

BASENS 8 METODER/ TILGANGE

[VÆRKTØJER/OMRÅDER]

INDHOLDSFORTEGNELSE

RELATIONER	3
FORÆLDRESAMARBEJDE	4
KONTAKT MED FORÆLDRE	4
Hvad kan der tales om:	5
FAKTUEL VIDEN OM ASF, ANGST, OCD, DEPRESSION, ADHD OG SKIZOTYPISKE SINDSLIDELSER	6
ASF	6
Basens behandlingsmæssige tilgang til børn og unge med ASF	7
HVAD ER PDA (EKSTREM KRAVAFVISNING)?	7
Basens behandlingsmæssige tilgang til børn og unge med PDA	8
ANGST	8
FOBIER	8
SOCIAL ANGST	9
SEPERATIONSANGST	9
GENERALISERET ANGST	9
Basens behandlingsmæssige tilgang til børn og unge med angst	9
OCD	10
Basens behandlingsmæssige tilgang til børn og unge med OCD	11
DEPRESSION	12
Basens behandlingsmæssige tilgang til børn og unge med depression	12
ADHD	13
Basens behandlingsmæssige tilgang til børn og unge med adhd	14
SKIZOFRENE SINDSLIDELSER	14
SKIZOTYPI	16
SKOLEVÆGRING OG ISOLATION HOS BØRN OG UNGE	17
Basens behandlingsmæssige tilgang til skolevægning og isolation	19
SPISEFORSTYRRELSER OG ANDRE FORMER FOR SELVSKADENDE ADFÆRD	21
ANDRE FORMER FOR SELVSKADENDE ADFÆRD HOS UNGE	21
Basens behandlingsmæssige tilgang til børn og unge med spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd	22
LOW AROUSAL	24
HISTORISK RIDS	24
TEORIEN BAG	24
CENTRALE BEGREBER	24
Kravsætning	24
Arousal-triggere	24
Selvbevidsthed	25
SÅDAN BRUGES DET PÅ BASEN	25
CASE	25
STRUKTUR	26
Hvorfor struktur?	26

<i>Basens grundforståelse for vigtigheden af struktur og planlægning</i>	26
Hvorfor Struktur?.....	27
<i>REDSKABER TIL STRUKTUR</i>	28
PSYKOEDUKATION	29
<i>HISTORISK RIDS</i>	29
<i>TEORETISK GRUNDLAG</i>	29
<i>CENTRALE BEGREBER</i>	29
Sproget.....	30
Forståelse.....	30
Genkendelse og handlestrategier	30
<i>SÅDAN BRUGES DET PÅ BASEN</i>	30
<i>PRAKSISANVENDELSE</i>	30
SYSTEMISK OG NARRATIV METODE	32
<i>HISTORISK RIDS OG TEORETISK GRUNDLAG</i>	32
<i>CENTRALE BEGREBER</i>	32
System	32
Narrativ	32
Sprog.....	32
Intention	33
Eksternalisering.....	33
<i>SÅDAN BRUGES DET PÅ BASEN</i>	33
EKSTERNALISERENDE SPROGBRUG.....	33
TYKNE DE TYNDE NARRATIVER	33
MØDE ELEVEN MED INTENTION	34
<i>CASE</i>	34
BEHANDLINGS- OG LÆRINGSMÅL	36
Hvad:.....	36
Hvornår:.....	36
Hvorfor:.....	36
Hvor:	37
<i>EKSEMPLER PÅ KONKRETE MÅL</i>	37
Undervisningsmål i 6. Klasse.....	37
Behandlingsmål;	37
<i>Eksempel på udfyldt Behandlingsmål</i>	37

RELATIONER

På Basen anser vi arbejdet med relationer som et af de mest bærende elementer for vores arbejde. Relationen opfattes som et middel til at igangsætte en udviklingsproces for eleven. Relationen er afgørende for vores elever, idet de ofte har oplevet rigtig mange nederlag, både fagligt, men i høj grad også i relationerne.

Når vi interagerer og har en relation til hinanden, er det ofte i de bittesmå nuancer, at den store forskel kan findes. Gennem spejlingen i hinanden påvirkes vores neurale forbindelser. Så når eleven oplever at en underviser/behandler spejler nuanceret og målrettet, skabes muligheden for at der dannes andre neurale netværk, der muliggør andre måder at forstå sig selv og verden på = forandring.

Det er os, som fagprofessionelle der har ansvaret for relationen, og relationen er udelukkende meningsskabende indenfor en tydelig struktur. Det er aldrig eleven eller forældrene der skal bære det ansvar.

I relationen til eleven er det vores opgave at være karavaneføreren, der fører karavanen sikkert til sit bestemmelsesmål. Dette indebærer at vi kender ruten, og kan disponere således at karavanen overlever frem til målet. Den voksne har ansvaret for kontakten og for at elevens færdigheder ikke overskrides, således at eleven går på afveje. Barnet skal føle sig tryk, og den voksne tager ansvar for at sikre barnet gunstige udviklingsforhold.

Det er ligeledes vores opgave at gøre os unødvendige i den unges liv, og derfor skal relationen kunne fases ud på sigt. Relationsarbejdet indebærer også at kunne sige det svære både til barnet og forældre, at skabe realisme om elevens kompetencer, og give et retvisende billede til forvaltningen, således det sikres at eleverne også efter Basen kan modtage det rette tilbud.

FORÆLDRESAMARBEJDE

Med udgangspunkt i den systemiske tænkning, betragter vi barnet som en del af familiens system. Derfor er det væsentligt at forstå familiens samspil og dynamikker, for derved at kunne forstå den enkelte elev bedre.

Et tæt og forpligtende forældresamarbejde, er en forudsætning for at kunne skabe et trygt og udviklende skoleforløb for eleven. En professionel nysgerrighed på forældrenes historier om eleven, kan give os en vigtig viden om hvad eleven mestrer og hvor eleven er udfordret, udenfor Basen. Ved indskrivning afstemmes og sikres kommunikationsform og hyppighed. Det er i denne forbindelse vigtigt med en tæt dialog hvor roller afklares og italesættes, og forventninger mellem Basen og forældrene afstemmes, så vi får afgrænset hvad vi kan og hvad vi ikke kan.

Forældresamarbejdet skal betragtes som en væsentlig del af behandlingsarbejdet. For at skabe udvikling og trivsel for den enkelte elev, er det nødvendigt at få forældrene på banen som aktive og deltagende aktører. Vi skal altså ikke blot holde forældrene orienterede, men så vidt det er muligt, inddrage dem i et tæt samarbejde.

Et godt forældresamarbejde er baseret på tillid, og tager tid at bygge op. Hvis der sker episoder på Basen, som forældrene måske har svært ved at forstå, kan tilliden og samarbejdet blive udfordret. Derfor er en løbende og tæt dialog en forudsætning for et udbytterigt forældresamarbejde, såvel som for opbygning af en tillidsfuld relation. For at kunne skabe udvikling for eleven, er det ligeledes helt essentielt, også at få talt med forældrene om sårbare og vanskelige emner i relation til eleven.

Forældrene kan være usikre når deres barn starter på Basen, hvilket kan medføre et øget behov for kontakt med Basen. Hvis ønsket om kontakt bliver for tidskrævende, er det vigtigt at du inddrager din afdelingsleder og evt. afdelingens psykolog. Forældresamarbejde kan være en krævende proces, der kræver hjælp og støtte. Sparring og løbende rådgivning og vejledning fra kollegaer og afdelingsleder er derfor vigtigt for, at den enkelte medarbejder ikke oplever at stå alene med en vanskelig problemstilling. Det kan f.eks. være en stor støtte, at afdelingslederen sidder med til møder i komplicerede sager.

Hvis et forældresamarbejde bliver vanskeligt, inviteres begge parter samt nærmeste leder til et dialogmøde, for at afklare og blive klogere på skole/hjemsamarbejdet. Det er ikke sikkert at vi vil kunne imødekomme forældrenes ønsker, men vi kan skabe klarhed over hvad Basen kan tilbyde, og fortælle om hvordan vi tilrettelægger elevens behandling og undervisning.

KONTAKT MED FORÆLDRE

Al kontakt med forældre, både mail, sms og telefonsamtaler, dokumenteres i Skoleintra på elevens Klasselog. Forsøg på kontakt dokumenteres også.

Som udgangspunkt er der ugentlig kontakt med forældrene, såfremt eleven er under 18 år, eller selv ønsker det. Er eleven over 18, skal vi altid have tilladelse til at kontakte forældrene. Det er vigtigt at afstemme med

forældre og afdelingsleder, hvor ofte kontakt findes nødvendigt. Ved kontakt med forældre beskrives eleven bl.a. ud fra følgende aspekter: socialt, trivsel, fagligt, ressourcer/udfordringer og evt. særlige hændelser. Det er ofte godt at give konkrete eksempler.

Hvad kan der tales om:

- Hverdagen (hvad har man lavet)
- Fravær
- Faglighed (hvad har man lavet i de forskellige fag)
- Trivsel
- Sociale relationer
- Ressourcer
- Konflikter
- Undervisnings- og behandlingsmål
- Hvordan går det derhjemme?
- Hvordan oplever forældrene at barnet har det på Basen?
- Praktik og tiden efter Basen

Forældrene inddrages ved samarbejde med eksterne samarbejdspartnere, som f.eks. UU-vejledere, sundhedsplejerske o. lign.

Hvis forældrene bor hver for sig, er det vigtigt at være opmærksom på at begge forældre modtager informationer om eleven, såfremt de har fælles forældremyndighed.

FAKTUEL VIDEN OM ASF, ANGST, OCD, DEPRESSION, ADHD OG SKIZOTYPISKE SINDSLIDELSER

ASF

Autisme Spektrum Forstyrrelse (ASF) er en fællesbetegnelse for samtlige former for autisme. Det vurderes, at ca. 1% af den danske befolkning har ASF. Autismen er en diagnose, der dækker over en sammensat funktionsnedsættelse, som forekommer i forskellige grader og former. Kendetegnen for autisme er en anderledes, og ofte forsinket, udvikling på områderne socialt samspil, kommunikation, forestillingsevne, adfærd og interesser.

Det kan ikke ses på en person, at denne har ASF. Men tilstanden kan medføre en anderledes måde at opleve verden på, som kan give udfordringer i forhold til at indgå i sociale sammenhænge og at kommunikere med andre mennesker. Endvidere kan mennesker med ASF ofte opleve at være sensitive overfor sansemæssige påvirkninger og opleve ubehag ved f.eks. lyde, lugte, berøring mm. Selve graden af, hvordan funktionsnedsættelsen/-forstyrrelsen kommer til udtryk hos det enkelte barn/unge med ASF, kan både forværres og forbedres afhængig af, hvor stresset eller belastet barnet/den unge er.

Autisme kan virke ind på personens interesseområder, personlighedsudvikling og livssituation – i det hele taget alle de situationer og sammenhænge, som mennesker befinder sig i. Barnet/den unge med ASF kan opleve at have problemer med grundlæggende, umiddelbar og gensidig forståelse af omverdenen og forståelsen mellem mennesker. Dette kan bl.a. medføre, at kontakt med andre kan føles belastende. Derfor vil barnet/den unge måske føle et behov for at trække sig fra sociale sammenhænge.

ASF er et spektrum hvor graden af autisme defineres; fra den lettere autisme med f.eks. Asperger Syndrom (AS), Gennemgribende Udviklingsforstyrrelse Uspecificeret (GUU) og Gennemgribende Udviklingsforstyrrelse Anden (GUA), atypisk autisme, og til den tungere ende af autisme; den infantile, Rett Syndrom og Savante (Rainmann), hvor personen kan være svært handicappet af sin autisme.

