

Bulletin for SEPREP



Dialog

Nr. 3 • September 2013 • Årg. 23



Edvard Munch: Eventyrskogen (ca 1903)

**Lavterskeltilbud ved alvorlige psykiske lidelser
hos ungdom, s. 7**

**Om å bli ansatt i en helt ny rolle og funksjon i et
DPS, s. 14**

Lavterskeltilbud ved alvorlige psykiske lidelser hos ungdom

av Lasse Bagstevold



I rapporten «Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering» (Helsedirektoratet 2000) står følgende definisjon av lavterskeltjenester innen psykisk helsearbeid.

Lavterskeltjenester:

- Gi direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandling
- Kan oppsøkes av brukere uten betalingssevne
- Være tilgjengelig for alle
- Kan tilby tidlig og adekvat tiltak, samt være en «los» videre i systemet for brukere, pårørende familier, nettverk og lokalmiljø
- Inneholde personell med kompetanse til å oppfylle tjenestens formål
- Ha åpningstid tilpasset målgrupper og formål
- Høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukernes ønsker/behov
- Fremstår som tydelig, hensiktsmessig og tillitsvekkende sted for innbyggerne å benytte

Lavterskeltilbudet ved avdeling Psykisk helse avdeling barn og unge (PHBU) Oslo Sør-Øst, startet som et

prosjekt mellom Utviklingssenter for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (HUS) og Nic Waals institutt i 2003. Etter hvert ble samarbeidet formalisert ved at spesialist fra daværende BUP ble samlokalisert med helsesøster på videregående skole (VG). Det ble lagt til rette for utvikling av god tverrfaglig dialog og felles fagutvikling for yrkesgruppene. Dette har vært gjort i form av; 1) månedlig fast felles veiledning, 2) fagdager der aktuelle faglige temaer kan presenteres, drøftes og relateres til praksis, 3) månedlige arbeidsmøter, 4) samarbeid i tjenestene på den enkelte skole og 5) samarbeid med andre. I tillegg til dette arbeider psykisk helsespesialist og helsesøster sammen overfor mange elever. Som en helsesøster i lavterskeltilbudet sier det: *Verdien av å jobbe to sammen om vanskelige saker er stor. Vi har anledning til å stoppe opp og reflektere over våre egne intuitive følelser. Det gir grunnlag for større forståelse av den aktuelle problemstillingen og erkjennelse av de mekanismer som trår i kraft, når vi står overfor utfordrende situasjoner* (A. Hansen s. 131 i Olaisen m. fl. 2012).

Tanken var så at man ved godt samarbeid mellom første- og andrelinje, kunne bevege seg i retning av de implisitte målsettinger som ligger i Helsedirektoratets definisjoner av lavterskeltjenester. Tilbudet ble først lagt til Sogn VG skole og Lambertseter VG skole. I dag er «lavterskeltilbudet» en etablert tjeneste i de videregående skoler i bydelene Nordstrand, Søndre Nordstrand og Østensjø i Oslo (K. Olaisen, 2007).

Undertegnede kom inn i tjenesten som psykologspesialist fra PHBU Oslo Sør-Øst fra januar 2012. Arbeidet fordeler seg på to videregående skole i respektive to bydeler. Psykolog og helsesøster informerer så langt det er mulig i alle klasser om tilbudet og om at alle er velkomne. Vi informerer også om at vi som helsepersonell har taushetsplikt. Vi samarbeider med skolen både gjennom felles møter og individuelt med rådgivere og lærere. De fleste elevsamtalene kommer i stand ved at eleven på eget initiativ, oppsøker skolehelsetjenesten.

