



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Psykososiale behandlingsformer for mennesker med utviklingshemming og psykiske lidelser

Psychosocial interventions for people with intellectual disabilities and mental health problems

Karoline Berg Brudeseth

Totalt antall sider inkludert forsiden: 51

Molde, 24.05.2017



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ole David Brask

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 24.05.2017

Antall ord: 12000

Forord

«Det som er spesielt for denne gruppen er at den ikke er så spesiell!»

-Ole Petter Knævelsrud om mennesker med utviklingshemming og psykiske lidelser

Sammendrag

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie som omfatter psykososiale behandlingsformer for mennesker med utviklingshemming. Studien forsøker å belyse styrker og svakheter ved to psykososiale behandlingsformer for mennesker med lett utviklingshemming og depresjon, samt hvordan de kan utfylle hverandre i et behandlingsforløp. Litteratur og forskning om behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming har lenge konsentrert seg om atferds analytiske og farmakologisk metoder. Samtidig tilsier kompleksiteten av vanskene til denne gruppen at en behandlingsmetode ikke alltid er nok. På bakgrunn av dette har jeg valgt å konsentrere meg om de psykososiale behandlingsformene kognitiv terapi og miljøterapi og problemstillingen er derfor:

Kognitiv terapi og miljøterapi ved depresjon hos mennesker med lett utviklingshemming. Hva er styrker og svakheter ved metodene og hvordan kan de utfylle hverandre i et psykososialt behandlingsforløp?

Med utgangspunkt i funn fra teori og forskning har jeg forsøkt å drøfte og besvare min problemstilling ved å sette ulike funn opp mot hverandre. Jeg har også tatt utgangspunkt i en fiktiv case for å demonstrere hvordan funnene kan settes i en praktisk sammenheng. Den avsluttende drøftingen tar også utgangspunkt i å si noe om den praktiske betydningen av funnene og hvorvidt hjelpere eller vernepleiere kan utføre behandlingsformene. Konklusjonen er at begge behandlingsformer kan egne seg for denne gruppen, men at de har styrker og svakheter som kan være av betydning for hvorvidt de egner seg for gruppen. Kognitiv terapi har eksempelvis et en større evidensbase enn miljøterapi og dette betyr at det er vanskeligere å si noe om effekten av miljøterapi enn kognitiv terapi. Konklusjonen er også at metoder ofte må kombineres og at det er viktig å utvide perspektivet. Samtidig illustrerer casen at metodene kan utfylle hverandre og at det går an å bruke elementer fra begge metoder i et behandlingsforløp. Avslutningsvis diskuteres det hvorvidt forskning på «Learning Disability Nurses» er overførbart til vernepleieprofesjonen, og konklusjonen er at profesjonene ligner så mye på hverandre at det er den mest sannsynlig.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Presentasjon av tema	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema	2
1.3	Vernepleiefaglig relevans	3
1.4	Generelt formål med oppgaven	3
1.5	Oppgavens disposisjon	3
2.0	Problemstilling	5
2.1	Begrunnelse for valg av problemstilling og avgrensning	5
2.2	Begrepsavklaring	6
2.2.1	Depresjon	6
2.2.2	Utviklingshemming	6
2.2.3	Psykososialt behandlingsforløp	7
3.0	Forforståelse	8
4.0	Metode	10
4.1	Litteraturstudie	10
4.2	Validitet og reliabilitet	12
5.0	Resultat av funn	13
5.1	Depresjon hos mennesker med utviklingshemming	13
5.1.1	Årsaker	14
5.2	Behandling av depresjon hos mennesker med utviklingshemming	16
5.3	Psykososiale behandlingsformer for mennesker med utviklingshemming	17
5.4	Kognitiv terapi	18
5.4.1	Kognitiv terapi for mennesker med utviklingshemming	19
5.5	Miljøterapi	23
5.5.1	Miljøterapi for mennesker med utviklingshemming	23
5.5.2	Etiske betraktninger	26
6.0	Diskusjon	27
6.1	Presentasjon av case	27
6.2	Ine kommer til behandling	28
6.3	Kognitiv terapi for mennesker med utviklingshemming	28
6.4	Perspektivet utvides	30
6.5	Miljøterapi for mennesker med utviklingshemming	32
6.6	Hjelperne involveres	33

