

Fremveksten av samfunnspsykologien i Norge: Fra kritisk korrektiv til et alternativ i posisjon

Borrik Schjødt og Arvid Skutle

Fremveksten av samfunnspsykologien i Norge: Fra kritisk korrektiv til et alternativ i posisjon

Internasjonalt utgjør samfunnspsykologien et systemkritiserende miljø. I Norge har den beveget seg fra å være et kritisk alternativ, til å bli et etablert og akseptert klinisk felt. Har integrasjonen gått for langt?

1. «Community psychology» er i Norge oversatt til samfunnspsykologi. Disse begrepene er ikke synonyme; «samfunn» er et videre begrep enn «community». Til tross for dette har vi valgt å bruke «community psychology» og samfunnspsykologi som synonyme begreper.

Da president John F. Kennedy i 1963 talte til den amerikanske kongressen om viktigheten av å jobbe forebyggende, fikk talen og de påfølgende vedtakene avgjørende betydning for «community psychology»¹ (CP). Tanker om en alternativ og antiinstitusjonell psykologi kom på dagsordenen. Med et økende behov for psykologtjenester, kombinert med begrensede samfunnsressurser, ble det naturlig å legge vekt på forebygging, mobilisering og endring av rammebetingelser. I samme tidsperiode var det en aktiv kamp mot rasisme og et sterkt opprør mot Vietnamkrigen som bidro til samfunnskritikk og #engasjement også blant psykologer. Som en følge av den nye politiske vinden ble det opprettet en divisjon for CP i den amerikanske psykologforeningen (APA) i 1967 (Meritt, Greene, Jopp & Kelly, 1999).

Sentrale styresmakter og Psykologforeningen har gått sammen om å satse på psykologien i kommunefeltet

Samfunnspsykologien i Norge er ikke inspirert bare av nordamerikansk psykologi, den er i tillegg basert på en rekke norske historiske forutsetninger – og noen utholdende fagpersoner som har influert på fagfeltet fram til i dag. Fagfeltet vokste fram på 1960- og 70-tallet, men ble en formell del av Psykologforeningen først ved opprettelsen av spesialiteten i allmennpsykologi (senere samfunnspsykologi) i 1989. Ved Universitetet i Bergen ble samfunnspsykologi et fagfelt i psykologutdanningen på 70-tallet, og fikk et eget institutt da psykologisk fakultet ble etablert i 1980, med Bjørn Christiansen i spissen. Samfunnspsykologi har også blitt en del av utdanningen ved Universitetet i Oslo, og etter hvert i Tromsø og Trondheim.

I denne artikkelen ønsker vi å gi et bilde av samfunnspsykologiens internasjonale faglige forankring, og den særegne kliniske utformingen den har fått i Norge. Viktige historiske trekk i den norske samfunnspsykologien blir oppsummert, og Psykologforeningens forhold til feltet blir nevnt. Samfunnspsykologien, som internasjonalt utgjør et systemkritiserende miljø, har i stor grad blitt et etablert og akseptert klinisk felt i Norge. Det sentrale spørsmålet er på hvilken måte den

internasjonale bevegelsen rundt CP har blitt adoptert og tilpasset «norske forhold», og hva dette har betydd for utforming av en norsk samfunnspsykologisk rolle.

Ideologi og faglig grunnlag

Samfunnspsykologi handler om samfunnets innvirkning på vår psyke, vår helse og vårt velvære, og på hvilken måte vi kan påvirke og legge til rette for et best mulig liv, både for enkeltindividet og for lokalsamfunnet. Den samfunnspsykologiske utfordringen er å være seg bevisst de ytre og samfunnsmessige faktorene og hvordan de influerer på mennesket. Det er samspillet mellom disse ytre faktorene og enkeltmennesket som er psykologisk interessant; hvordan en slik samhandling kan styrke menneskets helse og velvære, eller være en belastende faktor.

Samfunnspsykologien er opptatt av utvikling av det vi kan kalle «psykologisk kompetanse». Den er først og fremst positivt definert – «hvordan fremme helse og tilpasning» – og i liten grad negativt orientert – «hvordan hindre eller behandle vekk det uønskede». Når lokalsamfunnet møter problemer, løses ikke problemet ved å gripe fatt i enkeltmennesket. Man kan ikke «behandle» seg ut av et samfunnsproblem. Lokalsamfunnet må styrkes og utfordres på en positiv måte, gjennom engasjement og mobilisering. Det er en samfunnspsykologisk utfordring å skape forståelse for dette.

Desentralisering – deinstusjonalisering

På 1960- og 70-tallet så vi tendenser til politisering av psykologien. Man så hvordan rammebetingelser fratok vanlige mennesker og marginaliserte grupper mulighet til å påvirke egen livssituasjon. Dette var en viktig basis for utviklingen av en internasjonal samfunnspsykologi. Ett element i dette var antipsykiatrien, frontet av sørafrikaneren David Cooper (1967), med kritikk av tendens til sykeliggjøring av psykisk avvik gjennom psykiatri. Ronald Laing var frontfigur for kritikken i England, basert på humanistisk psykologi (Laing & Esterson, 1964). I USA ble psykiatrien kritisert av Thomas Szasz, som bl.a. skrev boka «The Myth of Mental Illness» (Szasz 1960).