ASF har det til fælles, at de viser sig som afvigelser i forstyrrelse af:

- socialt samspil
- social kommunikation og
- den sociale forestillingsevne.

I 1992 blev et antal diagnoser, som vi i dag opfatter som ASF, defineret i kategorien "Gennemgribende udviklingsforstyrrelser" i WHO's internationale diagnosesystem ICD 10.

Basens behandlingsmæssige tilgang til børn og unge med ASF

Basens forståelse af unge med ASF tager afsæt i forståelsen i det nye diagnosesystem, ICD-11. Vi målretter således indsatsen individuelt til den enkelte unge med ASF's specifikke problemstilling, idet vi både fokuserer på graden af begrænsning i den unges funktionsevne og på de områder, hvor den enkeltes styrker er.

Vi arbejder med udgangspunkt i den systemiske tilgang og betragter således barnet/den unge med ASF som en del af et system. Dette indebærer bl.a., at vi inddrager elevens relevante netværk, for derved at kunne iværksætte en helhedsorienteret indsats omkring barnet/den unge.

Undervisningen på Basen er bygget op omkring en fast daglig struktur i et trygt og forudsigeligt læringsmiljø. Det er et fokuspunkt, at barnet/den unge hjælpes til at udvikle kompenserende værktøjer, som medvirker til at reducere ASF-relateret stress og belastning for den enkelte. Vi har i den forbindelse god erfaring med brug af kognitive redskaber, som kan hjælpe barnet/den unge med at opnå overskud til at navigere i krævende situationer og sammenhænge.

HVAD ER PDA (EKSTREM KRAVAFVISNING)?

Syndromet *Pathological Demand Avoidance* (PDA) – på dansk oversat til *ekstrem kravafvisning* – blev først beskrevet i 1980'erne af den engelske professor Elizabeth Newson. Newson blev i sit arbejde med børn og unge med ASF opmærksom på, at en særlig gruppe af disse børn og unge afveg fra det klassiske symptombillede. Disse børn og unge havde bl.a. en bedre mentaliseringsevne (evnen til at indleve sig i andre) samt bedre kommunikationskompetencer, end hvad der normalt er karakteriserende for autisme. Samtidig fremstod denne gruppe børn og unge med en karakteristisk og gennemgående modstand mod at indgå i situationer med forandringer og krav.

Karakteristisk for børn og unge med symptomer på PDA er, at de er ekstremt følsomme over for, at andre stiller krav til dem. De udviser et angstdrevet behov for kontrol, som fører til en tvangspræget undgåelse af krav og forventninger fra andre mennesker. Børn og unge med PDA har generelt et stort ønske om at indgå i sociale sammenhænge og om at være lige så gode – eller bedre – end andre. De kan derfor ofte være overdrevet optagede af, om andre har forventninger til dem, som de ikke kan leve op til. Frygten for at fejle, eller ikke at kunne leve op til krav, gør, at unge med PDA ofte giver op på forhånd og forsøger at undgå situationer, hvor der stilles krav eller forventninger til dem.

Børn og unge med PDA har ofte meget veludbyggede strategier ift. at undgå kravsituationer, hvilket af omgivelserne kan opfattes som stædighed eller manipulation. Bag denne adfærd ligger dog et grundlæggende ønske om at kunne tilpasse sig og indgå i sociale sammenhænge. Dette kan dog ofte være overskygget af tidligere negative erfaringer og en angst for at miste kontrollen.

Basens behandlingsmæssige tilgang til børn og unge med PDA

Det er vores erfaring på Basen, at de børn og unge, med adfærd svarende til PDA, ofte har haft komplicerede skoleforløb, hvor både forældre og lærere har følt en magtesløshed ift. at få barnet/den unge til at indgå i kravssituationer i skolesammenhænge.

På Basen arbejder vi målrettet, med udgangspunkt i den forskning, der er tilgængelig på området. Vi tilrettelægger vores arbejde med barnet/den unge ud fra en forståelse af, at der, bag den kravafvisende adfærd, er et angstdrevet behov for kontrol. For at kunne møde eleven med symptomer på PDA i dennes livsbetingelser, arbejder vi målrettet på at skabe en samarbejdsalliance. På den måde møder vi barnet/den unge fleksibelt, med henblik på at skabe positive oplevelser ved at indgå i samspil og samarbejde med omverdenen.

ANGST

Angstlidelser er blandt de mest udbredte psykiske lidelser blandt børn og unge. Symptomerne kan for nogle være så alvorlige, at det får store konsekvenser for både den unge selv og for de pårørende. Forskningen på området viser, at jo hurtigere, der påbegyndes en målrettet indsats for den unge med angst, des lettere er det at komme angstsymptomerne til livs.

Angst er en naturlig reaktion på oplevet fare. Angsten sikrer, at vi reagerer hurtigt og instinktivt og f.eks. flygter eller forsvarer os, når vi føler os truede. Men nogle mennesker reagerer på begivenheder eller i situationer, der ikke almindeligvis udløser angst. Det vil sige, at den naturlige angstreaktion er ude af proportion med den reelle fare. Angst kan optræde i mange forskellige grader og former. Ofte viser de sig sammen med andre former for psykiatriske vanskeligheder, f.eks. opmærksomhedsforstyrrelser eller autismespektrumforstyrrelser (ASF).

Nervøse tilstande dækker over de mest almindelige angstlidelser som socialfobi, agorafobi, enkeltfobi, panikangst, generaliseret angst og OCD. Angsten er typisk vedvarende, det føles måske som om den altid har været der, og typisk har den ikke én bestemt årsag.

Stress-relaterede tilstande dækker over reaktioner på enten svær belastning, der udløser en akut belastningsreaktion, eller en permanent negativ livsændring der medfører en tilpasningsreaktion. Diagnoserne hedder posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), akut stressreaktion og tilpasningsreaktion.

FOBIER

Fobisk angst er en angsttilstand, som er knyttet til særlige situationer eller til mødet med bestemte objekter. Disse indbærer ikke en reel fare i sig selv, men kan udløse en irrationel og intens angst. I situationen vil barnet/den unge med fobi kunne opleve svimmelhed og hjertebanken, og måske føle en frygt for at dø eller miste forstanden. For at beskytte sig selv vil barnet/den unge typisk forsøge at undgå de angstudløsende situationer eller objekter. Når undgåelsen af disse er ude af proportion med en reel fare, og får konsekvenser for barnets/den unges evne til at fungere i hverdagen, er der tale om en fobi.

Eksempler på fobiske situationer og objekter er højder, blod, nåle, lukkede rum, tandlægebesøg, edderkopper, at flyve etc.

SOCIAL ANGST

Social angst hos børn og unge hænger typisk sammen med sociale situationer og en frygt for at blive vurderet negativt af andre mennesker. Social angst kan forklares som en overdrevet form for generthed og nervøsitet, som medfører, at barnet/den unge undgår en række aktiviteter, som han/hun ellers gerne ville have deltaget i. Når barnet/den unge med social angst føler sig styret af sin angst, kan det blive invaliderende for den ønskede livsførelse. Symptomerne på social angst kan være hjertebanken, kvalme, rysten, mundtørhed, besvær med at trække vejret, uvirkelighedsfølelse, frygt for at miste kontrollen mv. Lidelsen kan medføre en alvorlig risiko for, at barnet/den unge i tiltagende grad vil isolere sig.

SEPERATIONSANGST

Separationsangst optræder som en naturlig del af barnets udvikling. Når denne form for angst optræder blandt børn/unge, kaldes det ofte abnorm separationsangst. Kendetegnende for separationsangst hos børn og unge er, at barnet/den unge har svært ved at være væk fra sine primære omsorgsgivere. Barnet/den unge vil ved adskillelse ofte føle frygt for, at der vil ske noget frygteligt med dem, de holder af, eller for at ydre forhold vil adskille dem (f.eks. kidnapning, indlæggelse). Barnet/den unge kan have fysiske symptomer på separationsangsten så som mavepine, hovedpine, opkastning mv. Denne angstform kan være meget begrænsende for familiens udfoldelsesmuligheder og vil ofte føre til konfliktfyldte situationer i relationen.

GENERALISERET ANGST

Børn og unge med generaliseret angst befinder sig ofte i en konstant tilstand af ængstelse og uro. I modsætning til den fobiske angst, er generaliseret angst ikke knyttet til en specifik situation eller objekt. Tidligere kaldte man denne angstform for bekymringsangst, da den ofte manifesterer sig i bekymringer, som får en uforholdsmæssigt stor plads i barnets/den unges bevidsthed. Barnet/den unge vil typisk befinde sig i en tilstand af vedvarende og generel angst og kan opleve symptomer så som rysten, muskelspændinger, hjertebanken og vedvarende nervøsitet, svimmelhed og uro i maven.

Ved generaliseret angst vil barnet/den unge ofte være plaget af bekymringstanker og ængstelse omkring alle områder af livet. Typisk på et urealistisk plan som er ude af kontrol, og med koncentrations- og søvnbesvær til følge.

Basens behandlingsmæssige tilgang til børn og unge med angst

Det er vores erfaring på Basen, at de forskellige angsttyper har gavn af forskellige indsatser. Eksempelvis kan børn og unge med enkeltfobier ofte blive symptomfrie efter et kortere behandlingsforløb, bestående af en målrettet kognitiv indsats i kombination med eksponeringsøvelser.

Separationsangst og isolationsproblematikker kan ofte kræve en længere indsats i tæt samarbejde med barnets/den unges familie eller relevante netværk. Indsatsen indledes i hjemmet, idet der gradvist bygges

bro til skolen. Barnet/den unge får mulighed for at afprøve nye angstdæmpende teknikker i praksis og lærer nye måder at håndtere adskillelsen på.

På Basen har vi elever, som oplever enkelte angstsymptomer, og elever som oplever komplekse og langvarige vanskeligheder. I hvert enkeltstående tilfælde tilrettelægges indsatsen med udgangspunkt i de konkrete vanskeligheder, som barnet/den unge oplever og med afsæt i de grundlæggende forudsætninger (herunder andre vanskeligheder), som barnet/den unge har for at indgå i et behandlingsforløb.

Vi arbejder kognitivt adfærdsterapeutisk med børn og unge med angst. Vi sigter mod at hjælpe barnet/den unge med at ændre sine tanker omkring den angstudløsende situation. Dette gør vi ud fra en opfattelse af, at det ikke er selve situationen, der er angstudløsende, men at det er den mening, som barnet/den unge tilskriver situationen, der udløser angst. I praksis arbejder vi med at identificere og udforske de fire komponenter; tanker, følelser, kropslige signaler og adfærd, således som de opleves i de angstudløsende situationer.

De børn og unge, der oplever sig begrænsede af angstsymptomer, arbejder sammen med deres primær og Basens psykolog om et behandlingsforløb, hvor de indledningsvis identificerer de situationer, som udløser angst.

Børn og unge, som lider af angst, kan have tendens til at føle, at de er alene med deres vanskeligheder. Et væsentligt skridt henimod at komme angsten til livs er, at barnet/den unge via psykoedukation får tilbudt viden om genkendelige angstmekanismer, der kan give dem en ramme at forstå deres egen livssituation i. Vi arbejder endvidere med at udforske og identificere tanker, følelser og adfærd, som er forbundet med angstudløsende situationer, for derved at hjælpe barnet/den unge til at finde alternative måder at forstå dem på.