7.0	Avslutning	36
7.1	Konklusjon	36
7.2	Refleksjon.....	38
8.0	Litteraturliste.....	40

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Hovedtema for denne bacheloroppgaven er psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming. Psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming er ifølge Bakken (2011) et relativt nytt fagområde. Enkelte fagpersoner innen psykisk helsevern har kjent til fenomenet i mange år, men det er ikke før i de siste 15 til 20 årene at det har fått større oppmerksomhet. Grenseovergangene mellom utviklingshemming og psykiske lidelser var tidligere oppfattet som vage, og de psykiske symptomene ble ofte betraktet som en del av utviklingshemmingen. Ifølge Bakken (2011) hevdet enkelte også at mennesker med utviklingshemming manglet den kognitive kapasiteten for å utvikle psykiske lidelser og noen argumenterte for at deres psykiske lidelser var av en annen karakter enn i resten av befolkningen. Dette har gjennom tidene resultert i underrapportering og underdiagnostisering av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming.

Men det er i dag enighet om at mennesker med utviklingshemming utvikler de samme psykiske lidelsene som resten av befolkningen (Bakken 2011). Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) utformet i 2007 og 2008 en rapport som oppsummerer nasjonal og internasjonal forskning om forekomsten av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming. Rapporten viser en høyere forekomst av psykiske tilstander og diagnoser hos mennesker med utviklingshemming og det er nå allment akseptert at mennesker med utviklingshemming er betydelig mer utsatt for å utvikle psykiske lidelser (NAKU 1 2017).

Hovedfokus for denne bacheloroppgaven er psykososiale behandlingsformer ved depresjon hos mennesker med utviklingshemming. Psykososiale behandlingsformer utgjør en stor del av tjenestene for normalbefolkningen, men det foreligger overraskende lite litteratur om disse behandlingsformene for mennesker med utviklingshemming (Dagnan 2007). Psykososiale behandlingsformer har omtrent ikke blitt gjenstand for forskning og

behandlingsformene for denne gruppen har i hovedsak måttet basere seg på behandlingsformer beregnet for normalbefolkningen (Bakken 2011).

I helsedirektoratets retningslinjer for diagnostisering og behandling av depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten fremhever de at «*Mennesker med utviklingshemming har de samme rettighetene som andre til å motta tjenester fra psykisk helsevern, både i form av samtaler og behandling med antidepressiver*» (Helsedirektoratet, 2009a, s. 75).

Opptrappingsplanen for psykisk helse lister også opp likeverdige tjenester til mennesker med utviklingshemming som et uttalt mål (Helse og omsorgsdepartementet 2009). Men ifølge Eknes (2004) er tilbudet til denne gruppen mangelfullt. Han hevder det er et sprik mellom intensjoner og føringer i offentlige dokumenter og det tilbudet mange mennesker med utviklingshemming i realiteten mottar.

Primærhelsetjenestemeldingen (2015) opplyser om utfordringer knyttet til særlige grupper med sammensatte behov. Der fokuseres det på demens og palliasjon. Mennesker med utviklingshemming er derimot nesten ikke nevnt i denne delen, selv om tilbudet til denne gruppen i dag er mangelfullt. I kapitlet om psykisk helse er heller ikke mennesker med utviklingshemming nevnt, selv om de har en økt risiko og høyere forekomst av psykiske lidelser enn resten av befolkningen.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming er et tema som berører og engasjerer meg. Jeg ble først oppmerksom på temaet under mitt andre studieår på vernepleierutdanningen. Under arbeidet med oppgaver som omhandlet temaet fikk jeg en begynnende interesse og fikk lyst til å finne ut mer. Under mitt andre år hadde jeg også praksis med mennesker med utviklingshemming. Der ble jeg kjent med ulike mennesker med utviklingshemming med psykiske lidelser og jeg ble etter hvert interessert i å finne ut av hvilke behandlingsformer denne gruppen kan nyttiggjøre seg. Under begynnelsen av arbeidet med bacheloroppgaven fant jeg også ut at behandlingstilbudet til denne gruppen er mangelfullt og at temaet er lite forsket på. Jeg ble da enda tryggere i mitt valg og fikk en større driv til å ville finne ut mer.