Hovedtyngden av henvendelsene til skolehelsetjenesten fordeler seg på fysisk/seksuell helse samt lettere psykiske/psykososiale vansker. Dette er vansker som helsesøster eller psykolog forholder seg til sammen eller hver for seg. Vanskene lar seg ofte løse gjennom avklarende samtaler, og noen ganger med samarbeid mellom skolehelsetjenesten, skolen og

eleven. Noen ganger er også foreldre med. Problematikk som angst, depresjon, kjærlighetssorg og prestasjonsangst går ofte igjen. Imidlertid kommer det også en del elever innom og presenterer mer alvorlige vansker som selvskading, tvangstanker, tvangshandlinger, spiseforstyrrelser og mer alvorlig aggresjonsproblematikk. Dette er elever som ofte vil få et noe mer utvidet tilbud i skolehelsetjenesten. Vi ser også nærmere på mulighetene og behov for viderehenvisning til spesialisthelsetjenesten.

Jo yngre eleven er, jo mer upresise blir de diagnostiske vurderingene når det gjelder de alvorlige lidelsene. Ungdomspopulasjonen har i utgangspunktet et mer ustabilt følelsesliv enn det den voksne befolkning har. Man finner noen ganger symptomer, som leder mistanken hen på alvorlige diagnoser. Dette kan imidlertid også være uttrykk for følelsesmessige øyeblikksbilder, på bakgrunn av overbelastning i forbindelse med eksempelvis kjærlighetssorg, eller nederlag i skolesammenheng. Som en del av normalutviklingen blir ungdom etter hvert bedre i stand til å takle motgang og påkjenninger, vanligvis. Noen ganger er det imidlertid en negativ utvikling over tid. Evnen til å takle motgang er ikke blitt bedre. Hjemmeforholdene blir ikke bedre. Symptomene og lidelsesstrykket øker på og vanskene blir både mer komplekse, mer invalidiserende og samtidig mer uklare. Utagering kan

øke, og avvergereaksjonene knyttet til underliggende vansker kan synes flere. Dette kan være symptomer på underliggende alvorlig psykisk lidelse. Med alvorlig psykisk lidelse tenker vi særlig på mulige prodromalsymptomer på schizofreni, bipolar lidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse.

Lavterskeltiltak ved mistanke om alvorlige psykiske lidelser

Når skolehelsetjenesten har mistanke om at det foreligger en alvorlig psykisk lidelse, skal eleven utredes i spesialisthelsetjenesten. Hva skal til for at eleven med støtte fra oss, skal ønske samt være villig å følge opp kontakten med spesialisthelsetjenesten? Vi har både noen særlige utfordringer og noen klare fordeler i forhold til dette i førstelinjetjenesten.

Med grunnlag i egen statistikk (Årsrapport, Manglerud VG og Holtet VG skolehelsetjenesten 2012), hadde skolehelsetjenesten et gjennomsnittlig antall samtaler med hver elev som får oppfølging, på 2.5 timer. Noen ganger noen flere og noen ganger noen færre. Dette er antagelig på den ene siden uttrykk for at mange vansker ikke er mer komplekse enn at eleven ved samtaler med helsepersonell, opplever bedring og mestring raskt. Det er imidlertid antagelig også et uttrykk for at ungdom i stor grad har fokus på her og nå situasjonen. De trenger å få en positiv opplevelse av helsetjenestekontakten relativt rask, for å

se meningen med denne kontakten. Dette reiser imidlertid særlige vansker for de elever, der vi må anta at en del av den underliggende problematikken nettopp er vansker med å etablere stabile positive relasjoner. Det ser man ofte ved alvorlige psykiske lidelser. I skolehelsetjenesten har vi imidlertid også noen særlige fordeler når det gjelder dette. De fleste elevene har hatt kontakt med skolehelsetjenesten og helsesøster i løpet av skoletiden. Det kan dreie seg om vaksinerings, mindre skader, generelle helsespørsmål, kjærlighetssorg, prevensjonsveiledning eller en smertestillende tablett. De har opplevd at kontakten har gitt rask lindring og ikke har vært for komplisert. De har også sett både helsesøster og psykolog før, i forbindelse med klassebesøk. Klassekamerater har også brukt skolehelsetjenesten og er antagelig rimelig fornøyd. Den sentrale utfordringen blir imidlertid stående: Hvordan kan vi raskt etablere en relasjon, som er god nok. Slik at eleven, med vår hjelp og støtte, vil ha og bruke avtalen de får med spesialisthelsetjenesten?

