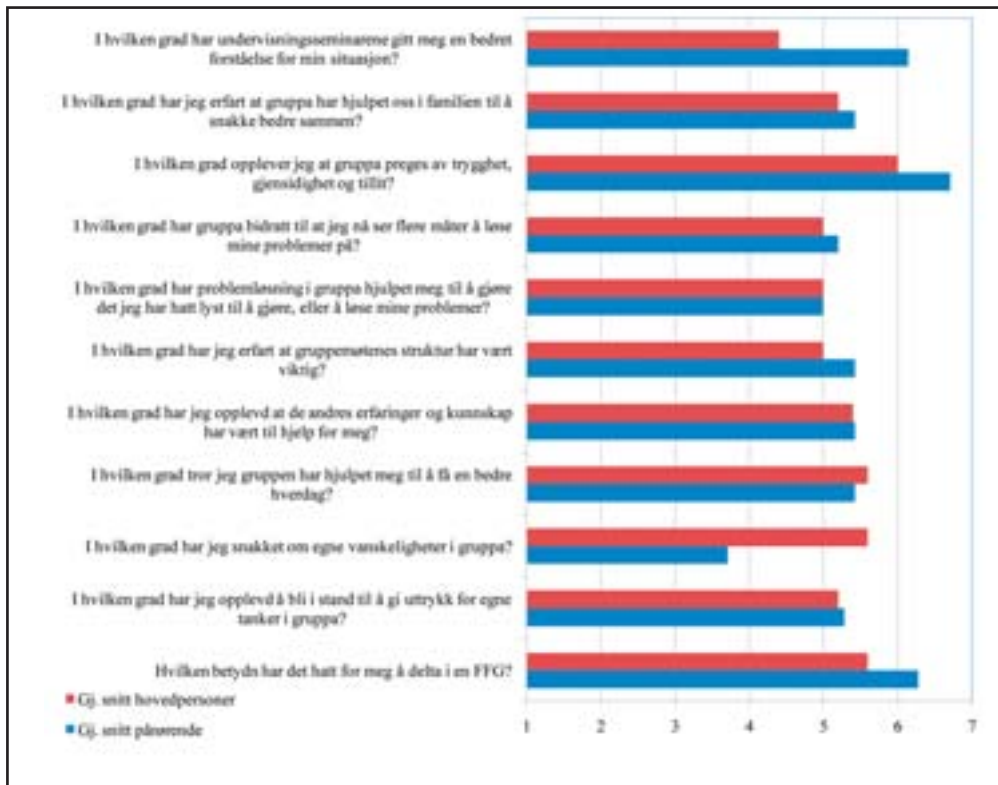
Organisatoriske forhold har i hovedsak vist seg som barrierer for å implementere PEFFG (3).

Oppstart av PEFFG begynte i Vestre Viken med initiativ fra fagpersoner i direkte pasientarbeid. Engasjement fra gruppeledere, ledere og gode erfaringer fra gruppedeltakere førte til etableringen av et prosjekt for implementering av slike grupper (faktaboks 1).

Fagpersoner driver én gruppe av gangen, enten som en del av den ordinære arbeidstiden eller som en tilleggsfunksjon. Gruppeledere må ha erfaring fra arbeid innen psykisk helse, samt ha gjennomført en egen gruppelederutdanning (18;19). Gruppene holdes på ettermiddags-/kveldstid. Virksomheten er refusjonsberettiget.

I psykisk helsevern er det ofte kortvarige sykehusopphold. Familiearbeidet bidrar til kontinuitet og sammenheng over tid. Vår erfaring er at deltakelse i PEFFG viser seg å være spesielt gunstig i overgangsfaser; fra sykehus til hjemmet eller egen leiligh-





Figur 3. Likert skala fra 1 til 7 er benyttet, der 1 er «ingen betydning» og 7 er «svært stor betydning» (19).

het, ved oppstart av utdanning eller arbeid, ved overgang fra barne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri.

Noen grupper velger å fortsette på egenhånd som selvledede flerfamiliegrupper etter ordinært gruppeforløp. I et eget prosjekt i regi av Selvhjelp Norge har vi på bakgrunn av erfaringer fra disse gruppene fått mer kunnskap om betydningen av å fortsette å møtes, hva som skal til for å stimulere til videreføring, og hvordan man best kan tilrettelegge for at slike grupper skal fungere. Det er i denne sammenheng også etablert en møteplass to ganger pr. år for deltakere og gruppeledere i avsluttede og pågående PEFFG (19). I det videre arbeidet med igangsetting av nye PEFFG er det ønskelig å få til samarbeid med kommunene. Metoden er anvendelig uavhengig av helsetjenestenivå.

### Relevans for ergoterapi

De siste fem årenes arbeid med psykoedukativt familiearbeid har gitt entusiasme og engasjement for å formidle og fremme dette arbeidets plass i psykisk helsevern. I tillegg til de resultater forskningen kan vise til, har møte med mange fornøyde hovedper-

soner og familiemedlemmer gitt tro på at deltakelse i et systematisk familiearbeid kan utgjøre en viktig del av behandlingen til personer med psykose.

