

Om å løfte barn



Når ble psykisk helse noe annet enn det levde liv? Lavterskeltjenester bør vektlegge å styrke barnas livsarenaer heller enn å skape avstand mellom bekymring og tiltak.

TEKST

Espen Odden

Bård Bertelsen

PUBLISERT 5. mars 2015

Psykologforeningen har i de siste årene hatt økt oppmerksomhet på lavterskeltjenester innenfor psykisk helse. Den siste artikuleringen av denne satsingen er Barneløftet (Halvorsen, 2014), et initiativ til å gjøre psykologisk kunnskap og ekspertise mer tilgjengelig i skolen. I en kronikk i Aftenposten 12. august 2014 signert Psykologforeningens president Tor Levin Hofgaard og leder i Norsk Lektorlag, Gro Elisabeth Paulsen formuleres tanken bak Barneløftet slik: «Noen må forstå når det er grunn til bekymring for et barn, det vil si gjenkjenne symptomer på risiko. Andre må kunne ta imot bekymringen og gi oppfølgende bistand» (Hofgaard & Paulsen, 2014). En slik formulering av satsingsområdet har noen fallgruver. Vi ser det som problematisk dersom en for kategorisk skiller mellom de som gjenkjenner symptomer på risiko, og de som skal gjøre noe med det. Vi risikerer at vekten på å gjenkjenne risikoer, og å klassifisere disse, får større plass enn tiltakene for å gjøre noe med dem. Det sentrale bør være at tiltakene iverksettes tidlig, at det skjer på de arenaene hvor vanskene kommer til uttrykk, og at tiltakene involverer barnas eksisterende relasjoner.

«I lys av Baumans analyse er psykisk helsearbeid i lavterskeltjenester et aldri så lite revolusjonært prosjekt»

Lavterskeltjenester - en kort bakgrunn

Satsing på lavterskeltilbud var et viktig ledd i gjennomføringen av Opptappingsplanen for psykisk helse 1997–2008 (Rogan, 2008). I SINTEFs kartlegging av kommunale tjenester for barn, unge og familier (Norvoll mfl., 2006) defineres lavterskeltilbud som «en tjeneste som tilbyr sekundærforebyggende tiltak, der målet er å hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles. Tiltakene er rettet mot definerte grupper, barn, unge eller familier som oppfattes å være i risiko for å utvikle psykiske problemer. Tjenesten er lett tilgjengelig ved at en kan henvende seg direkte uten henvisning, og ved at den tilbys uten venting og lang saksbehandling». Lavterskeltjenester kan imidlertid etableres på mange vis. Det spesifikke innholdet i tjenestene formes av rammene de etableres under.

Et eksempel på en lavterskeltjeneste

Artikkelforfatterne har i de siste tre årene bemannet en psykologisk drop in-tjeneste i regi av Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP), SSHF Arendal (Bertelsen, Odden, Johnsen & Lindemann, in press). Tanken bak denne praksisen er å gjøre den kompetansen som psykologspesialister i spesialisthelsetjenesten besitter, lettere tilgjengelig. Vi tilbyr en enkelt samtaletime per henvendelse, uten henvisning og uten videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Alle som ønsker det – ungdom over 16 år, foreldre, lærere, barnehagepersonale, Ppt, barnevern, helsestasjon og andre – kan selv booke en time, og invitere med seg dem de måtte ønske. Det eneste kravet som stilles, er at den som bestiller timen har en bekymring for et barn eller en ungdoms psykiske helse. Praksisen er utformet etter inspirasjon fra Talmons (1990) arbeid med ensesjonsterapi, og arbeid med «walk-in»-klinikker for psykisk helse i Canada (Bobeles & Slive, 2011; Harper-Jaques mfl., 2008; Scamardo, Bobele & Biever, 2004; Young, 2008; Young mfl., 2008).

I et slikt møte er det ikke mulig å arbeide etter en klassisk medisinsk modell med utredning og diagnostikk før behandling. Det som derimot er mulig, siden samtalen finner sted tett på hverdagen i tid og rom, er å lete etter meningsfulle sammenhenger i dialog med dem som kommer til samtalen. En typisk samtale under disse rammene kommer ofte i gang som en følge av voksnes bekymringer^[1].