1.3 Vernepleiefaglig relevans

Ifølge rammeplanen for vernepleierutdanningen (2005: 4) skal vernepleiere ved endt utdanning være kvalifisert for å utøve «målrettet miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid sammen med personer med fysiske, psykiske, og/eller sosiale funksjonsvansker. Personer med utviklingshemming er en sentral målgruppe for vernepleiefaglig arbeid». Fagplanen for vernepleierutdanningen i Molde (2016-17) fremhever at utfordringene knyttet til utviklingshemming fortsatt er viktig i vernepleierutdanningen, selv om vernepleiere skal kunne yte bistand til mennesker med ulike funksjonshemminger. I emneplanen for 2 studieår ved vernepleierutdanningen i Molde legges det vekt på å forstå psykisk helse og psykiske vansker i et lokalsamfunnsperspektiv, med spesielt fokus på psykiske vansker hos mennesker med utviklingshemming.

1.4 Generelt formål med oppgaven

Formålet med denne bacheloroppgaven er å bidra til økt kunnskap og informasjon om behandling av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming. Jeg vil også forsøke å belyse styrker og svakheter ved ulike metoder og hvorvidt de kan utfylle hverandre. Dette på bakgrunn av det Bakken og Olsen (2012) skriver om kompleksiteten av vanskene til mennesker med utviklingshemming. De komplekse vanskene tilsier ofte at en enkelt metode eller intervensjon ikke er tilstrekkelig og at det derfor ofte vil være nødvendig med en kombinasjon av psykologiske, miljøterapeutiske og pedagogiske tilnærminger.

1.5 Oppgavens disposisjon

I denne bacheloroppgaven presenteres først en problemstilling med begrunnelse og beskrivelse av avgrensning. I denne delen vil jeg også gjøre rede for hvilken definisjon jeg legger til grunn for de ulike begrepene i problemstillingen. Deretter beskriver jeg hvilken metode jeg har brukt for å finne teori og forskning om emnet. I denne delen vil jeg også si noe om validiteten og reliabiliteten av de dataene jeg har valgt å bruke.

Den neste delen av oppgaven er en teori-del som er en presentasjon av funnene jeg har gjort i litteraturstudien. Der vil jeg presentere teori og forskning som vil være med å belyse

problemstillingen min. Disse funnene skal så brukes til å diskutere og svare på min problemstilling. Teoridelen er beskrevet i en noenlunde drøftende form så den avsluttende drøftingsdelen vil derfor ta utgangspunkt i en fiktiv case. Hensikten er å demonstrere hvordan kunnskapen fra teoridelen kan anvendes på en case. Samtidig vil casen være med på å utfylle teoridelen og gi et praktisk bilde av feltet jeg skriver om. Til slutt vil jeg avslutte oppgaven med å presentere hovedfunnene av diskusjonen og mine endelige konklusjoner basert på diskusjons-delen. Jeg vil også avslutte oppgaven med en refleksjon og ved å presentere nye spørsmål som dukker opp som resultat av arbeidet med oppgaven.

2.0 Problemstilling

2.1 Begrunnelse for valg av problemstilling og avgrensning

Hovedtema for bacheloroppgaven er psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming. Dette er et vidt tema som kan romme mange interessante problemstillinger. Men jeg har valgt å avgrense temaet til å dreie seg om psykososiale behandlingsformer for mennesker med lett utviklingshemming og depresjon. Nærmere bestemt styrker og svakheter ved to ulike psykososiale behandlingsformer og hvordan de kan utfylle hverandre i et behandlingsforløp. Disse behandlingsformene er kognitiv terapi og miljøterapi.