Kriseintervensjon og psykoedukasjon

Ungdom vil antagelig i større grad enn voksne ha fokus på nået. Dette innebærer at de vil ha en tendens til å oppsøke lavterskeltilbud når de opplever at de er i en krise. De spør ofte om man har tid til å snakke med dem når de har det som verst. Hvis

man har en pasient i en krise vil det ofte være fornuftig å forholde seg til krisen først, deretter de eventuelle underliggende vansker. De sterkeste følelsesmessige opplevelser og uttrykk (affekten) gjelder den aktuelle krisen, og tilgangen til underliggende vansker er begrenset. Psykiater eller helsesøster arbeider slik sett i praksis mer eller mindre med kriseintervensjoner. Dette enten de underliggende vansker er små eller de er uttrykk for prodromalsymptomer. Da bør man antagelig følge noen generelle tommelfingerregler for kriseintervensjon. Kriseintervensjon ved traumer og sorg er i noen grad brudd med den tradisjonelle psykologrollen (Dyregrov 2011, Raundalen & Schultz 2006). Man må selvfølgelig kunne være empatisk lyttende, men ikke minst være aktiv. Man må ha en ide om de følelsesmessige faser pasienten må gjennom, man må hjelpe dem å lage planer for dagene, hvor det blant annet er sentralt med avkobling fra de vanskelige følelsene. Man må kartlegge støtten pasienten har i sin nærhet og hvordan den best kan brukes. Man må gi klare råd om hva som synes hensiktsmessig. Dette har flere grunner. En krise er en periode hvor det ordinære forsvaret er svekket. De akutte reaksjonene og den følelsesmessige bearbeiding trekker energi og kapasitet fra de deler av personligheten, som ordinært hjelper eleven til å utsette, rasjonalisere og kategorisere mindre belastninger. Dvs. realitetstestingen

blir dårligere. Det vil også ofte bli noe bevegelse (regresjon) mot en tidligere mer avhengig fase av livet og man er nærmere en psykotisk dekompensasjon (Helsedirektoratet, 2013). Når så fundamentet (autonomien, den velfungerende personligheten) er svekket, trenger man noen tydelige autonome andre. Det kan være helsesøster eller psykolog, som i denne fasen kan være det man da ikke selv er; autonom, tydelig og gir klare råd.

Psykiateren og psykoanalytikeren Johan Cullberg har beskrevet fire faser han mener kriserammede går gjennom (Cullberg, 1975). Det handler om sjokkfase, reaksjonsfase, bearbeidingsfase og etter hvert en nyorienteringsfase. Han peker på at kriseintervensjonen ikke innebærer noen spesifikk behandling. Den har til hensikt å gjøre det lettere for vedkommende å leve videre mens såret blir leget (Cullberg, 1995). Imidlertid har etter hvert store fagmiljøer forsket på og arbeidet med intervensjoner ved traumatiske kriser, utløst av ytre voldssomme hendelser eller tap og krenkelses (se f.eks. Children of war foundation, samt The international Society for Traumatic Stress Studies). Man finner blant annet at fasene Cullberg (1975) beskriver kan gjenkjennes, men at de ikke nødvendigvis kommer i en ordnet rekkefølge.

De råd man gir kan det være hensiktsmessig at gis i form av psykoedukasjon

ved kriser og traumer (Dyregrov et al. 2012). Hva som er vanlig at man må gå gjennom følelsesmessig? Hvilke vansker vil man kunne støte på i forhold til daglige aktiviteter? Hvilke faktorer det er erfaring for at er viktige å snakke med noen om? Hva gjør det lettere å bære opplevelsen og den sorg og smerte man står oppe i?