OCD

OCD (Obsessive Compulsive Disorder) er en psykiatrisk diagnose. Den er kendetegnet ved, at barnet/den unge oplever de samme tvangstanker og tvangshandlinger igen og igen. Man kan have OCD i mange sværhedsgrader; lige fra lejlighedsvis optrædener, til invaliderende ritualer som optager næsten alle døgnets vågne timer med tvangshandlinger og særlige ritualer.

OCD kan vise sig som tvangstanker (obsessioner) med tilbagevendende tanker om eksempelvis ulykker, katastrofer eller sygdom. Tvangstanker er meget ubehagelige for barnet/den unge og er enormt svære at modarbejde. Tvangstanker kan være kombineret med ritualer og tvangshandlinger, kaldet kompulsioner. Kompulsioner er ritualer og handlinger, som barnet/den unge oplever sig nødsaget til at udføre for at undgå, at noget helt forfærdeligt vil ske, enten med barnet/den unge selv eller med dennes familie. Handlingerne skal ofte udføres efter et helt bestemt mønster og udføres ofte på baggrund af tvangstanker.

Tvangshandlingerne er tit forbundet med vaske- eller rengøringsritualer, der knytter sig til tanker om bakterier, sygdom mv. Andre hyppige tvangshandlinger kan være kontrol-, tælle- og symmetri-ritualer, hvor

man skal tjekke noget igen og igen, eller man skal tælle en bestemt talrække eller lignende. Noget af det væsentligste ift. børn og unge med OCD er, at de er fuldt bevidste om at have disse tanker.

OCD kan hverken påvises i hjernescanninger eller fysiologiske prøver, men kan udelukkende diagnosticeres på baggrund af adfærd. I psykiatrien anvender man indimellem skemaer til at teste for OCD, f.eks. Leyton Obsessional Inventory, hvor barnet/den unge stilles en række spørgsmål, som kan indikere, om der er tale om OCD

Basens behandlingsmæssige tilgang til børn og unge med OCD

På Basen har vi særligt fokus på at skabe et læringsmiljø som er trygt og forudsigeligt, og som kan medvirke til at stressreducere. Ved at fokusere på at skabe en rolig og forudsigelig hverdag for vores elever, vil de gradvist opleve, at stressniveauet daler. Dette giver barnet/den unge mere ro og overskud til at arbejde på sin udvikling. Børn og unge, der har svær til moderat OCD, vil ofte være meget plagede af det og have en stor bevidsthed omkring deres OCD. Ofte har de brugt meget tid og energi på at skjule deres ritualer for familien, og såvel ritualerne, som det at skulle skjule dem, fylder utroligt meget i barnets/den unges liv.

Den nærmeste familie er som regel opmærksom på barnets/den unges ritualer og deres omfang, og kan ubevidst være med til at fastholde disse rutiner. F.eks. ved at lade hverdagen blive struktureret efter barnets/den unges ritualer og rutiner for hvordan, der skal gøres rent, eller hvordan alle familiemedlemmerne skal spise mv. Det er helt naturligt, at man som forældre indgår i ritualerne, i et forsøg på at lindre barnets/den unges smerte. Ofte er det noget, man som forældre ikke selv er i stand til at ændre eller komme ud af igen. Derfor betragter vi det på Basen som helt afgørende at have et tæt forældresamarbejde, for at kunne skabe udvikling og lindring for disse børn og unge.

Det er helt essentielt at hjælpe barnet/den unge med succesoplevelser ift. at være i stand til at gå i skole og opretholde en hverdag med en skolegang, som implicerer faglighed og læring. Samtidig er vi optagede af, at eleven udvikler en bevidsthed og selvindsigt omkring egne ressourcer og udfordringer, med henblik på at kunne udvikle hensigtsmæssige læringsstrategier.

Fremfor at fokusere på følgerne af OCD, arbejder vi med at fokusere på alt det, der fungerer og på de øjeblikke, hvor OCD'en *ikke* er til stede eller er dominerende. Dette medvirker til at eleven får en styrket oplevelse af sig selv, som en person, der er og kan meget andet. Dette vil over tid føre til en større selvforståelse og en øget selvtillid i forhold til at turde udfordre de ritualer og mønstre, som igennem længere tid har været dominerende i elevens liv. Denne tilgang kaldes LØFT (LøsningsFokuseret Tilgang), og det centrale er, at man fokuserer på det, der virker, og gør mere af det

På Basen anvender vi ligeledes kognitive redskaber i arbejdet med børn og unge med angst, depression og OCD. Dette udmønter sig bl.a. i vores arbejde med at ændre uhensigtsmæssig adfærd. I praksis kan dette f.eks. være ved at anvende et skema for, hvor mange gange man skal vaske hænder i skoletiden eller ved eksponering, hvor der arbejdes med udsættelse eller forkortelse af ritualerne. Eleverne vil gradvist opleve, at de kan overkomme disse øvelser, og andre, mere hensigtsmæssige, handlinger vil blive sat i stedet. Når vi arbejder kognitivt, arbejdes der primært med elevens tænkning, og sammen med eleven undersøger vi sammenhænge mellem tanker, følelser og handlinger.

DEPRESSION

Depression er en psykiatrisk diagnose, som kan ramme alle, også børn og unge. Depressioner udvikles ofte langsomt over tid, og det kan derfor være svært at vide, hvornår der er tale om en depression. Man ved ikke, hvorfor nogle børn/unge udvikler depression. Oftest skal årsagen findes i en kompliceret blanding af forskellige belastningsfaktorer, øget sårbarhed og genetiske betingelser.

I diagnosesystemet ICD-10 hører depression til blandt de affektive sindslidelser, som er følelsesbetonede lidelser. Karakteristika så som øget irritation, træthed og tristhed, at begynde at trække sig fra sociale arrangementer og undlade at gøre ting, som man tidligere var glad for, er fællestræk for unge med depression.

Børn og unge med depression mærker ofte, at de er triste og kede af det, men har svært ved at sætte ord på *hvorfor*. Tristheden kan være ledsaget af manglende selvtillid, koncentrationsbesvær, angst og nedsat energi. De fleste har ligeledes fysiske symptomer, så som hoved- og mavepine. Både de fysiske og psykiske symptomer vil tage til med tiden, og professionel støtte og behandling af depression vil være nødvendig, for at barnet/den unge kan blive rask igen.

Depressioner kan vise sig på mange måder og kan variere fra lette til svære og til tider livstruende former. Symptombilledet kan opleves diffust og gøre det svært at vurdere, om barnet/den unge er *rigtig* sygt. Dette medfører ofte at der søges behandling alt for sent – eller slet ikke. Andre gange vil man komme til at fejltolke symptomerne, fordi det kun er de fysiske aspekter af depressionen, der bliver italesat. Disse forhindringer for igangsættelse af behandling kan blive livstruende for børn og unge med depression, da depression er en lidelse, der er forbundet med stor selvmordsrisiko.

Tegn på depression kan være, at:

- man føler sig trist, nedtrykt og træt over en længere periode uden at kunne pege på en årsag
- man mister interessen for de fleste ting og mangler sin sædvanlige energi og drivkraft
- man bebrejder sig selv og føler skyld over at have det som man har det
- man mangler selvtillid og livet virker meningsløst og uden betydning
- man kan ikke koncentrere sig som sædvanligt
- man isolerer sig og orker ikke socialt samvær
- søvnkvaliteten er dårlig; man vågner ofte om natten eller tidligt om morgenen – eller man sover for meget
- man enten har stærkt nedsat eller overdreven appetit
- der kan forekomme selvmordstanker

Basens behandlingsmæssige tilgang til børn og unge med depression

Vi arbejder med at stressreducere og skabe et trygt og forudsigeligt læringsmiljø for de elever der har en depression. Det er vores erfaring, at det er helt centralt at give børnene/de unge en oplevelse af at kunne opretholde en hverdag og en skolegang med både faglig læring og social interaktion. Vi er samtidig optagede af at udvikle elevernes kompetencer ift. selvindsigt i egne ressourcer og udfordringer samt hensigtsmæssige læringsstrategier.

Vi har fokus på at arbejde med de årsager, der ligger til grund for depressionen. Dette gør os i stand til at hjælpe eleven til at minimere og, på sigt, afhjælpe disse. Hvis barnet/den unge føler sig stresset eller belastet af sin skolegang, vil de ugentlige undervisningslektioner indledningsvist blive sat ned. Efterfølgende, når eleven er parat til det, vil vi gradvist arbejde henimod at øge disse igen, i takt med barnets/den unges fremgang. Formålet hermed er, at barnet/den unge får mulighed for succesoplevelser i behandlingen og derved oparbejder en fornyet energi.

På Basen arbejder vi kognitivt med børn og unge med depression. Vi fokuserer på at ændre uhensigtsmæssig adfærd og igangsætte nye måder at tænke og mestre udfordringer på. Børn og unge med depression vil gradvist lære at handle på nye og mere hensigtsmæssige måder og derved opleve, at de kan overkomme nye udfordringer. Vi arbejder primært med barnets/den unges tænkning, og sammen undersøger vi sammenhængen mellem tanker, følelser og handlinger.

ADHD

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) betragtes som en neuropsykiatrisk lidelse, dvs. en lidelse i hjernen (Caye A et al., 2016). Hyperaktivitet og/eller indre rastløshed, impulsive handlinger og problemer med opmærksomhed og koncentration. Det er nogle af de centrale symptomer, børn, unge og voksne kan opleve, hvis de lider af ADHD. Børn og unge med ADHD har desuden ofte svært ved at regulere deres adfærd i forhold til den situation, de er i. Vanskelighederne for den enkelte præges af symptomernes sværhedsgrad, men også af de ydre betingelser igennem livet. Noget er fælles for mennesker med ADHD, men meget er forskelligt.

ADHD er en diagnose fra det amerikanske diagnosesystem DSM-5. I Danmark benyttes WHO's diagnosesystem, ICD-10, hvor de tilsvarende relevante diagnoser er Hyperkinetiske forstyrrelser, herunder Forstyrrelse af aktivitet og opmærksomhed samt Opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet. Diagnoserne i både DSM-5 og ICD-10 er karakteriseret ved tre kernesymptomer; *opmærksomhedsvanskeligheder, hyperaktivitet og impulsivitet*

Opmærksomhedsvanskeligheder kan bl.a. vise ved, at barnet eller den unge med ADHD:

- sjusker eller overser detaljer
- har vanskeligt ved at bevare koncentrationen om en opgave eller en fritidsaktivitet
- ikke synes at høre efter, hvad man siger
- ofte ikke opfatter instruktioner
- har svært ved at planlægge og gennemføre aktiviteter og opgaver

- helst undgår opgaver, der kræver længere tids koncentration eller er rutineprægede
- ofte glemmer eller mister sine ejendele
- let bliver distraheret af uvedkommende ting
- er glemsom i det daglige

Hyperaktivitet kan blandt andet vise sig ved, at barnet eller den unge med ADHD:

- ingen ro har i hænder eller fødder, sidder uroligt på stolen, skifter stilling hele tiden
- har svært ved at blive siddende på sin plads f.eks. i skolen eller på arbejdet
- har vanskeligt ved at lege eller arbejde stille og roligt
- ofte synes at være i gang – kan virke lidt ”hyper”
- snakker overdrevent meget

Impulsiviteten kan blandt andet vise sig ved, at barnet eller den unge med ADHD:

- ofte svarer, inden et spørgsmål er stillet færdigt
- har svært ved at vente på sin tur
- har en tendens til at afbryde andre eller bryde ind i andres aktiviteter

Basens behandlingsmæssige tilgang til børn og unge med adhd

Hvor elevgruppen på Basen tidligere var karakteriseret ved primært at bestå af børn og unge med udadreagerende adfærd, herunder ADHD, er elevbilledet i dag i høj grad kendetegnet ved børn og unge med en mere introvert adfærd. For de af vores elever der har ADHD, anvender vi særligt Low Arousal i behandlingsarbejdet (for en beskrivelse af Low Arousal, se næste afsnit).

