

Ungdom, psykisk helse og profesjonell hjelp

Kari Langaard

*Denne artikkelen drøfter hvordan profesjonell hjelp til ungdom kan formes på en måte som fremmer ungdoms egen mestrings-
evne. Artikkelen bygger på en studie av hva ungdom, helsesøstre
og skolerådgivere vurderer er viktig å ta hensyn til i møte med
ungdom i vanskelige livssituasjoner. Følgende temaer i profesjo-
nell samhandling trådte fram: omsorg, nøytralitet, konfidensia-
litet og selvbestemmelse. Studien viser også at kulturelle føringer
om maskulinitet og femininitet ser ut til å spille en sentral rolle
i kontaktetablering og problemløsningsprosesser. Dette peker
mot at kunnskap om ungdomskultur, holdninger og verdier må
tas hensyn til ved utvikling av profesjonell hjelp.*

I de senere årene har ungdoms psykiske helse vært et aktuelt tema i den offentlige debatten. Epidemiologiske undersøkelser viser at nesten hver fjerde ungdom strever med psykosomatiske, psykiske eller psykososiale problemer (Aarø mfl. 2001). I «Strategiplan for barn og unges psykiske helse» anslås det at ca. ti prosent av all ungdom har så store problemer at de trenger profesjonell hjelp (Regjeringen 2003).

Denne problematikken har i økende grad blitt møtt med medisinerings. Tall fra Statens Folkhälsoinstitut i Sverige viser at utskrivningen av antidepressiva til ungdom i alderen 20–24 år økte med 400 prosent fra 1991 til 2001 (Winzer 2003). Det er grunn til å anta at den samme tendensen også gjør seg gjeldende i Norge. Foreløpig er ikke tall fordelt på alder offentlig tilgjengelige i Norge, men legemiddelstatistikken for 2005 viser at det har skjedd nærmere en femdobling i utskrivning av antidepressiva til befolkningen som helhet fra begynnelsen av 1990-tallet (Legemiddelstatistikk 2005). På den annen side er det en allminnelig oppfatning i fagmiljøet at medisinerings ikke må være førstevalget blant tiltak når ungdom sliter med psykiske vansker (Statens legemiddelverk 2004). Denne situasjonen har ført til økt interesse for hvordan profesjonelle samtaletilbud overfor ungdom kan utvikles.

Både kliniske erfaringer med ungdom (Kveset og Furre 2000) og forskningsbasert kunnskap understreker betydningen av at samtaletilbud til ungdom er lett tilgjengelige. I faglitteraturen er flere skolebaserte intervensjoner overfor ungdom med psykososiale problemer beskrevet (Lamb mfl. 1998, Weist mfl. 1999, Mark mfl. 1999, Britto mfl. 2001, Early og Wonk 2001, Robinson og Rapport 2002, Juszcak mfl. 2003). De fleste av disse programmene er rettet inn mot spesifikke problemer som spiseforstyrrelser, HIV-problematikk og voldelig atferd. Enkelte av prosjektene er evaluert, og selv om resultatene viser noe ulikt utfall, er det generelle inntrykket fra disse evalueringene at skolebaserte intervensjoner er en hensiktsmessig tilnærming (Early og Wonk 2001, Lamb mfl. 1998, Mark mfl. 1999). I flere av prosjektene framheves lett tilgjengelighet som et særlig betydningsfullt trekk ved intervensjonene. Dette støttes også av forskning som viser at barn og unge foretrekker hjelp fra primærtjenesten fordi den er kjent, trygg, tilgjengelig, tilbyr kontinuitet og ikke er stigmatiserende (Williams 2000, HELTEF 2002).

I Sverige og England er det gjennom mange år utviklet samtaletilbud som er spesielt tilpasset ungdom. Selv om tilbudene har ulik organisatorisk forankring, kjennetegnes de ved lett tilgjengelighet og at de er gratis. I Norge finnes få slike tilbud, selv om flere offentlige utredninger understreker betydningen av at tilgjengeligheten på relevante hjelpetilbud økes (Fryjordet 2002, Regjeringen 2003, Sosial- og helsedirektoratet 2003). Det er videre foreslått at skolehelsetjenesten blir den primære arena for forebygging og tidlig intervensjon i forhold til ungdoms helseproblemer (Legeforeningen 2002, *NSH-nytt* 2003).

Til tross for at skolehelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste, er den svært mangelfullt utbygd ved de fleste skoler i Norge. For eksempel er det ti helseøsterstillinger (årsverk) ved videregående skoler i Oslo. Disse skal betjene 19 000 ungdommer. Tradisjonelt har skolehelsetjenesten hatt et helseopplysningsperspektiv med forankring i et fysisk helsebegrep. Veiledning i forhold til kosthold og prevensjon har stått sentralt (Ystgaard 1993). Mange av ungdommene som henvender seg til skolehelsetjenesten i dag, presenterer imidlertid sammensatte psykologiske og sosiale problemer. En undersøkelse ved Sogn videregående skole i Oslo viste at omtrent hver femte elev som oppsøkte skolehelsetjenesten hadde problemer som krevde psykososial hjelp (Lindberg 2003). Ungdommene presenterte vanskelige livssituasjoner som ga seg utslag i konsentrasjonsproblemer, tristhet, uro, angst, hodepine, magesmerter, spiseforstyrrelser. Ofte var problemene tett knyttet til relasjoner til foreldre, kjæreste, venner. For mange var også manglende bolig, penger til mat, bøker og månedskort en del av problematikken. I møte med slike

problemer er et utvidet helsebegrep som også omfatter psykisk og sosial fungering, mer dekkende.

