

UMEÅ UNIVERSITET
Institutionen för klinisk vetenskap
Psykiaterprogrammet 60p
D-uppsats 10p
Vårterminen 2005

Psykiaterisk praxis inom Barn- och ungdomshabilitering

Vägledande erfarenheter

Britta Norlin
Kerstin Ollinen Mörtzell
Barn- och ungdomshabiliteringen
I Västerbotten

Handledare
Elisabet Sundbom
Anders Fagerlund

*...psykiateri. ja, det är det vi gör för att hjälpa
människor som kommer till oss med
känslomässiga svårigheter...*

SAMMANFATTNING

Syftet med denna studie har varit att undersöka gällande praxis samt belysa förutsättningarna för psykoterapi som behandlingsmetod inom Barn- och ungdomshabiliteringen.

Studien består av två delar, dels en enkätundersökning riktad till fem län, dels intervjuer med ett urval av de personer som berörts av enkäten, och där uttalat intresse för att intervjuas.

Arbete har varit inspirerande och berikande. Vi har fått ta del av en gedigen kunskap och engagemang för psykoterapeutiskt arbete med funktionshindrade barn och ungdomar, och deras föräldrar/anhöriga.

Resultaten visade att det förekommer psykoterapeutiska insatser i olika former på dessa arbetsplatser. Fokuseringen, omfattningen och metoderna varierar mellan arbetsenheterna och yrkesutövarna.

Vår slutsats är att det är ett mycket gott arbete som utförs, och med stort engagemang såväl för att arbeta psykoterapeutiskt som för de funktionshindrades rätt till detta stöd. Terapiernas fokus var oftast byggande och bearbetande av självbild, när det gällde barn/ungdomar, och för föräldrar krisbearbetning och stöd i att hantera svårigheter i den nya livssituationen.

Terapier för gruppen funktionshindrade måste utgå från ett brukarperspektiv, dvs. anpassas efter brukarens förmåga genom en variation av metoder, konkreta tekniker och ökad tydlighet hos terapeuten.

Barn- och ungdomshabiliteringen kännetecknas bl a av kontakter under lång tid, av teamarbete och en stor variation av insatser. Detta sammanhang kan utnyttjas på ett positivt sätt i terapier där relationen är viktigare än rollen som terapeut, och att terapeuten innehar kompetens om funktionshinder, och kännedom om livsbetingelser för den enskilde och dennes familj, och naturligtvis terapeutisk färdighet.

Barn- och ungdomshabiliteringen som verksamhet saknar terapeutisk tradition, vilket bidrog till att känslomässiga behov kunde bli marginaliserade, och goda behandlande insatser inte uppmärksammade eller värderade inom ramen för begreppet psykoterapi.

Studien visar att psykoterapeutiskt arbete för funktionshindrade barns och ungdomars psykiska hälsa bör värnas om. För att stödja denna process behöver verksamma personer få träffas och utbyta erfarenheter, som kan bli vägledande och forma en psykoterapeutisk tradition inom Barn- och ungdomshabiliteringen.

TACK

Vi har valt att ge denna studie undertiteln Vägledande erfarenheter.

Att få ta del av andras erfarenheter kan bli vägledande, när man själv står sökande i en viktig fråga.

Ett trettiotal arbetskamrater inom habiliteringar och specialverksamheter har tagit sig tid att i enkätsvar och intervjuer svara på våra frågor om psykoterapier inom Barn och ungdomshabilitering.

Och engagemanget har märkts i allt, från handstilen till iveren i rösten.

Intervjuerna kom att beröra oss på många sätt. De har i allt blivit vägledande för oss.

Uppsatsen kan med sina korta citat inte göra rättvisa åt de gripande berättelser vi fått ta del av, de rika erfarenheterna, empatin, kreativiteten, de personliga berättelserna om vägen fram till att arbeta för funktionshindrades rätt till bearbetning och byggande av identitet och livssituation.

Ni kan inte namngivas här, men ni vet själva vilka ni är, och vår tacksamhet är stor!

Vår gemensamma chef Carina Folkesson har med intresse och framsynthet stöttat oss med resurser i detta arbete, och som alltid med de funktionshindrade barnens välbefinnande närmast sitt hjärta och sinne.

Vi har under vår studietid fått glädjen att umgås med kurskamrater, som med sina olika personligheter blivit vägledande för oss. Tack för alla kloka tankar och glada skratt.

Till slut, det går inte att överskatta den hjälp och inspiration vi fått av våra båda handledare. Elisabet Sundbom, professor. leg. psykoterapeut, som stimulerat och väglett oss, och som berikat handledningstimmarna med sitt stora teoretiska kunnande och med sin egen erfarenhet som psykoterapeut.

Anders Fagerlund, psykolog. leg. psykoterapeut, som med stort engagemang stöttat oss utifrån sitt systemiska och familjeterapeutiska kunnande, och som sett det angelägna i att psykoterapier bedrivs och finner sina former i Barn och Ungdomshabiliteringens verksamhet.

Umeå 2005-09-20

Britta Norlin
Barn och Ungdomshabiliteringen
Umeå
britta.norlin@vll.se

Kerstin Ollinen Mörtzell
Barn och Ungdomshabiliteringen
Skellefteå
kerstin.ollinen.mortsell@vll.se

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	Sid. 4
INLEDNING	5
Habilitering/råd och stöd	5
Psykioterapi inom Barn- och ungdomshabiliteringen i Västerbotten	6
Psykioterapibegreppet	6
Funktionshinder och möjligheter till terapi	7
Syfte	9
DEL 1: ENKÄTUNDERSÖKNING	9
Metod	9
Deltagare	9
Procedur	9
DEL 2: INTERVJUER	9
Metod	10
Deltagare	10
Procedur	10
RESULTAT	
DEL 1: ENKÄTUNDERSÖKNINGEN	11
1. Yrke	11
2. Förekomst av psykioterapeutiskt behandlingsarbete	11
3. Tyngdpunkten i det psykioterapeutiska behandlingsarbetet	12
4. Terapeutiska huvudinriktningar	13
5. Erfarenheter av familjeterapeutiskt arbete	13
6. Erfarenheter av psykioterapeutiskt arbete	14
7. Svårigheter att bedriva psykioterapeutiskt arbete inom Barn- och ungdomshabiliteringen	15
DEL 2: INTERVJUERNA	16
1. Verksamheternas uppdrag och intervjupersonernas tolkning av sitt uppdrag	16
2. Reflektioner kring psykioterapibegreppet	18
3. Underlättande faktorer för psykioterapi	19
Behovet hos brukarna/klienterna	19
Stöd inom arbetsenheten	20
Det egna engagemanget	20
4. Försvårande faktorer för psykioterapi	22
Marginaliserande behov	22
Psykioterapibegreppets tradition	22
Terapeutiskt arbete osynliggjort	22
Arbetets bredd	23
Terapins ramar och förutsättningar	23
5. Vägledande erfarenheter	24
Ett brukarperspektiv	24
Ett metodperspektiv	25
Ett terapeutperspektiv	26
Ett kompetens perspektiv	27
DISKUSSION OCH SLUTSATSER	29
PSYKIOTERAPEUTISK PRAXIS	29
Kompetens	31
Från metodperspektiv till brukarperspektiv	32
Psykioterapier i nya sammanhang	32
VISIONER	33
REFERENSLISTA	35
BILAGA 1	36

FÖRORD

Under tre års tid har vi gått en utbildning för att fördjupa våra färdigheter att utöva psykoterapi.

Vår arbetsplats är Barn- och ungdomshabiliteringen i Västerbottens län, och där erbjuds barn och ungdomar med funktionshinder och deras närmaste anhöriga Råd och Stöd och Habilitering efter sina behov.

Varje verksamhet har sina uppdrag, och med det sina gränser. En människas behov har dock inte samma gränser, så att hela människan ryms inom en verksamhets uppdrag.

Att leva med ett funktionshinder är att leva med begränsningar. Varje sådan begränsning medför ett behov att få möjlighet att uttrycka sin känsla och att få bearbeta och förlika sig med sin situation.

Detta behov har både personen med funktionshindret och deras anhöriga.

God psykisk hälsa är ett önskvärt tillstånd för alla, och som har sin grund i ett accepterande av livet, med möjligheter och med begränsningar.

Vi har tillsammans ca 25 års erfarenhet av att arbeta som psykologer inom denna verksamhet. Samtidigt som vi fått stöd för vårt behov av att utvecklas professionellt, så har insikten vuxit om att våra brukares möjlighet att utvecklas är villkorat av var vi drar gränserna inom vår verksamhet och inom vår yrkesroll, och var andra verksamheter tar över.

Detta är den plattform som vår frågeställning byggs kring.

- Hur kan dom vi arbetar för få tillgång till den behandling som vi kallar psykoterapi.
- Vilken kultur inom organisationen, utarbetade rutiner, syn på uppdraget mm, skapar möjligheter respektive hinder för psykoterapi.
- Hur har denna fråga lösts inom Barn- och ungdomshabiliteringar?

INLEDNING

Vår frågeställning rör ett sammanhang mellan tre komponenter, handikapp/funktionshinder, habilitering som verksamhet och psykoterapi som behandling.

Dessa tre begrepp har olika definitioner och begreppsligt innehåll, som förändras över tid dels var för sig, dels i sammanhang med varandra.

Synen på funktionshinder har genomgått en social omkonstruktion från att stå för det avvikande och felaktiga, som borde osynliggöras, över till en tid då funktionshindrade var föremål för ett objekt tänkande. I dag är begrepp som delaktighet och normalisering och autonomi vägledande begrepp. En viktig hälsobefrämjande utvecklingsfaktor för ett barn är att vara delaktig och autonom i sitt liv, något som kan synas självklart, men med ett funktionshinder kan det bli en livslång strävan.

Det offentliga vårdverksamhet som i dag benämns habilitering har genomgått en motsvarande utveckling från anstalter, senare institutioner, till idag habiliteringscentra med tvärprofessionella team, för att underlätta och möjliggöra delaktighet.

Psykoterapi som metod för behandling av psykiska problem/ohälsa har i dag ett vidare innehåll än det ursprungliga. Förr var klienten ett objekt, och den terapeutiska ramen viktigare än relationen, och sammanhanget fanns uteslutande inom den psykiatriska vården.

I dag är klienten ett subjekt, och man möter terapeuten i en relation, och relationen inryms i även andra sammanhang.

Om sammanhanget är habilitering, och synen på funktionshinder är att öka delaktighet, hur ser då den praxis ut i dag för tillämpning av psykoterapi inom habiliteringen. Och om det inte finns någon upparbetad praxis, hur se det då ut? Och vad behöver tillskapas för att göra psykoterapeutiskt behandlingsarbete möjligt inom habiliteringen.

HABILITERING/RÅD OCH STÖD

Habilitering betyder ”att göra möjligt”, och att bedriva habilitering innebär att verka för att minska en skadas begränsningar och öka aktivitetsförmåga och delaktighet i sociala sammanhang som är normala eller vanliga utifrån individens ålder och vår kultur.

Handikapp uppstår om miljön inte är tillräckligt anpassad efter individens funktionshinder eller skada.

Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) är namnet på den verksamhet som har ett definierat uppdrag att verka för dessa syften, och i de flesta fall är en del i landstingens verksamhet.

Målgruppen för habiliteringens insatser är barnet och föräldrarna och familjen.