Ifølge Knutsen (2012) er depresjon en av de psykiske lidelsene som forekommer hyppigst i befolkningen. Mennesker med utviklingshemming er ifølge Eknes (2000) ekstra utsatt for å utvikle depresjon og ifølge Bakken (2011) viste en dansk forekomststudie at mennesker med utviklingshemming opplever depresjon tre ganger så hyppig som normalbefolkningen. Mennesker med utviklingshemming har også ifølge Eknes (2014) de samme rettighetene til å motta behandling for depresjon. Men ifølge Knutsen (2012) foreligger det ikke noen offisielle retningslinjer for behandling av depresjon hos denne gruppen. På bakgrunn av dette har jeg valgt å fokusere på depresjon i min problemstilling.

Jeg har valgt å fokusere på psykososiale behandlingsformer på bakgrunn av det Dagnan (2007) og Bakken (2011) skriver om at det er lite forskning og litteratur om emnet. Noe som står i kontrast til den vide utbredelsen av disse behandlingsformene for normalbefolkningen. Jeg har også valgt å konsentrere meg om de psykososiale behandlingsformene kognitiv terapi og miljøterapi. Dette fordi disse behandlingsformene har en veldig liten evidensbase sammenlignet med farmakologiske og atferds analytiske metoder (Jennings og Hewitt 2015).

Min problemstilling tar også for seg mennesker med lett utviklingshemming. Dette fordi de ofte omtales som en gruppe som er i stand til å vurdere sin egen situasjon, oppleve at de kommer til kort og at de ofte opplever å falle mellom to stoler. Dette beskriver både av

Holden (2008) og Evensen (2013) som vanlige utfordringer for denne gruppen og som en mulig årsak til utvikling av depresjon, angst og i verste fall selvmordstanker.

På bakgrunn av dette blir min endelige problemstilling:

Kognitiv terapi og miljøterapi ved depresjon hos mennesker med lett utviklingshemming. Hva er styrker og svakheter ved metodene og hvordan kan de utfylle hverandre i et psykososialt behandlingsforløp?»

2.2 Begrepsavklaring

Begrepsavklaringen omfatter en avklaring av sentrale begrep som jeg skal ta i bruk i min oppgave. Kognitiv terapi og miljøterapi avklares i teoridelen og vil derfor ikke avklares her.

2.2.1 Depresjon

Depresjon er en stemningslidelse som kjennetegnes av at personen har et senket stemningsleie og tap av interesse for omgivelsene. Andre kjennetegn kan være problemer med søvn, manglende evne til å føle glede, nedsatt selvtillit og endringer i appetitten. Mennesker som opplever depresjon vil ofte også oppleve skyldfølelse, dårlig samvittighet og mindreverdighetstanker og i verste fall selvmordstanker. Depresjon deles inn i mild, moderat eller alvorlig etter alvorlighetsgrad (Norsk helseinformatikk 2016).

2.2.2 Utviklingshemming

Ifølge Mæhle m.fl (2011) er utviklingshemming en administrativ samlebetegnelse for personer med medfødte eller tidlig ervervede kognisjonsvansker. Det er ifølge dem store variasjoner i kognitiv fungering, våremåte og behov innenfor denne gruppen. Ifølge Bakken og Olsen (2012) defineres intellektuell fungering under gjennomsnittet på 70 som et hoved symptom ved utviklingshemming. Utviklingshemming deles inn etter IQ og strekker seg fra lett og moderat til alvorlig og dyp utviklingshemming. Siden min

problemstilling omfatter mennesker med lett utviklingshemming har jeg valgt å presentere NAKU 2 (2017) sin redegjørelse for diagnosen.

«Iq er vurdert til å være mellom 69 og 50 og mental alder er rundt 9-12 år. Lett psykisk utviklingshemming innebærer oftest at personen kan ta hånd om seg selv på en god måte. Personen mestrer mange av dagliglivets ferdigheter som personlig hygiene, matlaging og andre praktiske huslige ferdigheter. De største problemene oppstår vanligvis med teoretisk skolearbeid, og mange har problemer med å lese og skrive. Mange kan delta i alminnelige samtaler, men de språklige ferdighetene varierer, både når det gjelder å forstå og uttrykke seg. Mange kan ha en vanlig jobb som er tilpasset personens mestringsnivå».