En gutt, en lærer og en mor møter til samtale med bekymring for guttens økende skolefravær. Gutten sier selv han ikke trives på skolen, og vil ikke være der. Mor og læreren er bekymret for om gutten har en angstlidelse. I samtalen snakkes det om vanskene, men også om når vanskene har vært mindre, og hva som gjorde dette. Det viser seg at guttens forrige lærer kunne

møte gutten utenfor skolen når det ble vanskelig, og at dette gjorde det tryggere å gå inn i klasserommet. Gutten har tenkt at han har blitt for stor til dette, og har ikke fortalt den nye læreren om denne ordningen. Gutten synes i samtalen at dette likevel kan være en god ide nå, og det avtales at mor, læreren og gutten sammen finner ut hvordan de skal få det til.

Barn, ungdom, foreldre, pedagoger og kommunale tjenester gir tilbakemeldinger om at samtaler under slike rammer ofte oppleves som både nyttige og som tilstrekkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Vi opplever at vi, som psykologer, kan være til hjelp for folk på tvers av bekymringer og problematikk når vi tilbyr vår kunnskap tett på det stedet og tidspunktet der uroen befinner seg, og sammen med de menneskene som er mest berørte.

Skolen som livsarena

Skolen er en viktig livsarena for barn og unge. I opplæringsloven § 1–1 femte ledd (1998) heter det at målet med skolen er at «[e]levane og lærlingane skal utvikle kunnskap, dugleik og holdningar for å kunne meistre liva sine og for å kunne delta i arbeid og fellesskap i samfunnet.» Dette ligner WHO sin definisjon av psykisk helse, som lyder: «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet» (WHO, 2014).

Vår tidsalder, som «elevane og lærlingane» skal utvikle sin «dugleik» innenfor, kaller sosiologen Zygmunt Bauman (2007) for *Den flytende moderniteten*. Sosiale strukturer er i konstant endring, innbyggere er konsumenter, og trygghet, utdanning og helse er varer i et globalt marked. Vårt syn på hva livet er, har gått fra å handle om langvarige bevegelser (utvikling, modning, karriere) til å se på livet som en serie episodiske korttidsprosjekter. Vi vender blikket mer til våre samtidige ved siden av oss, og mindre mot generasjonene før og etter oss. Ansvar for å manøvrere i dette uoversiktlige farvannet legges på individet, som anses som «fritt velgende» og ansvarlig for egen læring og egne handlinger. Den statusen konformitet tidligere hadde som dyd, er overtatt av fleksibilitet.

Hvis den flytende moderniteten er selve regelverket for menneskelig meningsdannelse i vår tid, så er det også innenfor dette samme regelverket at meningsdannelsen kommer til kort, at lidelsen oppstår og de psykiske vanskene viser seg. Når vi skal skape nye psykisk helse-tjenester, eller videreutvikle eksisterende, må vi ta hensyn til at dette er den verdenen tjenestene skal eksistere i. Tjenesten må være tett på virkeligheten, og den må kommunisere i et språk som er forståelig for dem som skal bruke tjenesten.

«Når vi snakker om lavterskeltjenester, er det den formløse uroen vi må orientere oss mot»

Samtidig må tjenesten vise motstand mot denne tidsånden. I den flytende moderniteten er det mellommenneskelige, det ubetingete som ikke kan omregnes til valuta, det som kanskje først og fremst er truet. «Dependence has become a dirty word,» sier Bauman (2000). «[I]t refers to something which decent people should be ashamed of.» Hvis psykisk helsetjenester skaper et for bastant skille mellom dem som skal la seg bekymre, og dem som skal tilby hjelp, yter vi ikke den nødvendige motstanden mot en tidsånd hvor gjensidig avhengighet nærmest har blitt et skjellsord. Både det å be om hjelp og det å tilby hjelp innebærer å akseptere den risikoen som gjensidig avhengighet innebærer. Å tre inn i det mellommenneskelige feltet som psykisk helsearbeid utgjør, er alltid å ta sjansen på at en fremmed vil tilby anerkjennelse, ikke avvisning. I lys av Baumans analyse av samtiden er altså psykisk helsearbeid i lavterskeltjenester et aldri så lite revolusjonært prosjekt.

