

# Hjelp der nøden er størst: Nye arenaer for tidlig intervensjon og psykologisk rådgivning

TEKST

Ingunn Skre

Catharina E. Wang

PUBLISERT 28. februar 2007

---

Nylig kom det en urovekkende rapport om svekket psykisk helse blant norsk ungdom og om økende suicidalitet hos unge jenter (Wichstrøm, 2007). Økningen i psykiske lidelser er ikke et særnorsk fenomen. Forekomsten av depresjon stiger i alle land vi kan sammenligne oss med (WHO, 2001), særlig blant unge mennesker (Kessler et al., 2005). Hvordan kan det ha seg at vi i fredstid og med økende levestandard opplever at unge mennesker rammes av en potensielt dødelig epidemi av pessimisme? Og hvordan kan de som rammes av håpløshet og som ikke kjenner hjelpeapparatet, få god faglig hjelp?

Årsakene til epidemien finnes kanskje blant disse: høyt tempo, mobilitet og ustabilitet; mange, diffuse og gjensidig utelukkende krav på alle områder fra skole til sex; mangel på nettverk, splittede familier med høyt konfliktnivå; sprik mellom ideal og virkelighet, og skamfølelse over å falle igjennom. Med utgangspunkt i evolusjonsteori ser Nesse og Williams (1995) den sterke økningen av depresjon som en konsekvens av de mange kravene i dagens samfunn. Depresjon kan forstås som en naturlig forsvarsreaksjon når individet utsettes for ukontrollerbart stress (Nesse, 2000). Med dette utgangspunktet blir det viktig å hjelpe unge mennesker til å takle stress og navigere i en komplisert verden på hensiktsmessig vis. Det er viktig å rette oppmerksomheten mot ressurser og muligheter heller enn mot mangler og risiko. Å møte barn og unge på hjemmebane, være i forkant av problemene og tilby verktøy som passer de unge, er viktige utfordringer for fremtidens psykologer.

Når vi skal planlegge helsefremmende tiltak i psykisk helsevern, må vi altså først spørre oss: Hvem er i risikozonen? Hvor befinner de seg? Hvordan kan vi nå de som trenger hjelpen mest? Og dernest: Hva kan være virksom hjelp? Er behovene dekket, og kan tilbudene gjøres bedre? For å få svar på disse spørsmålene tror vi psykologer og andre helseprofesjoner først og fremst må være villige til, både fysisk og mentalt, å sette seg inn i barns og unges livsverden.

Hvor er barn og unge, og hva er de opptatt av? Spesielt ungdom har sine egne arenaer, der voksne ikke har noen naturlig plass. Skal vi nå ungdom, må vi være villige til å møte dem på deres premisser på de arenaene hvor de befinner seg, og på et språk de kjenner.

Vi må være villige til å kommunisere på de unges premisser. Et godt eksempel på dette er psykologen i Røde Kors-bussen på den virtuelle møteplassen, Habbo hotell, som vi leste om i forrige nummer av Tidsskriftet (Øverland, 2007).

Tiltak rettet mot skole og helsestasjon er ikke nye virkemidler, men har lenge vært nedprioritert (NOU, 2004). I stedet for å bygges ned bør helsestasjonene og skolehelsetjenesten styrkes. Siktemålet for førstelinjetjenesten bør være tidlig identifikasjon av risiko, og videre å styrke barns, unges og foreldres egne ressurser og deres egen mestringsevne. For å nå et slikt mål er det viktig at også psykologer utdannes til forebyggende arbeid, og at de får praksis i forebyggende arbeid allerede i studietiden.

Det er økt dokumentasjon for betydningen av målrettede intervensjoner for barn, unge og unge voksne i risikozonen, som «Friends», «De utrolige årene» og MoodGYM (Christensen, Griffiths & Jorm, 2004). Det er behov for lett tilgjengelige fagfolk med kompetanse på psykisk helse, som ved Psykhjelpen på ungdomskulturhuset Tvibit i Tromsø (se artikkelen i dette nummeret av Tidsskriftet: Wang et al., 2007), eller på Familiesentre, som nå prøves ut i enkelte kommuner i regi av RBUP Nord.