I denne artikkelen undersøkes hvordan skolehelsetjenesten kan fungere som et helsefremmende lavterskeltilbud til ungdom med psykiske og psykososiale vansker.

Undersøkelsen er en oppfølgingsstudie av et prosjekt ved Sogn videregående skole (2000–2002) som hadde som målsetting å gjøre psykososiale hjelpetilbud tilgjengelige for ungdom som ellers ikke ville fått slik hjelp.

Datamaterialet i oppfølgingsstudien er *fokusgruppeintervjuer* med ungdommer, helsesøstre og skolerådgivere ved Sogn videregående skole høsten 2002. Problemstillingene var:

- Hvordan kan den innledende kontakten formes slik at ungdom opplever hjelpen som tilgjengelig, meningsfull og ikke-stigmatiserende?
- Hvilken nytte har en av et mestrings- og utviklingsperspektiv i arbeid med ungdommer med problemer?
- Hvilke betingelser må være til stede for at skolehelsetjenesten også kan bli guttenes arena?

I artikkelen redegjøres først for teoretiske perspektiver på mestring og utvikling. Deretter følger en beskrivelse av undersøkelsens bakgrunn og metode.

Så følger undersøkelsens resultater fortolket i lys av et mestrings- og utviklingsperspektiv. Avslutningsvis drøftes hvilke implikasjoner undersøkelsens resultater kan ha for praksis.

Et mestrings- og utviklingsperspektiv

Et utvidet helsebegrep krever en utvidet teoretisk forståelse av ungdoms psykiske helse. I Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse blir det understreket at hjelpen må gis på en måte som styrker ungdommens egne ressurser og hindrer sykeliggjøring (Regjeringen 2003). Også innen behandlingsfeltet kan en se en økt interesse for utvikling av teorigrunnlag for en mestrings- og utviklingsfremmende praksis (se for eksempel Svantorp 2001, Røed Hansen 2000, Waaktaar og Christie 2000, Øvreeide 2000). Dette er særlig relevant i forhold til ungdom, fordi ungdomstiden er en periode i livet som stiller krav til håndtering av ytre og indre forandringer. Den indre verden er preget av reorganisering av affekter, kognisjon og handlingsmønstre (Sundet 2000). Samtidig strever ungdom med å utvikle ny kompetanse og ferdigheter tilpasset sitt nye utviklingsstrinn. Dette kan føre til en

opplevelse av indre kaos og manglende kontroll over livet. I møte med hjelptrengende ungdom kan derfor følgende definisjon av mestring være hensiktsmessig: Mestring er det repertoaret av handling, følelses- og tankeresponser ungdom har tilgang til for å håndtere problematiske situasjoner i dagliglivet under bestemte omstendigheter (Frydenberg 1997). Definisjonen omfatter både ungdommenes ytre og indre verden, og er derfor godt egnet som utgangspunkt for psykososial hjelp. Å møte ungdom på en mestring fremmende måte innebærer dermed å bidra til at ungdommene tilegner seg nye måter å møte krevende situasjoner på. Det innebærer videre en konsekvent holdning til at ungdommene selv er aktive deltagere i å fremme egen mestring.

Mestring og utvikling er begreper som er tett knyttet til hverandre. Flere hevder at nyere utviklingspsykologi representert ved Daniel Stern, danner en relevant ramme for profesjonell samhandling med ungdom (se f.eks. Wrangsjö 1993, Sundet 2000). Sterns modell bygger på en antagelse om at kognitiv og emosjonell utvikling skjer i samhandling med omgivelsene. Videre framheves barnets aktive deltagelse i sin egen utviklingsprosess. Modellens vektlegging av det affektive samspillet anses som særlig relevant i forståelsen av ungdom. I spedbarnstiden er det foreldrene som regulerer barnets følelsesmessige tilstand. I ungdomstiden dukker affektregulering igjen opp som et utviklingstema. Det forventes nå at ungdommene selv er i stand til å regulere sine affekter. Samtidig er affektregulering et relasjonelt tema, det er gjennom samhandling at ungdommene lærer å utvide sitt følelsesmessige repertoar. Mens dette arbeidet foregår, skal den unge også utvikle sin autonomi. I praksis innebærer dette en nyansert regulering av nærhet og avstand i samhandlingen.