Børn og unge med ADHD kan have meget forskellige behov for pædagogisk støtte, og det er derfor underviserens opgave at undersøge, hvad der er særlig svært for den enkelte. Nogle børn/unge kan have behov for afskærmning i forhold til de andre i klassen, og andre kan have behov for at kunne støtte sig til visuelle hjælpemidler i form af skemaer eller lignende. Ofte kan børn og unge med ADHD have stor gavn af at arbejde i kortere, afgrænsede perioder med mulighed for pause. Sammen med barnet/den unge må læreren finde ud af, hvordan forholdet mellem pauser og arbejdsperioder skal være.

SKIZOFRENE SINDSLIDELSER

Skizofrene sindslidelser påvirker tanker, følelser og sanser, og lidelsens karakteristiske symptomer er ofte meget anderledes end det, vi ellers forbinder med normale følelser og sanseindtryk. Dette eksempelvis i form af hallucinationer, vrangforestillinger og apati. Der skelnes mellem forskellige former for skizofreni.

Symptomer som er karakteriserende for skizofreni (WHO 2016)

- Tankeforstyrrelser (tankeekko, tankepåførsel, tanketyveri, tanketransmission)
- Forestilling om ydre kontrol eller styring af tanker, følelser eller bevægelser
- Hørehallucinationer (f.eks. omtalende eller kommenterende stemmer)
- Vrangforestillinger af bizar karakter
- Katatoni (f.eks. bevidsthedssvækkelse, indtagelse af påfaldende evt. stivnet kropsholdning – dette til tider i vekselvirkning med voldsom motorisk uro)
- Negative symptomer så som udtalt mangel på energi, initiativløshed, sprogfattigdom eller udtalt mangel på følelser

Når man er psykotisk, smelter virkelighed og fantasi sammen. Man kan føle sig forfulgt eller høre stemmer, ingen andre kan høre. Den mest almindelige form for psykotisk sindslidelse er skizofreni. Ved skizotypi mangler de psykotiske symptomer i form af vrangforestillinger og hallucinationer eller de optræder kun forbigående.

Skizofreni er en meget alvorlig sygdom, og den stilles oftest først, når den unge er over 16 år. Flere end hver 5. person med skizofreni kommer sig fuldstændigt og lever uden behandling eller symptomer. For de resterende lærer de fleste at leve med symptomerne og med tilpasning af ydre krav kan de stifte familie, varetage et job mv.

Basens behandlingsmæssige tilgang til børn og unge med skizofreni

Behandling af børn og unge med skizofreni vil ofte bestå af psykosocial støtte og aktivering samt psykoedukation af barnet/den unge og de pårørende i kombination med medicinsk behandling. Den medicinske behandling kurerer ikke sygdommen, men kan dæmpe symptomerne, så barnet/den unge kan drage nytte af behandlingen.

Som underviser skal man ikke lade sig skræmme af skizofreni-diagnosen, men i stedet være nysgerrig på, hvordan skizofrenien opleves for lige netop den person, man har med at gøre.

For børn og unge med skizotypi er det væsentligt at de lærer nogle strategier til at håndtere deres særlige vanskeligheder. Vores opgave på Basen er i den forbindelse bl.a., med udgangspunkt i de strategier, som barnet/den unge arbejder med på et givent tidspunkt, at se og anerkende den enkeltes succeser.

Unge med skizofreni tilbydes social støtte gennem det opsøgende psykoseteam, OPUS, der retter sig mod unge med en psykose og psykoselignende symptomer. Hvis den unge allerede er i et forløb i OPUS, vil der sandsynligvis foreligge en uddannelsesplan, som underviseren bør have kendskab til. Det er ligeledes muligt for underviseren at kontakte et OPUS-team, for at få hjælp og vejledning i hvordan barnet/den unge bedst støttes.

En stor risikofaktor i forbindelse med børn/unge med skizofreni er, at barnet/den unge ofte kan have urealistiske forventninger til egne muligheder for at gennemføre et almindeligt uddannelsesforløb. Det er

væsentligt, at den unges ønsker og planer er udgangspunktet for uddannelsesplanen. Underviserens opgave er at minimere risikoen for nederlag, ved at gøre planen realistisk ift. barnets/den unges situation.

SKIZOTYPI

Skizotypi er en sindslidelse der påvirker personligheden ved at give forstyrrelser i tankemåde, følelsesliv og adfærd. Symptomerne på skizotypi er også kendetegnende for skizofreni, hvor skizotypi betragtes som en mildere form for skizofreni, uden de stærke symptomer som kendetegner psykoser.

Skizotypi indebærer ofte at barnet/den unge føler ulyst eller føler sig følelsesforladt og tom. Man kan have fortolkninger eller forestillinger om omgivelserne eller medmennesker, som ikke stemmer overens med virkeligheden. Disse forestillinger eller fortolkninger kan være af paranoid eller mistroisk karakter, og kan eksempelvis handle om, at andre er vrede på én, eller at man ikke kan stole på sine omgivelser.

Misfortolkningerne kan gøre almindelige, dagligdags situationer meget udfordrende og belastende for barnet/den unge, og kan medføre stærke følelser af vrede, angst og forvirring.

Forstyrrelsen i barnets/den unges opfattelser af verden og situationer, medfører ofte at børn/unge med skizotypi trækker sig fra fællesskaber og sociale relationer, og kan i nogle tilfælde føre til at barnet/den unge isolerer sig fuldstændigt.

Børn og unge med skizotypi oplever ligeledes ofte forstyrrelser ift. deres selvopfattelse. Barnet/den unge kan eksempelvis føle sig fremmed for sin egen krop, have en oplevelse af at være på afstand af egne tanker eller have en fornemmelse af at have mistet fodfæstet i verden.

Nogle børn og unge med skizotypi kan ligeledes have tanke- og sprogforstyrrelser, som giver sig til udtryk ved en vag eller usammenhængende måde at tale på.

Adfærdssymptomer på skizotypi kan være:

- excentrisk opførsel
- isolation
- nedsat evne til at tage kontakt til andre

Tankeforstyrrelserne kan give sig udtryk i form af bizarre eller paranoide ideer og overdreven grublen. De følelsesmæssige symptomer kan være en følelse af at mangle empati, at have upassende følelser eller at man ikke finder glæde ved ting som man ellers har været glad for. Der kan desuden være sanssemæssige forstyrrelser og små kortvarige psykoser med intense illusioner, hallucinationer eller vrangforestillinger, der som oftest opstår uden nogen ydre årsag.

Symptombilledet for børn og unge med skizotypi kan variere meget, og ikke alle har de nævnte symptomer. Da skizotypi minder om en personlighedsforstyrrelse, vil personen ofte være mere eller mindre præget af

lidelsen livet igennem. Med den rette indsats og behandling, er det dog muligt at hjælpe barnet/den unge til en betydelig bedring både af symptomer og af den sociale funktion.

Basens behandlingsmæssige tilgang til børn og unge med skizotypi

Behandling af børn og unge med skizotypi vil ofte bestå af psykoterapi og psykoedukation i kombination med medicinsk behandling. Unge med skizotypi tilbydes social støtte gennem det regionale behandlingstilbud OPUS, der retter sig mod unge med en psykose og psykoselignende symptomer.

For børn og unge med skizotypi er det væsentligt at de lærer nogle strategier til at håndtere deres særlige vanskeligheder. Vores opgave på Basen er i den forbindelse bl.a., med udgangspunkt i de strategier, som barnet/den unge arbejder med på et givent tidspunkt, at se og anerkende den enkeltes succeser.

Det er en udfordring for børn/unge med skizotypi at være i uddannelsessystemet, idet dette forudsætter kontakt og samarbejde. Eleven vil ofte udvise en tilbagetrukket og undvigende adfærd, og det er vores opgave på Basen, at møde eleven hvor han/hun er, når det handler om at indgå i relationer med andre både fagligt og socialt. Underviseren må tydeliggøre, hvilke sociale aktiviteter barnet/den unge nødvendigvis må indgå i og på hvilket tidspunkt, og underviser og elev må i fællesskab lave aftaler om deltagelse i f.eks. gruppearbejde, fremlægning og sociale aktiviteter.

SKOLEVÆGRING OG ISOLATION HOS BØRN OG UNGE

Isolation og skolevægning er en problematik, som Basen i stigende grad støder på blandt børn og unge. Der kan skelnes mellem forskellige typer af isolation og skolevægning. Barnet/den unge kan være totalt isoleret i hjemmet, hvor den eneste kontakt er med den allernærmeste familie. Barnet/den unge går ikke i skole og har ikke været i skole i min. 6 måneder. En anden type isolation, som Basen oplever, er den sociale isolation. Her kan barnet/den unge have fremmøde i skolen og deltage i den faglige undervisning, men trækker sig fra alt det sociale, både i og uden for skolen. Dernæst findes der forskellige typer af skolevægning, hvor barnet/den unge trækker sig fra skolen i større eller mindre grad, men overkommer en social kontaktflade med familie og venner. Det er Basens erfaring, at hvis ikke der sættes ind i tide, kan en skolevægning i værste fald udvikle sig til isolation.

Årsager til skolevægning og isolation

Vi oplever, at skolevægning og isolationsproblematikker ofte kan forbindes til børn og unge med en Autismespektrumforstyrrelse (ASF), men også til børn og unge med angst, OCD og og andre psykiske vanskeligheder. Skolevægning og isolation kan have mange årsager, men sandsynligvis ligger der en længere periode med mistro og bag, hvor barnet/den unge i tiltagende grad har oplevet at omgivelsernes krav har været for store, eller for svære at håndtere. Det starter ofte med små og mindre tydelige problemstillinger, som barnet/den unge måske ikke får delt med nogen (misforståelser eller afvisninger fra kammeraterne,

øgede forventninger i det sociale samspil eller faglige udfordringer), der leder til flere og flere fraværsdage. Barnets/den unges fravær vil ofte være begrundet med somatiske symptomer, så som ondt i hovedet, maven, træthed etc.

Vi oplever ofte, at der ligger en lang periode med forskellige mislykkede tiltag på at hjælpe barnet/den unge tilbage i skole og i gang med hverdagen igen, som barnet/den unge har oplevet som et yderligere pres. Dette bidrager endvidere til at barnet/den unge mister tilliden til både omgivelserne og egne evner. Der er i denne proces en væsentlig risiko for, at barnet/den unge i tillæg hertil udvikler en depression, eller at der støder andre alvorlige psykiatriske problemstillinger til.

På Basen har vi igennem de senere år oplevet en stigning i antallet af henvendelser, i forhold til børn og unge der har skolevægring eller isolationsproblematikker. Vi har opbygget et stort kendskab til, og en indgående erfaring med, denne form for problematik, og får mange henvendelser fra både familier og kommuner, som ønsker hjælp til et barn/ung som har isoleret sig derhjemme. Vi arbejder i denne forbindelse ud fra en kognitiv adfærdsterapeutisk ramme. Den primære og allervigtigste opgave er imidlertid at tilbyde en tillidsfuld relation, og opbygge et samarbejde med barnet/den unge, på den unges præmisser. Dette har Basen erfaret er altafgørende for at barnet/den unge kan genfinde troen på fremtiden, og derigennem motivationen til at komme ud af hjemmet og tilbage i skole.

Skolevægring eller Isolationsproblematik?