För barn och ungdomar med funktionshinder, poängteras att främja god psykisk och fysisk utveckling under uppväxttiden, och ge tidigt psykologiskt och socialt stöd till familjen

Habiliteringens insatser härleds ur två lagstiftningar: Lag om stöd och service (LSS) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

LSS omfattar tre olika grupper av funktionshindrade

- Utvecklingsstörda och personer med autism
- Personer som efter sjukdom eller skada fått en allvarlig hjärnskada
- Personer med andra stora och varaktiga funktionshinder och med omfattande behov av stöd.

Landstingets insatser inom LSS benämns Råd och Stöd och definieras som särskilt expertstöd gällande övergripande rådgivande och stödjande insatser, med målet att barnet/ungdomen kan leva som andra och vara fullt delaktig.

Målgruppen för insatser enligt HSL är barn/ungdomar med rörelsehinder, och flerfunktionshinder, oftast rörelsehinder och utvecklingsstörning. Insatserna som benämns habilitering ska kännetecknas av samordning av kvalificerade stöd och behandlingsåtgärder, i syfte att utveckla bästa möjliga funktionsförmåga för delaktighet i samhället.

Man kan grovt indela habiliterings kundkrets, ”brukare” efter om funktionshindret är fysiskt, t.ex. en rörelsenedsättning eller ett medicinskt problem, med begränsningar i livsvillkor, eller ett kognitivt funktionshinder, eller en kombination av båda.

De kognitiva funktionshindren är vanligast, och omfattar många symtomdiagnoser som autism, Aspergers syndrom, ADHD, eller olika grader av mental retardation, där orsaken ibland inte är känd.

PSYKOTERAPI INOM BARN - OCH UNGDOMSHABILITERINGEN I VÄSTERBOTTEN

När insatsen Råd och Stöd ska förtydligas görs ofta en avgränsning mot behandling, dvs. behandling ingår inte i detta begrepp. Psykoterapeutisk behandling betraktas då inte som en insats enligt LSS.

Insatsen habilitering innefattar även viss behandling eller träning, men behovet av psykoterapi ska i första hand remitteras till psykiatrisk verksamhet.

Inom Barn- och ungdomshabiliteringen i AC län har på försök utarbetats ett dokument med prioriteringar av arbetsuppgifter för samtliga yrkesgrupper. Där finns för psykologer/kuratorer förslag till avgränsningar kring psykoterapier mot andra arbetsuppgifter.

Inom vårt läns habilitering finns i dag en strävan att finna former för en bättre integrering av anpassade terapimetoder.

Dagens organisation betonar ett anpassnings och ett pedagogiskt perspektiv, dvs. en strävan att anpassa miljön, och informera/utbilda för att ge förståelse för barnet/ungdomen, däremot finns ännu inget uttalat terapeutisk sammanhang.

PSYKOTERAPIBEGREPPET

Begreppet psykoterapi har i vår kultur traditionen av att vara en behandlingsform som utgår från en individs ”psyke” eller inre värld. Den form av terapi som benämns psykodynamisk, antar att läkedom står att få när insikt om bakomliggande orsaker till ett problem har erövrats. I dag avses med psykoterapi många behandlingsformer som mer har sin fokus på beteenden, relationer och kommunikation. Det förtjänas även att påpeka att all terapi inte bedrivs individuellt. Inom systemisk terapi, dit familjeterapi räknas, kan kretsen utvidgas till den hjälpsökandes familj, eller annat personligt nätverk.

Behandling syftar till förändring, och olika terapeutiska teorier och metoder fokuserar på skilda möjligheter till förändring för uppnående av psykisk hälsa.

Exempel är fokus på personlig insikt, problemlösning, nyinläring av beteenden, att pröva nya gränser, att anta nya roller, att förändra sin kommunikation, att omformulera sin livshistoria.

Det går att finna olika beskrivningar av psykoterapi som behandling, en definition är *"Behandling av psykiska eller andra besvär med psykologisk metod utförd av därtill utbildad person inom gemensamt överenskomna ramar"*.

Det är viktigt att göra en distinktion mellan arbetsinsatser som kan ha terapeutiska effekter, även om utgångspunkten inte är psykoterapi. Stora delar av socialt och psykologiskt arbete har terapeutiska effekter, men bedrivs inte av leg psykoterapeuter och inte i det kontext som kännetecknar psykoterapi som behandling (Hansson 2001).

FUNKTIONSHINDER OCH MÖJLIGHETER TILL TERAPI

Funktionshindrade, båda vuxna och barn, och främst utvecklingsstörda har inte med självklarhet omfattats av den praxis vad gäller tillgång till psykoterapi som andra. Anledningarna är många och ligger på olika plan.

Ett är synen på utvecklingsstörning som i sig ett hinder för psykoterapi. Denna föreställning utgår från att terapi är en språklig relation, och att brister i språk, ord och förståelse gör terapi omöjlig. En annan är att den utvecklingsstördes psykiska ohälsa ska mötas genom beteendeträning eller andra pedagogiska metoder.

Ytterligare svårigheter kan sägas vara att terapi kan vara regressiv och personer med en skör jagstruktur kan ta mer skada än dra nytta av psykoterapi (Zenker 1993).

Man har även påtalat att samhällets och människornas värderingar bidragit till att man inte velat se den psykiskt funktionshindrades behov. T ex tenderar varje tid att osynliggöra funktionshindret, ibland genom begrepp som integrering och normalisering.

Rättighetslagstiftning kan ge sken av att alla har tillgång till sjukvårdens resurser, men praxis visar att utvecklingsstörda har betydligt sämre tillgång till terapi än befolkningen i allmänhet (Lagerheim 1988).

Behoven av psykoterapi kan påvisas utifrån bristande psykisk hälsa hos såväl barn som vuxna med funktionshinder. En aktuell avhandling (Gustafsson 2003) som kartlagt psykisk ohälsa hos vuxna utvecklingsstörda i två svenska län, kopplades till hur vanligt det var att denna grupp fick psykiatrisk vård inom slutenvården. Upp emot 40 % av gruppen vuxna med utvecklingsstörning led av någon form av psykisk ohälsa. Vanligast var symtom som aggressivitet, självskadande beteende och depressioner. Siffran för befolkningen i allmänhet ligger på cirka 15 procent. Gustafsson menar att stödet till utvecklingsstörda som lider av psykisk ohälsa ska finnas i den vanliga habiliteringen. Specialister inom kommun och landsting inklusive psykiatrin bör samarbeta med varandra.

Christina Renlund skriver i Tidskriften Psykisk Hälsa att barn och ungdomar med funktionshinder är mer sårbara i sin känslomässiga utveckling än andra barn. Barn känner annorlundaskapet i sin kropp och måste så långt som möjligt få sin vetskap och verklighet bekräftad.

I samma skrift skriver Birgitta Zenker om neuropsykiatriska funktionshinder och behov av terapi. Det traditionella bemötandet vid dessa funktionshinder är pedagogiskt och strukturerade, men hon betonar vikten att målsättningen med terapi är att förbättra tanke och lekförmåga så att bearbetning och personlig tillväxt möjliggörs och en känsla av sammanhang kan utvecklas (Psykisk Hälsa 2002:1).

I dag finns många studier som visar på framgångsrika metoder för terapi med funktionshindrade.

I Sverige är Birgitta Zenker en förgrundsfigur i tillämpning av terapi för barn med utvecklingstörning. Hon har redovisat psykoterapier med utvecklingsstörda barn på olika nivå, även måttligt utvecklingsstörda. Hon beskriver jagstödande behandling med fokus på jagfunktioner och hur de kan påverkas av handikappet. Hon ställer sig också frågan hur man

kan skilja de känslomässiga svårigheterna från de neurologiska. Hon menar att vinsterna med psykoterapi brukar vara ökad känsla av att vara levande, i kontrast till en känsla av inre stagnation (Zenker 1993).

Nils Assarsson och Gudrun Hofsten har utvärderat sitt arbete som familjeterapeuter för barn med neuropsykiatriska handikapp. En av deras slutsatser är att deras familjeterapeutiska metod har gjort att föräldrarna känt sig hörda, respekterade och tagna på allvar. En gemensam nämnare har varit att samtalet hjälpt till att reparera dessa ofta illa tilltygande föräldrars självförtroende (Assarsson & Hofsten 1997).

Gunilla Berglund, Gunilla Svensson, Marja West har i sin psykoterapiutbildning studerat svårigheter och möjligheter med psykoterapi med intellektuellt funktionshindrade. Man konstaterar att psykoterapi inom habiliteringen inte fått sin självklara roll ännu, men argumenterar för att likheterna är större än skillnaderna när det gäller psykoterapi med utvecklingsstörda. Terapeuten måste dock ta hänsyn till och ha kompetens att hantera klientens brister i generaliserings- och diskrimineringsförmåga och förenklad verklighetsuppfattning. Man menar att innehållet i terapierna rymmer ofta samma teman som för andra, förlust och sorg över utanförskap och svårigheter att finna sin identitet (Berglund & Svensson & West 1998).

Den narrativa metoden för terapi med ungdomar med funktionshinder visar framgång, då identitetsproblematiken kan göras konkret och tydlig (Smith & Nylund 1997).

Sammanfattningsvis har alltså många forskare och kliniker visat engagemang för funktionshindrades rätt till samma behandling som andra vid psykisk ohälsa, men att divergerade tankar finns kring metoder, som är anpassade för funktionshinder som är av kognitiv art. En annan oklarhet gäller var i vår sjukvård som psykoterapi för dessa funktionshinder hör hemma. Och med det följer frågan om hur en verksamhet bör vara organiserad för att psykoterapi som behandling vid funktionshinder ska ha optimala förutsättningar.

Syfte

Vårt syfte har i huvudsak varit att undersöka gällande praxis i användandet av psykoterapi som behandlingsmetod inom ett urval av Barn- och ungdomshabiliteringar. Ett annat syfte har varit att belysa förutsättningarna för psykoterapeutiskt behandlingsarbete inom Barn- och ungdomshabilitering, som en metod att främja god psykisk hälsa.

Studien består av två delar, dels en enkätstudie, dels en studie som baserar sig på intervjuer med ett urval av de personer som besvarat enkäten

DEL 1: ENKÄTUNDERSÖKNINGEN

METOD

Enkäten består i sin helhet av sex frågor. Tre av frågorna har fasta svarsalternativ med möjlighet till kommentar och tre är öppna frågor (Bilaga 1).

Enkäten inleddes med frågan om man arbetar med psykoterapeutisk behandling. Därefter följde frågor angående vem man riktade sig till, i vilken omfattning och med vilken teoretisk bakgrund man arbetade. Slutligen ställdes frågor om personernas erfarenheter och upplevelser att arbeta psykoterapeutiskt.

DELTAGARE

Enkäten vände sig till personer som bedriver, eller inte bedriver eller är intresserade av psykoterapi inom barn- och ungdoms habiliteringar. Enkäten skickades ut till nio verksamhetschefer inom Barn- och ungdomshabiliteringar i fem län. Dessa län är de som fanns representerade i den kursgrupp på utbildningen till psykoterapeut där författarna ingick. Cheferna ombads att distribuera enkäten till den personal på deras enhet som bedriver eller inte bedriver eller är intresserad av området psykoterapi.