I tillegg til antipsykiatrien har to internasjonale trender hatt spesiell betydning for samfunnspsykologien: (1) desentraliseringen av de store institusjonene, først i USA og siden i en rekke europeiske land, og (2) opprettelsen av nye og mindre, lokalt forankrede sentra, «community mental health centres» (CMHS) med vekt på lavterskeltilbud, kriseintervensjon og konsultasjon. På 1960- og 70-tallet var avstigmatisering av psykisk sykdom, og å få frem mennesket bak diagnosen, viktig for mange psykologer. I tråd med dette var målet med CMHCs å gjøre dem til lokale kraft- og

mobiliseringsentre. De ette viste seg vanskelig å virkeliggjøre. Mange av dem ble i stedet en variant av psykiatrisk poliklinikk.

I Norge så vi en drastisk nedleggelse av de store asylene, og mer lokalt forankrede poliklinikker dukket opp. Dagens utbygde DPS-system kan sees på som en senvirkning av de trender som startet på 1960–70-tallet. Det faglige innholdet er imidlertid mer individ- og diagnoseorientert enn noensinne. Det er ikke mye som minner om Kennendys manifest fra 1963. Likhetssamfunnet har vist seg å være vanskelig å gjennomføre i praksis, det forble store sosiale og økonomiske forskjeller i befolkningen, også i Norge. Selv med dagens rettighetssystem med mål å tilby lik behandling til alle er det fremdeles store forskjeller i helse og bruk av helsetjenester. Likevel ser vi at forskjellene i Norge er mindre enn i en rekke andre land. Wilkinson og Pickett (norsk utgave 2011) dokumenterer at land med større økonomiske forskjeller har større innslag av psykiske og sosiale vansker. Norge kommer godt ut i denne sammenligningen.

Et kritisk perspektiv vs klinisk forankring

På 1990-tallet og framover har søramerikanske (Montero & Varas Diaz, 2007), britiske (Fryer & Laing, 2008) og italienske samfunnspsykologer (Francescato, Arcidiacono, Albanesi & Mannarini, 2007) videreført systemkritikken fra antipsykiatrien. De tok utgangspunkt i større grupper av befolkningen som var uten helsetjeneste, uten bolig og som levde under fattigdomsgrensen. De mente at psykologer burde bruke sine resurser til å påvirke rammebetingelser og støtte sårbare grupper. Begreper som empowerment og «critical psychology» har røtter i disse utviklingstendensene.

Den norske samfunnspsykologien har tilsynelatende lite til felles med tradisjonen rundt «critical psychology/-ists» (Carlquist, Nafstad & Blakar, 2007). Norge hadde et godt utbygd helse- og sosialapparat i etterkrigstiden, med små sosiale, økonomiske og velferdsmessige skjevheter. I etterkrigstidens Norge fant psykologene sin plass innenfor trygge faglige og økonomiske rammer som klinikere og behandlere av enkeltindividers lidelse. De marginaliserte individene hadde, da som nå, offentlige støtteordninger som en del av det sosialdemokratiske systemet. De kliniske psykologene var på et vis systemets alibi.

Norge – en tydeligere klinisk forankring

I Norge så man behov for lokalt forankrede psykologtjenester med en mer allmennpsykologisk profil, som kunne favne videre enn den spesialiserte helsetjenesten. Det var bakgrunnen for opprettelse av kommunepsykologstillinger på 70-tallet. De skulle betjene et bredt spekter av psykologiske problemer og målgrupper på det lokale eller kommunale tjenestenivået. Der kunne forebygging, planarbeid,

systemarbeid og klinisk, kriserettet arbeid inngå (Grinde, 1977; Christiansen, Iversen & Stephansen, 1983).

Internasjonalt var CP mer akademisk forankret, gjennom utviklings- og forskningsprosjekter, og gjerne utformet som lokalmiljøtiltak med utspring fra universitetsmiljøene. Denne innsatsen, rettet inn i en overordnet sammenheng, som nærmiljø- og samfunnspåvirkere, lokale planleggere, system- og organisasjonsarbeidere, finner vi i mindre grad i Norge. Den norske samfunnspsykologien fikk en større individrettet og til dels klinisk forankring.

Det er noen unntak. Psykologer tilknyttet rusfeltet og utekontaktene har eksempelvis arbeidet for å påvirke oppvekstmiljø og mobilisere marginaliserte grupper. Andre har arbeidet for småbarnsforeldre med helsestasjonen som utgangspunkt (Bogen & Austlid, 1983) og i departement og direktorat med sikte på å inkludere samfunnspsykologiske perspektiver i sentralt planleggingsarbeid (Grinde, 1977). Noe av dette er utdypet under.