2.2.3 Psykososialt behandlingsforløp

Min bruk av begrepet psykososialt behandlingsforløp vil i denne oppgaven dreie seg om et forløp av behandling som omfatter psykososiale behandlingsformer. Ifølge Bakken (2011) omfatter psykososiale behandlingsformer typer av behandling som avgrenser seg fra biologiske behandlingsformer ved psykiske lidelser. Hovedformer for psykososial behandling innen psykisk helsevern er miljøbehandling/miljøterapi, samtalebehandling og nettverksarbeid.

3.0 Forforståelse

I min oppgave har jeg brukt litteraturstudie som metode. Dette er ifølge Dalland (2014) en kvalitativ metode, noe som innebærer at jeg må erkjenne at jeg som menneske er subjektiv. Jeg må derfor også være ærlig om hva min subjektivitet innebærer og synliggjøre hvordan denne subjektiviteten påvirker saklighet og upartiskhet gjennom oppgaven. Jeg kommer derfor ikke utenom å måtte redegjøre for mine egne verdistandpunkter. Jeg starter ikke med blanke ark når jeg går løs på en oppgave og jeg har som regel tanker om temaet jeg har valgt og om hva jeg tror jeg vil finne ut. Det vil derfor være viktig at jeg er bevisst på min forforståelse, dette for å kunne skille den fra den nye forforståelsen jeg etter hvert får gjennom arbeidet.

Min personlige forforståelse påvirkes av en rekke faktorer. Dette kan blant annet være mine personlige erfaringer, mine erfaringer i praksis og arbeid og min utdanningsbakgrunn. Hvis jeg skal peke på noe som kan være av betydning for arbeidet med oppgaven må det være noen av mine opplevelser i praksis der jeg ble kjent med ulike mennesker med utviklingshemming og psykiske lidelser. Det var spesielt en person med lett utviklingshemming og depresjon som gjorde inntrykk på meg, og jeg merker ofte at jeg har denne personen i tankene når jeg skriver. Denne personen hadde en lang fortid med depressive episoder og strevde fortsatt med dette i større eller mindre grad under min praksisperiode. Jeg fikk inntrykk av at denne personens depressive episoder ofte hadde sammenheng med en høy frekvens av negative automatiske tanker og en rekke andre kognitive feilslutninger. Samtidig fikk jeg et inntrykk av at de depressive episodene i flere tilfeller kunne ha sammenheng med negative og fastlåste samspillmønstre mellom personen og hjelperne. Disse erfaringene kan ha en innvirkning på resultatet av oppgaven og det kommer nok tydelig frem når jeg velger å fokusere på kognitiv terapi og miljøterapi. Kognitiv terapi er også en terapiform som jeg lenge har hatt en i overkant positiv innstilling til og det har derfor blitt ofret mye plass til den i oppgaven. Jeg vil dog prøve å holde øynene åpne for tolkninger og forståelser av kognitiv terapi som ikke nødvendigvis stemmer med min positive forforståelse.

Mine personlige interesser og utdanningsbakgrunn kan også ha noe å si i arbeidet med oppgaven. Jeg har alltid hatt en stor interesse for psykologi og har derfor fordypet meg litt

innenfor dette feltet. Jeg har også hatt praksisperioder og jobbet innenfor feltet og dette kan ha hatt betydning for min forforståelse. Min interesse og min forforståelse innenfor dette feltet har lenge vært at den biologiske psykiatrien har hatt og fortsatt har for stor plass i dagens samfunn. Dette kommer nok av erfaringer fra praksisperioder og arbeidsliv der jeg har opplevd at medisiner for ofte tas i bruk før en vurderer andre muligheter. Min forforståelse kommer nok til uttrykk ved at jeg velger å fokusere på psykososiale behandlingsformer. Dette betyr ikke at jeg underkjenner det biologiske aspektet av psykiske lidelser, men min forforståelse har nok preget mitt valg av problemstilling. Jeg prøver dog å utvide mitt eget perspektiv ved å redegjøre for flere ulike mulige årsaker til utvikling av depresjon hos mennesker med utviklingshemming

4.0 Metode

4.1 Litteraturstudie

Jacobsen (2010) skriver at den vanligste typen undersøkelsesdesign er basert i sekundærdata og er det vi kan kalle litteraturstudier. Hensikten med slike studier er å få fram hva som er kunnskapsstatusen på et visst felt. Slike studier baserer seg på det andre har publisert i bøker, rapporter eller artikler. Målet er å få fram hva som er gjort på et felt, sammenstille teorier og funn, deretter prøve å fastslå hva man vet.