PROCEDUR

Enkäten introducerades i flera steg. Första kontakten togs per e-post till berörda chefer (se ovan), där vi kortfattat beskrev vår anledning till kontakt, samt frågade om de var den chefsperson vi sökte. Detta gjordes med anledning av att det fanns en viss osäkerhet om vi hade rätta uppgifter på aktuella chefspersoner.

Därefter kontaktades samma person ytterligare en gång per e-post med mer utförlig information angående anledning till kontakt och syfte. Dessutom bifogades som dokument enkät och följebrev till personalen. Detta för att ge möjlighet till att vidarebefordra enkät och följebrev per e-post.

Slutligen skickades en pappersversion av enkäten samt svarskuvert för återsändandet av enkäter. Detta för att möjliggöra ett ifyllande på traditionellt sätt och dels för att säkra anonymitet.

DEL 2: INTERVJUERNA

För att få fördjupade och kompletterande svar om terapins förutsättningar i organisationen, beskrivningar av erfarenheter av psykoterapeutiskt behandlingsarbete, definitioner av psykoterapibegreppet mm utfördes ett antal personliga intervjuer med ett urval av de som besvarat enkäten.

METOD

Intervjufrågorna var öppna och semistrukturerade utifrån följande teman:

Verksamhetens uppdrag och intervjupersonens tolkning av sitt uppdrag

Reflektioner kring psykoterapibegreppet

Underlättade och försvårade faktorer i Barn- och ungdomshabiliteringens basverksamhet för utövande av psykoterapi

Vägledande erfarenheter/effekter av psykoterapeutiskt behandlingsarbete

DELTAGARE

I enkäten gavs möjlighet att markera intresse för att bli intervjuad.

Av de 19 personer som besvarat enkäten, markerade 11 personer intresse för intervju

Författarna gjorde därefter ett urval grundat på praktiskt genomförande, dvs. tidsåtgång, reseavstånd, resrutt och budget.

Sammanlagt intervjuades 9 personer.

PROCEDUR

Författarna bokade tid på telefon och intervjupersonerna arrangerade med mötesrum.

Båda författarna genomförde tillsammans intervjuerna. Samtliga intervjuer genomfördes på personernas arbetsplatser, utom en intervju som genomfördes via telefon.

Intervjuerna spelades in på Mini Disc, och nedtecknades därefter i sin helhet.

Därefter har meningsbärande ord och sentenser kategoriserats utifrån intervjuernas teman.

RESULTAT

DEL 1: ENKÄTUNDERSÖKNINGEN

Resultaten baseras på 19 enkätsvar. Dessa svar kommer i huvudsak från Barn- och ungdomshabiliteringar i de fem länen. Tre enkätsvar kommer från specialistenheter inom Barn- och ungdomspsykiatri.

Svaren redovisas i punkterna 1-7 efter de frågor som enkäten omfattade.

1. Yrke.

Enkätsvarens fördelning på yrkestillhörighet framgår av tabell 1

Tabell 1. Yrkestillhörighet

Yrkestillhörighet/psykoterapeutisk kompetens	Antal
Psykolog	12
Psykiater (psykolog/socionom)	5
Ej svar	2
Totalt	19

Enkätens nådde ut till och besvarades av psykologer och kuratorer inom verksamheterna.

2. Förekomst av psykoterapeutiskt behandlingsarbete

Enkäten inleddes med frågan: Arbetar du med psykoterapeutiskt behandlingsarbete inom verksamheten? Flertalet svarade att de arbetade med någon form av psykoterapi.

Av kommentarerna framgick att det terapeutiska behandlingsarbetets omfattning varierade mellan personerna. Flertalet arbetade med psykoterapier i omfattningen 2-3 terapikontakter per termin (se tabell 2).

Tabell 2. Det psykoterapeutiska behandlingsarbetets omfattning

Omfattning i tid, eller antal brukare/terapi	Antal svar
1-3 per termin	11
25 % av arbetstiden	2
50 % av arbetstiden	1
> 50 % av arbetstiden	2
Arbetar ej terapeutiskt	3

Av dem som svarat att de arbetar med psykoterapier återfinns kommentarer som

- Enligt överenskommelse med verksamhetschef ges möjlighet till 50 % terapeutiskt arbete i min tjänst, men detta kan variera under terminerna. Ett genomsnitt är dock 50 %.
- Jag har en del av min tjänst, 25 % avsatt till psykoterapi för barn och ungdomar med funktionshinder.
- Mest Marte Meo har 25 % av min tjänst till detta.
- Mycket viktig del som man behöver värna om, så att behandlingsarbete (psykoterapi) ej drunknar pga. utredningsarbete (kartläggningar) samverkanskonferenser osv.
- Sällan, men det förekommer att jag har samtal/kontakter som sträcker sig över flera år och som har varit av kalibern att jag betraktat dem som behandlingsarbete.

Från dem som angett att de inte arbetar med psykoterapier finns följande kommentarer

- Det neuropsykologiska står i fokus och känns primärt.
- Arbetar inte psykoterapeutiskt, men har dock god nytta av min steg 1 kompetens vid samtal som jag har med barn/ungdomar och föräldrar.
- Behandlingsarbete är ganska lågt prioriterat här eftersom det är fullt med utredningsbarn på kö. Således en brist!

3. Tyngdpunkten i det psykoterapeutiska behandlingsarbetet

En fråga gällde om tyngdpunkten i det psykoterapeutiska behandlingsarbetet ligger på barnet/ungdomen eller föräldrar/familjen eller både och (se tabell 3).

På denna fråga kunde flera svarsalternativ anges.

Tabell 3 Terapiernas tyngdpunkt

	Antal svar
Terapi med barnet/ungdomen	7
Terapi med familjen/föräldrarna	7
Både och	9
Inget svar	4

Som framgår av tabellen har lika många markerat fokus på terapi med barn/ungdom som med familj/föräldrar.

Kommentarer visar att tyngdpunkten är olika beroende på hur man definierar terapi.

- Tyngdpunkten ligger på terapier med barn/ungdomar, men med minimal procent pga. att det är så sällan.
- Jag bedriver mycket stödsamtal i olika former, kan dock ha lite terapeutiska inslag. Jag träffar tyvärr oftast bara föräldrarna.

De flesta som svarat ”både och” kommenterar att man har parallella terapier/stödsamtal med barn/ungdom och föräldrar i samma familj:

- Det kan hända att både barn och föräldrar ges psykoterapi. Dock med det direkta syftet att vara ett stöd för barnet i båda fallen.
- Ja dels ”rent” familjeterapeutiskt. Har även en del individuella kontakter. Mer sällan enbart föräldrar.

- Visst händer det att man har samtal med flera familjemedlemmar. Men det är mer som stödsamtal än psykoterapi. Det jag har med föräldrar kallar jag stödsamtal.

Några kommenterar att samtidigt stöd inom en familj kan bygga på behandling med speciella metoder, som Marte Meo, föräldraträning t ex Parent Management Training enligt Barkleys modell, eller föräldragrupper för speciella handikappdiagnoser.

4. Terapeutiska huvudinriktningar

Frågan ställdes vilken/vilka teoretiska huvudinriktningar som det terapeutiska arbetet utgår ifrån.

Flera alternativ kunde anges

Tabell 4 Terapeutisk huvudinriktning

	Antal svar
Psykodynamisk	14
Kognitiv	3
Beteendeterapi	3
Familjeterapi	5
Övriga	4

Tabellen visar att många olika terapiformer är representerade i det psykoterapeutiska arbetet. Men att det som dominerar är det psykodynamiska, som i kommentarerna nämns tillsammans med Erica-stiftelsens material och andra projektiva metoder.

Därefter nämns metoder som kognitiv, beteendeterapi och familjeterapi.

Bland övriga metoder nämns Marte Meo, pedagogiska inslag och bildpsykoterapi.

Av kommentarerna framgår att ca en tredjedel av dem som svarat anger att de arbetar efter mer än en inriktning. Exempel på detta är

- Här måste man blanda och framförallt se till vad som är praktiskt användbart, jag har ingen sådan typ av behandling där jag är helt "renlärig" i något avseende.
- Använder alla inriktningar beroende på patient.
- Många arbetsätt på mottagningen.
- Ofta är terapin mer "byggande" än bearbetande.

5. Erfarenheter av familjeterapeutiskt arbete

Frågan motiverades av att författarna går psykoterapiutbildning med inriktning familj.

De flesta svarar att de inte har erfarenhet av familjeterapeutisk behandling, men har en positiv inställning till att familjen kommer i fokus.

- Arbetet kräver s.k. kulturkompetens, att ha god kunskap om familjesituation, föräldrasituation och hur det kan vara att ha en handikappad syster eller bror. Man har då god hjälp av att tänka "systemiskt" i arbetet kring barnet/ungdomen.
- Även om du ej har direkta familjeterapier så är detta systemtänkande mycket viktigt och användbart i barnhabiliteringen hävdar jag bestämt.
- Ser ett mycket stort behov av det eftersom många av de familjer vi möter är psykiskt och socialt belastade.

Men de som har erfarenhet av familjeterapi skriver exempelvis så här:

- Har jobbat lite med systemisk familjeterapi och reflekterande team. Har även jobbat med BOF-barnorienterad familjeterapi.
- Där både barn/ungdomar och föräldrar är samtidigt i ”strikt” familjeterapi är ej så vanligt hos oss, tyvärr. Har haft några ärenden och det har varit positivt. Anser att detta borde förekomma i betydligt högre grad.
- vid BUH arbetar jag i en del familjer med familjeterapi tillsammans med kurator som gått vidareutbildning i familjeterapi.

6. Erfarenheter av psykoterapeutiskt arbete

Enkäten hade en öppen fråga om erfarenheter, både positiva och negativa, att arbeta psykoterapeutiskt med individen och/eller familj inom Barn- och ungdomshabiliteringen. Den övervägande delen av svaren beskriver att man har positiva erfarenheter av att arbeta psykoterapeutiskt inom Barn- och ungdomshabiliteringen. Behovet är stort och sådana insatser värderas högt. Valida evidensbaserade behandlingsmetoder bör ha en självklar plats inom habiliteringen.

Exempel på generella positiva svar är att

- Många föräldrar och ungdomar söker och behöver samtalsstöd för att bättre kunna hantera sin situation.
- Det går att göra ett mycket gott psykoterapeutiskt arbete eftersom barnet/ungdomen ofta har ett bra nätverk runt sig.
- Positivt! Ofta inte så lätt! En utmaning! Viktigt! Viktigt för psykologerna att värna om! Borde satsas mycket på detta.
- Habiliteringen bör bygga ut behandling.

Vidare finns i kommentarerna reflektioner angående psykisk ohälsa

- Att det är angeläget att barn/ungdomar med funktionshinder, som löper större risk att få psykisk ohälsa får tillgång till psykoterapi.
- Viktiga kunskaper om hur neuropsykologisk problematik, som lätt mest ses som kognitiv, även får stora konsekvenser när barnet/ungdomen har svagare redskap att handskas med livskriser, och därför får bära en mycket starkare ångest, som varit svår för dem att tackla.

Dessutom nämns erfarenheter av att barn/ungdomar får större insikt i sitt funktionshinder

- Något som är positivt är att då barn får större insikt i sitt funktionshinder (vilket en samtalsserie kan resultera i) kan mycket positiva förändringar hos barnet/ungdomen ske t ex vad gäller självförståelse, självkänsla, hur de hanterar sitt liv m.m.