Bearbeiding av de forskjellige elementer i sorg og krisereaksjoner kan ofte avhjelpes ved positiv gjensidig støtte mellom rammede (Dyregrov et al. 2012). Ved større hendelser og kriser samler man ofte de rammede i kriseintervensjons grupper. Da vil man i løpet av relativt kort tid oppleve at de fleste vanlig krise- og sorgreaksjoner vil bli tatt opp som en del av gruppedrøftingen. Dette hjelper den enkelte når de så selv får de aktuelle reaksjoner senere. De har da opplevd at andre de kan identifisere seg med har hatt liknende reaksjoner. I en individuell kriseintervensjon bekrefter man opplevelsene og følelsene ungdommen har. Man går gjennom aktuelle hendelser og bekrefter ulike sorg og krisereaksjoner. Man tenker også framover, -psykoedukativt- og beskriver forventede reaksjoner. Disse vil da framstå som mer vanlige og tålelige når de kommer hos eleven.

Krise-lytteperspektivet

Fasene eleven må gjennom vil ligne på de som er beskrevet av Cullberg, og bør beskrives for eleven. Ofte

presenterer eleven først smerte og sorg knyttet til tapet, krenkelsen eller den traumatiske ytre hendelsen. Det vil da ofte være hensiktsmessig å gjenta deler av det som beskrives og bekrefte de følelsene eleven selv har beskrevet i forhold til dette. Man bør i tillegg ha et aktiv krise-lytteperspektiv hvor man har oppmerksomheten rettet også på de forventede affekter i en krise. Det vil ofte være stor affekt i opplevelsen av å «ikke forstå noe» eller å «ikke kjenne noe som helst», som kan ses på som en del av sjokkfasen. Det vil som regel enten være eller komme, stor affekt i form av aggresjon, som kan ses på som en begynnelse på reaksjonsfasen. Det vil som regel enten være eller komme betydelig affekt i form av selvbekreidelser og skyldfølelse, som kan være en del av bearbeidingsfasen. Lavterskelmedarbeideren kan når vi tror eleven opplever indre trykk av sinne, spørre: «er det slik at du nå i grunnen er svært sint» eller når vi tror affekten er skyldfølelse: «føler du at du har gjort noe galt». Senere i bearbeidingsforløpet vil gjerne affekten vendes utover. Ungdommen er gjerne rasende på andre som man tenker kunne gjort noe for å forhindre krisen og man har kanskje hevntanker. Lavterskelmedarbeideren kan utforske hvor sint denne ungdommen kan bli, for så å spørre: «er du så sint på denne personen eller institusjonen nå?» Følelser knyttet til nyorienteringsfasen kan være sterke ønsker om

at noe ikke hadde skjedd: «du tenker på at du skulle ønske dette ikke hadde skjedd?» At ungdommen føler seg alene; «du opplever at du står mye alene med dine vanskelige og triste følelser?»

Generelt må man altså bekrefte de følelser ungdommen har. Alle de ovennevnte følelsene er vanlige og forventede. Man bør gjenta at selv om man føler skyld, har man det ikke. Selv om du er så sint at du blir skremt over deg selv, så opplever jeg at du har kontroll. Selv om du føler deg alene så kan du noen ganger også ha det ok sammen med andre. Videre kan jeg påpeke at på bakgrunn av hva ungdommen har opplevd er det jo helt naturlig at hun er lei seg og har en del angst. Generelt bør man også, som en del av kriselytteperspektivet, lete etter hva som synes som god mestring, emosjonelt og praktisk. Dette kan dreie seg om konkrete eksempler på god kontroll over egne følelser og handlinger og at man har klart å koble av i bearbeidingsprosessen. Det kan være eksempler som at ungdommen har brukt familie, venner og kjente til å dele opplevelser med og at dette har gitt lindring. Etter hvert vil vi ha mange konkrete eksempler på god mestring av de forskjellige faser og følelser hos den vi følger opp. Dette kan vi så ofte minne eleven om i samtalene. Vi støtter og lindrer.

Etter hvert vil de fleste nå en erkjennelse av de faktiske forhold,

emosjonelt og konkret.