I denne bacheloroppgaven har jeg valgt litteraturstudie som metode. Dette betyr at jeg har søkt i ulik teori og forskning for å finne kilder som kan være av relevans for min problemstilling. Siden min problemstilling omfatter psykososiale behandlingsformer ved depresjon hos mennesker med utviklingshemming måtte jeg først skaffe meg en oversikt over feltet. Jeg begynte med noen enkle søk i google scholar og oria der jeg brukte søkeord som «psykososiale intervensjoner/behandlingsformer utviklingshemming depresjon» med ulike variasjoner. Jeg lette også i noen av de norske bøkene jeg fant på skolebiblioteket, men fant lite. Trine Lise Bakken (2011) skrev også i sin bok at psykososiale behandlingsformer for mennesker med utviklingshemming var et lite studert felt og at forskningen var svært sparsom. Jeg fant et sparsomt utvalg teori om emnet og trodde ikke det fantes noe særlig forskning på emnet.

Men etter hvert som jeg bestemte meg for å avgrense psykososiale behandlingsformer til å dreie seg om to konkrete behandlingsformer ble jeg mer optimistisk. Jeg valgte å foreta nye søk i google scholar og Oria for å se hva jeg fant. Jeg brukte søkeord som «kognitiv terapi depresjon utviklingshemming», miljøterapi utviklingshemming depresjon, cognitive therapy depression intellectual disability*, cognitive therapy mental disability* depression, cognitive therapy depression mental retardation, cognitive therapy developmental disability*, cognitive therapy learning disability*, miljøterapi intellectual/developmental/mental disability*».

De endelige søkene foretok jeg i en database kalt «Proquest», det var i denne databasen jeg fant mest artikler og forskning om mitt emne. Men i denne delen av søkeprosessen merket jeg også at jeg sto overfor et hav av ulike artikler og studier, og det var ikke alle som hadde noe å si for min problemstilling. Jeg bestemte meg derfor for å ta utgangspunkt i noen inklusjons og eksklusjons-kriterier når jeg skulle velge ut hvilke artikler jeg kunne bruke i min oppgave.

Inklusjonskriterier

- Kognitiv terapi for mennesker med utviklingshemming generelt
- Miljøterapi for mennesker med utviklingshemming generelt
- Miljøterapi for mennesker med utviklingshemming og depresjon
- Kognitiv terapi for mennesker med utviklingshemming og depresjon
- Kognitiv terapi for mennesker med utviklingshemming og stemningslidelser
- Kognitiv terapi for mennesker med lett utviklingshemming
- Psykososiale intervensjoner/behandlingsformer for mennesker med utviklingshemming
- Miljøbehandling for mennesker med utviklingshemming
- Depresjon hos mennesker med utviklingshemming

Eksklusjonskriterier

- Kognitiv terapi for mennesker med utviklingshemming og psykoselidelser, sinneproblem, angst, pedofili, PTSD, personlighetsforstyrrelser
- Miljøterapi for mennesker med utviklingshemming og psykoselidelser, sinneproblem, angst, pedofili, PTSD, personlighetsforstyrrelser
- Studier av foreldres opplevelse av å oppdra barn med utviklingshemming
- Studier av depresjon hos mødre med barn med utviklingshemming
- Atferds analytiske metoder
- Psykologisk behandling av mennesker med utviklingshemming som er straffedømt
- Biologiske behandlingsformer, farmakologiske, ECT, fysisk aktivitet

4.2 Validitet og reliabilitet

Etter en lang søkeprosess satt jeg omsider igjen med flere fagbøker og artikler jeg anså som relevant for min problemstilling. Artiklene er hentet fra de ulike tidsskriftene learning disability practice, journal of intellectual disability research, journal of applied rehabilitation counselling, Psychiatric quarterly, Advances in mental health and intellectual disability, Learning disability review, journal of psychiatric and mental health nursing, Canadian psychology. Jeg har gått gjennom de ulike tidsskriftene for å finne ut om de er gyldige og kvalitetssikret.