Erfarenheter av att möta föräldrar i samtal nämns även

- I familjearbete har det känts mycket bra att hjälpa igång en process där föräldrar hittat tillbaka till ett längre perspektiv på hur de vill ha sina liv, istället för att ha så fullt med dags bekymmer att de inte kunnat överblicka mer än en dag i taget.

7. Svårigheter att bedriva psykoterapeutiskt arbete inom Barn- och ungdomshabilitering

Ytterligare en öppen fråga ställdes kring upplevda hinder eller svårigheter att arbeta psykoterapeutiskt med klienten, ungdomen och/eller familjen inom Barn och Ungdomshabiliteringen.

Av 19 var det 10 som angav tidsbrist som ett hinder. Det upplevs svårt att få tiden att räcka till, med bashabilitering, utredningar och psykoterapeutisk behandling. Utredningarna tar alltför stor tid och minskar tiden för behandlingsarbete och att utveckla kompetens inom detta område:

- Många föräldrar och ungdomar söker och behöver samtalsstöd för att bättre kunna hantera sin situation. Tyvärr räcker tiden sällan till för så många sådana ärenden.
- Största hindret är resursbristen – det finns inte tid. Det utreds och sedan släpper man ofta familjen – alldeles för lätt och för tidigt, enligt mitt sätt att se det.

En annan svårighet att arbeta psykoterapeutiskt är brist på terapeutisk tradition inom Barn- och ungdomshabilitering

- Kulturen inom BUH är inriktad på träning. I psykoterapi är målet att dela känslor, tankar, fantasier, och att få uttrycka och gestalta sina problem.

Vidare finns röster som uppmärksammar svårigheter för individen att veta var man ska vända sig, om det är Barn- och ungdomspsykiatri eller BUH eller kanske de sociala myndigheterna.

- Jag ser alltså stora problem i och med det faktum att individen lätt hamnar ”mellan stolarna” när denne söker hjälp. Vart ska man vända sig?

Några tar upp att det kan vara svårt att sätta gränser runt psykoterapier som är mer ”privata”, när övrigt arbete bedrivs i team. Dessutom problematiseras förhållandet att man vanligtvis har kontakt med familjerna under lång tid och att detta kan innebära svårigheter:

- Ett dilemma med att arbeta med djupare terapeutiska frågeställningar med föräldrar inom BUH är att man har kontakt med familjen i så många år och träffar på dem i så många olika sammanhang. Om man har en terapeutisk behandling där man berör mycket personliga frågor, kan det vara jobbigt för dem om man senare träffas i t ex temadagar/utbildningar som habiliteringen anordnar

Slutligen framkommer att uppdraget och definitionen av psykoterapi har uppfattats som en försvårande faktor:

- Har lyft frågan gällande vårt uppdrag men fått veta att vi ej skall jobba med terapi, vi skall ge stöd utifrån funktionshindret dvs. råd/stöd.
- Vissa perioder har det varit förbjudet att bedriva psykoterapeutiskt arbete med klienter ifrån arbetsgivarhåll.
- Själva gradfrågan är väl om habiliteringen skall erbjuda psykologisk behandling till barn och ungdomar och deras familjer. För mig är det en självklarhet.

RESULTAT

DEL 2: INTERVJUERNA

Resultaten baseras på intervjuer med nio personer.

Fem av dessa arbetade inom Barn och Ungdomshabiliteringar (basverksamheter). Fyra arbetade inom specialverksamheter, dels en enhet för samtalsstöd till anhöriga, dels en psykoterapimottagning för funktionshindrade barn och ungdomar. Samtliga intervjuade är legitimerade psykologer. Fem av dessa är även legitimerade psykoterapeuter.

Samtliga intervjuer genomfördes på personernas arbetsplatser, utom en intervju som genomfördes via telefon

Intervjufrågorna var öppna och semistrukturerade och intervjuerna tog ca 1 - 1,5 tim.

Redovisningen följer intervjufrågorna, utifrån följande teman

- Verksamhetens uppdrag och intervjupersonens tolkning av sitt uppdrag
- Reflektioner kring psykoterapibegreppet
- Underlättade faktorer för utövande av psykoterapi
- Försvårade faktorer för utövande av psykoterapi
- Vägledande erfarenheter/effekter av psykoterapeutiskt behandlingsarbete ur brukar-, metod- och terapeutperspektiv

1. Verksamhetens uppdrag och intervjupersonernas tolkning av sitt uppdrag

Samtliga intervjuade personer fick frågan hur dom uppfattat sitt uppdrag inom sin arbetsenhet, när det gäller utövandet av psykoterapi. En intervjuad uppger att det inte finns något psykoterapeutiskt uppdrag. Merparten uppger att man har några psykoterapeutiska kontakter vid sidan av andra uppdrag. Två intervjuade har i avtal en viss tid avsatt för psykoterapi. För de fyra som var anställda på specialenheter, bestod arbetet i sin helhet av psykoterapier.

I det följande återges några röster i frågan om det psykoterapeutiska uppdraget

När psykoterapi inkluderas i uppdraget motiveras det utifrån brukarnas behov och den ökade kvalitet som psykoterapi tillför.

- *Det är ju både en utredningsdel ... att se vad barnet står i sin utveckling, men sen är det ju också behandlande och stödjande, ... Och sen har vi en utåtriktad uppgift, när vi informerar, mot skola, assistenter, så det är ju många delar, Men den här behandlande delen den är ju en stor del, tycker jag, sen är det ju den jag tycker är roligast och kan bäst*
- *Uppdraget kommer alltid från två håll, dels kommer uppdraget från vår organisations inriktning och sen kommer uppdragen från verkligheten, från barnet och familjen och då är vi igen inne på att det måste finnas dom här båda vägarna, som lever i kommunikation med varann*

När psykoterapi inte är tydligt uttalat så problematiseras terapibegreppet bl a utifrån gränser mellan samtal, stöd och behandling, och gränsen mellan terapi och att ha ett terapeutiskt förhållningssätt.

Här nedan återges några utsagor

- *Ledningen säger att jag inte ska syssla med behandling utan med samtal, men är inte samtal behandling?*
- *Jag har också frågat, varför är det ingen som har terapeutisk kompetens, varför kräver man inte terapeutisk kompetens, när man använder samtal som verktyg. Sen är det ju en sak att ha terapeutisk kompetens, och en annan sak att syssla med terapi*
- *Jag tänker mig att problematiken till viss del är att det inte har funnits tydliga uppdrag. Det har inte varit ett tydligt uppdrag inom habiliteringen att detta är en arbetsuppgift för psykologer eller socionomer. De har ju tydliga uppdrag att utreda barn, de har ju tydliga uppdrag att ge tidigt föräldrastöd när ett barn föds, eller det är tydliga uppdrag att ha habiliteringsplaneringar, men detta att ge enskild hjälp till barn, - det har inte varit ett tydligt uppdrag*

Det finns även en medveten strategi att använda andra begrepp än terapi för att brukare/klienter ska känna sig friare att söka samtalsstöd t ex vid kriser.

- *när man som anhörig behöver få prata med någon utomstående, ska man inte känna eller ha behov att gå i terapi, men man ska kunna komma hit med sig själv med sina tankar och känslor som den man är, och utan krav på att det ska vara några speciella behov, och det är en stor fördel*

När psykoterapi exkluderas förklaras det utifrån habiliteringens tradition som en medicinsk och pedagogisk/psykologisk verksamhet. Några uttrycker tydligt att psykoterapi är en specialisering som ligger inom annan verksamhet. Inom habiliteringen ska specialistkunskaper framför allt ligga på handikappkunskap/neuropsykologi.

- *Mitt uppdrag är att vara expert ... inom området funktionshinder, och att bidra med detta till de funktionshindrade barnen*
- *... när jag satt här på anställningsintervju så tänkte jag att dom ville ha steg 2-terapeut, men intresset var neuropsykologi. Det blev ju så tydligt att det behövde ungarna för att man skulle förstå sig på dom*

Andra motiv är att verksamheten inte kan inrymma specialister, för bredden i arbetet kräver generalister.

- *... vi får vara generalister, vi får ta allting... om man specialiserar sig så kan man inte räkna med att jobba så mycket med det...*

2. Reflexioner kring psykoterapibegreppet

De intervjuade personernas reflexioner kring frågan ”vad är psykoterapi” exemplifieras först med några citat och sedan utifrån den variation på begrepp och kriterier som framkom.

- *Jag har börjat fundera på det här med psykoterapi, vad är det, hur ska man definiera det. Man kanske borde mer tydligt lyfta fram det. ... Jag tänker på det du sa om psykiskt lidande, det är ju en term vi sällan använder men det finns ju här jättemycket i hela systemet... men jag tror vi blir fort medicinsk-tekniskt inriktade här*
- *Psykoterapi... ja det är det vi gör för att hjälpa människor som kommer till oss med känslomässiga svårigheter. Och när de går frågar vi: Har det här hjälpt dig? Och så pratar vi lite om det som har hjälpt, då har vi förstås jobbat med psykoterapeutisk behandling*
- *... man får respektera den som säger ”det är inte terapi jag behöver, jag vill bara prata”*

Strukturen avgör: Alla intervjuade definierar psykoterapi utifrån ett speciellt arbetssätt, ”ett strukturerat arbetssätt” där bl.a. dessa faktorer nämns.

- Överenskommelse om fokusering på ett visst problem
- Överenskommelse om tider, omfattning, frånvaro
- Terapier har en början och ett slut,
- Sekretess, och bevarad integritet
- Avskildhet, lugn och ro

Vikten av en kringsituation som underlättar, med integritet, lugn och ro, ingen sprittring, avsatt tid, eget rum, blir sammanhangsmarkörer för att ett samtal blir terapeutiskt.

Roller, relationer och mötet avgör: Många påtalar den speciella relationen, ett kontrakt upprättas, en allians skapas, en frivillighet för klienten att börja och sluta. Terapeutens roll är inte baserad på service och tillmötesgående utan på vad uppdraget och problemet kräver för sorts intervention från terapeuten, vilket kan uppfattas vara skilt från vad man menar med ”gott bemötande”.

Terapeutens integritet är viktig. Situationen runt omkring får inte vara splittrande för terapeuten Klientens integritet är en bärande princip i en psykoterapi.

Innehållet avgör: Terapier skiljer ut sig från andra samtal, t ex rådgivning och problemlösande samtal. En intervjuad tänker att det inre djup som samtal rör sig på, avgör om det är terapi eller inte. Samtliga gör en markering att terapi med funktionshindre förutsätter kompetens om detta, så att val av metod kan anpassas.

Terapeutens kompetens avgör: Formell kompetens betonas av några, men mer utifrån kvalitet och eget ansvar. Ordet terapi är en kvalitetsmarkör för någon, och tvekar därför att kalla sitt arbete terapeutiskt. En person påtalar behovet av formell kompetens för att något ska

kallas terapi, men förespråkar i övrigt vikten av ett terapeutiskt förhållningssätt, som ett nödvändigt krav på alla som ska använda sig av samtal i jobbet.

En annan person menar att en grundläggande terapeutisk kompetens (steg 1) i kombination med handledning berättigar att det behandlande arbetet kan kallas terapi.

Formell kompetens behöver inte innebära faktisk kompetens. En person påpekar att relationen är avgörande, det blir inte terapeutiskt om inte personen har en faktisk kompetens.