I forhold til skolevægring, drejer det sig om børn/unge som i kortere eller længere perioder har haft skolefravær. Uden de rette tiltag og en bagvedliggende forståelse af årsagerne, ser vi ofte at skolevægring udvikler sig til alvorligere isolationsproblematikker, hvor den unge slet ikke kommer ud af huset eller er helt isoleret inde på sit værelse. Derfor er det ekstremt vigtigt at være grundig i udredningen og forståelsen af denne problematik.

I Japan har man en betegnelse for dette begreb, "Hikikomori", som betyder selvfængsling, og betegner det udbredte fænomen, at unge der igennem længere tid udsættes for et stort pres, isolerer sig i hjemmet. Ifølge definitionen skal den unge have været isoleret i 6 mdr. eller mere for at få betegnelsen. I Danmark bruges betegnelserne "Skolevægring og Isolationsproblematikker" ofte om både lettere og mere massive tilstande af fravær fra skolen og ensomhed/isolation.

Sådan forstår Basen skolevægring og isolation hos børn og unge.

Årsagerne til skolevægring og isolationsproblematikker er ofte meget komplekse. Men vi kan dog se at der er flere fælles faktorer, der går igen hos de elever vi behandler.

Fælles for dem er at:

- de er stressede eller overbelastede
- de ofte er sent diagnosticeret med autisme/ASF og kan have komorbiditet i form af angst, OCD, depression og andre psykiske forstyrrelser

- de har en mobbehistorik bag sig
- der har været mange skoleskift
- der er samarbejdsproblemer i netværket
- der er et "mismatch" mellem forventninger og kompetencer
- de kan have svært ved at tilpasse sig et ungdomsliv og forventninger hertil.

Det er kendetegnende ved skolevægning og isolation, at der opstår en panikstemning omkring barnet/den unge og vi oplever, at forældrene til barnet/den unge ofte er meget stressede og udbrændte på grund af situationen. Ofte har forældrene oplevet at stå i et spændingsfelt med pres fra skolen om at skulle motivere deres børn til at møde i skole, samtidig med magtesløsheden og frustrationen over ikke at kunne få deres børn afsted.

Det ses ofte, at én af forældrene er sygemeldt eller på nedsat arbejdstid. Det er forældre, som sammen med deres barn har været igennem mange tiltag, som ikke har virket, eller forældre, som ikke har fået den nødvendige rådgivning, og på den måde, sammen med andre faktorer, kommer til at medvirke til at vedligeholde barnet/den unges komplekse og invaliderende adfærd. Derfor anser vi forældrene som de vigtigste samarbejdspartnere, i forhold til at bryde isolationen.

Basens behandlingsmæssige tilgang til skolevægning og isolation

Udredning og forståelse

Vores arbejde i forhold til skolevægning og isolationsproblematikker er først og fremmest at lave en grundig udredning og undersøgelse i forhold til, hvad der ligger bag skolevægningen/isolationen. Vi interesserer os særligt for disse parametre:

- Sanseprofil
- Spise- og søvnmønstre
- Familiære aspekter
- Funktionsniveauer
- Neuropsykologisk profil, herunder autistmetypiske områder
- Dagtilbud og skole-/institutionshistorik
- Tidlige indsatser (hvad har virket/ikke virket)
- Afdækning af evt. tidsmæssigt sammenfald mellem isolation og specifikke hændelser
- Socialt netværk
- Vurdering af selvforståelse samt refleksionsniveau
- Vurdering af involverede personers perspektiv på isolationen

Formålet med indsatsen er at facilitere en proces, der har til formål at bryde isolationen samt øge den psykiske trivsel. Vi arbejder med udvikling af flere daglige tilpasningsfærdigheder, som er særligt målrettet den enkeltes problematik. Behandlingen har endvidere som mål at sætte den unge i stand til at kunne modtage uddannelse eller sociale tilbud. Behandlingsmodellen indeholder 3 områder som vi har særligt fokus på: **angsten, den nedsatte selvforståelse og tilpasning af det omgivende miljø**. Den grundlæggende viden om diagnosen og de medfølgende psykologiske vanskeligheder danner rammen for dette arbejde. Det er en systemisk tilgang, hvor der både arbejdes med den unges psykiske udfordringer, men også med det omgivende system, forældrene og det daglige skolemiljø.

Indsatsen

I det individuelle behandlingsarbejde er vores fokus, i forhold til den unge, at etablere tillid og en relation, der kan danne bro til det videre arbejde. Derefter arbejder vi med et selvforståelsesforløb, hvor vi ser på egne muligheder og barrierer. Vi arbejder desuden med stressmodellen og nye mestringsstrategier. Derudover inddrager vi, når det er nødvendigt, programmer som Cool kids ASF og Chilled, som er tilpasset målgruppen. Vi vurderer løbende, hvordan den unge kan samarbejde om en plan, med det formål at kunne komme i skole, da elevens egen motivation er afgørende i denne proces.

Vi har et tæt samarbejde med forældrene og nogle af de ting vi drøfter med dem, er den unges ressourcer og vanskeligheder. Det er også meningsfuldt at give forældrene indblik i vedligeholdende og beskyttende faktorer, samt at få afdækket forældrenes ressourcer i fællesskab, i forhold til det videre forløb. For personalet der skal modtage eleven på skolen, fremlægger vi grundigt resultater fra udredningen, og formidler viden om pædagogiske strategier i forhold til eleven. På den måde sikrer vi, at alle der er omkring eleven, har en grundig viden om elevens måde at anskue verden på, samt en forståelse for hvordan og hvorfor vi intervenserer efter den plan der er lagt.

Behandling af skolevægning og isolation med komorbide tilstande

Skolevægning/isolation og depression

Skolevægning kan også hænge sammen med depression. Det er væsentligt at få udelukket fysiske sygdomme, familiære problematikker og sociale problematikker. På Basen ser vi et mønster i, at jo længere tid en elev ikke har været i skole, des sværere bliver det at få eleven tilbage i skole. Skolevægning opstår ofte når en elev har været hjemme i en ferie- eller sygdomsperiode eller ved alvorlig sygdom, død eller skilsmisse i familien. Depression kan derfor i nogle tilfælde være den udløsende faktor for at barnet eller den unge isolerer sig hjemme, og der bliver tale om udvikling af skolevægning.

Den mest effektive behandlingspraksis ved skolevægning og depression er kognitiv adfærdsterapi.

Skolevægning/isolation og ASF

Vi oplever, at de børn og unge som har autismespektrumsforstyrrelser (ASF) og som udvikler skolevægning, kan udvikle en yderst stærk form for eksistentiel krise.

I behandlingen og indkøringsprocessen af unge med skolevægning eller isolation og ASF handler det særligt om at forberede den unge, bl.a. på de fysiske rammer. Dette kan man f.eks. gøre derhjemme, via Google Street view. Her kan man via en computer, tablet eller smartphone tage turen hjemmefra og hele vejen ind på Basen, ligesom man kan se skolen indefra. Dette kan have en beroligende effekt, fordi det skaber en større forudsigelighed.

Skolevægning/isolation & OCD

OCD ses ofte sammen med skolevægning og isolationsproblematikker, idet unge med OCD-symptomer kan have tendens til at isolere sig i hjemmet.

Den unge vil ofte have rutiner og tvangsprægede handlinger, som skal overstås, inden den unge kan forlade hjemmet. Dette medfører ofte, at den unge kommer for sent afsted og allerede har brugt en stor del af dagens energi, inden han/hun når i skole. For andre unge er tvangstanker så invaliderende, at de slet ikke kommer ud af hjemmet. I disse tilfælde må vores samarbejde og behandling påbegyndes i hjemmet.

Kognitiv terapi er virkningsfuld for denne gruppe af studerende og kan have en aflastende funktion for den studerende ift. skolearbejde, sociale forpligtelser mm.

SPISEFORSTYRRELSER OG ANDRE FORMER FOR SELVSKADENDE ADFÆRD

Anoreksi (nervøs spisevægring) er en spiseforstyrrelse, som særligt rammer piger i alderen 12 – 20 år. De seneste år har man dog kunne konstatere en stigning i antallet af drenge, der lider af anoreksi.

Unge, der lider af anoreksi, kan være meget optagede af at dyrke motion og undgå fede madvarer, og de bruger måske afføringsmidler og vanddrivende medicin for at komme til at veje mindre. Mange af disse unge har en angstpræget frygt for at blive fede, og ofte føler de, at de er alt for tykke, selvom de af omgivelserne ville blive betegnet som meget tynde. Unge med anoreksi vil ofte være enormt optagede af kalorier, ernæring og madlavning, og de har tendens til at have angst, depressive tanker og selvmordstanker og kan være meget perfektionistiske.

Bulimi (nervøs overspisning) er en mere udbredt spiseforstyrrelse end anoreksi. På landsplan lider ca. 30.000 af bulimi og 5000 af anoreksi (Kilde: Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade). Bulimi er kendetegnet ved seancer af overspisning, som efterfølges af en eller flere former for udrensning; typisk opkastning, men også overdreven motion eller brug af afføringsmidler. Bulimi udvikles ofte i forlængelse af en slankekur, hvor den unge har forsøgt at sulte sig eller indtage et minimum af mad. Bulimikere er gerne meget restriktive omkring deres spisning, og der er ofte forbudte fødevarer, som de ikke må indtage f.eks. brød, kager og slik. Hvis reglerne overtrædes, opleves det meget skamfuldt og kan udløse spiseanfald.

Unge med bulimi er sædvanligvis normalvægtige, og bulimi er derfor en mere skjult spiseforstyrrelse end anoreksi. Da overspisninger og opkast opleves meget skamfuldt, vil bulimikeren ofte spise i det skjulte og bruge meget energi på at opretholde en kontrolleret facade udadtil, hvor overspisning og opkastninger er noget, der foregår bag hjemmets lukkede døre. Depression og angst forekommer ofte hos unge med bulimi.

ANDRE FORMER FOR SELVSKADENDE ADFÆRD HOS UNGE

Der findes mange typer af selvskadende adfærd, f.eks. at nive, brænde, bide, slå eller skære (*cutting*) i sig selv. Selvskadende adfærd er en strategi til at flytte en indre smerte og gøre den til en ydre. Det kan være meget svært for udenforstående at begribe selvskadende adfærd, men for den unge kan det ofte føles lettere at bære den ydre smerte end at skulle udholde den indre. Ofte kan selvskadende adfærd også være et signal til omverdenen om, at man har det svært og har brug for hjælp. Smerten kan være afhængighedsskabende, idet kroppens registrering af smerte udskiller endorfiner, som medfører en følelse af lettelse eller at være *høj*, kaldet "release".

I behandling af såvel spiseforstyrrelser som selvskadende adfærd er det essentielt at arbejde med at lære den unge at mærke, genkende og at handle hensigtsmæssigt på følelser.

Basens tilgang til unge med spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser handler ikke blot om mad, spisning og vægt. Det handler i langt højere grad om at kontrollere eller undertrykke følelser. Spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd er ofte resultater af uhensigtsmæssige strategier til at tackle, undertrykke og kontrollere følelser.

Et overdrevent fokus på kropsidealer, skønhed og ungdom i medierne spiller en afgørende rolle i unges udvikling af et ekstremt kropsfokus.

For den unge med en spiseforstyrrelse kan sygdommen fungere som en slags ven, idet spiseforstyrrelsen giver den unge en følelse af kontrol, tryghed, trøst, omsorg og ro.