Sogn-prosjektet

Fra 2000–2002 ble det gjennomført et aksjonsforskningsprosjekt ved skolehelsetjenesten ved Sogn videregående skole i Oslo. Hensikten var å tilpasse tjenesten til de nye faglige utfordringene som følger i kjølevannet av endringer i ungdoms helsetilstand. I to år arbeidet jeg som klinisk sosionom sammen med helsesøstrene på prosjektet. Målsetting for prosjektet var å gjøre psykososiale hjelpetilbud tilgjengelige for ungdom som ellers ikke ville fått slik hjelp. Prosjektet var rettet mot unge jenter spesielt, fordi både forskning og klinisk praksis viser at jenter rapporterer flere symptomer på psykiske problemer enn gutter (Klermann 1986, Fombonne 1995, Frydenberg 1997). Selv om prosjektet omfattet flest jenter (31), benyttet også enkelte gutter (9)

seg av tilbudet. Kontakten med disse guttene førte til en økt interesse for hvilke betingelser som må være til stede for at skolehelsetjenesten også kan bli guttenes arena (Langaard 2002).

I en oppfølgingsstudie høsten 2002 var ambisjonen å få kunnskap om hvordan den innledende kontakten kan formes slik at ungdom opplever hjelpen som meningsfull og tilgjengelig. Hensikten med studien var å undersøke om informantenes beskrivelser kunne forstås og analyseres i lys av et mestrings- og utviklingsperspektiv, og dermed gi et teoretisk bidrag til praksisfeltet. Datamaterialet for å belyse denne problemstillingen ble hentet fra samtaler med ungdommer, helsesøstre og skolerådgivere ved Sogn videregående skole høsten 2002.

Metode

Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer (Wibeck 2000), to med ungdommer (fire og fem deltagere), en med ansatte i skolehelsetjenesten (tre deltagere) og en med skolerådgivere (fire deltagere). Hvert av intervjuene varte i en og en halv time. Ungdommene ble rekruttert gjennom en forespørsel til en klasse bestående av 17–18-åringer, hvor de som ønsket å delta, kunne melde seg. Siden gutter og jenter nærmer seg skolehelsetjenesten på ulike måter, ønsket jeg å få mer kunnskap om hvordan hjelpen kan formes sett både ut fra gutter og jenters perspektiv. Kriteriene for utvelgelse var derfor at en gruppe skulle bestå av gutter og en gruppe av jenter, og at de skulle ha erfaring med skolehelsetjenesten. En brosjyre som presenterte skolehelsetjenestens tilbud til ungdom, dannet utgangspunktet for samtalene. Ved siden av tilbud om prevensjon og prevensjonsveiledning omfattet tilbudet en profesjonell voksen å snakke med om seksualitet, rusmidler, overgrep, sorg og krisereaksjoner, identitetsproblemer, seksuelt misbruk, spiseproblemer, angst og depresjon, hodepine og magesmerter og vanskelige hjemmeforhold. Informantene ble invitert til å snakke om hvordan profesjonell hjelp kan gjøres tilgjengelig for ungdom som trenger slik hjelp. Selv om de ansatte i skolehelsetjenesten ønsker å være tilgjengelig også for ungdom med psykososiale problemer, er det grunn til å anta at ungdommenes oppfatning av skolehelsetjenesten fortsatt var preget av tjenestens tradisjonelle oppgaver. I intervjuene med ungdommene ønsket jeg derfor å få fram ungdommenes oppfatning både av hvilke problemer de kan komme til skolehelsetjenesten med, og hvordan de ønsker å bli møtt når de trenger profesjonell hjelp. De ble også spurt om eventuelle forskjeller mellom måten gutter og jenter mottar hjelp på.

Fokus for intervjuene med helsesøstrene og skolerådgiverne var hvilke erfaringer de hadde med å møte ungdom med psykososiale problemer, og hva de tenkte var en god hjelp i slike situasjoner. De ble også spurt om hvorvidt de møter gutter og jenter på forskjellige måter. Samtalene ble tatt opp på bånd og transkribert. Under analysearbeidet stilte jeg følgende spørsmål: Hvilke temaer trer fram som sentrale i den innledende samhandlingen? Hvordan kan disse forstås i lys av et utviklings- og mestringsperspektiv? Hva sier informantene om forskjeller i mestringsfremmende samhandling med gutter og jenter?¹

Et konkret spørsmål og en tilgjengelig hjelper

På spørsmål om hvordan de vil bli møtt når de trenger hjelp, framhevet ungdommene en åpen, direkte væremåte. En av ungdommene, Stine, beskriver en tilgjengelig hjelper slik: *Hun må være åpen, tørre å snakke om vanskelige ting, om seksualitet og sånn. Sånn som de som er her. De er kjempekoselige. Og så tar de seg tid til å høre hva du har å si.* Helsesøsters oppmerksomhet, evne og ikke minst *tid* til å gi ungdommene mot og trygghet til å gå fra et innledende spørsmål til en mer inngående beskrivelse av sin situasjon, vil dermed være avgjørende. En av helsesøstrene sier: *Vi må se etter små tegn ... bruke intuisjon. Kanskje gjelder dette særlig i forhold til guttene. De kommer ofte for noe helt annet, gjerne for et plaster eller et vanlig spørsmål, og så kan de komme inn på sitt egentlige ærend etter hvert, men du ser ofte at de nøler med å gå. De vil gjerne være litt lenger. Du ser at de bare sånn halvveis vil gå. Guttene bruker også mange runder på å sirkle seg inn på oss. Noen ganger kommer de alene, men mange ganger sammen med en kamerat: Snakk med hu.*

Ungdommenes uttalelser er i overensstemmelse med erfaringer som er beskrevet av terapeuter innen behandlingsfeltet. Ungdom må møtes på en annen måte enn voksne (Kveset & Furre 2000; Sundet 2000; Dyregrov 2004). Den profesjonelle må bidra til å skape en trygg atmosfære gjennom en åpen og direkte væremåte. Dette er en annen holdning enn den nøytrale, tilbaketrukkne holdningen som tradisjonelt forbindes med profesjonalitet.