En vellykket gjennomført kriseintervensjon bør gi en opplevelse av økt autonomi hos eleven. De mestrer etter hvert krisen bedre selv. Da er skolehelsetjenesten i posisjon til å gå videre med andre vansker. Kanskje man mener det dreier seg om behov for å henvise videre til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Da er det nå antagelig en økt mulighet for at relasjonen er god nok til at eleven lytter, også på rådene knyttet til dette.

Case; Fatima 17 år kommer til helsesøster og klager over hodepine og stress. Helsesøster spør rundt symptomene. Eleven forteller at hun har hatt tilbakevendende hodepine etter at hun begynte på skolen dette året. Hun synes hun har det bra i klassen, har venner og foreldre som er glad i henne. Hun får med seg en hodepinetablett og ny avtale i slutten av uken. Neste samtale utforsker helsesøster mer rundt elevens livssituasjon. Eleven framstår da mer lei seg og engstelig. Hun lar også være å svare på mange spørsmål og virker til tider litt fjern. Helsesøster spør om de kan invitere inn psykologen neste time for å se om man sammen kan finne mer ut av hvordan vi best kan hjelpe. Neste time blir en fellessamtale. Helsesøster og psykolog drøfter på forhånd at de ønsker å forstå bedre hva det er hun ikke sier. Eleven svarer på et direkte spørsmål, i denne timen,

at hun for to år siden var utsatt for en overfallsvoldtekt. Ingen vet noe om det, ikke hennes beste venn eller noen i familien. På denne bakgrunn arbeider de med eleven noen uker intensivt med kriseintervensjoner. Eleven blir klart bedre i humøret og mestrer bedre skolen i denne perioden. Hun fortsetter imidlertid med å virke fjern i perioder og har en del forestillinger om ytre påvirkning, som gir grunn til bekymring for hennes psykiske helse. Hun tar med vår støtte etterhvert imot tilbud for en utredning ved TIPS team.

Konklusjon

Psykolog eller helsesøster vil som et element i samtaler med ungdom i lavterskeltilbudet, ofte kunne ha en antagelse om at den unge er i en krise. Da har man en rimelig mulighet for å få til en god relasjon ved å bruke anerkjente prinsipper for kriseintervensjon. Lavterskeltilbud bør ha kjennskap til og erfaring med grunnleggende prinsipper for kriseintervensjon. Dette vil antagelig også øke muligheten for at man lykkes med å skape en god relasjon. Relasjonen vil være til hjelp, når man skal motivere for å opprette og opprettholde kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder ikke minst i forhold til ungdom med symptomer på mulige alvorlige psykiske lidelser.

*Lasse Bagstevold
Psykologspesialist
OUS, PHBU, BUP Oslo syd,
Lavterskelteamet
e-post: lavterskel.lasse@hotmail.no*

Referanser:

Cullberg, J.; Kris och utveckling. Natur och kultur, Stocholm 1975

Cullberg, J. Dynamisk psykiatri i teori og praksis. Tano 1995

Olaisen Kristin, (2007). Ungdom & utviklingsfremmende samtaler. Nic Waals institutt 2007.

Olaisen, Kristin. Red, (2012): Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Kommuneforlaget.

Dyregrov et al (2012); Katastrofer i Norge. Tidsskrift for Norsk psykologforening Vol 49, Juli

Dyregrov Atle. (2011); Hjelpen stoppes ofte når den trengs som mest. Tidsskrift for Norsk psykologforening Vol 48. September.

Dyregrov Atle, (1993); Katastrofepsykologi, Ad notam, Gyldendal.

Dyregrov Atle, Ingebretsen Reidun (1982). Tidsskrift for Norsk psykologforening Vol 19, s. 583 – 594.

Helsedirektoratet, (2013), Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, Juni.

Raundalen, M., & Schultz, J.-H. (2006). Krisepedagogikk: hjelp til barn og ungdom i krise. Oslo: Universitetsforlaget

Helsedirektoratet (2000). Psykologer i kommunene - barrierer og tiltak for økt rekruttering