Kritisk psykologi eller klinisk samfunnspsykologi?

Kritisk psykologi befatter seg med samfunnsforhold som bidrar til uhelse og urettferdighet. Eksempler er kjønnsrollekampen, og kampen mot diskriminering av andre på grunn av hudfarge, religiøs eller kulturell tilhørighet, eller kjønnsidentitet (Prilleltenski & Nelson, 2002). I dette perspektivet grenser samfunnspsykologi opp mot og overlapper til dels med sosiologi og sosialantropologi, der samspillet mellom sosiale rammebetingelser og individet er sentralt. Kritisk psykologi er imidlertid mer politisert, og mer endringsog handlingsorientert på et samfunnsnivå.

Norsk samfunnspsykologi har lite til felles med internasjonal CP. Det er sjelden vi ser systemkritiske og politiserende initiativ (Fryer & Laing, 2008), slik vi oftere finner det bl.a. i søramerikansk CP. Norsk samfunnspsykologi er et mer individrettet og klinisk fagfelt. Vår samfunnspsykologiske utdanning og praksis er godt forankret i sentrale temaer som man finner i internasjonale lærebøker om CP publisert frem til århundreskiftet: Forebyggende arbeid, sosial endring, krysskulturell psykologi, lovverk, planlegging og systemrettet arbeid, prosjektjobbing og evaluering, og etter hvert helsefremming og empowerment. Men, norsk samfunnspsykologi har i liten grad en kritisk røst.

Norske rolleutforminger

Det er flere samfunnspsykologiske roller. De spenner fra konsulenten, utrederen, forskeren og organisasjonsarbeideren til direkte arbeid med enkeltpersoner, grupper og familier, og i noen tilfeller med lokalmiljøet. Rollene er ofte integrert i andre og tradisjonelle psykologstillinger innenfor psykisk helsevern, rusmiddelsektor, habilitering, somatisk helse, barnevern, helsestasjon og skole-PPT. Felles er at man som psykolog er opptatt av helse og faktorer som påvirker helse, både på individ- og gruppenivå.

I samfunnspsykologien betraktes individet i et kontekstuellet perspektiv, påvirket av hemmende og fremmende faktorer knyttet til sosialt nettverk, helse, deltagelse og *opplevelse av egenkraft (empowerment)*, og praktiske/økonomiske forhold. Psykologen skal kunne bidra med råd og veiledning overfor ulike målgrupper, overfor det offentlige og blant publikum. Det kreves derfor en solid basis i vid psykologisk kunnskap, kombinert med spesiell kunnskap om det feltet der samfunnspsykologen praktiserer. Det kan for eksempel være generelt forebyggende barnevern, planlegging og gjennomføring av støttetiltak for familier i risikogrupper, kompetanseoverføring fra spesialistnivå til nærmiljø, utvikling av samarbeidskompetanse eller helsekampanjer i kommunen.

Norske behov og rolleutforminger

Som det framgår i en annen artikkel i dette nummeret (Schjødt, 2013), har den samfunnspsykologiske spesialistutdanningen gitt tilbud til psykologer med arbeid på ulike nivåer i kommunal forvaltning, og en rekke arbeidsområdene har vært representert. De fleste har en klinisk psykologisk jobbforming, med en kombinasjon av generalistkompetanse, og en spesifikk opplæring i eller kompetanse på det spesifikke området der de jobber. Det er et stort spenn, og omfatter både individuelt arbeid, familiedynamikk, sosialt nettverksarbeid, planleggingsarbeid, tjenesteutvikling, miljøterapi, helsebyråkrati og ledelse. Flere psykologer arbeider indirekte gjennom andre faggrupper, ved kompetanseutvikling og konsultasjon eller veiledning, av enkeltpersoner eller grupper. Spredning av psykologisk kompetanse er et viktig kjennetegn ved norsk samfunnspsykologi. Kompetansen skal komme flest mulig til gode.

Psykologrollen kan forenklet sett plasseres langs de to dimensjonene: (1) individ – gruppe – system, og (2) direkte – indirekte klientarbeid (se figur 1). På ytterpunktene finner vi *allmennpsykologen* med direkte og individuelt klientarbeid; og *samfunnspsykologen* med indirekte klientarbeid på systemplan. Mange av dagens spesialister i samfunnspsykologi kombinerer elementer

fra disse ytterpunktene. Den typiske norske samfunnspsykologen befinner seg i spenningsfeltet mellom samfunnspsykologiens overordnede perspektiv og allmennpsykologiens bredt orienterte praktiske ferdigheter.

Denne klinisk-psykologiske kompetansen, kombinert med planleggings- og utredningskompetanse, og en bred generalistkompetanse og med mer spesifikk kompetanse på enkeltområder, passer godt inn i forhold til kommunenes behov: Samhandlingsreformen medfører krav om annen organisering av spesialisttjenestene. Brukeren skal sees i en sammenheng, og det kreves brukermedvirkning. Samtidig er det et krav om å styrke forebyggende og helsefremmende virksomhet.