Omsorg og nøytralitet

Helsesøstrene anvendte *omsorg* som sentralt begrep når de skulle beskrive viktige aspekter ved samhandlingen. De mente at mange av ungdommene

trenger omsorg, og at de viser sitt omsorgsbehov på ulike måter. Men de var også opptatt av at det er ulike måter å *vis*e omsorg på fra deres side.

Anvendelse av omsorgsbegrepet i profesjonell sammenheng er blitt problematisert. Begrepets ensidige vektlegging av den ene parten som giver og den andre som mottager blitt framhevet som uheldig (Aamodt 1997). Dette kan føre til en passiviserende og dermed lite mestringsfremmende praksis. Det kan også bidra til en praksis hvor den profesjonelles eget behov for å være giver blir satt i fokus (Martinsen & Eriksson 2003). Omsorgsbegrepet blir gjerne assosiert med nærhet. Det har videre blitt hevdet at en ensidig vektlegging av nærhetsdimensjonen i profesjonell samhandling kan føre til at den nødvendige avstand i samhandlingen blir undervurdert (Nerdrum 1997).

Hvis vi vender oss til ungdommene, var flere opptatt av avstandsdimensjonen i samhandlingen. En av ungdommene brukte *nøytralitet* for å beskrive en profesjonell holdning. Eirik sa: *Det må ikke være slik at de ser triste ut i ansiktet fordi vi er triste. Eller glade fordi vi er glade ... litt nøytrale. Kanskje et smil og vennlig blick som bryter en tung atmosfære.* En annen av ungdommene fulgte dette opp: *Helsesøster må ikke tenke at hvis dette hadde vært ungen min ...*

Ungdommene beskriver en deltagende og vennlig hjelper som samtidig holder en viss avstand. Denne holdningen kan forstås i lys av affektregulering. Ved at hjelperen tåler de sterke følelsene som kjennetegner ungdomstiden, uten selv å bli for raskt handlende, hjelpes ungdommene til selv å bære sine følelser, noe som kan bidra til emosjonell vekst (Sundet 2000; Larsen 2004). Dette innebærer at hjelperen må være i stand til å håndtere de følelser som ungdommens fortellinger vekker, på en adekvat måte.

Selvbestemmelse

Et tema som både ungdommene og de profesjonelle framhevet, var ungdommenes behov for selvbestemmelse eller autonomi. I denne undersøkelsen var det særlig guttene som var opptatt av å bestemme selv. En av guttene, Aleksander, sa: *Det er viktig at de ikke er for pågående.* Eirik fulgte dette opp med å understreke at det var viktig at ungdommene fikk bestemme farten selv.

Sett i lys av disse uttalelsene, innebærer en utviklingsfremmende måte at ungdommens behov for å være aktør i eget liv må respekteres, samtidig som hjelperen opprettholder kontakten på en passende måte. En slik oppfølging beskrives treffende av en av skolerådgiverne: *Det er viktig å ikke presse seg på ... Når det er kaos rundt eleven ... at jeg følger med. Da føler jeg at det er viktig at jeg ser eleven ofte. Det er veldig tøft at de i det hele tatt kommer*

på skolen. Markere på slutten av året at jeg har sett deg. Hun understreker at det er viktig å ta imot de signalene som de unge sender i forhold til å både ville greie seg selv og å trenge hjelp.

Helsesøsters og rådgivers uttalelser kan forstås i lys av et mestrings- og utviklingsperspektiv som både tar hensyn til ungdommenes behov for autonomi og for at voksne er til stede på en passende måte. Dette betyr at de unge må tilbys et utviklingsrom uten overinvolvering.

Rådgiver tar også opp et annet viktig tema – nemlig kaotiske livssituasjoner med familiekonflikter, rus og vold. Mange ungdommer lever under slike forhold. Da dreier det seg ikke bare om et indre, men også et ytre kaos. Også i slike situasjoner er det viktig å ta hensyn til ungdommenes behov for å være aktør i eget liv. Sett fra ungdommenes ståsted kan behovet for å ha kontroll over et handlingsforløp høres slik ut: Trude: *hvis det hadde vært seksuelt misbruk eller noe sånt, mellom far og datter eller annet familiemedlem, så hadde kanskje ... Hvis en ikke tør å gå til noen andre med det, så vet du at helsesøster har taushetsplikt. Så er det kanskje lettere å komme hit og få råd. Og så eventuelt gå til en annen.* Elisabeth: *Jeg synes det høres veldig riktig ut ... at man går og snakker med noen først om hva man kan gjøre, før man gjør noe med det, liksom.*