Et syn på psykisk helse

Den engelske filosofen John Shotter (2011) skriver at vansker i livet kan tenkes om på to nivåer. På det ene nivået arter vansker seg som problemer som må løses. Vi kaller noe et «problem» fordi det på ett eller annet vis står i veien for et ønske vi har eller hindrer oss fra å gjøre noe som er viktig for oss. På dette nivået kan man meningsfullt snakke om symptomer på risiko for utvikling av psykiske vansker. Et problem som høyt skolefravær assosieres med skolefracfall, som igjen assosieres med en rekke andre psykologiske, sosiale og somatiske problemer.

For det enkelte mennesket forutsetter tenkning på dette nivået at en allerede har tilgang på en klar opplevelse av sammenheng i livet. På det andre, og mer grunnleggende, nivået handler vansker om å lokalisere hvor man står i livet, det vil si å finne en orientering eller retning. For å kunne snakke meningsfullt med andre om hva ens eget skolefravær handler om, hva man synes om det, og hva man kan gjøre med det, må man ha en følelse av hvem man er, hvor man kommer fra, hvor man vil, og hvilken plass fortsatt skolegang har i denne sammenhengen.

Skal en snakke om en bekymring på et tidlig stadium, innebærer det å forsøke å finne ut av den situasjonen vedkommende er i, hvordan man sammen kan forstå den, hva en tenker skulle ha vært annerledes, og hvilke erfaringer, egenskaper og ferdigheter en har som kan gi en følelse av å være rustet til å møte livet slik det ligger foran en her og nå. Når vi snakker om lavterskeltjenester, så er det denne mer eller mindre formløse uroen vi må orientere oss mot, og ikke lete etter noe som uten videre kan defineres eller enkelt formuleres. Nettopp her ligger et av hovedargumentene for en satsing på lavterskeltjenester, nemlig å skulle kunne være til hjelp i situasjoner hvor det ikke uten videre er enkelt eller mulig å komme i kontakt med tjenester som er spesialiserte for å undersøke eller løse bestemte typer problemer. Poenget blir nettopp å forhindre at noe utvikler seg videre til å fortjene merkelappen «problem».

Lavterskelarbeid innenfor psykisk helse for barn og ungdom blir dermed å anse som alltid eksplorerende, i betydningen å sammen lete etter åpninger for å se hvor de fører hen.

Likeverd

Vi ser på arbeid i lavterskeltjenester som møter mellom to eller flere likeverdige parter. Å møte mennesker som søker hjelp innenfor rammene av et lavterskeltilbud, krever at man er villig til å lytte til dem, samt å stole på og anvende deres kompetanse om seg selv og sin verden. Samtidig krever det at psykologen er villig til å stille all sin kunnskap og erfaring til rådighet, og bruke den aktivt fra første stund. Dette stiller krav til måten psykologen anvender sin kunnskap på. Den må gjøres tilgjengelig i en porøs form.

Med «porøs» mener vi, i ordets rette forstand, at det er kanaler – porer – i grensen mellom profesjonell kunnskap og annen kunnskap, at denne grensen ikke er absolutt og rigid. Dette innebærer at fagbaserte antakelser og hypoteser fra psykologens side tilbys i form av spørsmål, eller som forslag til forståelse, som den som søker hjelp inviteres til å ta stilling til, bruke, eller forkaste. De som ber om hjelp, skal ha hjelp som passer til deres virkelighet, situasjon og liv, og det er som del av denne virkeligheten at forståelsen må vokse frem.

En viktig implikasjon av en slik tankegang blir at det ikke kun er det aktuelle barnet som blir «brukeren» av tjenesten. Brukeren blir også den som ytrer sin bekymring, og den som kan tre hjelpende til. En lærer som tar kontakt med et lavterskeltilbud med en bekymring for et barn, blir selv en bruker av tjenesten. De viktige spørsmålene blir da: Hva kan læreren gjøre, hvem kan læreren snakke med, hva tenker læreren og psykologen sammen at dette barnet har behov for?

I eksempelet ovenfor var det skolefraværet som fikk mor og læreren til å tenke at gutten hadde angst. Tiltaket adresserer et benevnt problem, og det blir utført i samarbeid mellom de som er nærmest både problemet og løsningen: Mor, læreren og gutten selv.