Hvordan kan man ivareta disse behovene og imøtekomme de nye kravene? La oss se på noen tidligere eksempler i norsk samfunnspsykologi som berører dette.

Figur 1. To dimensjoner i psykologisk arbeid (indirekte–direkte og individ–gruppe-system), som plasserer allmenn- og samfunnspsykologen.

	Individ	Gruppe	System
Indirekte			Samfunns-psykologen
Direkte	Allmenn-psykologen		

Noen norske forgjengere – praksisfeltet

På 1960- og 70-tallet var det spesielt tre arenaer for psykologer som dannet basis for samfunnspsykologi: helsestasjonsarbeid i øst, kommunepsykologi i ulike norske kommuner i øst og vest, og oppsøkende ungdomsarbeid – spesielt i Oslo og Bergen.

Helsestasjonsarbeid

I 1967 startet et prosjekt med samtalegrupper og rådgiving ved 20 helsestasjoner i Oslo der psykolog Birgit Bogen var sentral (Bogen & Austlid, 1983). Etter prosjektet ble det opprettet en egen psykologstilling øremerket helsestasjoner hos fylkeslegen i Akershus. Helsedirektoratet nedsatte så et utvalg som skulle se på retningslinjer for mentalhygienisk arbeid ved helsestasjonene. Utvalgets

arbeid var ett av flere grunnlag for lov om helsestasjon som ble vedtatt i 1972. I formålsparagrafen het det bl.a. at helsestasjonen skulle søke å fremme barns fysiske og *psykiske* helse.

Innsatsen medførte velvilje for psykologer ved helsestasjon, men uten at det ble opprettet mange stillinger. Der det jobbet psykologer, arbeidet de med et stort spenn av oppgaver: direkte klientkontakt, veiledning og undervisning, nettverksarbeid og forskning og utredningsvirksomhet. Gjennom dette arbeidet viste psykologene at de var dyktige til å avdekke områder der man kunne forebygge vansker og stimulere til god utvikling, de hadde strategier for å lære opp og overføre kliniske oppgaver som for eksempel drift av grupper for småbarnsforeldre til andre. De viste også vilje til å dele psykologisk kunnskap med andre, og å jobbe der folk flest er – alt dette er særpreg ved samfunnspsykologi. Vekslingen fra klinisk arbeid med den enkelte klient eller familie og til systemintervensjoner, nettverksarbeid og dokumentering av behov for innsats er viktige særpreg for den norske samfunnspsykologen.

Kommunepsykologer

Parallelt med forsøk med helsestasjonspsykologer ble det opprettet kommunale psykologstillinger – i første omgang tilknyttet sosialkontorene. Den første stillingen kom i Stavanger i 1973 (Knoff, 1983). Noen år tidligere, i 1968, påbegynte man et arbeid i Odda – sør i Hardanger – med sikte på å tilsette psykolog som skulle dekke skole-, helse- og sosialsektorens behov for psykologhjelp. Dette skulle bli den første stillingen som *kommunepsykolog*. Stillingen ble først besatt i 1975. Flere kommuner fulgte etter, og opprettet stillinger etter samme modell: Kvinnherad kommune i Hordaland og Vågsøy i Sogn og Fjordane fra 1978. I 1980 fulgte Klepp i Rogaland og Enebakk i Akershus etter. Bremanger i Sogn og Fjordane fikk en kommunepsykolog i 1982 (Knoff, 1983). I 1988 var det totalt 15 kommuner med 22 hele og 5 halve stillinger for psykologer i kommunal helse- og sosialtjeneste utenom utekontakter og PPT (NOU 1988:33).

En av våre første kommunepsykologer, Richard Knoff, beskrev psykologiske allmenntjenester i en artikkel i Tidsskrift for Norsk Psykologforening (1981) og i boka *Psykologiske almentjenester* (Knoff, Bogen, Austlid & Isdahl, 1983). Kommunepsykologen representerte noe nytt ved å bevege seg gjennom ulike nivåer i systemet og med en rekke forskjellige arbeidsoppgaver: Organisasjonsutvikling og samarbeid, delta i plan- og utredningsarbeid, arbeide klinisk med grupper og individer, og tiltak før problemer oppstår, m.m.

I 1978 oppnevnte departementet et utvalg ledet av Per Nyhus, som skulle se på organisering av helse og sosialtjenester. I strid med erfaringene med de nye kommunepsykologstillingene

anbefalte Nyhus- utvalget at psykologer først og fremst skulle ansettes i fylkeskommunene og yte konsulentbistand til kommunene (NOU 1979:28; NOU 1982:10). Utvalget så for seg at kommunene klarte å ivareta ulike behov for de fleste beboerne, og at de få personene som var kommunalt ansatte ikke klarte å hjelpe, skulle henvises til spesialistene. Psykologer ble ansett å ha spisskompetanse på mer alvorlige psykiske vansker, og ble ikke vurdert som aktuelle for mer allmenne tjenester.