Taushetsplikten er viktig

Sett fra ungdommenes side er behovet for konfidensialitet avgjørende når de skal betro seg til noen om sine problemer. Både skolerådgiverne og helsesøstrene nevnte også taushetsplikten som en forutsetning for den nødvendige tillit mellom hjelper og ungdom. Ungdommene vektla imidlertid dette i enda sterkere grad, noe som kan tyde på at de legger noe *mer* eller noe *annet* i begrepet enn hjelperne gjør. Særlig var jentene opptatt av dette temaet, og en av jentene, Una, målbærer dette budskapet slik: *Taushetsplikten er kjempeviktig. Det er viktig at de får sagt fra mer om at de har taushetsplikt ... at det skal komme veldig tydelig fram.*

Ungdommene ga tydelig uttrykk for at de oppfattet at helsesøster sto i en særstilling sammenlignet med skolens øvrige personale. Da de ble spurt om forskjellen på skolerådgivere og skolehelsetjenesten, sa de at det var stor forskjell mellom hva de kunne snakke med helsesøster om, og hva de kunne snakke med rådgiver om. Med rådgiver snakket de om skoleting, med helsesøster om det private. Forventningen var at når man snakker om det private, så må man ha tillit til at dette ikke bringes videre.

En undersøkelse som utdyper hva ungdom legger i konfidensialitet, viser at ungdom ikke bare ønsker en trygghet for at opplysninger ikke viderebringes, men at de må være sikre på at de blir forstått riktig (Pinto 2004). Sett på denne måten, vil taushetsplikt eller konfidensialitet handle om en *gjensidig* tillit hvor den profesjonelle uttrykker tillit til ungdommens perspektiver på sin situasjon (op.cit.). Dette kan forstås som et behov for å oppleve at en selv har styring med sitt eget liv, med de tanker og følelser som formidles. Følelse av å ha mistet kontrollen er et vesentlig element i utviklingen av psykiske problemer. Innen mestringslitteraturen beskrives opplevelsen av å bli styrt innenfra eller utenfra som *internal* eller *external locus of control* (Lazarus & Folkman 1984). Fordi ungdomstiden i særlig grad krever evne til å håndtere ytre og indre forandringer, vil det både utviklingsmessig og i forebyggende forstand være av stor betydning å vektlegge en strategi som støtter opp under en indre følelse av kontroll.

Skolehelsetjenestens feminine profil

Ungdommene ble spurt om hva de trodde var grunnen til at det først og fremst er jenter som bruker skolehelsetjenesten. En av guttene, Eirik, svarer slik: *Hvis jeg hadde hatt problemer, ville jeg ikke gått til helsesøster. Jeg føler meg så fremmed, liksom.* En annen av guttene følger opp: *Skolehelsetjenesten er nok mest for jenter ... bare hør: helsesøster og jordmor. Noe vi savner? En mannlige lege. En helsedoktor hadde vært noe for oss. Eller kanskje en helsebror. En mannevenn.* Eiriks uttalelse om at han føler seg så fremmed, kan kanskje forstås i retning av at det må foreligge en form for gjenkjennelse eller identifikasjon med den holdning tjenesten signaliserer, i forhold til dimensjonen maskulinitet/femininitet.

Erfaringer fra Sverige viser også at det primært er jenter som anvender samtaletilbud som er spesielt tilrettelagt for ungdom (Winzer 2003). Skolehelsetjenesten er først og fremst jentenes arena. I litteraturen har denne påfallende forskjellen mellom gutter og jenter i anvendelse av helsetjenester blitt forstått ut fra flere forhold: For det første vises det til at unge jenter i den vestlige kulturen strever mer enn gutter med sin identitetsutvikling, fordi de opplever det mer motsetningsfylt å skulle fylle en voksenrolle som *både* innebærer nærhet i relasjoner og selvstendighet (Pinto 2004). Den andre forståelsesmåten er at jenter anvender samtalen som mestringsform i større grad enn gutter når de opplever psykisk stress, noe som igjen har sammenheng med at gutter i vår kultur er lært opp til å skulle greie seg selv (Fombonne 1995; Jacobsson 2003; Smith 2004). I Sverige har de tatt hensyn

til dette ved å tilstrebe blandet kjønns sammensetning blant de ansatte ved ungdomsmottakelsene og ved å opprette egne tilbud for gutter. Likevel er det fortsatt jentene som hyppigst anvender denne formen for hjelpetilbud.

