

Psykoterapi inom barn- och ungdomshabilitering ger förutsättning för välbefinnande och mognad

Britta Norlin¹, & Kerstin Ollinen Mörtzell²

¹Barn- och ungdomshabiliteringen i Umeå, Västerbottens läns landsting ²Barn- och ungdomshabiliteringen i Skellefteå, Västerbottens läns landsting

Slutsatser

När psykoterapi kan erbjudas inom barn- och ungdomshabiliteringen innebär det för

Individen:

- Att bli sedd och bekräftad med sitt funktionshinder
- Att få uttrycka känslor kring funktionshindret

Verksamheten:

- Att insatser till ungdom och familj breddas och fördjupas



Implikationer

- Barn och ungdomar med familj bör under utvecklingsåren få möjlighet att möta professionella i sammanhang där känslorna kring funktionshindret kan tas emot och processas
- Barn- och ungdomshabiliteringen är en lämplig plattform för detta eftersom verksamheten är unik i fråga om kunskap om funktionshinder, dess konsekvenser och känslomässiga pålagringar

Bakgrund

- 31-50% av barn och ungdomar med funktionsnedsättning uppfyller kriterier för psykisk ohälsa (Emerson, 2003)
- Psykoterapeutiska erfarenheter beskrivs av personalen inom Barn och ungdomshabiliteringen i fem län (Norlin & Ollinen Mörtzell, 2005)
- Under tre års tid har psykoterapi på systemisk/familjeterapeutisk grund erbjudits till ungdomar och deras familjer i Umeå och Skellefteå

Syfte

På individnivå:

- Att bearbeta känslor kring funktionshindret
- Att stärka självkänsla och identitet emot ett ökat välbefinnande

På verksamhetsnivå:

- Att utprova hur psykoterapeutiskt behandlingsarbete kan förenas med traditionell habilitering, råd och stöd

Metod

Deltagare

Tabell 1

Bakgrundsinformation för deltagande ungdomar i Umeå och Skellefteå

Kön	25 flickor, 28 pojkar
Ålder	13-15 år (N=25) 16-19 år (N=28)
Diagnos	Lätt utvecklingsstörning (N=23), Måttlig utvecklingsstörning (N=4), Aperger/Autism (N=6), Catch 22 (N=2), Flerfunktionshinder (N=7), Rörelsehinder/Muskelsjukdom (N=8), ADHD (N=3)
Kontaktväg	IP (N=11), Habiliteringsteam (N=27), Skola (N=4), Förälder (N=10), Läkare (N=1)
Typ av kontakt	Ungdom (N=20) Förälder (N=23) Ungdom/förälder (N=10)
Antal terapitillfällen	1 (N=1) <5 (N=26) 5-10 (N=14) >10 (N=12)

Terapierna har omfattat ca 20% av en heltidstjänst i Umeå respektive Skellefteå. N = antal, ADHD = Attention-deficit/hyperactivity disorder, IP = individuell planering

Psykoterapeutisk teknik

Systemisk/familjeterapeutisk psykoterapi

- Interaktionistiskt perspektiv. Centrala begrepp inkluderar relationer, samspelsmönster, system och struktur
- Brukaren/klienten är experten på sin tillvaro och terapins grund är brukarens berättelse om sin tillvaro
- Mötets betydelse, bygger på respekt och ödmjukhet inför varje människas unika situation
- Terapeutens kunskap om funktionshindret är en vital del av behandlingen. Den terapeutiska metoden anpassas med konkret material och teknik efter individens förmåga och nivå



Resultat

Individnivå

Centrala teman som återkom i terapierna var

- Självkänsla
- Identitet
- Funktionshinder
- Relationer till andra

Efter avslutad kontakt har det generella varit att ungdomen/familjen har känt sig lyssnad på, förstådd och att de kunnat bära med sig nya tankegångar och hopp om ett bättre välbefinnande.

Verksamhetsnivå

Utifrån den försöksverksamhet som bedrivits tycks bemötande med psykoterapeutisk grund vara förenligt med verksamheten, men det återstår utvecklingsområden kring

- Kontaktväg
- Integrering i teamarbete
- Sekretess/integritet
- Gränsdragning till andra verksamheter

Referenser

Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(1), 51-58.

Norlin, B., & Ollinen Mörtzell, K. (2005). Psykoterapeutisk praxis inom barn- och ungdomshabilitering. Examensuppsats, Psykoterapeutprogrammet, Institutionen för klinisk vetenskap, Umeå universitet.

Kontakt

britta.norlin@vll.se; kerstin.ollinen.mortzell@vll.se