Etter dette har det skjedd mye på tvers av Nyhusutvalgets anbefalinger: Flere tjenester er flyttet fra fylkeskommunen og til kommunene (fengselshelsetjenesten, sykehjem, ansvar for psykisk utviklingshemmede, osv.), og samhandlingsreformen innebærer bestemmelser om et enda større kommunalt tyngdepunkt (St. meld.nr.47, 2008–2009). I tillegg er det utdannet, og videreutdannet, langt flere psykologer, som har vist at de kan gjøre en god innsats på mange områder, ikke bare klinisk arbeid med kompliserte psykiske vansker.

Oppsøkende barneog ungdomsarbeid

Ved utkontaktene – spesielt i Oslo og Bergen – utviklet det seg sterke psykologmiljøer fra midten av 70-tallet med arbeid opp mot belastede ungdomsmiljøer, rusproblemer, prostitusjon og ungdomskriminalitet. Arbeidet var tverrfaglig og sekundærforebyggende og med tiltak rettet mot barn, unge og deres familier i nærmiljø og større nettverk. I arbeid med unge på avveie fikk en økt bevissthet i forhold til rammebetingelser, undertrykkende strukturer og avviksprosesser. På samme tid var det en del sentrale intellektuelle – f.eks. sosiologen Thomas Mathiesen, kriminologen Nils Christie, og juristen og sosiologen Edward Vogt, som støttet opp om arbeidet med disse utsatte ungdommene. Dette ga seg utslag i en sterk politisering av arbeidet, kombinert med utvikling av metoder for å komme i posisjon i forhold til utsatte og utstøtte grupper (Lie, 1981).

En annen side ved utekontaktarbeidet var primærforebyggende prosjekter rettet mot ungdom med mindre problembelastning, og mot hele bomiljøer. Arbeidet medførte stillingtaken for utsatte grupper, og en analyse og kritikk av problemskapende prosesser og strukturer i lokalsamfunnet. I deler av denne virksomheten støttet man seg mer til «community action», som må kunne sies å ligge nær opp til «critical psychology». Mobilisering av ressurser, tiltak med mål å hjelpe lokalbefolkningen til selv å ta kontroll over sitt nærmiljø, og bruk av helsefremmende tiltak, var også sentralt.

Praksisfeltet og samfunnspsykologi i Norge

Hvilken betydning hadde disse tre forskjellige områdene for norsk samfunnspsykologi? De representerte ikke noe samordnet forsøk på å definere en ny norsk psykologrolle. Det var lite

eller ingen kontakt mellom disse tre gruppene. De oppstod imidlertid som en konsekvens av en generell faglig utvikling – blant annet med henvisning til USA og postulering av forebygging som viktig prinsipp. Dette skjedde i en tid da flere psykologer ønsket å basere sin kliniske praksis på vekst og muligheter, framfor patologi og begrensninger. Samtidig så man en generell politisering rundt samfunnsstrukturer, og flere ønsket å gjøre noe grunnleggende for den enkeltes livsvilkår og utviklingsmuligheter.

Samfunnspsykologene var likevel ikke de eneste psykologene i kommunene; PP-/skolepsykologene var den største gruppen. Det var stor forskjell PP-psykologene imellom, med et spenn fra individuelt arbeid og mot mer systemrettet arbeid (Schjødt, Hoel & Onsøyen, 2012). Kort sagt kan vi si at enkelte norske psykologer grep faglige nyvinninger, tok dem med seg til kommunale arbeidsområder og skapte sine egne arbeidsplasser. I tillegg hadde vi en vekst i antall psykologer, større enn forventet psykologbehov. Derfor var det viktig å søke etter alternative arbeidsmuligheter. Dette dannet basisen for det som etter hvert utviklet seg til en norsk samfunnspsykologi.

Grunnutdanning ved universitetene

Psykologutdanningen i Norge har vært designet for å utdanne praktiserende psykologer, og i mindre grad forskere. Kandidater som fullførte 5 års studier etter forberedende og grunnfag, kunne søke Helsedirektoratet om rett til å praktisere som psykolog. Kun et mindretall valgte en forskningskarriere. Internasjonalt har dette vært spesielt – i en rekke andre land betyr det å være psykolog ikke nødvendigvis at man har en klinisk grunnutdanning.

Et sentralt mål i grunnutdanningen var å utvikle en generalistmodell – å utdanne psykologer som kunne litt av mye, hadde en forskningsmessig basis, og som kunne påta seg mange typer klinisk-psykologisk arbeid. Innenfor denne modellen ble samfunnspsykologi en obligatorisk og integrert del av studiet ved Universitetet i Bergen allerede fra begynnelsen av 1970-tallet. Samfunnspsykologi fikk en plass i grunnutdanningen av psykologer også ved de andre universitetene. Ved alle våre fire universiteter har man hatt sentrale fagfolk som har arbeidet for å sette samfunnspsykologiske temaer på dagsordenen i grunnutdanningen, enten som egne kurs i samfunnspsykologi eller integrert i annen relevant tematikk som blant andre krysskulturell psykologi, forebyggende arbeid og anvendt sosialpsykologi.