Processen avgör: En intervjuad person utgår från psykoterapi som en behandlingsform, och beskriver behandlingsprocessen med bedömning, analys, diagnostik och val av metod. När arbetet bedrivs så, då har man tagit steget från ”lösare strukturerade” samtal till terapi. När terapi bedrivs mer som stöd till förändring betonas relationen, den inre processen och integriteten. Samtal utan terapeutiska ambitioner kan få terapeutiska konsekvenser. Om ett känslomässigt problem har lösts, då har det i någon mening varit psykoterapeutiskt.

3. Underlättande faktorer för psykoterapi

Vi ville undersöka vilka andra faktorer, utöver uppdragets formulering eller intervjupersonens tolkning av denna, som underlättar respektive försvårar ett psykoterapeutiskt arbete inom Barn- och ungdomshabiliteringen.

Behovet hos brukarna/klienterna

Barnpsykiatriutredningen (1998) pekar generellt på en ökande psykiska ohälsa bland barn och ungdomar, och ungdomar med funktionshinder löper ännu större risk för psykisk ohälsa. Detta utgör ett motiv för psykoterapeutiska insatser.

- ... barn med funktionshinder... man förklarar ju nästan deras ohälsa med att ”det är ju handikappet” ... men Barnpsykiatriutredningen kom och sa att barn med funktionshinder löper procentuellt mycket större risk att må psykiskt dåligt, det var ju en tredjedel eller nåt sånt
- ... terapi med utvecklingsstörda, det kan ju vara vardagskriser, det behöver ju inte ha med funktionshindret att göra... dom är överdeterminerade, eftersom dom har svårigheter, och inte tillgång till alternativa och flexibla mentala förmågor
- ... överhuvudtaget det här med att vara annorlunda, att man vet om det själv som så väldigt liten, och att det kommer att dra med sig mycket av frågor om en själv, frågor om livet. Här konfronteras man alltid med livets existens
- ... och föräldrarna sa: ”han har jättemycket symtom, men han har aldrig sagt nåt. Han kanske inte vet, han har ju i alla fall aldrig pratat”, och då får vi berättelserna..., berättelser som vi inte tidigare hört, och då kan vi dra slutsatser från det om hur vi bör arbeta, för att barn inte ska få så mycket symtom. Jag menar att om vi kom in tidigare med prat, så kanske vi inte får 10-12 åringar med så svåra symtom

Nya kunskaper och ökat intresse för neuropsykologi har stimulerat utvecklingen av behandlingsprogram vid beteendeproblem. Särskilt starkt inflytande har föräldrars uttryckliga krav på behandlingsinsatser för sina barn.

- *Framför allt föräldraorganisationerna dom har ju blivit mycket mer aktiva, dom kör intensivt med lobbying och pekar på att dom här behoven har vi*

Stöd inom arbetsenheten

Arbetsledningens syn på kompetens beskrivs som avgörande. När ledningen för verksamheten har ett intresse att stötta utbildning och specialisering, så utgör det ett även stöd för att bedriva psykoterapi inom Barn- och ungdomshabilitering.

- *Så här var det för mig, att när jag kom då skulle man ha en baskunskap och en spetskunskap, och så det man själv ville förkovra sig i. Det var viktigt, baskunskap och spetskunskap och så eget intresse och lust också*

Tidigare psykoterapeutiskt arbete underlättar och skapar stöd för att introducera en terapeutisk kultur. De personer som tidigare arbetat med psykoterapeutisk behandlingsarbete upplevde hindren mer marginella än de personer som inte hade den bakgrunden.

Chefer med egen bakgrund från en psykoterapeutisk kultur underlättade för de som ville arbeta psykoterapeutiskt. Likaså om det fanns kollegor inom samma verksamhet som också arbetade psykoterapeutiskt, eller hade sådan bakgrund från tidigare arbetsplatser. Dels var det ett stöd i sig, men det gjorde det även möjligt att samarbeta och bevara brukarens integritet.

- *... före chef A, som ju hade ett ben i barnpsykiatrin, så var det en verksamhetschef som var barnpsykiater, som jobbade halvtid på barnpsyk och halvtid inom hab ... det kan ju vara nåt sånt, som personliga traditioner att dom kom från andra verksamheter. I psykologgruppen så är vi tio psykologer här och sju av oss har jobbat inom barnpsyk, och det kan ju ha bidragit det också*

Kunskap och förståelse från arbetskamrater/teamet betonades En intervjuad berättade att man på en konferens med andra inom verksamheten, redogjort och beskrivit det psykoterapeutiska arbetet, och det hade väckt intresse och skapat stöd.

Det egna engagemanget

Det personliga engagemanget framkom med stor tydlighet under intervjuerna. Några av de intervjuade har beskrivit om vad som fångat och vidmakthållit deras engagemang.

- *Jag tror att människan är mycket mer sårbar än dom flesta förstår. Att man har lättare för att ramla ner i en kris än dom flesta förstår. Att människan är väldigt sårbar, för mig är det viktigt att förstå*
- *... när det hakar upp sig och barnet blir jätteargt eller är jätteledsen... om man då kan ge barnet en möjlighet att uttrycka sig runt sitt funktionshinder, så får dom hjälp på ett enkelt sätt*
- *... ingen kommer att säga till mig att hörrudu... kan inte du jobba terapeutiskt med det här? ... det är jag som måste gå i bräsch och tala om, att med den här problematiken, undrar om du inte kan bli hjälpt så här? Och det är min skyldighet*

- ... det är först när dom kommer och säger ”jag är så ledsen för jag tycker inte att jag kan leva mitt liv som jag skulle vilja för jag känner så här och så här”, och har jag nåt att bidra med, då är det min skyldighet att göra det

Viljan och intresset att arbeta psykoterapeutiskt kom fram i alla intervjuer. För några har engagemanget lett till att man befäst sina möjligheter att arbeta psykoterapeutiskt.

- Jag har lyckats med min föresats, att få min chef att skriva under på att jag ska få jobba 50 % med terapi

Men för andra tycks samma grad av engagemang inneburi att man fått tillämpa någon form av copingstrategier, som i många fall handlar om att inte benämna det egna arbetet som terapeutiskt, eller att utgå från att den egna kompetensen inte räcker, eller att man är osäker på om det ligger inom ens uppdrag.

- ... psykoterapi, det är mer ett begrepp inom mig, jag har inte gjort nåt arbete för att skylta utåt, det är mer så att jag försökt värna om arbetsområdet
- ... jag måste lära mig att förstå dom här barnen ... och att få ihop dom här kompetenserna för att bedriva terapi, det är det man lär sig här på habben
- ... just i dag, träffade jag en mamma ... det handlar mycket om henne själv och hur hon ser på barnets handikapp och, och det är ju också ett sånt här gränsfall, är det här mitt eller är det någon annans, och vems i så fall, lite svårt

Engagemanget kan även vara att tydliggöra brukarnas rätt att få psykoterapi

- ... det behövs att någon lär sig mer om sånt här, och det spelar ingen roll om det är psykiatrin som lär sig mer... eller om det är vi som måste ta mer terapeutiskt arbete och ge insatser som psykiatrin normalt ger
- Men nånstans måste man säga att det finns en faktisk gräns för vad habiliteringen ska bistå med, och när vi ska vända oss till andra instanser, och det är väl en sån här yrkesförtret som jag har, att det är svårare ... att få till stånd andra insatser. Det kan kännas jobbigt ibland för att vi är rörande överens om att behovet finns, men att det är svårt att täcka upp för det på nåt sätt

Engagemanget är ibland förstärkt med frustration över gällande praxis

- Jag tycker att vi släpper föräldrarna för tidigt, man gör en utredning, och man presenterar allt det där, och då när föräldrarna kommer hem, då kommer ju allt det där över dom, och då har man inget inbokat. Jag och en annan psykolog har tagit upp det här och tycker att man ska boka upp tre samtal

- *Vi hade en tonåring en gång som hade utvecklat ett tvångssyndrom och styrde hela familjen med sitt tvång. Då pratade jag med våran läkare, och han säger: Jag kan ju ingenting om tvång, du måste rådfråga någon inom psykiatri. Då gick det ju inte med barnpsykiatri, för 18-årsstrecket var passerat, så då blev det vuxenpsykiatri. Då skickar jag en remiss till vuxenpsykiatri och påtalade att här handlar det om en lindrig utvecklingsstörning, och alltså ingen sjukdomsinsikt, men familjen går på knäna och behöver hjälp, så det är familjen som system man behöver titta på, och vad gör dom? Dom skickar en kallelse till en lindrigt utvecklingsstörd, att få träffa en utländsk psykiatriker och familjen är inte välkommen för ungen var ju myndig. Då tar jag kontakt med psykiatri, och då svarar dom att "eftersom ni kan utvecklingsstörning så kan ni ta hela ärendet!"*

4. Försvårande faktorer för psykoterapi

Om någon eller flera av de underlättande faktorerna ovan inte finns med så upplevs det som försvårande och hindrande för att utöva psykoterapi.

Men även andra teman kommer fram. Hindren uppstår i sammanhanget mellan faktorer inom verksamheten, och de intervjuades synsätt på psykoterapins förutsättningar. Och varje upplevt hinder tvingar fram "copingstrategier" från dem som ser behovet att arbeta terapeutiskt.

Marginaliserade behov

En vanlig erfarenhet är att känslomässiga symtom tolkas som en del av handikappet, och därför inte får adekvat behandling

- *... i habiliterings arbete hade man marginaliserat dom (beteendeproblem) man hade kommit fram till att det fanns andra stora saker som var viktigare, många föräldrar hade tagit det för givet att det är så här det ska vara*
- *Man kan ju vara rörelsehindrad och ha en handikappande fobi, men då kan andra tycka att det här ska nog hänga ihop på nåt sätt, men det tycker inte jag*

Psykoterapibegreppets tradition

Psykoterapi som verksamhet omgärdas av en snäv, ibland även konfliktfylld, definition.

- *... det första jag fick höra från en kollega, var, att vi sysslar inte med behandling*
- *... inom Barn- och ungdomshabiliteringen finns inte legitimerade psykoterapeuter, det uppdraget finns inte, det är Råd och Stöd, det är det som är basen*

Terapeutiskt arbete osynliggjort

Det egna arbetet benämns inte alltid som terapi, ibland utifrån formell kompetens och ibland finns hindren i den egna synen på psykoterapibegreppet.

- *... om jag t.ex. pratar med en god vän som har gått steg 2...om målsättningar och förhållningssätt, så känns det som att det är ett alldeles oryktat arbete som jag utför. Så jag vet inte heller kvalitetsmässigt vad det kan hålla för*

Någon påtalar att var och en inom yrkesgruppen går sina egna vägar, och det blir inte formulerat i verksamheten att psykoterapi bedrivs, och arbetet förblir sålunda osynligt.

Arbetes bredd

Generalister efterfrågas i verksamheten, inte specialister. För den som vill arbeta med terapier skapar det splittring. För de intervjuade psykologerna är utredningar den konkurrerande arbetsuppgiften.

- *Jag har ju tagit upp det här med terapeut steg 2 ... då får man till svar från sjukhusledningen att vi behöver inga specialister, det är sånt litet sjukhus... om dom specialiserar sig så då tappar dom förmågan att jobba med det andra*
- *Jag tycker att vår yrkesgrupp har ju varit drabbad av det här att man ska jobba så totalt utelämnande och att ja, jag ska vara så heltäckande på många sätt*

Terapins ramar och förutsättningar

Psykoterapi är ett personligt möte, och flertalet av de intervjuade påpekade att såväl brukare/klient som terapeut framträder i en speciell roll och relation till varandra som kan kännas problematiskt i andra situationer.