I forebyggende arbeid og intervensjoner rettet mot risikogrupper har det tradisjonelt vært mange gode intervensjoner, men tynt med forskningsbasert kunnskap.

Helseforebyggende tiltak har vært bredt siktet inn på hele befolkningen og har ofte gått hus forbi hos de som trenger det mest. Ungdom i randsonen leser sjelden aviser, ser ikke Puls på NRK1, og er ofte borte fra skolen, men de vil gjerne delta på kurs for å lage film der de kommuniserer om sitt eget liv (Vittersø & Waage, 2006).

Vi har også fått kunnskap om at informasjon om psykiske lidelser ikke bare er av det gode, og at det til og med kan ha uheldige bivirkninger. Man skal være forsiktig med å informere for detaljert om symptomer og metoder ved spiseforstyrrelser (Rosenvinge & Børresen, 1999) og sannsynligvis også om selvskading, da dette kan føre til at symptomene læres. Undervisning om symptombilder kan være nyttig for de som skal læres opp i diagnostikk, men ikke så hjelpsomt for de som skal lære å takle livet. Helsemyndighetene krever nå at rusforebyggende tiltak i skolen må ha dokumentert effekt før de kan implementeres. Mye god psykisk helse kunne vinnes på at alle såkalte «skolepakker» ble effektevaluert.

Hvordan kan man så lære mennesker i risikofaser og i tidlige sykdomsfaser å mestre problemer på mer hensiktsmessige måter? Mestring læres ikke gjennom å lese informasjonsbrosjyrer, men heller ved at man får prøvd sine vante strategier i vanskelige situasjoner. Man må få anledning til å prøve på alternative måter å møte stress på. MoodGYM er ett slikt verktøy for å lære mestring og finnes på PS-portalen (se artikkel i dette nummeret av Tidsskriftet: Sørensen, Østvik, Lintvedt, Gammon & Wang, 2007), en studentdrevet internettportal ved Universitetet i Tromsø.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 3, 2007, side 234-235*

+ Vis referanser

Referanser

Christensen, H., Griffiths, K. M. & Jorm, A. F. (2004). Delivering depression interventions using the Internet: Positive results from a large randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328, 265-269.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

Nesse, R. M. (2000). Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57, 14-20.

Nesse, R. M. & Williams, G. C. (1995). *Evolution and healing: The new science of Darwinian medicine*. London: Weidenfeld and Nicolson.

Arbeids- og sosialdepartementet: Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten. NOU 2004: 18.

Rosenvinge, J. H. & Børresen, R. (1999). Preventing eating disorders - time to change programmes or paradigms? Current update and further recommendations. *European Eating Disorders Review*, 7, 5-16.

Sørensen, K., Østvik, A. R., Lintvedt, O. K., Gammon, D. & Wang, C. E. (2007). PS-portalen: Forebygging av psykisk helse blant studenter ved hjelp av et lavterskeltilbud på Internett. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 265-268.

Øverland, S. (2007). Psykologisk rådgivning. Hjelper barn på Internett. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 172-173.

Vittersø, J. & Waage, T. (2006). Filmproduksjon som identitetsutvikling og helseforebygging: Et tverrfaglig forskningsprosjekt blant risikoutsatt ungdom i Nord-Norge. Prosjektbeskrivelse, Universitetet i Tromsø, Norge.

Wang, C. E., Berge, K., Johnsen, L. I., Arnesen, Y., Breivik, C., Bruun Hanssen, T., Jentoft, G. & Skre, I. (2007). Psykhjelpen på Tvibit: Psykologisk rådgivningstjeneste på ungdommens kulturhus i Tromsø. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 247-253.

World Health Organization (2001). *The world health report 2001 - mental health. New understanding, new hope; 2001*. Retrieved May 20, 2006, from <http://www.who.int/whr/2001/en/index.html>

Wichstrøm, L. (2007). Depresjon og suicidalitet. I I. L. Kvalem. & L. Wichstrøm (red.), *Ung i Norge. Psykososiale utfordringer* (ss. 92-116). Oslo: J.W. Cappelens forlag.