På mange måter ble samfunnspsykologi en akademisk motbør mot det «tunge» kliniske individfokuset i studiene. Det var ikke bare viktig å se på enkeltmenneskets diagnose og lidelse, men også å reise spørsmålet om hvordan lidelse oppstår i en sosial kontekst, hvorfor det forekommer mer lidelse i noen miljøer enn i andre, og hvilke virkemidler man har ut fra et lokalsamfunnsperspektiv.

Spesialistutdanningen – noen historiske trekk

Spesialistreglementene i Psykologforeningen danner rammene for våre videreutdanningsprogrammer. Da det første reglementet ble vedtatt på 50-tallet, var det ikke en ensartet psykologutdanning i Norge. Den viktigste hensikten med spesialiteten i klinisk psykologi, opprettet i 1958, var å kvalitetssikre psykologarbeidet. Etter dette er spesialistordningen blitt revidert flere ganger. I 1985 vedtok man å opprette en spesialitet i klinisk psykologi og en i arbeids- og organisasjonspsykologi. Disse to hovedgruppene dekket ikke praksisfeltet godt nok, og det var en viss enighet om at man også måtte definere et tredje område – som skulle behandles på landsmøtet i 1987. Man klarte ikke å definere hva dette tredje området skulle omfatte. Den noe diffuse betegnelsen «den tredje spesialiteten» ble utsatt til landsmøtet 1989.

NOU om psykologer i kommunal helse- og sosialtjeneste

I 1984 satte Sosialdepartementet ned en arbeidsgruppe som skulle se nærmere på behov for psykologer innenfor kommunal tjeneste, delvis på tvers av Nyhusutvalgets anbefalinger. Arbeidsgruppens utredninger ble publisert som en NOU i 1988 (NOU 1988:33). NOU-en var en gjennomgang av en rekke oppgaver på kommunalt nivå. Enkelte av arbeidsoppgavene hadde vært kommunale i en årrekke, mens andre oppgaver ble overført til kommunene på 80- og 90-tallet. Det ble vist at mange av disse arbeidsoppgavene burde og kunne dekkes av psykologer. Flere av arbeidsområdene lå på siden av, og noen lå utenfor, tradisjonelle psykologoppgaver. På mange måter kan man si at denne NOU -en beskrev de psykologarbeidsoppgavene som hørte inn under «den tredje spesialiteten».

Sentrale styresmakter og Psykologforeningen bidrar sterkt til at samfunnspsykologi i

Norge blir kommunepsykologi

Spesialitet i allmennpsykologi

Sekretær i arbeidsgruppen, Arild Gjertsen, ble så leder av et utvalg med psykologer i Psykologforeningen som skulle lage forslag til «den tredje spesialiteten», på bakgrunn av NOU -en.

Utvalget kunne, på fritt grunnlag, utrede en spesialitet med utgangspunkt i hvordan man mente de framtidige behovene ville bli. Det foreslåtte utdanningsprogrammet var framtidsrettet. I tillegg var nedslagsfeltet for spesialitetsprogrammet beskrevet i NOU-en. Utvalget foreslo «allmenpsykologi» som betegnelse for spesialiteten. På landsmøtet i 1989 ble navnet, retningslinjer og reglement for spesialiteten vedtatt med overveldende flertall.

Videreutdanningsprogrammet som ble skissert i 1989 og effektivt fra 1990, viste seg å være levedyktig. De viktigste prinsippene i programmet var å skape kontinuitet mellom praksis, kurs, veiledning og skriftlig arbeid, basere mye av utdanningen på deltakernes egen praksis og erfaring, og legge til rette for at kandidatene følger hverandre – dvs. tilstrebe en kullidentitet. De første årene med videreutdanning bar preg av vansker med å rekruttere nok deltakere, og kamp for å få økonomisk garanti fra Psykologforeningen for å gjennomføre utdanningsprogrammet. Etter 20 år går rekrutteringsarbeidet lettere, det er mange kandidater som ønsker å bli spesialister, og utdanningsprogrammet har en naturlig plass i foreningens videreutdanningstilbud (Schjødt, 2013).

Allmenn eller samfunn?

Etter få år ble det diskutert om valg av navnet «allmenpsykologi» var heldig. De skisserte psykologrollene i NOU-en hadde mye til felles med amerikansk «community psychology». Men community lar seg ikke direkte oversette til norsk. Community betegner både samfunn og nærmiljø, men er videre enn «allmenn» og snevrere enn «samfunn». Skulle vi utvikle en spesialitet der kandidatene ble spesialister på å påvirke eller ta hensyn til samfunnsforhold? En slags «society» eller sosial spesialitet? Eller en spesialitet der man ble spesialist på brukeren, der brukeren naturlig hørte hjemme, med alle de utfordringene man ble konfrontert med – en allmenpsykolog. Eller ville vi ha en spesialisering som rommet spennet mellom brukeren i sine naturlige miljøer, og de samfunnsmessige rammebetingelsene som omgir brukeren?