- *T ex en tjej som jag träffar i samtal, och nu har vi även hållit på med en utredning. Men hon tycker inte om att bli testad, hon var van att få berätta om sig själv och prata fritt... det bryter på nåt vis relationen*

Habiliteringens tradition med ett öppet teamarbete, kan uppfattas som en hindrande faktor.

- *... jag tänker på möjligheten att man själv var patient där, hur skulle det kännas att andra yrkeskategorier som jobbar med nåt annat, ... att man inte vill att andra ska veta allt om mina inre fantasier*

Svårigheter upplevdes med att förena det psykoteraeutiska arbetet med annat arbete som möten och nätverksträffar.

- *Att det är ett dilemma att vara med och upprätta en hab.plan, och då ha terapidelen, och då kan jag inte berätta om att det är en tjej som skär sig i armarna, då kan det låta lite futtigt att jag säger att jag jobbar med hennes självförtroende*

Psykoterapi problematiseras även utifrån integritet och kontakter under lång tid

- *... det kan det ju också vara hälsosamt att få någon utanför. Dom som är så inne i det här systemet med habilitering, dom är så beroende att det kanske blir jobbigt om man har egna behov att berätta sin berättelse, och få ifrågasätta sina egna antaganden. Då kan det vara bättre att ha en fristad som är utanför, för att kunna förhålla sig reflekterande att vara fri. Man är ju inte fri när man är inne i det här, man är ju i en beroendeställning också av all den andra hjälpen som man får från den här organisationen*

5. Vägledande erfarenheter

De intervjuade personerna fick berätta fritt om psykoterapier som haft goda effekter, och om andra erfarenheter som blivit vägledande och berikande i deras psykoterapeutiska strävanden. Beskrivningarna innehöll ofta personliga berättelser om den egna vägen till yrket och engagemanget för de funktionshindrade, som gjorde det möjligt att kreativt finna metoder och söka egen kompetensutveckling.

Ett brukarperspektiv

Upplevelsen att göra nytta och att vara till hjälp genomsyrar dessa berättelser.

Hjälpen till barn och ungdomar handlar vid lindrig utvecklingsstörning ofta om att stötta en svag självbild och dåligt självförtroende,

- *Det handlar ju mycket om det, om vem man är, om identitet, allt tycker jag handlar om det, och nästan alla har dåligt självförtroende*
- *Jag tänker ju att varje utanförskap som ju funktionshinder i en mening blir, i varje fall om man inte jobbar med det. Ja, att överhuvudtaget det här att vara annorlunda*

Vid måttlig/grav utvecklingsstörning blir symtomen ofta störningar i kommunikation och beteende

- *Som min första patient, som slog sig, massor av gånger varje dag... och på två dagar, så hade det nästan upphört och då blir det ju ganska dramatiskt. Men så får man då en kille som är nöjd, framför allt hans glädje, den var obetalbar... då får resultaten tala för sig själv*

För många ungdomar finns problem kring självständighet och frigörelse

- *Men när man är 15 år och börjar grubbla över att man har Asperger, då kan det behövas mycket, mycket mer terapeutiska insatser, inte minst riktat mot föräldrarna för att dom ska släppa barnet, ... det blir jobbigt med frigörelse*

Självständighet hänger ihop med barnkonventionens begrepp delaktighet

- *Jag tänker att det här att prata, det är inte att prata i sig, det har ju också en oerhörd betydelse i delaktighet i sitt eget liv ... det är inte en slump på något vis att barnkonventionen hänvisar till barns rätt till delaktighet... man har rätt till vetskap om sitt funktionshinder, att kunna tala själv, till delaktighet, till sin egen planering, man har rätt att tycka saker t ex om hur personal ska vara*
- *Man måste få prata redan som liten om sitt funktionshinder, och har man inte fått det, då har man ju noll koll*

Hjälp och lindring genom att bearbeta händelser återkommer i många berättelser

- *Jag tänker på en kontakt som jag hade med ett barn, som jag aldrig har tänkt på som terapeutiskt, men som ändå var bearbetande, ... det var ett barn som hade varit med om*

en olycka, och kunde sen inte prata, annat än med ljud och kroppsspråk och med enkelt tänkande. Det här barnet hade på sitt sätt uttryckt en önskan att prata med en psykolog om vad som hände i olyckan, å där höll vi på å jobba,. Vi jobbade med Erica materialet och byggde upp vad som hände, å då hände det här, och där hände det, och barnet kunde vara med och bekräfta det vi byggde upp

Hjälpen till föräldrar/anhöriga har ofta formen av krisstödande terapi, bearbetning av handikappet, frigörelse och framtidstro. Behoven gäller ofta tidigt samspel och få hjälp att kunna se barnet och inte funktionshindret. Att reparera parrelationen och återknyta till det personliga nätverket är andra behov.

- *... och oftast behövs det inte mer än 1-3 månader intensiv tid, det är kristerapi, och sen har de som föräldrar kunnat gå vidare ... Och när jag mötte dom, som stolt visade upp sin lilla tös att så här stor har hon blivit, ... så har jag kunnat känna, att jag bara har behövt göra det här, med dom här insatserna, så har jag kunnat se resultatet*
- *... vi har pratat om att vara vaksamma över vilka sorts tecken det är, att senare gå in med någon sorts krisbearbetning. Det här att inte kunna tänka mer än en dag i taget, det kan vara ett sånt tecken*
- *Att vara anhörig till en person med bestående funktionshinder det är så speciellt och så specifikt, dom har varit med om att inte bli förstådda från början. Många beskriver att folk kan bli iskalla, och inte fråga hur det är och tar avstånd, och hur dom tappar kontakt med vänner och släkt*
- *Det kan bli som en aha-upplevelse för föräldrarna, när de kommer. Dom får komma med hela sig. Dom får vara hela...*

Ett metodperspektiv

Alla intervjuade kunde berätta om särskilda anpassningar, terapeutiska metoder och tekniker, som blivit vägledande i arbetet med funktionshindrade. Anpassningar som särskilt gäller begränsningar i kommunikation eller kognitiv förmåga.

- *... det var ju inte lätt att få dom här reflekterande samtalen till stånd och så sa han att "om du i stället talar om för mig hur jag ska göra för att jag ska må bra, så gör jag bara så, och så slipper jag fundera så mycket." Och det ljuset har jag burit med mig sen dess, dvs. jag får ju inte vara så strikt, och metodstyrd så att metoden i sig får ett värde, utan jag måste anpassa mina möjligheter till patienten. Och han ville faktiskt bara ha konkreta punkten, att gör så här, det var det han ville ha, och då hade jag försökt att ha en dialog, som kunde ta form och ge honom lite växtkraft å så där, men då hamnade vi fel, och det hade han förmåga att tala om för mig. Och det där det tar jag med mig nu*
- *Man är ju på olika utvecklingsnivåer, jag tycker inte att alla har förmåga att bearbeta, som ju är det klassiska i psykodymanisk terapi. Utan det kan ju också vara byggande, att man får hjälp att bygga upp sin personlighet*
- *Jag skulle argumentera för att psykoterapi kunde vara annorlunda för att det är människor med funktionshinder. Då måste man ta hänsyn till det*

Flertalet påpekar att man är mycket mer konkret i sitt språk och även tydlig med sin person, i terapier med kognitivt funktionshinder. För att uttrycka och symbolisera känslor och händelser används konkret material Erica materialets dockor och föremål, man ritar, målar, och använder spel och leksaker. Samarbete i teamet t ex med logoped var en förutsättning när barnet hade svårigheter med kommunikation och språk.

- *Jag vet inte vad jag ska kalla det för, men jag träffar henne varje vecka, det är kanske mer en stödjande kontakt än en bearbetande kontakt, men det är ju hennes nya livssituation och identitet. Nu har hon fått mera språk via logopeden, som har gjort en kommunikationstavla, där hon kan välja områden som hon vill prata om, men det är med blicken. Och där får jag gå vidare, så det är ju inte på nåt klassiskt sätt att det kommer från henne, utan jag är mycket mer drivande*
- *Den egna självbilden kan bli "pratbar" om man först använder sig av formulär och skattningsskalor, och egna förmågor och brister kan upptäckas i olika material t ex social färdighetsträning, och ADHD skalor*

Några betonade det systemiska tänkandet dvs. att individerna tillsammans i familjen och även nätverket runt familjerna kan involveras, för att stärka barnets/ungdomens psykiska hälsa.

- *När mamma mår bättre, så mår barnet bättre, Om mamma och pappa lyckas handskas med sin relation så blir det bättre. Det är mycket interaktionistiskt arbete, i flera generationer, mormor, farmor...*

Ett terapeutperspektiv

I berättelserna framtonade vikten av goda förutsättningar för terapeuten för att kunna göra ett gott psykoterapeutiskt arbete. Engagemang och entusiasm måste få stöd av såväl yttre som inre ramar. För att synliggöra behoven och utveckla goda rutiner, måste tydlighet i uppdragen uppnås. Andra vägledande erfarenheter handlade om utveckling av terapeutisk kompetens inom Barn- och ungdomshabiliteringar.

Inre och yttre ramar

Ramarna beskrevs som tillgång till tid, rum och integritet.

- *Det gäller ju oss också, att när man tar sig tid, då är det inte bara den här timmen, för om man ska göra nåt vettigt, så måste man ha lite mer utrymme runt omkring, så att man inte rusar från en utredning in i terapin och sen rusar ut för att handleda på en bostadsgrupp, och så är processen borta ur huvudet och inget på papperet, det måste finnas mer utrymme, det är inte bara den här timmen*
- *Man måste få vara med hela sitt jag i rummet med den man möter. Det finns en andlig dimension i det*

- *Vi behöver också värna om vår integritet för att förmedla nån sorts allmängiltig kunskap det här som vi kallar kulturkompetens, man får en ram kring det när man jobbar på det här sättet*
- *Det har handlat väldigt mycket att hjälpa föräldrar att bara stå ut med att det blev så här, och att man ska kunna härbärgera, - att bära det här. Jag bär så mycket av smärta åt dom, förhoppningsvis kan dom lämna en del av smärta här, och att man står ut med den tillsammans med dom. Det handlar om att stå ut, dag ut och dag in med samma smärta, jag känner ibland att "vad gör jag egentligen". Men dom får sätta ord på det här, och det är samma, om och om och om igen*

En sorts ram är strukturen i att ha en ingång och en utgång i terapin, och att sätta rimliga mål, både för klienten som för sin egen insats

- *Vår ingång är väldigt klar... detta barn har ju ett funktionshinder som kommer att ge barnet extra svårigheter, extra utvecklingsuppgifter i varje utvecklingsfas. Barnet är vår ingång. Det skiljer sig jättemycket hur du får själva ingången*
- *... att göra rätt saker vid rätt tillfällen, Att man ska kunna gå i avgränsade kontakter, och sen ut och pröva verkligheten. Att göra det så tydligt att klienten kan känna att dom är respekterade och väl bemötta professionellt och också att man får good enough... och att terapeuten också ska kunna tänka att det här är good enough, det här är tillräckligt det är lagom*

Terapeutiskt förhållningssätt

Vikten av att i allt vägledas av ett terapeutiskt förhållningssätt betonas i många intervjuer, oberoende på om man anser sig arbeta med terapier eller inte

- *Det första jag gör när jag träffar människor är att dom får berätta, det går ju inte att fylla på människor när dom är fulla, det tänker jag alltid på när det gäller information eller vad det än är, man måste tömma dom först innan man får dit nåt nytt*
- *... det är väl det, att inte kräva besked på en gång och vara väldigt lyhörd, att låta dom jobba, fundera, prata och besluta sig för att det är det här dom vill*
- *Ja ett terapeutiskt förhållningssätt är ju så viktigt i dom där lägena, för dom är ju i så mycket kris man kan vara i, och man är så oerhört känslig för nyanser och att bli förstörd, känslig för att man å ena sidan vill ha hjälp och å andra sidan vill man inte ha hjälp och vill inte ha med habiliteringen att göra, det är ju inte ett friskt barn...*

Ett kompetensperspektiv

I samtliga berättelser betonades att psykoterapi med funktionshindrade kräver en särskild kompetens om funktionshindret, dubbelkompetens, och även kompetens om sammanhanget för familjen, kulturkompetens.