Da spiseforstyrrelser ikke alene handler om et unormalt spisemønster, er behandling ofte kompleks og tidskrævende og forudsætter, at den unge er motiveret for at kunne føre til bedring og/eller helbredelse. Idet spiseforstyrrelsen indvirker på alle områder af den unges liv, og især på den unges relation til sig selv og til andre, er det ofte mest effektivt at kombinere flere typer af behandling.

Basens behandlingsmæssige tilgang til børn og unge med spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd

Kognitiv terapi

Vi arbejder kognitivt med den studerende, typisk ved inddragelse af maddagbøger, med det formål at skabe en bevidsthed om adfærdsmønstre og selvskadende adfærd. Formålet hermed er at bryde uhensigtsmæssige mønstre og finde frem til en adfærd, som er mere hensigtsmæssig. Unge med spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd kan have meget svært ved at mærke og opfylde de behov, de har. Dette viser sig eksempelvis i adfærden, når en bulimiker reagerer på træthed eller stress med overspisning fremfor at tage en lur eller gå en tur. Da der kan komme et uforholdsmæssigt stort fokus på mad og spisning, kan det være en fordel at kombinere denne form for terapi med en anden form for terapi for at sikre, at det hele menneske kommer i fokus.

Kropsbevidsthed

Kropsterapi, hvor der fokuseres på forskellige former for velvære, har en god effekt på de fleste unge med spiseforstyrrelser. Dette kan eksempelvis være i form af yoga, afspænding, massage o. lign. Det er vigtigt, at aktiviteten ikke handler om, at kroppen skal præstere eller forbrænde kalorier, men om at være til stede i sin krop, samarbejde med og lytte til den.

Psykoterapi

I psykoterapi vil man sammen med en terapeut arbejde på at afdække de psykologiske mekanismer, som ligger bag den unges dominerende adfærd og oplevelser. Eksempelvis kan det, at man har svært ved at udtrykke vrede, være affødt af en opvækst i en familiekultur, som har været præget af konfliktskyhed.

Narrativ terapi er særligt anvendelig i behandlingen af spiseforstyrrelser. Her flyttes fokus fra den uhensigtsmæssige adfærd, idet personen betragtes som et helt og kompetent menneske, der ikke *er* en spiseforstyrrelse, men som *har* en spiseforstyrrelse.

LOW AROUSAL

En konflikt nedtrappende metode til at undgå sensorisk og følelsesmæssig overstimulering.

HISTORISK RIDS

Andrew McDonnell udviklede Low Arousal metoden, da han i sit arbejde i 1980'erne på specialinstitutioner oplevede, at de ansatte blev undervist i konflikt håndtering, der ofte optrappede konflikter med eleverne. Low Arousal tilgangen bygger på en grundtanke omkring problemskabende adfærd, der har afsæt i konflikt nedtrapping og undgåelse af vold.

Oprindeligt blev tilgangen anvendt til elever diagnosticeret inden for autismspektret, men i dag anvendes den mere bredt, blandt andet inden for ADHD, udviklingshæmning og Nonverbal Learning Disorder.

TEORIEN BAG

Teorien bag Low Arousal læner sig op ad Ross Greenes sætning: *"Børn, der kan opføre sig ordentligt, gør det"*, hvor elevens adfærd betragtes som et resultat af, at eleven ikke kan se andre handlemuligheder i en given situation. Dette kan eksempelvis være fordi der stilles for høje krav til eleven, at der er manglende overblik over en situation, eller at eleven overvældes af sanser/følelser eller angst. Konfliktfyldt adfærd anses som elevens måde at kommunikere at der er stillet krav, der i den givne situation er uoverkommelige for eleven.

I Low Arousal tilgangen anses konfliktfyldt adfærd dermed ikke, som afstedkommet af ond vilje fra elevens side. Den voksne har således ansvaret for at aflæse eleven og sætte sig ind i elevens situation – for derved at kunne støtte eleven gennem sin frustration. Dermed berører Low Arousal tilgangen også den voksnes indre følelsesmæssige tilstand, idet en voksen, bedst kan hjælpe et barn gennem en stresset og frustrerende situation, ved selv at være følelsesmæssigt centreret. Ro smitter, og den voksnes ro er med til at berolige et barn, hvis nervesystem er i et såkaldt alarmberedskab, hvor arousal-niveauet er højt.

CENTRALE BEGREBER

Kravsætning

Kravsætningen til eleverne tilpasses individuelt, under hensyntagen til elevens kognitive funktioner og eventuelle sanseforstyrrelser. I en potentiel konfliktsituation nedbringes kravene til eleven.

Arousal-triggere

I Low Arousal tilgangen er der en øget opmærksomhed på de kontaktformer, der kan øge et barns arousal-niveau u hensigtsmæssigt. Dette kan for eksempel være direkte øjenkontakt og berøring.

Selvbevidsthed

De voksne omkring eleven er bevidste om eget indre følelsesliv samt hvordan dette projiceres i samspillet med eleven. Herunder den voksnes verbale og nonverbale kommunikation såsom kropssprog og intonation, og hvorledes disse påvirker eleven i en given situation.

SÅDAN BRUGES DET PÅ BASEN

På Basen arbejder vi på at være proaktive i forhold til elevens behov, således at elevens stresstolerance ikke overskrides. På Basen tilpasses kravene den enkelte elev. Dette kan for eksempel være ved, at en elev får lagt pauser ind i løbet af dagen, har mulighed for at trække sig til et andet lokale eller er på et nedsat skema. Samarbejdet med forældrene er her vigtigt, f.eks. kan forældrene give besked om, at det har været en vanskelig morgen og at eleven har behov for at kunne sætte sig alene fra morgenstunden eller at kravene til eleven den givne dag skal nedjusteres. Endvidere er medarbejderne på Basen opmærksomme på at respektere elevens grænser i forhold til øjenkontakt og berøring. På Basen har vi ofte elever, hvor denne form for kontakt kan være yderst grænseoverskridende. I praksis oplever vi på Basen, at dette ofte medvirker til at forebygge eskalering af situationer, der har potentiale for at udvikle sig til voldsomme konflikter.

Medarbejdere omkring eleven modtager supervision ved eksterne psykologer og sparring med Basens egne psykologer. Derudover er der en kultur omkring kollegial åbenhed i forhold til egen selvbevidsthed og praksis omkring eleverne.

CASE

En elev havde ikke taget sin medicin og var blevet psykotisk. Hun var efterlyst af politiet da hun dukkede op på Basen. Der opstod tumult blandt de resterende elever som blev utrygge ved situationen. Elevens primær og en anden underviser ydede psykisk førstehjælp til den psykotiske elev. De resterende undervisere beroligede de andre elever og lod dem stille spørgsmål til episoden. De manede til rolighed og opretholdt strukturen – og netop dette, er det essentielle i arbejdet med Low Arousal.

STRUKTUR

Hvorfor struktur?

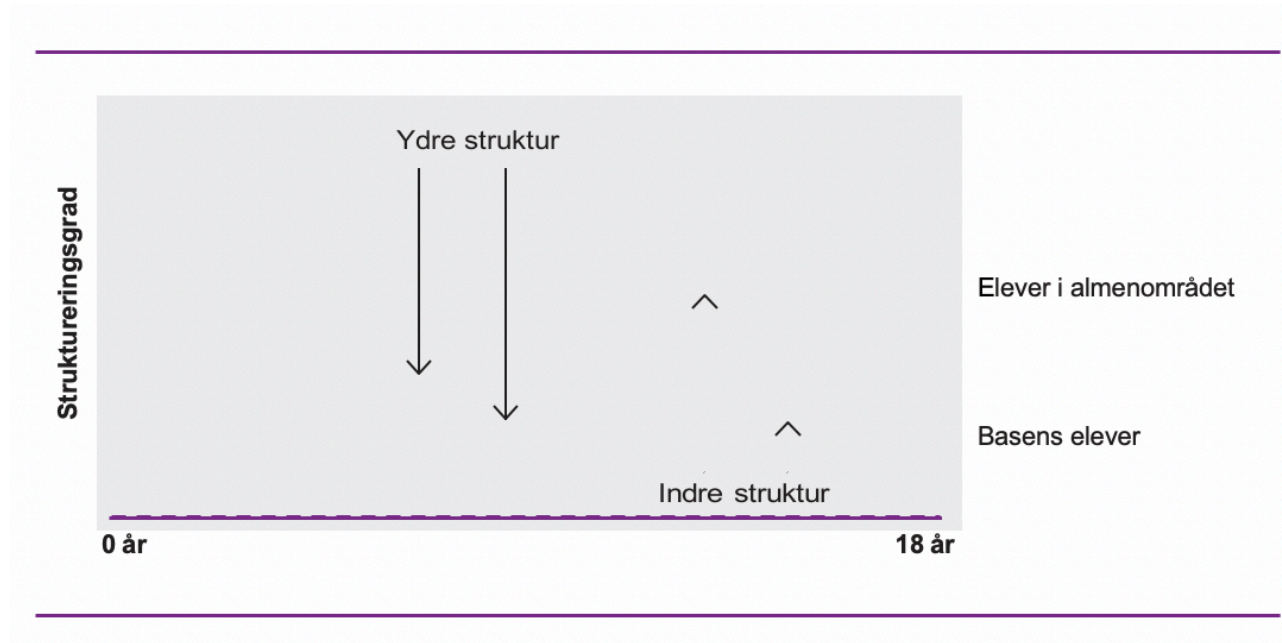
Basens grundforståelse for vigtigheden af struktur og planlægning

En tydelig struktur er helt afgørende i et undervisnings- og behandlingsmiljø for elever med autisme, angst, OCD, depression, ADHD og andre psykiske vanskeligheder. Strukturen er et vigtigt behandlingselement, som skaber udvikling for den enkelte elev. Nogle elever har en svag central kohærens. Det er derfor vores opgave at skabe en så tilstrækkeligt forudsigelig hverdag for den enkelte elev som muligt. Dette indebærer:

- Detaljeret planlægning
- Tydelig struktur
- Individuel struktur
- Forudsigelighed

Det giver eleverne ro, nedsætter stressniveauet, og giver dem en oplevelse af at kunne magte og overskue dagen. Hvis strukturen ikke er kendt, planlagt og tydelig for eleven, vil eleven hele tiden være på overarbejde ift. at orientere sig i en hverdag, der kræver mange ressourcer.

Eksekutive funktioner



Det er vores opgave på Basen at medvirke til at skabe struktur, således at læring kan finde sted for de enkelte elever. Dette er betydningsfuldt, fordi eleven bliver bedre til at:

- overskue og forstå omverden

- se og forstå mening og sammenhænge
- se og forstå væsentlige kommunikative og sociale aspekter
- forstå andres tanker og følelser

Til gengæld har Basens elever ofte stærke kompetencer indenfor følgende områder:

- Det visuelle
- De er gode til faktuelle oplysninger
- De er detaljeorienterede
- De er argumenterende
- De er vedholdende
- De er konkret tænkende

Ovenstående kompetencer, er væsentlige at tage udgangspunkt i, når vi ønsker at etablere en meningsfuld struktur for eleverne i undervisningen og i behandlingen.

Eleverne oplever ofte verden som usammenhængende, forvirrende og kaotisk, så jo mere vi har styr på hvad vi skal, des større trivsel for vores elever – og os selv. Forudsigelighed kan skabes på mange måder, lige fra mundtlige beskeder til brug af visuelle planer med billeder og tekst, hvor hele dagens program er sat i struktur. Brug af visuelle hjælpemidler er ofte virkningsfulde.

Det er yderst vigtigt ved medarbejderes fravær, at strukturen holdes. Ture ud af huset skal være nøje planlagte og struktureret på forhånd, med et for eleverne tydeligt formål.