Når ungdommene snakker om kjønnsforskjeller, er de opptatt av at gutter og jenter forholder seg på ulike måter i vanskelige situasjoner. De fokuserer på at jenter har lettere for å bruke samtalen som ledd i sin mestring, og at gutter er mer tilbøyelige til å ville greie seg selv. Nina sier: *Skolehelse-tjenesten er nok mest for jenter. Jeg tror jenter snakker mer om psykiske problemer med folk de ikke kjenner, jeg vet ikke, jeg.* Ida slutter seg til dette og tilføyer: *Jeg har sett mange gutter som har vært her inne, men da har de prøvd å le seg ut av det.* Også guttene gir uttrykk for det samme. Noman sier: *Gutter har kanskje litt lettere for å holde det inne i seg hvis det er noen problemer ... å være coole og kalde. Jeg tror det skal mer til før gutter snakker om problemene sine, enn for jenter.*

En av helsesøstrene har også festet seg ved guttenes form: *Det virker som om guttene ikke inkluderer så mange i sine ting. Jeg tror mange går og sliter med ting alene. Lenge ...*

Disse uttalelsene kan forstås i lys av de kulturelle føringene som ligger i vår kultur om hvordan gutter og jenter skal håndtere vanskelige livssituasjoner

Ulike problemløsningsprosesser i samtaler med gutter og jenter

Det er mer naturlig for jentene enn for guttene å komme med sin forvirring og be om hjelp til å finne ut av ting. Når guttene henvender seg, er problemene større, men samtidig tydeligere definert. Dette kom til uttrykk både i måten samhandlingen foregikk på, og i samtalenes innhold. Både helsesøster og skolerådgiver understreket guttenes konkrete form. Helsesøster uttrykte det slik: *Guttene vil ha mer konkret hjelp, mens jentene kan nøye seg med praten. Det kan virke som om jentene er litt flinkere til å søke hjelp raskere. For guttene har det kommet lenger, og da er problemene større før de kommer til oss.* Skolerådgiver sa følgende: *Gutter kommer ikke like ofte som jentene når de har tunge problemer. Samtidig er det lettere å hjelpe guttene, fordi de er mer konkrete i sine beskrivelser.*

En av helsesøstrene sier at dette ofte kan føre til at de ansatte legger mer fokus på mestring i møte med guttene, og hun henviser da til handlingsaspektet ved mestring. Hun sier at de snakker mer med jenter om følelser, noe som peker i retning av at det i samspeillet mellom ungdommene og hjelperen

kan skje en forsterkning av henholdsvis det affektive eller det handlingsmessige aspektet ved mestring. Hun beskriver forskjeller i møte med gutter og jenter slik: *Kanskje snakker vi med jentene og guttene på forskjellig måte også. ... Vi er ikke så pusete med guttene – bekrefter mer på mestring. Og det kan jo ligge mye omsorg i det og. Med jentene snakker vi mer om følelser.*

Innen mestringslitteraturen er det vanlig å skille mellom problemfokusede og følelsesfokusede mestringsstrategier (Frydenberg 1997). Forskning som omhandler kjønn og mestringsstrategier, peker på at gutter oftere er tilbøyelige til å anvende problemfokusede mestringsstrategier når de opplever stressfylte situasjoner, mens jenter oftere vender oppmerksomheten mot sitt emosjonelle indre liv (Fombonne 1995). En studie av forholdet mellom stress, sosial støtte og psykiske lidelser hos ungdom belyser hvilke konsekvenser dette kan få i praksis (Ystgaard mfl. 1999). Studien konkluderer med at selv om vi vet at affektregulering utgjør en viktig del i de fleste mestringsprosesser, så kan den bli for ensidig i forhold til jenter, fordi det kan føre til at jentene blir hengende ved problemene heller enn å finne løsninger.

Implikasjoner for praksis

Skolehelsetjenesten kjennetegnes i særlig grad av lett tilgjengelighet. Hit kan ungdom komme i skoletiden uten henvisning, og tjenesten er gratis. Tjenestens helsefremmende og forebyggende profil bidrar dessuten til at det er forbundet med lite stigma å oppsøke helsesøster, fordi det er et tilbud til alle elever. Når profesjonell hjelp gjøres lett tilgjengelig, er det imidlertid av avgjørende betydning at hjelpen formes på en måte som hindrer sykeliggjøring av store ungdomsgrupper.

I denne artikkelen foreslås et mestrings- og utviklingsperspektiv i møte med ungdom. Et slikt perspektiv understreker ungdommenes deltagelse i sitt eget endringsarbeid.

Det krever også at den profesjonelle hjelperrollen formes på en måte som fungerer mestrings- og utviklingsfremmende.

Fra informantenes side ble *nøytralitet, omsorg, selvbestemmelse og konfidensialitet* vektlagt som viktige aspekter ved relasjonen. Sammenligner vi ungdommenes og de profesjonelles synspunkter, understreket ungdommene konfidensialitet i større grad enn hva de profesjonelle gjorde. Videre vektla gutter og jenter disse temaene forskjellig. Guttene uttrykte tydeligere et ønske om en viss avstand i relasjonen.

De profesjonelle anvendte omsorgsbegrepet for å beskrive et betydningsfullt aspekt ved relasjonen. De unge må møtes på en omsorgsfull måte.