På landsmøtet 1993 ble det foreslått å skifte navn til samfunnspsykologi. Enkelte protesterte: allmenn ble oppfattet som et begrep som rommet at det var essensielt med direkte kontakt med våre brukere, uten å trekke fram det problematiske og stigmatiserende. Samfunnspsykologi ble likevel vedtatt som nytt navn.

Samfunnspsykologi: en klinisk spesialitet

Før Landsmøtet 2007 ble det foreslått en ny viktig endring: at samfunnspsykologi skulle gå inn i den nye spesialistordningen som en klinisk ferdypning, og hete klinisk samfunnspsykologi. Dette var et stort skritt, med mange konsekvenser, og avstedkom mange diskusjoner.

Da allmennpsykologi ble opprettet som egen spesialitet i 1989, opplevde mange det som en motvekt mot en sterk og dominerende klinisk, patologifokusert psykologi, begrenset til det terapeutiske rom. Den nye spesialiteten skulle gi en mulighet til å operere i nærmiljøet, ta utgangspunkt i ressurser og systembetingelser, med mye indirekte klientarbeid. Å døpe om spesialiteten til en klinisk spesialitet ble oppfattet som å gi avkall på viktige verdier.

På den annen side ble det anført to viktige sett med argumenter: For det første er norske samfunnspsykologer klinikere. Spesialister i samfunnspsykologi har en klinikerutdanning, er godkjent som kliniker, og arbeider direkte med folk. Internasjonalt kan man være «community psychologist» eller «health psychologist», uten noen opplæring i direkte klientkontakt. Norske psykologer er i en særstilling her, og i forhold til et internasjonalt miljø er det rett å kalle oss «clinical community psychologists». For det andre har det skjedd mye med klinisk psykologi siden spesialiteten ble opprettet i 1989. På den tiden var noen av de faglige særpregene ved allmennpsykologien at man jobbet ressursorientert, så på forhold rundt den enkelte person eller grupper av personer, og i stor grad var her-og-nå-fokusert. Mestring var sentralt, empowerment ble et viktig begrep, og resiliens ble oppfattet som et nyttig begrep.

Positiv psykologi

I 2000 postulerte Seligman *positive psychology* (Seligman M. & Csikszentmihalyi, 2000), og med det oppsummerte han en rekke tendenser som ga god gjenklang i allmenn- eller samfunnspsykologiske miljøer. Han baserte seg på anerkjente, men relativt nye tanker og tilnærminger som stemmer godt overens med samfunnspsykologiens verdier. Men det er også representativt for store deler av det kliniske fagfeltet i dag. Det har skjedd en viktig utvikling, der vi ser at det som en gang het allmennpsykologi, og det som i dag er klinisk samfunnspsykologi, i stor grad har overlappende og kanskje et felles faglig grunnsyn.

Det er behov for en kritisk norsk samfunnspsykologi, med vekt på systemfaktorer, «empowerment» og lokal mobilisering

Derfor var det naturlig med en navneendring – til klinisk samfunnspsykologi. Endringen signaliserer også noe annet viktig: Fra å være en bevegelse i opposisjon, en gruppering som til tider har opplevd manglende støtte, innebar navneskiftet også en endelig anerkjennelse av feltet som en viktig og likeverdig del av Psykologforeningen.

Når det er sagt, må vi også understreke at fagfeltet beveger seg bort fra kritisk psykologi, med vekt på indirekte, systemrettet arbeid, for å bedre befolkningens rammebetingelser. Det er ikke

noe galt i det. Men det skaper i alle fall en semantisk utfordring: Hva skal vi da kalle oss? Kliniske samfunnspsykologer, allmennpsykologer, eller kliniske psykologer med et utvidet perspektiv? Eller kanskje kliniske samfunns- og allmennpsykologer?

Konklusjon

Norsk samfunnspsykologi er blitt et etablert fagområde, både innenfor klinisk arbeid, ved universitetene og i Norsk Psykologforening. Feltet harmonerer godt med sentrale styresmakters prioritering av innsats i kommunen. I dette ligger det flere farer: Spesialistutdanningen presses tilsynelatende i retning av en tilpasning til norske kommuners behov. I det offentliges bestillinger av nye psykologstillinger i kommunene er det denne pragmatiske rollen som etterspørres. Sentrale styresmakter og Psykologforeningen har gått sammen om å omfavne en satsing på psykologien i kommundefeltet. Med dette bidrar de sterkt til at samfunnspsykologi i Norge blir kommunepsykologi.