Selvom det ikke altid ses udenpå, har Basen elever ofte meget vanskeligt ved:

- at fastholde information
- at gå fra en aktivitet til næste trin
- at opfatte betydningen bag kommunikation
- at organisere og sekventiere en arbejdsproces
- overfokusering på detaljer på bekostning af helheder
- at forudse
- at klare uventede forandringer

Hvorfor Struktur?

Eleverne kan have vanskeligheder ved helt almindelige krav, der stilles til simple skoleopgaver, og kan let blive stressede over små ting i dagligdagen. Der skal derfor være en meget stor detaljeringsgrad, i planlægningen af undervisning, ture ud af huset, frikvarterer osv. Det kan umiddelbart synes tidskrævende, men er faktisk meget tidsbesparende. Når først det er implementeret, skaber det udbredt ro, trivsel og udvikling blandt eleverne.

REDSKABER TIL STRUKTUR

Visualisering: Visualisering er et kommunikationsmiddel, der taler et tydeligere sprog end lange sætninger af mundtligt formidlede ord (for mange ord forvirrer og tager tid at analysere, forstå og reagere på).

Synlig læring: Der anvendes elementer fra synlig læring, idet en genkendelig og tydelig undervisningsstruktur skaber de bedste læringsforudsætninger for eleven - både fagligt og behandlingsmæssigt.

Daglige morgenmøder: Eleverne orienteres om skemastruktur og eventuelle ændringer til dagsprogrammet gennemgås i fællesskab.

Individuelt dagsskema: Helt konkrete planer for dagen kan være nødvendige for nogle elever og understøtter strukturen på Basen, således at intet kommer som en overraskelse for eleverne ift. dagens planer.

Ugeplaner: Der anvendes ugeplaner til skitsering af det faglige indhold i undervisningen.

Planlægning generelt

For alle aktiviteter, kan det være en god ide at løbe de **9 H'er** igennem, som en tjekliste ift. forberedelse af aktiviteter o. lign.

1. Hvad skal jeg lave? (indhold)
2. Hvorfor skal jeg lave det? (mening)
3. Hvornår skal jeg lave det? (tidspunkt)
4. Hvor skal jeg lave det? (placering)
5. Hvem skal jeg lave det med? (personer)
6. Hvordan skal jeg lave det? (metode)
7. Hvor længe skal jeg lave det? (tidsperspektiv)
8. Hvor meget skal jeg lave? (mængde)
9. Hvad skal jeg lave bagefter? (indhold)

Og der er faktisk endnu et H.

10. Hvem kan hjælpe mig? (støtte)

Det er ofte grundstammen i forhold til al struktur.

PSYKOEDUKATION

Undervisning af eleven (og pårørende) i egen diagnose, symptomer og behandling.

HISTORISK RIDS

Psykoedukation (læring om psykisk lidelse) opstod som en modreaktion på den "alvidende læge", der ikke informerede patienter og deres pårørende, men altid vidste bedst. Behandling af sygdom blev udelukkende varetaget af sygehusvæsnet, og patienter og pårørende stillede ikke spørgsmål til behandlingen. Gjorde de det alligevel, fik de sjældent noget at vide. Op igennem 70'erne vandt den holdning i sygehusvæsenet desuden frem, at man som behandler måtte skåne patienten for information om deres sygdom. Denne kultur lagde ikke op til psykoedukation.

Op igennem 80'erne og 90'erne vandt den holdning imidlertid frem, at man måtte have fokus på patienternes tækning og mestring af tilværelsen. Her vandt metoder som kognitiv adfærdsterapi frem, og også psykoedukation blev et vigtigt element i behandlingen af mennesker med psykiske lidelser.

I dag anvendes psykoedukation bredt i arbejdet med psykiske lidelser, og ofte under inddragelse af pårørende. Pårørende kan nemlig være en stor ressource, ikke blot ift. at støtte eleven, men også ift. at kunne genkende og forstå diagnosespecifikke signaler og symptomer, samt at lære hensigtsmæssige handlestrategier.

Herhjemme er det mest kendte eksempel på psykoedukation muligvis den såkaldte Toronto-model, som bl.a. anvendes i behandlingen af unge med spiseforstyrrelser på Psykiatrisk Hospital I Risskov.

TEORETISK GRUNDLAG

Psykoedukation er undervisning i både den psykiatriske diagnoses kendetegn og i psykisk velvære. Det er en metode til at give eleven viden om en specifik psykiatrisk diagnose, samt til at gøre eleven bedre i stand til at forstå sig selv, diagnosens symptomer, og hvad der kan udløse dem. Et eksempel på dette kunne være, hvad symptomerne på angst er, samt hvordan man kan håndtere at leve med denne psykiske lidelse. Psykoedukation bruges især i behandlingspsykiatrien, og det mere overordnede formål med metoden er, at klient og pårørende foruden en forståelse af symptomerne, vil blive hjulpet til at udvikle strategier, der er hjælpsomme for klienten i det daglige. Forskning viser desuden, at psykoedukation mindsker risikoen for tilbagefald.

Psykoedukation indgår som en fast bestanddel af en række terapiformer, bl.a. kognitiv terapi. Det primære formål er, at eleven opnår en grundlæggende viden om sin lidelse og dens fremtrædelsesformer, teori om årsager samt gennemgang af lidelsens udvikling, dynamik og specielle mekanismer, der kan reducere eller forstærke tilstanden, samt at eleven lærer nogle hensigtsmæssige handlestrategier.

CENTRALE BEGREBER

Sproget

Når vi arbejder psykoedukativt med eleverne på Basen, er det særligt sproget der er det centrale. Ved selve sprogbrugen og ordvalget, kan vi medvirke til at skabe muligheder, fremfor begrænsninger. Eksempelvis når man taler om at *have* en diagnose, frem for at *være* en diagnose. Eleverne har måske en eller flere diagnoser, men de er også rigtig meget andet, og dette er vigtigt at betone og tale frem, i arbejdet med den enkelte elev, så man undgår at stigmatisere og skabe begrænsninger gennem italesættelser.

Forståelse

Psykoedukation handler bl.a. om at hjælpe eleven og de pårørende til at forstå diagnosen, symptomerne og mekanismerne bag, samt til at kunne se den i en større sammenhæng med miljø og på tværs af forskellige situationer.

Genkendelse og handlestrategier

At lære eleven at kunne genkende og forstå de diagnosespecifikke signaler og udløsende faktorer, samt at lære nogle hensigtsmæssige handlestrategier.

SÅDAN BRUGES DET PÅ BASEN

I praksis anvender vi psykoedukation til kommunikationstræning og problemløsning, samt som en metode til at eleven opnår erfaring i at forstå og anvende psykologisk viden, i arbejdet med egen udvikling og i samspillet med andre.

Vi arbejder med psykoedukation ift. at opbygge et fælles sprog med eleven, som er i øjenhøjde og hvor igennem elevens problemer og kompleksiteter italesættes og forklares, på en måde som er brugbar for den enkelte elev. Det er ligeledes en væsentlig bestanddel af det psykoedukative arbejde, at eleven lærer nogle hensigtsmæssige handlestrategier, som den enkelte kan anvende i mestringen af eget liv, på tværs af situationer og sammenhænge.

Psykoedukation er ligeledes vigtigt, for medarbejderne på Basen, ift. til at få defineret såvel som afgrænset hvad den enkeltes rolle er, og hvor den ophører. Da vi ofte arbejder med elever med komplekse problemstillinger, er det essentielt at man som medarbejder ved hvad der er ens opgave, og hvornår det er en opgave der tilhører en anden fagprofessionel. Dette fordrer, at vi på Basen har et fælles sprog som vi hele tiden udvikler via et tæt samarbejde og dialog.

PRAKSISANVENDELSE

Når en elev bliver indskrevet på Basen, bliver forældrene indledningsvist tilbudt et par samtaler hos en af Basens psykologer, med henblik på at undervise dem i, hvad det er for diagnoser, deres barn har fået samt i, hvordan de bedst muligt støtter deres barn. Foruden disse indledende samtaler med en psykolog, vil der,

hvor det er relevant, også være mulighed for, at forældrene kan tale med den psykiater, vi samarbejder med på Basen.

Sidst men ikke mindst, har eleverne på Basen Nord et fag kaldet "Fælles fordybelse" et par timer om ugen. Her bliver de undervist i, hvilke symptomer de har og drøfter så i fællesskab med psykolog, underviser og andre elever, hvordan de bedst muligt kan håndtere at leve med deres psykiske sårbarhed. Erfaringen med fælles fordybelse i Nord er, at det er meget hjælpsomt for eleverne at modtage information om deres psykiske lidelse i fællesskab med andre. Undervisningen åbner op for, at de unge lærer sig selv bedre at kende, samt udveksler erfaringer i gruppen.

SYSTEMISK OG NARRATIV METODE

HISTORISK RIDS OG TEORETISK GRUNDLAG

Den systemiske og narrative teori har rod i poststrukturalismens opgør med positivismens ide om, at vi alle deler dybere, bagvedliggende sandheder, som vi med videnskab kan finde frem til. Helt centralt i den systemiske og narrative tilgang er, at ethvert menneske har sin egen forståelse af verden (multiverser) og at vi derfor aldrig kan få fuldstændig adgang til andres oplevelser.

CENTRALE BEGREBER

System

System er en betegnelse for de arenaer, vi som mennesker bevæger os i. Vi har et familiesystem, et skolesystem, et kollegialt system, et zumbasystem og mange flere. Systemerne er via organisering og strukturering med til at skabe vores narrativer med de rammer og relationelle positioneringer som de byder på. Det behandlingsmæssige greb, som følger den systemiske tilgang er, at for at vi kan ændre adfærden hos eleven, er vi nødt til at se på vedkommendes miljø i en bred forståelse.

Narrativ

Narrativ betyder fortælling. Det er fortællingerne der organiserer vores erfaringer og derigennem giver dem mening. Vi definerer således os selv, gennem de fortællinger vi har om vores liv.

Med et narrativt greb vil man som behandler således være nysgerrig på at få udfoldet, hvilke fortællinger, eleven har om sig selv. Man taler om tykke og tynde fortællinger: tykke fortællinger er de dominerende narrativer, som vi fortæller om os selv, f.eks. *"jeg er dårlig til alt"* og tynde fortællinger er undtagelserne, som behandleren kan forsøge at fremhæve, for at nuancere den enkeltes selvforståelse f.eks. *"men i går fik jeg 10 for mit essay"*. Som behandler er man altså optaget af, at livet er multihistorielt: Der kan altid fortælles en anden historie om det skete. Hvis eleven ikke selv kan forestille sig en anden historie, vil man inddrage det systemiske perspektiv og spørge til, hvad mors eller fars fortælling mon ville inddrage. Dette greb styrker samtidig mentaliseringsniveauet.

Sprog

Når vi som udgangspunkt ikke deler virkelighed, bliver sproget centralt som et redskab til medskabelse. Sproget giver mening og form til vores fortællinger og således er sproget også definerende for vores handlemuligheder: *"han er sådan en ADHD, han kan aldrig sidde stille"*. Denne udtalelse medskaber elevens narrativ om sig selv, og hans handlemuligheder indskrænkes. Udtalelsen medskaber samtidig behandlerens narrativ om eleven, og deres handlemuligheder får på sin vis skyklapper på.

Intention

Alle handlinger er intentionelle i den systemiske og narrative tilgang. Dette betyder, at handlinger er meningsfulde og tjener et formål i den enkeltes verden. Som behandler er det vores opgave på en nysgerrig måde at finde frem til denne mening f.eks. ved at undersøge: *"hvorfør blev du vred?"* i stedet for *"du kan da ikke blive så vred over, at han tager din kuglepen"*. Man vil indenfor denne retning søge at få et indblik i den andens livsverden, idet vi søger grunde (tolkning/hermeneutik) og ikke årsager (kausalitet/positivisme).