Omsorgsbegrepet forbindes ofte med nærhet. Guttene i undersøkelsen var særlig opptatt av avstandsdimensjonen i relasjonen til de profesjonelle og ga eksempler på hvordan omsorg kan utføres på en passende måte. Omsorg kan uttrykkes *ved et smil og et vennlig blikk*, som en av guttene sa, eller *ved å få bestemme farten selv*, som en annen uttrykte det. Også de profesjonelle var opptatt av ulike måter å vise omsorg på som kan knyttes til regulering av nærhets/avstandsdimensjonen i relasjonen. Det kan være *å følge med den unge på avstand*, slik en av rådgiverne uttrykte det. Det kan også innebære praktiske handlinger. I skolehelsetjenesten kan de profesjonelle gi praktisk omsorg knyttet til kroppslige plager. Dette åpner for å vise naturlig omsorg overfor ungdom som tar avstand fra omsorgshandlinger som kan forbindes med tidligere utviklingstrinn.

På denne bakgrunn vil en videreutvikling av et repertoar av omsorgshandlinger som både tar hensyn til nærhets- og avstandsdimensjonen i relasjonen, kunne gjøre tjenesten mer tilgjengelig også for gutter. Dette er kanskje særlig viktig i innledningsfasen, hvor de unge trenger tid til å nærme seg de profesjonelle, samtidig som de opplever å være den som styrer prosessen.

Undersøkelsen viste også at kulturelle føringer for femininitet og maskulinitet har betydning både for tilgjengelighet og for hvordan samhandlingen utvikles i forhold til gutter og jenter. Dette ble uttrykt ved at «jenter snakker om følelser» og «gutter skal greie seg selv». En måte å møte dette på er å «maskulinisere» skolehelsetjenesten ved å ansette menn eller «helsebrødre», som en av informantene sa. Det vil kanskje bidra til en kulturell tillatelse for gutter til å snakke om sin situasjon.

Hvilken betydning kan det ha at ungdommene og de profesjonelle vektlegger konfidensialitet forskjellig? At ungdommene tillate dette temaet så stor vekt, kan knyttes direkte til deres behov for å oppleve kontroll over sin egen situasjon. At hjelpen gis i ungdommenes skolemiljø, kan innebære at det blir mer komplisert å ivareta ungdommenes behov for konfidensialitet enn om hjelpen blir gitt i en sammenheng som er mer «fristilt». Det krever en særlig årvåkenhet fra de ansattes side i forhold til å opprettholde og begrunne de nødvendige grensene rundt tjenesten. Omsorg, nøytralitet, konfidensialitet og selvbestemmelse får ulikt innhold om det er skolens eller skolehelsetjenestens lovverk og målsetting som danner kontekst for samhandlingen med de unge.

Note

1. Ungdommenes navn er endret i framstillingen.

Litteratur

- Britto, T., B.K. Klostermann, A.E. Bonny, S.H. Altum og R.W. Hornung (2001): «Impact of a schoolbased intervention on access to healthcare for underserved youth». *Journal of Adolescent Health*. 29: 116–124.
- Den Norske Lægeforening (2002): *Mot i brystet, stå i ben og armer*. En statusrapport.
- Dyregrov, A. (2004): «De tause behandlerne – hvordan få bedre kontakt med ungdommer». *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 41: 723–724.
- Early, T. og M. Wonk (2001): «Effectiveness of school social work from a risk and resilience perspective». *Children & Schools*. 23: 9–31.
- Fombonne, E. (1995). «Depressive disorders». I: M. Rutter og D.J. Smith (red.): *Psychosocial disorders in young people* (s. 568–600). New York: Academica Europaea.
- Frydenberg, E. (1997): *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. London: Routledge.
- Fryjordet, J. (2002) (red.): *Mot i brystet, stå i ben og armer*. En statusrapport om helse, helsefremmende arbeid og helsetjenester for ungdom. Oslo: Den Norske Lægeforening.
- Jacobsson, G. (2003): *På tröskelen til vuxenvärlden: unga vuxna berättar om påfrestningar och svårigheter i livet*. Rapport nr. 25. Stockholm: Karolinska institutet: Psykoterapiinstituttet, Stockholms läns landsting.
- Juszczak, L., P. Melinkovich og D. Kaplan (2003): «Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites». *Journal of Adolescent Health*. 32: 108–118.
- Klermann, G. (1986): *Suicide and depression among adolescents and young adults*. US: American Psychiatric Press.
- Kveset, K. og A. Furre (2000): *Prosjekt ungdom. Erfaringer fra terapeutisk arbeid med ungdom*. Prosjektrapport. Oslo: Nic Waals Institutt.
- Lamb, J.M. mfl. (1998): «School-based intervention to promote coping in rural teens». *American Journal of Maternal Child Nursing*. 23: 187–194.
- Langaard, K. (2002): *Psykososial hjelp til unge jenter i et flerkulturelt miljø*. Et samarbeidsprosjekt mellom helsetjenesten ved Sogn videregående skole og Nic Waals Institutt. Rapport. Oslo: Nic Waals Institutt.
- Larsen, E. (2004): *Miljøterapi med barn og unge: organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lazarus, R.S. og S. Folkman (1984): *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer. Lefcourt HM.
- Lindberg, K. (2003): *Sogn videregående skole, skolehelsetjenesten*. Oktober 2002 – juni 2003. Notat.