Metoden innehar en struktur og tenkning som passer godt inn i ergoterapeuters måte å arbeide på. Det handler om rehabilitering. Ergoterapeuters kompetanse knyttet til funksjonsvurdering, kognitiv svikt, kartlegging av interesser, meningsfull aktivitet, hverdagsliv og relasjonsarbeid er svært relevant. Mange ergoterapeuter har gjennom utdanningen erfaring med problembasert læring og målarbeid. Dette er kunnskap som kan nyttiggjøres i gruppemøtene. Samarbeid med andre instanser er påkrevd, noe som er en naturlig del av ergoterapeuters arbeidsform. Forståelse av bedring som en prosess har stor betydning gjennom hele gruppeforløpet. Ikke minst er kunnskap om betydningen av sosiale nettverk og sosiale roller en viktig del av familiearbeidet.

Bekreftelse på at dette er et aktuelt arbeidsfelt for ergoterapeuter, er meddelt i personlig kontakt med den amerikanske ergoterapeuten D.

Downing (8). Hun formidler at ergoterapi gir en god bakgrunn og kompetanse for å implementere denne modellen i praksis. Hun har de siste 14 årene drevet med opplæring nasjonalt og internasjonalt i bruk av metoden, hun har også deltatt i utarbeiding av manual for PEFFG.

### Avslutning

Psykoedukativt familiearbeid har fokus på mestring av hverdagen for personer med psykose og deres familier. Familien inkluderes som en betydningsfull samarbeidspart. Dette gir familien grunnlag for å bidra i bedringsprosessen og håndtere fremtidige utfordringer. Grappa blir også et sosialt nettverk som ofte videreføres etter ordinært gruppeforløp.

I nye nasjonale retningslinjer vil familiearbeid bli et av de anbefalte behandlingstilbudene til alle med schizofrenilidelse. Dette vil føre til behov for nye gruppeledere i tiden fremover. Psykoedukativt familiearbeid vurderes som et relevant arbeidsområde for ergoterapeuter. Dette arbeidet kan bidra til å synliggjøre ergoterapeuters kompetanse innen rehabilitering i psykisk helsevern. Samtidig får man en personlig opplevelse av å bidra i et fellesskap, til viktige bedringsprosesser for den enkelte.

*Det er ingen uenighet mellom forfatterne når det gjelder rettigheter til manuskriptet*

### Referanser

- (1) Møller P. Schizofreni og selvet – eksistensielle perspektiver på forståelse og utredning. Tidsskr Norsk Legeforening 2005;125:1022-5.
- (2) Addington J, Collins A, McCleery A, Addington D. The role of family work in early psychosis. Schizophrenia Research 2005 November 1;79(1):77-83.
- (3) Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. Psychiatr Serv 2001 July;52(7):903-10.
- (4) Cuijpers P. The effects of family interventions on relatives burden: A meta-analysis. Journal of Mental health

- 1999;8(3):275-85.
- (5) Berg NB. Blåmann: ung psykisk lidelse - familiens smerte. Oslo: Aschehoug; 2002.
  - (6) Lindvåg AJ, Fjell A. Psykoedukativ behandling ved psykose. In: Rund BR, editor. Schizofreni. Stavanger: Hertervig forlag; 2005.
  - (7) Bentsen H. Bedrer psykoedukativ familiebehandling forløpet ved schizofreni? Tidsskrift for den Norske Lægeforening 2003;123:2571-4.
  - (8) Jewell TC, Downing D, McFarlane WR. Partnering with families: multiple family group psychoeducation for schizophrenia. Journal of clinical psychology 2009;65(8):868-78.
  - (9) Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia (Review). The Cochrane Library 2010;(3):1-25.
  - (10) Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. Schizophrenia Research 2007 November;96(1-3):232-45.
  - (11) Liberman DB, Liberman RP. Involving families in rehabilitation through behavioral family management. Psychiatr Serv 2003 May;54(5):633-5.
  - (12) Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De RC, Maj M. Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. Psychiatr Serv 2006 December;57(12):1784-91.
  - (13) Fjell A, Bloch Thorsen GR, Friis S, Johannessen JO, Larsen TK, Lie K et al. Multifamily group treatment in a program for patients with first-episode psychosis: experiences from the TIPS project. Psychiatr Serv 2007 February;58(2):171-3.
  - (14) Lukens EP, McFarlane W. Families, social networks, and schizophrenia. In: McFarlane WR, editor. Multifamily groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders. New York: Guilford Press; 2002. p. 18-35.
  - (15) McFarlane WR. Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. New York: Guilford Press; 2002.
  - (16) Smith J, Fadden G, O'Shea M. Interventions with Siblings. A Casebook of Family Interventions for Psychosis. West Sussex: John Wiley & Sons; 2009. p. 185.
  - (17) WIKIPEDIA Likert-skala. Internett 2010 August 11; Available from: URL: [www.da.wikipedia.org/wiki/likert-skala](http://www.da.wikipedia.org/wiki/likert-skala)
  - (18) Oslo Universitetssykehus. TIPS Helse Sør-øst. Internett 2010 August 11; Available from: URL: [www.ullevaal.no/modules/module\\_123/proxy.asp?iCategoryId=700&iInfold=9930&iDisplayType=2](http://www.ullevaal.no/modules/module_123/proxy.asp?iCategoryId=700&iInfold=9930&iDisplayType=2)
  - (19) Stavanger Universitetssykehus. TIPS informasjon. Internett 2010 August 11; Available from: URL: [www.tips-info.com/familietips](http://www.tips-info.com/familietips)