Internasjonalt ser vi at flere av de sentrale nestorene på feltet har gått i retning av en mer systemrettet «critical psychology» (Orford, 2008). Med noen unntak er det vanskelig å gjenfinne dette i det norske praksisfeltet. Det er behov for en mer aktiv kritisk norsk samfunnspsykologi, med større fokus på systemfaktorer, «empowerment» og lokal mobilisering. En samfunnspsykologi som kan utfordre, reise debatt om og representere et alternativ til etablerte strukturer og etablert praksis. Offentlig ansatte samfunnspsykologer kan lett bli for lite kritiske til systemfaktorer, og bidra til å opprettholde politisk avmakt og lav grad av empowerment hos visse grupper. I dette perspektivet er det behov for en supplerende psykologrolle med basis i kritisk psykologi, og som en motvekt til etablerte holdninger og tiltak – hos myndigheter og norske psykologer.

Referanser

- Bogen, B. & Austlid, E. (1983). Helsestasjonen og psykologens rolle: En oversikt. I R. Knoff, B. Bogen, E. Austlid & P.J. Isdahl (red.), *Psykologiske almentjenester* (s. 69–80). Oslo: Universitetsforlaget.
- Carlquist, E., Nafstad, H. E. & Blakar, R. M. (2007). «Community psychology» in a Scandinavian welfare society: The case of Norway. I S. M. Reich, M. Riemer, I. Prilleltensky & M. Montero (red.), *International Community Psychology* (s. 282–298). New York: Springer.

- Christiansen, B., Iversen, B. & Stephansen, M. (1983). *Psykologtjenesten I kommunene. Framvekst, evaluering, fremtidsperspektiver*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Monografiserien, nr. 9.
- Cooper, D. (1967). *Psychiatry and anti-psychiatry*. London: Tavistock.
- Francescato, D., Arcidiacono, C., Albanesi, C. & Mannarini, T. (2007). Community psychology in Italy: Past developments and future perspectives. I S. M. Reich, M. Riemer, I. Prilleltensky & M. Montero (red.), *International community psychology* (s. 263–281). New York: Springer.
- Fryer, D. & Laing, A. (2008). Community Psychologies: What are they? What could they be? Why does it matter? A critical community psychology approach. *The Australian Community Psychologist*, 20(2), 7–15.
- Grinde T. (1977). New roles of the community psychologists in Norway. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 14(4), 1–27.
- Knoff, R. (1981). Klinisk arbeid i førstelinetenesta. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 18(5), 266–272.
- Knoff, R. (1983). Sosialkontoret og psykologen si rolle: Ei oversikt, i R. Knoff, B. Bogen, E. Austlid & P. J. Isdahl (red.), *Psykologiske almentjenester*. (s. 137–144). Oslo: Universitetsforlaget.
- Knoff, R., Bogen, B., Austlid, E. & Isdahl, P. J. (red.). (1983). *Psykologiske almentjenester*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Laing, R. D. & Esterson, A. (1964). *Sanity, Madness and the Family*. London: Penguin Books.
- Lie, G. T. (1981). *Gatelangs. Om oppsøkende ungdomsarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meritt, D. M., Greene, G. J., Jopp, D. A. & Kelly, J. G. (1999). A history of Division 27 (Society for Community Research and Action). I D.A. Dewsbury (red.), *Unification through division: Histories of the divisions of the American Psychological Association, Vol. 3.*, (s. 73–99). Washington, DC, US: American Psychological Association
- Montero, M. & Varas Diaz, N. (2007). Latin American community psychology: Development, implications, and challenges within a social change agenda. I S.M. Reich, M. Riemer, I. Prilleltensky & M. Montero (red.), *International community psychology* (s. 63–98). New York: Springer.
- Norges offentlige utredninger. (1979). *Helseog sosialtjenesten i lokalsamfunnet* (NOU 1979:28). Oslo: Universitetsforlaget.

- Norges offentlige utredninger. (1982). *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.* (NOU 1982:10) Oslo: Universitetsforlaget.
- Norges offentlige utredninger. (1988). *Psykologer i den kommunale helse- og sosialtjenesten* (NOU 1988:33). Oslo: Forvaltningstjenestene, Statens trykningskontor.
- Orford, J. (2008). *Community psychology. Challenges, controversies and emerging consensus.* Chichester: John Wiley & Sons.
- Prillettenski, I. & Nelson, G. (2002). *Doing psychology critically: Making a difference in diverse settings.* New York: Palgrave–Macmillan.
- Schjødt, B. R. Hj. (2013). Samfunnspsykolog, allmennpsykolog eller kommunepsykolog – eller bare en helt alminnelige psykolog? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening.* 50(5). 426–433.
- Schjødt, B. R. Hj, Hoel, A. K. & Onsøien, R. (2012). *Psykisk helse som kommunal utfordring.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist,* 55(1), 5–14.
- St. meld. nr. 47 (2008–09). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Szasz, T. (1960). *The myth of mental illness.* New York: Harper.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (norsk utgave 2011). *Ulikhetens pris.* Oslo: Res publica.