- Martinsen, K. og K. Eriksson (2003): *Fenomenologi og omsorg: tre dialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2005): *Legemiddelforbruket i Norge 2000–2004* (Legemiddelstatistikk 2005).
- Nerdrum, P. (1997): «Hvor god er den gode relasjon?» I: B.R. Olsen og V. Bunkholdt (red.): *Barnevernet – mangfold og mening* (67–88). Oslo: Tano Aschehoug.
- NSH (2003): www.nsh.no.
- Pinto, K.C. (2004): «Intersections of gender and age in health care: Adapting autonomy and confidentiality for the adolescent girl». *Qualitative Health Research*. 1: 78–99.
- Regjeringen, (2003): «*Sammen om psykisk helse*». *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse*. Oslo: Helsedepartementet.
- Robinson, K.E. og L.J. Rapport (2002): «Outcomes of a school-based mental health program for youth with serious emotional disorders». *Psychology in the schools*. 39: 661–675.
- Rød Hansen, B. (2000): «Psykoterapi som utviklingsprosess: sentrale bidrag fra to utviklingspsykologiske kunnskapsfelt». I: Holte, A., Høstmark, G. Nielsen og H. Rønnestad (red.): *Psykoterapi og psykoterapiveiledning: teori, empiri og praksis*. (91–111). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smith, J.M. (2004): «Adolescent males' view on the use of mental health counselling services». *Adolescence* 39: 77–82.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003): «Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2006: Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003–2006» (Rapport Sosial- og helsedirektoratet).
- Stiftelsen for helsetjenesteforskning (HELTEF) (2002): *Helseprofil med fokus på barn og ungdom*. Akershus universitetssykehus.
- Statens legemiddelverk (2004): *Depresjon hos barn og ungdom* [online]. Tilgjengelig fra URL: <http://www.legemiddelverket.no/terapi/publisert/Depresjon-hos-barn.htm> [Nedlastet 08.09.04].
- Sundet, R. (2000): «Selvopplevelse og samspill som metafor for terapi med ungdom». I: Johnsen, A., R. Sundet og W.W. Torsteinsson (red.): *Samspill og selvopplevelse – nye veier i relasjonsorienterte terapier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Svantorp, T. (2001): «Naturlig miljø som terapirom?» *Fokus*. 29: 98–112. Oslo: Universitetsforlaget.
- Weist, M., P. Myers, H. Ghuman og Y. Han (1999): «Psychosocial functioning of youth receiving mental health services in the schools versus community mental health centers». *Community, Mental Health Journal*, 35: 69–81.

- Wibeck, V. (2000): *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Williams, R. (2000): «A cunning plan. The role of research evidence in translating policy into effective child and adolescent mental health services». *Current Opinion in Psychiatry*, 13: 361–368.
- Winzer, R. (2003): Hur skattar ungdomar och unga vuxna sin psykiska hälsa? Utvärdering av ett unga vuxna project vid S:t Lukas. Innlegg på forskningskonferansen *Unga vuxna dagar* ved Karolinska Institutet i Stockholm 4.–5. desember 2003.
- Wrangsjö, B. (1993): *Ungdomsutveckling och ungdomsterapi i ljuset av Daniel Sterns självteori*. Sfp's monografiserie, 36: 3–45.
- Waaktaar, T. og H. J. Christie (2000): *Styrk sterke sider*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Ystgaard, M. (1993): *Sårbar ungdom og sosial støtte*. Rapport. Oslo: Senter for sosialt nettverk og helse.
- Ystgaard, M., K. Tambs og O.S. Dalgard (1999): «Life stress, social support and psychological distress in late adolescence: a longitudinal study». *Social Psychiatry Epidemiology*, 34: 12–19.
- Øvreeide, H. (2000): *Samtaler med barn. Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Aamodt, L. (1997): *Den gode relasjonen: støtte, omsorg eller anerkjennelse?* Oslo: Ad notam.
- Aarø, L.E., S. Haugland, J. Hetland, T. Torsheim, O. Samdal og B. Wold (2001): «Psykiske og somatiske plager blant ungdom». *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 121: 2923–2927.

Summary

Young people, mental health and professional counselling

This article discusses the role of professional counselling in promoting coping skills amongst young people. The article is based upon a study of what young people, community nurses and school counsellors consider important when dealing with young people in difficult circumstances. According to the study, there are four recurring topics concerning professional interaction: care, neutrality, confidentiality and autonomy. The study also reveals that culturally embedded perceptions of femininity and masculinity play a central role in the establishment of a professional relationship and the development of problem-solving skills. These findings indicate that the advancement of professional counselling must incorporate knowledge of youth culture and of young people's attitudes and values.

Kristin Andresen Soldal

STØTTEKONTAKTER

Soveputer eller ressurser i velferdssamfunnet?



Støttekontakter er et hjelpetiltak som blir brukt i stort omfang overfor mennesker med ulike former for funksjonshemninger, psykiske lidelser og rusproblemer og overfor barn og ungdom. Dette er den første norske læreboken på 20 år som er skrevet om dette arbeidsfeltet.



FAGBOKFORLAGET