Psykologen

I snever forstand innebærer psykologisk oppfølging å etablere en kunstig arena som barna kan utvikle seg i. I mer vid forstand innebærer psykologisk oppfølging å styrke de eksisterende arenaene i barnas liv. Dette er perspektivet psykologiske lavterskeltjenester bør rette seg mot. Et slikt perspektiv krever psykologer som skiller mellom behovet for diagnosedrevne tiltak, og tiltak som ikke krever diagnose. En utreder ikke mer dersom det ikke vil ha påvirkning på tiltakene eller forståelsen. Nyttan av en kartlegging av problemer og problemers art avhenger av om en har bruk for den kunnskapen som genereres for å bevege seg videre eller gi riktig hjelp – et prinsipp om nytteverdi. Psykologen legger altså ikke fra seg sin kunnskap, hverken diagnostisk kunnskap eller annen kunnskap. Snarere tvert imot. Det kreves god psykologfaglig kunnskap for å gjøre slike vurderinger. Men fremfor alt kreves gode samarbeidspartnere. Tilbaketrekning fra jevnaldrende og økende skolefravær kan tolkes som tegn på risiko for psykiske vansker. Men de samme tegnene hos ungdommen kan også, eller kanskje heller samtidig, forstås som tegn på at denne ungdommen trenger å bli sett, anerkjent, ønsket velkommen og invitert med. Det er sterk sammenheng mellom ungdoms opplevde ensomhet og tegn på psykiske vansker.

Det ville være naivt å tro at denne ensomheten primært handler om et savn etter psykologer.

Gutten fra eksempelet ovenfor var både trist og engstelig. Han var også ensom. Han hadde ikke opplevd alvorlige traumer, og angsten kom frem primært i forbindelse med skolen. Læreren hadde i tillegg lagt merke til at flere i klassen virket litt ensomme, og ville sette i gang sosiale sammenkomster i samarbeid med foreldrekontaktene. Både mor og læreren ble informert om hvor de kunne henvende seg dersom vanskene vedvarte eller økte, og hva som kunne være tegn til forverring. Fremfor alt snakket vi om hva som kan være tegn på trivsel og velvære, og hvordan de kunne sørge for å gjøre mer av det som skaper slikt.

På skolen møtes både barn, familier og ulike typer fagfolk. Dersom vi som psykologer skal være til hjelp for barna på skolen, må vi aller først anerkjenne at det allerede gjøres omfattende og viktig arbeid av andre. Pedagogisk personale og lærere, kommunale tjenester som helsestasjoner, PPT, familiesentre og barnevern, har alle roller som på ulike måter er essensielle for barnas psykiske helse. Vi må også ha klart for oss at det å skape mening, sammenheng og glede i livet er noe alle barn og foreldre holder på med hele tiden. Derfor vil vi hevde at Barneløftet bør innebære en tydelig erkjennelse av at barns psykiske behov i størst mulig grad skal ivaretas i barnas naturlige omgivelser, og av de menneskene som naturlig befinner seg der. Hvis psykologer på et tidligere tidspunkt i problemers vandring fra uro til lidelse kan bli deltakere i dialoger om forståelse og endring, så er det grunn til å tro at økt satsing på lavterskeltjenester for barn og ungdom i skolen vil kunne være en viktig prioritering. Psykologer kan bidra til å berike de pågående dialogene i barns, foreldres og læreres liv.

Lavterskeltjenester som møteplasser

Psykologrollen i lavterskeltjenester bør ikke defineres for ensidig som en som skal forvalte psykologfaglig kunnskap på et overordnet systemnivå, like lite som den bør begrense seg til konvensjonell samtaleterapi. Det sentrale bør være å gjøre psykologers kompetanse, og vår erfaring med dialogen som ramme og den mellommenneskelige anerkjennelsen som henvendelsesform, tilgjengelig på et lavere tjenestenivå.

Psykologen kan med sin kunnskap sørge for at det er en tett sammenheng, både i tid og situasjon, mellom tegn på risiko og tiltak, og fremfor alt bidra til at involverte instanser og nære relasjoner henger med på en slik dreining. Det er vår erfaring at bekymring som medfører en viss grad av handlingslammelse, ofte lar seg oppløse og transformere når de partene som er berørte av bekymringen, selv har rask tilgang på en psykologisk lavterskeltjeneste som bygger på respektfull og likeverdig dialog mellom ulike aktører, og der hver aktør inviteres til å bidra med sin unike kunnskap.