Habiliteringens variation på arbetsuppgifter, som initialt upplevdes splittrande, kunde tillslut integreras till en sammanhängande kunskap om "hur det är att leva med funktionshinder".

Denna sammansatta kompetens fanns inte självklart hos andra verksamheter, vilket gjorde att man ibland tvekade att remittera till andra vårdgrannar.

Här följer citat ur berättelser om hur den sammansatta kompetensen utvecklas och kan ta sig uttryck i det praktiska arbetet inom Barn- och ungdomshabiliteringen.

- *... en ungdom som jag jobbade länge med, ... efterhand kom det fram en bild av samspelet mellan hjärnskadan och förmågan att hantera ångest. Där byggde det neuropsykologiska innehållet broar över till det terapeutiska. Det var en tonåring med Cp skada som hade stora spatiala svårigheter, och oerhört svårt att uppfatta rumsliga begrepp, och levde periodvis med jättehög ångest. När jag kom till väntrummet, hörde jag bara ylandet, det var stor ångestproblematik... Det där, tänkte jag, var en spatial svårighet att få överblick över situationen... Vi hade pratat mycket om att satsa på språket. Så blev det i behandlingsarbetet, att vi jobbade med språket, vi skev ner, "du säger... berätta det..."
Att samla ihop, att samla ihop sig själv, hjälpte till att få överblick, bli lugnare och gå i skolan*
- *... det här med samtalskontakter, det kunde ju vara både föräldrar och barn, ... och det barninriktade arbetet med bedömningar ... att barnen är annorlunda och det som är annorlunda i föräldraskapet... det var i början två helt separata saker ... det har till slut vuxit upp till en samlad kunskap om barngruppen*
- *... Jag tänker på det du sa om psykiskt lidande, det är ju en term vi sällan använder men det finns ju här jättemycket i hela systemet*

DISKUSSION OCH SLUTSATSER

Barn- och ungdomshabiliteringen är en verksamhet till stöd och främjande av god utveckling hos barn med funktionshinder. Merparten av de enkät- och intervjuvar vi fått visar att psykoterapier är en metod för att uppnå detta, och vi har funnit ett starkt engagemang för att psykoterapeutiskt arbete kan anpassas för gruppen funktionshindrade och deras anhöriga.

Omfattningen av och förutsättningarna för att arbeta psykoterapeutiskt varierar mellan de olika arbetsplatser som är representerade i studien. Några inom habiliteringens basverksamhet har viss tid avsatt enbart för terapier, men flertalet bedriver någon/några terapier som en integrerad del i ett varierat arbetsinnehåll.

De psykoterapeutiska insatserna blir, liksom allt annat, beroende av sitt sammanhang. Det finns inte en linjär orsaksverkan sammanhang till varför någon bedriver psykoterapi på ett oproblematiskt sätt, medan andra kämpar med frustration över att se att behoven blir svåra att tillgodose hos de funktionshindrade barnen/ungdomarna och deras anhöriga, både inom den egna verksamheten och hos andra vårdgrannar.

PSYKOTERAPEUTISK PRAXIS

Vår studie visar att det bedrivs psykoterapi i olika former inom Barn- och ungdomshabiliteringen och att erfarenheterna av detta arbete är goda.

Framförallt fascinerades vi av det starka engagemanget för gruppen funktionshindrade. Både i enkäten och i intervjuerna finns samstämmiga uttryck för att det finns ett behov av terapeutiskt arbete, och att man som personal på olika sätt försöker tillgodose detta behov. Det finns erfarenheter att psykoterapi för funktionshindrade kan bli marginaliserat och osynliggjort när uppdraget är otydligt, vilket bidrar till att det inte finns utarbetade rutiner. De flesta har stöd för detta uppdrag från arbetsledningen, men några tar sig själva an uppgiften, och andra åter arbetar för att andra verksamheter ska uppmärksamma behovet. De beskrivningar vi fick av psykoterapier, gav oss ett intryck att det är ett gott psykoterapeutiskt arbete som görs.

En anledning till upplevelser av problem och hinder kan hänföras till uppfattningar om psykoterapibegreppets innebörd.

Frågan - *Vad är terapi*- väckte många reflektioner i intervjuerna. Frågans betydelse för syftet att undersöka förutsättningarna för psykoterapi är att beroende på hur ordet psykoterapi definieras, så öppnar det upp för möjligheter eller skapar hinder. Traditionen kring vad som är "riktig" psykoterapi, bidrar ibland till att terapeutiskt arbete inte blir omnämnt som sådant. Berättelserna vi fick av terapier, visade ibland en osäkerhet om arbetet kunde benämnas som terapi, men intervjusamtalen blev i sig en process och det terapeutiska innehållet blev mer tydligt. Vi kunde märka en förskjutning från att kalla ett möte en kontakt till att det fick benämnas psykoterapi.

Många goda och väl planerade insatser genomförs. Om än inte alla säger sig utöva terapier, så bekräftas det terapeutiska förhållningssättet, och effekten är terapeutisk, bearbetande och byggande.

Vad man benämner psykoterapi beror på tankar kring egen kompetens, tidigare erfarenheter, och föreställningar om psykoterapiens särskilda struktur och sammanhang.

- *Psykoterapi... ja det är det vi gör för att hjälpa människor som kommer till oss med känslomässiga svårigheter*

Idag finns stöd för terapeutiskt arbete utifrån FN: s Barnkonvention, och även Barnpsykiatriutredningen, som visar att barn/ungdomar med funktionshinder är en riskgrupp. Klassifikationssystemet ICF använder begreppet delaktighet, som en hälsofaktor. Barnets behov av terapeutiska insatser blir synliga, när barnet utvecklat symtom på ohälsa, identitetskriser, beteendesymtom mm.

Att barnet får möjlighet att förstå och integrera funktionshindret/ "annorlundaskapet" i sin självbild, betonas i vårt material. I en verksamhet som identifierar och bedömer funktionshinder, är det angeläget att barnets förmågor blir bekräftade. Metoder kan vara olika former av processinriktade samtal, som leder fram till att barnet/ungdomen får berätta sin berättelse, och därigenom få möjlighet att utifrån sin förmåga förstå livet med dess händelser. När individen får en egen och sammanhängande berättelse om sig själv, ökar självkänslan och leder vidare till ökad delaktighet i sitt liv.

- *... man måste få prata redan som liten om sitt funktionshinder, och har man inte fått det, då har man ju noll koll*

Barn går aldrig ensamma i terapi, föräldrar behöver samtidigt stöd.

Föräldrars behov att på motsvarande sätt få integrera barnet med funktionshindret in i sina liv är en förutsättning för god omvårdnad om barnet, och eget psykiskt välbefinnande. Ett annorlunda föräldraskap innebär särskilda svårigheter. Föräldrar kan ha egna behov av terapeutisk hjälp i sin föräldraroll, t ex när man har svårt att finna balans i sina liv, och har svårt att blicka framåt med tillförsikt.

Andra bakomliggande trauman kan göra ett föräldraskap extra svårt, men Barn- och ungdomshabiliteringens uppdrag bör vara att behålla fokus på de känslomässiga svårigheter, som kan antas vara relaterade till funktionshindret och föräldrarollen. Ambitionen hos de vi mötte, var inte att ta sig an allehanda psykiatriska/psykologiska ärenden, utan att vara fokuserad på funktionshindrets påverkan på livskvaliteten. I intervjuerna betonades behovet att i sin praxis formulera en gräns till andra vårdgivare.

Många i vår undersökning tillämpar ett spektrum av metoder, en del för att stödja anknytning och samspel, andra för att ge uttryckssätt när kommunikations - och utvecklingsstörning är hindrande för traditionella metoder. Systemisk terapi, där familjeterapi är en form, har förutsättningar att passa väl inom habiliteringens uppdrag.

Psykoterapins ambition inom Barn- och ungdomshabiliteringen kan få vara begränsad och ”lagom”, vad gäller tid, omfattning och djup.

... Att man ska kunna gå i avgränsade kontakter, och sen ut och pröva verkligheten. Att göra det så tydligt att klienten kan känna att dom är respekterade och väl bemötta professionellt och också att man får good enough... och att terapeuten också ska kunna tänka att det här är good enough, det här är tillräckligt det är lagom

Kompetens

Ett utmärkande drag i Barn- och ungdomshabiliteringens verksamhet är att den erbjuder barnen/ungdomarna och deras familjer kontakt under lång tid, upp till 20 - 21 års ålder. Kontakter under lång tid kan i terapeutiska sammanhang upplevas som ett problem. Terapeuten kan ha svårt att urskilja sig i en terapeutisk roll, och ha den fredad. Brukaren/klienten kan känna sig ofri, och osäker på hur integritet och sekretess kan bevaras. Intervjuerna belyste det faktum att både terapeut och klient behöver ha det terapeutiska mötet fredat för att vara ”hela”, dvs. att inget behöver döljas och skyddas. Men denna kontinuitet i kontakten, kan även öka kompetensen och effektiviteten i det psykoterapeutiska arbetet. När klienten är känd, kan förståelse för både barnet/ungdomen och familjesituationen ha byggts upp i tidigare möten.

Barn- och ungdomshabiliteringen är en bred verksamhet som har många olika och varierande arbetsuppgifter, som förutsätter en god allmänkompetens inom området funktionshinder. Människor är komplexa, och man behöver som terapeut en bred kunskap för att kunna vara bra på något specifikt. Men många brottas med uppgiften att både vara generalist och specialist, för att det kan skapa splittring och begränsar utrymmet för ”hur mycket kompetens man orkar samla på sig”. Den generella kunskapen hos personal inom BUH, är en tillgång när det gäller det psykoterapeutiska arbetets innehåll, men förutsättningen för utövandet av psykoterapier ligger i att få utrymme för och upprätthålla denna särskilda kompetens.

Ett psykoterapeutiskt möte utgår från klientens förutsättningar. Samtliga utsagor i undersökningen gör tydligt att terapi inom habiliteringen förutsätter kompetens om funktionshindret, så att brukaren kan komma med hela sig. Habiliteringens specialiseringar bygger broar mellan varandra. Neuropsykologisk kunskap ger t.ex. extra insikter i affekt- och känsloliv.