Eksternalisering

Eksternalisering er en grundlæggende forståelsesmåde, og på samme tid et konkret metodisk greb. Idéen i eksternalisering er, at problemet er adskilt personen: problemet er problemet (en selvstændig størrelse med egne intentioner og planer for personen) og personen er personen (en anden selvstændig størrelse, som kan mobilisere andre intentioner og planer mod problemet). F.eks. kan angst eksternaliseres. På denne måde kan man med sproget anspore til udvidede handlemuligheder at arbejde med alternative fortællinger (multihistorier) og søge undtagelser, som kan tykne tynde narrativer.

SÅDAN BRUGES DET PÅ BASEN

Den systemiske og narrative tilgang danner en overordnet ramme for den måde, hvorpå vi møder eleverne på Basen. Alle vores elever kommer med erfaringer, håb og drømme. En fælles tyk fortælling for mange af vores elever er, at de ikke har kunne lykkes i deres liv og at de på en eller anden måde er problembærere. Det er vores opgave, med nysgerrighed, at se bag problemet og støtte eleverne i at finde sprækkerne i de tykke fortællinger.

EKSTERNALISERENDE SPROGBRUG

Med fokus på at skabe en distance mellem eleven og problemet, så eleven får muligheden for at finde frem til måder at håndtere problemet på: *"Så den her angst – eller hvad kalder du det egentlig selv – hvordan er den for dig? Hvornår kom angsten (eller helst det ord, eleven bruger) ind i dit liv?"*

TYKNE DE TYNDE NARRATIVER

Med **undtagelser**: *"Og når du så alligevel kan sidde her i dag sammen med mig, hvad er det så, der er anderledes med angsten (eller det ord, som eleven bruger) lige nu?"*

Med **tynde fortællinger**: *"Så nogle gange kan du på en måde snyde angsten? Fortæl mig lidt mere om, hvordan det kan være?"*

Med **multihistorier/alternative historier**: som her også falder sammen med den kognitive tilgang og mentaliseringsbaseret teori: *"Så hvis nu din bror skulle give sin forklaring af, hvad han tror du tænker, hvad ville han da sige?"* eller *"Hvad tror du din lærer ville sige om det?"*

MØDE ELEVEN MED INTENTION

Både i form af en bevidst intention fra behandlerens side om, at vi er nysgerrige på elevens verden og selvforståelse og i form af det udgangspunkt, at eleven altid har en intention bag sine handlinger, bevidst eller ubevidst. Vi er nysgerrige på grundene til, at eleven gør som han gør og laver ikke vores egne årsagssammenhænge. Vi har i denne proces hele tiden fokus på at dobbeltlytte, dvs. at vi både lytter til det, der bliver sagt eller signaleret med kropssprog, og samtidig lytter vi efter, hvorfra eleven taler. Vores tolkninger skal ikke stå alene, men afklares med eleven, hvorved vi også opøver hans mentaliseringsfærdighed, f.eks. *"Når du sidder med ryggen til mig, så tænker jeg, at du ikke har lyst til at tale med mig om det, der skete. Er det rigtigt forstået?"*

Vores opgave er, at støtte eleverne i at skabe nye systemer, nye fortællinger og begynde at skabe erfaringer med, at de kan lykkes og har kvaliteter, der rækker ud over de problematikker, som ellers har været definerende for deres liv.

Vi arbejder kontinuerligt på at skabe trygge relationer til tydelige voksne, der tilbyder en mestringsfokuseret kommunikation, der kan hjælpe med at opbygge en mere nuanceret identitet og selvforståelse hos eleven. Vi skal fremme alt det, som eleverne lykkes med samtidig med, at vi har en ærlig opmærksomhed på de områder, som eleverne har brug for hjælp til at håndtere.

Som medarbejdere på Basen er vi opmærksomme på den naturlige asymmetri, der er mellem undervisere og elever. Vi er bevidste om, at vi som voksne har det primære ansvar for, at relationen og systemet bliver givende for eleven, og vores position i forhold til eleven skal være fordrende for elevens udvikling og ikke tilgodese vores egne behov. Vi er i høj grad personlige, og i lav grad private.

Ved at blive rigtig gode til at søge intentioner og dobbeltlytte, bliver det også lettere for os at afgøre, hvornår vi skal gå foran (stille krav), ved siden af (aflede) eller bagved (aflaste/støtte) eleven.

CASE

En elev på Basen har tidligere kæmpet med en spiseforstyrrelse. Hun har ikke spist frokosten på Basen siden hun startede, men har altid haft sin egen madpakke med. Ved et statusmøde blev eleven, forældrene og behandleren enige om, hvorvidt det skulle være et fokusmål, at eleven skulle kunne spise Basens frokost.

Udfordringen er blevet eksternaliseret, det er ikke eleven, men spiseforstyrrelsen, der spænder ben. Udfordringen er blevet delt i små delmål, og der er blevet lagt en klar plan for, hvordan eleven støttes i processen. Aktuelt er eleven der, hvor hun, sammen med sin primær altid står sidst i køen, så hun kan forberede sig og ikke føler sig presset ved at andre venter på hende. Hun fylder mad på en tallerken, og vurderer hvor meget, hun synes er passende til en almindelig portion. Derefter lader hun tallerkenen stå,

og spiser sin medbragte mad. Under forløbet er behandleren ved siden af, og vurderer hele tiden, om hun skal positionere sig mere bagved (støtte og bakke op) eller foran (tage styringen og afslutte dagens udfordring). Trygheden ved at der er en tæt og tryk relation til primæren, støtter eleven i at foretage den aktuelle vurdering, som pt. er udfordringen.

Ved en konkret lejlighed oplevede behandlerne at eleven i løbet af formiddagen blev mere og mere utryk, hyperventilerede og havde svært ved at samle sig. Primæren italesatte, at hun tænkte at det måske var frokosten der begyndte at fylde, og gik med eleven ned for at få noget luft. Efterfølgende fulgtes de op på afdelingen igen, og havde sammen fokus på elevens vejrtrækning. Frokosten forløb fint, og dagen efter blev der lagt en ny strategi; at eleven i en periode skulle være med til at hente frokosten, hvilket betød, at overgangen til frokostudfordringen blev mere tydelig.

BEHANDLINGS- OG LÆRINGSMÅL

Hver enkelt elev skal have fastsat 1-3 behandlingsmål og 1-3 undervisningsmål som skal være gældende for den kommende måned, disse behandlings- og undervisningsmål skal understøtte de mål og aftaler som er blevet indgået på statusmødet. Behandlingsmålene bør laves i samarbejde med eleven. Hvis dette ikke er muligt, skal de dog fremlægges for eleven. Det er en god ide at sparre med psykolog eller afdelingsleder omkring de pågældende mål.

Hvad:

Behandlingsmål:

- Fokus på elevens personlige og sociale udvikling
- Korte og konkrete og målbare
- Tager udgangspunkt i de mål der er beskrevet i elevens aktuelle statusrapport
- Hvis der endnu ikke er lavet statusrapport, laves de ud fra de udfordringer eleven har

Undervisningsmål:

- Fokus på elevens faglige udvikling
- Korte og konkrete
- Tager udgangspunkt i aktuelle fagudtalelser fra elevens statusrapport
- Hvis der endnu ikke er lavet statusrapport, laves de ud fra de udfordringer eleven har
- Med udgangspunkt i kompetencemål–færdigheds- og vidensmål på det relevante klassetrin fra UVM, som findes på emu.dk

Hvornår:

Både behandlings- og undervisningsmål, fastsættes ved primærtid i samarbejde mellem elev-primær. De pågældende mål revideres hver 14. Dag og løbende opstilles der nye mål.

- Hvordan går det med målene?
- Er nogle af målene indfriet?
- Skal der opstilles nye mål?
- Skal nogle mål brydes ned til mindre mål, hvis de eksisterende er for svære at nå?

Hvorfor:

- Lovgivning kræver at opstillede mål kan dokumenteres
- Støtter eleverne videre i zonen for nærmeste udvikling.
- Undervisningsmål kan placeres synligt ved elevens plads
- Behandlingsmål skal man overveje om de skal placeres synligt for andre elever

- Det giver tydelighed og overskuelighed for eleven
- Al personale har overblik over hvilke mål den enkelte elev arbejder med
- Hvis man som lærer ikke kender de pågældende mål for de elever man omgås dagligt, kan man komme til at stille for høje eller små krav.

Hvor:

- Alle mål skrives ind på SkoleIntra, dette gøres ved;
- Det er også en god idé at gøre elevens mål synlige for eleven, enten ved elevens plads, i en logbog eller på et stykke papir som eleven kan få udleveret.

EKSEMPLER PÅ KONKRETE MÅL

Undervisningsmål i 6. Klasse

- Peter ved hvad et koordinatsystemer
- Peter kan bestemme arealet af et rektangel
- Peter skal øve sig i at øge sin koncentrationslængde med 5 min.
- Peter skal sige 2 ting højt i engelsk, selvom han ikke er sikker på at det er rigtigt, det han vil sige.

Behandlingsmål;

- Peter skal arbejde på at øge sin selvforståelse; ved at lave en tegneseriehistorie med sin primær, om en af de situationer hvor Peter altid trækker sig fra fællesskabet.
- Peter skal selv tage initiativ til at spille et spil med en anden elev i et frikvarter, hvor det er Peter der spørger, og vælger hvem han vil spørge.
- Peter skal sende en sms til sin primær, hvis han syntes han har haft en svær start på dagen.

Eksempel på udfyldt Behandlingsmål

(findes på Personaleintra: værktøj/værktøjskasse/Behandlingsmål)

Elevers navn: Peter Petersen
 Klasse/trin: 8. klasse
 Team Nord

Januar 2017

BEHANDLINGSMÅL

MÅL

Her skrives helt konkrete mål. De skal være specifikke, målbare og være gældende for en md., men revideres løbende, min. hver 14. dag,

HVORFOR

Her skrives, hvorfor vi arbejder med lige netop det mål. Dette er vigtigt for, at eleven og de øvrige medarbejdere ved, hvorfor vi arbejder på dette.

METODE/HVORDAN

Her skrives, hvordan der helt konkret skal arbejdes med det pågældende mål. Dette skal sikre, at alle medarbejdere i teamet kan indgå i behandlingsarbejdet og ved, hvad der arbejdes efter.

SUCCESS

Her skrives tegn på, at vi er godt på vej. Om målet er opfyldt, eller om eleven er godt i gang med at arbejde med det pågældende mål.

BEHANDLINGSMÅL

MÅL

At Peter deltager 3 ud af ugens 5 dage i den daglige gåtur om formiddagen.

HVORFOR

Peter er sjældent udendørs. Formålet er at styrke hans generelle sundhed og sørge for, at han ikke sidder så meget stille.

METODE/HORDAN

At vi minder Peter om kl. 9, at vi skal gå kl. 10. At vi fortæller hvilken voksen, han skal gå ved siden af den dag, og hvor vi går hen i dag.

SUCCESS

At Peter i en periode over 3 uger har været ude at gå 3 gange pr uge.

For hvert behandlingsmål skal der skrives:

- Mål
- Hvorfor (begrundelse for hvorfor vi arbejder med lige netop det mål)
- Metode (hvordan arbejdes der helt konkret med målet)
- Succes (hvordan ved vi, at vi er godt på vej, eller om målet er opfyldt)