Den nyutkomne boka «A prescription for psychiatry» gir en oppsummering av noen av perspektivene på psykisk helsearbeid som kjennetegner den nye kritiske psykiatribevegelsen i Storbritannia. Psykologiprofessor Peter Kinderman (2014)

avslutter med det han kaller et manifest for reform av psykisk helse-tjenester. Her skriver han at grunntanken som psykisk helse-tjenester bygger på, må endres fra at vår rolle er å *behandle* lidelser, til å tenke at vår rolle er å hjelpe og støtte mennesker som lider på grunn av omstendigheter i livet, og på grunn av måtene de har skapt mening i, og reagert på, det som har skjedd dem. På lavterskelnivå har man sjelden mulighet til å la diagnoser være det retningsgivende for tiltak. Man har tvert imot mulighet til å gjøre tiltakene uavhengig av tradisjonell diagnostikk, som både kan være tidkrevende og skape avstand mellom utfordringene og det levde liv. Tjenester på dette nivået må være utformet for å respondere på den fulle bredden av menneskers sosiale, personlige og psykologiske behov. Det er disse behovene både forebygging og behandling bør orientere seg mot.

Kunnskapen om problemer og løsninger er ikke gitt på forhånd, men skapes i møter mellom de rette menneskene. Skole og familie er ofte det, og psykologen kan be om lov til å være med.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 3, 2015, side 222-227

TEKST

Espen Odden, psykologspesialist

KONTAKT: espen.odden@sshf.no

Bård Bertelsen, Spesialist i klinisk psykologi med fordypning barn og ungdom, og kandidat ved fordypningsprogrammet i klinisk familiepsykologi, Institutt for aktiv psykoterapi (IAP)

+ Vis referanser

Referanser

Bauman, Z. (2000). Am I my brother's keeper? *European journal of social work*, 3, 5-11.

Bauman, Z. (2007). *Liquid times. Living in an age of uncertainty*. Cambridge, UK: Polity press.

Bertelsen, B., Odden, E., Johnsen, H. & Lindemann, H. (in press). Mange ganger skal det ikke så mye til. Lett tilgjengelig kompetanse til rett tid. I Thorød, A. B., Ulland, D. & Ulland, E. (red.), *Psykisk helse - Nye arenaer, aktører og tilnærminger*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bobeles, M. & Slive, A. (2011). *When one hour is all you have: effective therapy for walk-in clients*. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen.

Halvorsen P. (2014). På tide med Barneløftet. Hentet 8. desember fra <http://www.psykologforeningen.no/Foreningen/Nyheter-og-aktuelt/Aktuelt/P...>

Harper-Jaques, S., Melheran, N., Slive, A. & Leahey, M. (2008). A comparison of two approaches to the delivery of walk-in single session mental health therapy. *Journal of systemic therapies*, 27, 40-53.

Hofgaard, T. L. & Paulsen, G. E. (2014, 12. august). Noen må forstå når det er grunn til bekymring. *Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Noen-ma-forsta-nar-det-er-g...>

Kinderman, P. (2014). *A prescription for psychiatry*. New York, NY: Palgrave Macmillan.

Norvoll, R., Andersson, H. W., Ådnanes, M. & Ose, S. O. (2006). *Kommunale tjenester for barn, unge og familier: Samordningsmodeller og lavterskeltilbud for psykiske problemer*. Trondheim:

SINTEF Teknologi og samfunn.

Opplæringsloven. (1998). Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>

Rogan, T. (2008). Et felles løft. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 5, 104-110.

Scamardo, M., Bobele, M. & Biever, J. L. (2004). A new perspective on client dropouts. Journal of systemic therapies, 23, 27-38.

Shotter, J. (2011). Getting It: Witness-Thinking and the Dialogical... in Practice. Cresswell, NJ: Hampton Press.

Talmon, M. (1990). Single-session therapy. San Fransisco, CA: Jossey-Bass.

WHO (2014). Mental health: a state of well-being. Hentet 29. august 2014, fra http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Young, K. (2008). Narrative practice at a walk-in clinic: developing children's worry wisdom. Journal of systemic therapies, 27, 54-74.

Young, K., Dick, M., Herring, K. & Lee, J. (2008). From waiting lists to walk-in: stories from a walk-in clinic. Journal of systemic therapies, 27, 23-39.