I såväl intervjuer som i enkätsvar framkom att verksam psykoterapi förutsätter att barnet/ungdomen även blir förstått utifrån den livssituation funktionshindret medför. Detsamma gäller för terapier med föräldrar och anhöriga. Studien visar på vinsten med att terapeuten utövar terapier i tillräcklig omfattning, parallellt med traditionellt habiliteringsarbete, så att terapeuten kan säga: *... det här du berättar, det känner jag igen... min erfarenhet är att det kan lösas så här... jag brukar tänka så här... andra föräldrar har berättat...* Kulturkompetens är uppbyggd av denna typ av erfarenheter.

Den terapeutiska kompetensen måste omfatta en variation av metoder. Det är viktigt att metoden blir anpassad efter kognitiv och kommunikativ förmåga. Att mötet med terapeuten blir begripligt och meningsfullt för brukaren. Var och en utvecklar sitt sätt att ”vara terapeut” och det är bara brukaren som kan utvärdera terapeutens kompetens

Undersökningen visar att terapier för funktionshindrade förutsätter en sammansatt kompetens enligt ovanstående tankegång. När verksamheten tydliggör att arbetet både innehåller bas- och spetskunskaper, och dessutom stimulerar personers intresse och engagemang, så skapas ett gott klimat som är gynnsamt för den kreativitet och mod som måste till för att prova nya arbetsformer. Allt i vår studie pekar

på att området psykoterapeutisk behandling bör värnas om inom Barn- och ungdomshabilitering

– *Så här var det för mig, att när jag kom då skulle man ha en baskunskap och en spetskunskap, och så det man själv ville förkovra sig i. Det var viktigt, baskunskap och spetskunskap och så eget intresse och lust också*

Från metodperspektiv till brukarperspektiv

Barn- och ungdomshabiliteringens klienter är inte den grupp som man vanligtvis förknippar med att gå i psykoterapi. Etablerade terapeutiska metoder utgår oftast från förmågan att kunna reflektera och symbolisera över känslor och tankar. Det kan vara svårt att hitta metoder/förhållningssätt för dem som har kognitiva funktionshinder.

Detta gör att det finns en begränsad mängd erfarenheter att falla tillbaka på för den som vill arbeta med terapier. I stället visar vår studie att man utifrån sin sammansatta kompetens, och med kreativitet och mod, provar sig fram med olika former av anpassningar i det psykoterapeutiska arbetet. Samtidigt bidrog detta flexibla arbetssätt till att man ibland hade svårt att definiera sitt arbete som psykoterapi.

Exempel på anpassningar som nämndes var att terapeuten kan vara tydligare med sin person, välja ett enklare språkbruk, och använda konkreta metoder. Terapin måste utgå från ett brukarperspektiv, som i allt habiliteringsarbete dvs. ”hur ska det vara, för att det ska vara bra för dig.”

Vårt material visar att man har kunnat fokusera på att psykoterapeutiska insatser blir brukarstyrda istället för metodstyrda.

- *... jag får ju inte vara så strikt, och metodstyrd så att metoden i sig får ett värde, utan jag måste anpassa mina möjligheter till patienten... Och det ljuset har jag burit med mig sen dess*

Psykoterapier i nya sammanhang

I vår undersökning har vi fått ta del av berättelser som engagerat beskriver det specifika i att bedriva psykoterapi inom Barn- och ungdomshabiliteringen. Det gäller inre och yttre gränser i sammanhanget mellan klienten/brukaren, terapeuten och verksamheten.

Terapeuten inom Barn- och ungdomshabiliteringen är psykolog/kurator och terapeut, och befinner sig i en mångskiftande verksamhet som har behov av generalist och specialist i samma person. Detta är en av de faktorer som gör att en traditionell terapeutisk roll har svårt att få acceptans i traditionellt habiliteringsarbete. Terapeutens gränser handlar om växlingen mellan uppdrag med bevarande av professionell integritet. Därför är tydlighet med ingångar och utgångar viktig, dvs. hur något börjar och slutar.

Brukaren är förälder eller ett barn/ungdom, som har ett funktionshinder och ett känslomässigt problem. Behovet av anpassade terapeutiska metoder gör att BUH har goda förutsättningar för terapier som utgår från brukaren och fokuserar på relationen mellan terapeut och klient.

Psykoterapeuter inom BUH bör tydligt markera detta nya sammanhang som det terapeutiska mötet innebär. En tydligare terapeutisk inramning/gräns åstadkoms genom sammanhangsmarkörer som lugn och ro och särskild tid och rum.

Följande tablå får illustrera vår tolkning av utsagor från enkäter och intervjuer kring de speciella förutsättningarna för terapeuter inom habiliteringen, kontra mer traditionell syn på terapi

från traditionell terapi....	..med införlivad nyare kunskap...	... till terapi inom BUH
Terapeuten har en roll	Terapeuten skapar en relation	Terapeuten går in i ett nytt sammanhang
Problem att gå in och ur en roll i en mångsidig verksamhet	Större acceptans i mångsidig verksamhet.	Arbetar utifrån en sammansatt kompetens, i ett tydligt sammanhang, med fokus på relationen

Verksamheten har ett stödjande och behandlande uppdrag inom de problemområden som har sitt ursprung i funktionshindret. Barn- och ungdomshabiliteringen kan införliva psykoterapier tillsammans med andra behandlande insatser utifrån brukarens behov. Gränser till andra vårdgivare kommer alltid att behöva formuleras i det enskilda fallet.

BUH som verksamhet kan bidra med att synliggöra och bekräfta det psykoterapeutiska arbetet, bland annat genom att skapa forum för terapeuter att utbyta erfarenheter.

Sammantaget har Barn- och ungdomshabiliteringen goda förutsättningar för att skapa egna traditioner kring det psykoterapeutiska arbetet.

VISIONER

När vi började med denna undersökning var vi osäkra om omfattningen av det psykoterapeutiska arbetet inom Barn- och ungdomshabiliteringen. Vi överraskades av det gensvar våra frågor kring området psykoterapi fick. Detta gensvar tyder på ett starkt intresse för området och att det finns en tilltro till att psykoterapier är effektiva insatser för personer med funktionshinder och deras anhöriga. Vi uppfattade stor kompetens och kreativitet hos personalen.

Ett flertal personer i denna undersökning påtalar att man gärna ser att området får en mer självklar plats inom verksamheten.

Behovet att träffas och utbyta tankar och erfarenheter uttrycktes tydligt. Vi fick många insiktsfulla och konkreta förslag på hur förutsättningarna att arbeta psykoterapeutiskt kunde stimuleras

Här följer tankar och idéer som förmedlats till oss om vad nu verksamma terapeuter behöver göra inom sitt arbetsområde

- Söka stöd hos sig själv genom att erkänna sin kompetens och förmåga
- Öppna upp för samtal med andra inom den egna arbetsenheten
- Sträva efter ökad tydlighet i uppdraget
- Dokumentera och beskriv metoder och resultat.

- Dela erfarenheterna med andra
- Argumentera för brukarnas rätt till terapeutiskt stöd med anpassade metoder
- Pröva, var kreativ och utveckla nya former för god och anpassad psykoterapi
- Hitta former för sammankomster och skapa en plattform kring psykoterapier

Sammantaget bidrar allt detta till att öka och stärka den professionella kompetensen och till att utveckla en egen terapeutisk tradition inom Barn- och ungdomshabiliteringen. Samtidigt blir brukarnas behov tydliggjorda och erkända.

Vi har fått vara med om den process som händer när människor får träffas och samtala om något som engagerar dem. De vi intervjuade fick berätta sin "berättelse". Och vi fick glädjen av att ta del av berättelser om terapeutiska strävanden. Detta har gett oss oerhört mycket som kommer att bli vägledande för oss i vårt fortsatta arbete.

I denna process har vi blivit inspirerade av hur mycket möjligheten att uttrycka sig i ord och språk påverkar tanke och känsla. Språkssystemisk och narrativ teori och terapi har sin utgångspunkt i att det som formuleras i en berättelse blir vägledande för den som berättar. Får man stöd med att se det goda i sin berättelse, och bygga vidare på den så formas upplevelser och beteenden efter detta. När en person vågar vara fri i sin beskrivning av upplevelser och händelser så utvecklar det personens tilltro till sin egen förmåga.

Utifrån det synsättet är vår förhoppning/vision att det psykoterapeutiska arbetet inom Barn- och ungdomshabiliteringen blir erkänt och synliggjort, när intresserade personer får möjlighet att uttrycka och formulera sina erfarenheter.

Varje terapeutisk erfarenhet som berättas kan då bli till en vägledande erfarenhet för någon annan.

REFERENSER

Assarsson, N., Hofsten, G. (1997). Familjeterapi för barn med neuropsykiatriska handikapp. Omsorgsnämnden i Stockholms läns landsting, rapportserie 97-08.

Berglund, G., Svensson, G., West, M. (1998). Psykoterapi med intellektuellt funktionshinder – svårigheter och möjligheter. Institutionen för pedagogik och psykologi Linköping.

Gustafsson, C. (2004). Utvecklingsstörda riskerar få sämre behandling vid psykisk ohälsa. Handikappforskning pågår, 04-01, (2-3)

Hansson, K. (2001). Familjeterapi på goda grunder. Förlagshuset Gothia AB.

Lagerheim, B. (1988) Att utvecklas med handikapp. Norstedts Förlag AB

Psykisk hälsa 2002:1. Psykoterapeutisk behandling vid funktionshinder.

Smith, C., Nylund, D. (1997) Narrative therapies with children and adolescents. The Guilford Press.

SOU 1998:31. Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande. Det gäller livet. Socialdepartementet.

Zenker, B. (1993). Psykoterapi med utvecklingsstörda barn. Liber Utbildning AB

Bilaga 1.

Yrke:

1. Arbetar Du med psykoterapeutiskt behandlingsarbete inom verksamheten

- Ja
 Nej

Kommentar:

.....

2a) Om Du svarade Ja på ovanstående fråga. Kan Du uppskatta om tyngdpunkten i arbetet ligger på barnet/ungdomen eller förälder/familjen eller både och? Kan du uppskatta i procent av Din arbetstid

<u>Kategori</u>	<u>Procent</u>
<input type="checkbox"/> Barnet/ungdomen	
<input type="checkbox"/> Familjen/föräldrarna	
<input type="checkbox"/> Både och

2b) Om du svarat "både och" avser Du då psykoterapeutisk behandling av barnet/ungdomen och föräldrarna i samma familj?

- Ja
 Nej

Kommentar:

.....

3. Kan du beskriva vilken/vilka teoretiska huvudinriktningar som Du främst arbetar efter

- Psykodynamisk
 Kognitiv
 Beteendeterapi
 Familjeterapi
 Annat

Kommentar:

.....

.....

4. Eftersom vi går en utbildning med inriktning familj är vi intresserade av Dina erfarenheter av familjeterapeutisk behandling,

Beskriv:

.....

.....

.....

5. Kan Du beskriva Dina erfarenheter, både positiva och negativa, med att arbeta psykoterapeutiskt med individen och/eller familj inom Barn och Ungdomshabiliteringen

Beskriv:

.....

.....

6. Har Du upplevt några hinder att arbeta psykoterapeutiskt med klienten, ungdomen och/eller familjen inom Barn och Ungdomshabiliteringen.

Beskriv:

.....

.....

Jag kan tänka mig att delta i en kompletterade samtal/intervju

Namn:

Tel.nr:

e-postadress:

Ett stort Tack till Dig!

Vi önskar att vi får svaren senast 30 mars (se information första sidan)