Etter å ha gått gjennom nettsidene til de ulike tidsskriftene har jeg konkludert med at alle publikasjoner fra disse tidsskriftene er gyldige og kvalitetssikret. Dette fordi de alle har et system med fagfelle vurdering der forfatterne og de som vurderer artiklene ikke har kjennskap til hverandre. De fleste skriver også at de har et system der alle artiklene vurderes av to ulike fagfeller, med unntak av learning disability practice som skriver at ikke alle, men de fleste artiklene vurderes av to ulike fagfeller.

Et element som også kan ha noe å si for oppgavens validitet og reliabilitet er mine egne tolkninger av andre språk. De aller fleste vitenskapelige artiklene jeg har funnet har vært på engelsk. Jeg har derfor måttet oversatt setningene og ordene til Norsk, noe som kan gi et rom for feiltolkning. Bruk av sekundærkilder kan også ha noe å si for oppgaven, da informasjonen som blir fremstilt allerede har vært gjenstand for tolkning av andre forfattere. Dette har jeg prøvd å begrense så langt det er mulig, men i enkelte tilfeller ble det nødvendig da det var svært vanskelig å finne frem til primærkilden.

5.0 Resultat av funn

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere funn fra teori og forskning som kan være med på å belyse min problemstilling. Jeg har først valgt å åpne denne delen ved å presentere hva teorien sier om psykiske lidelser og depresjon hos mennesker med utviklingshemming. I denne delen vil jeg også redegjøre for ulike mulige årsaker til utviklings av depresjon hos denne gruppen ved å ta utgangspunkt i stress/sårbarhetsmodellen som er fremstilt av Knutsen (2012). Dette for å utvide perspektivet og gi et bredt bilde av ulike årsaksforhold. Jeg vil deretter fortsette ved å redegjøre for hva teori og forskning sier om psykososiale intervensjoner for mennesker med utviklingshemming og psykiske lidelser.

I de to avsluttende delene av teoridelen vil jeg presentere de to psykososiale behandlingsformene min problemstilling tar utgangspunkt i. Jeg vil først beskrive metodene generelt for så å gå mer inn på hva teori og forskning sier om disse metodene for mennesker med utviklingshemming og psykiske lidelser. Jeg har valgt å sette ulike funn opp mot hverandre i teoridelen, så den har en noe drøftende form. Dette fordi funnene skal suppleres av en fiktiv case i drøftingsdelen som skal demonstrere betydningen av funnene i en praktisk sammenheng, samt hvordan de ulike metodene kan utfylle hverandre.

5.1 Depresjon hos mennesker med utviklingshemming

Psykiske lidelser er ifølge Eknes (2000) betydelig mer utbredt blant hos mennesker med utviklingshemming, enn i resten av befolkningen. Han skriver at den økte utbredelsen kan knyttes til at mange opplever å bli stigmatisert og avvist av omgivelsene samtidig som de opplever manglende kontroll og styring over eget liv. Dette kan ifølge han føre til redusert mestringsfølelse og lavt selvbilde og i kombinasjon med manglende sosialt nettverk kan dette gi en økt risiko for utvikling av psykiske lidelse (Eknes 2000).

Herheim og Langholm (2006) skriver at det ofte kan være vanskelig å diagnostisere psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming. Dette kan blant annet være fordi de kan ha større problemer med å uttrykke seg og sette ord på hvordan de har det. Det kan også være problematisk fordi symptomene på en psykisk lidelse lett kan forveksles eller fortolkes som en del av utviklingshemmingen. Et lavt aktivitetsnivå kan eksempelvis både være en del av utviklingshemmingen og men samtidig også et symptom på en psykisk

lidelse. Dette kalles diagnostisk overskygging og Bakken og Olsen (2012) omtaler dette som en av grunnene til at det er vanskelig å vite hvor stort omfang det er av psykiske lidelser hos mennesker med utviklingshemming. Det er ifølge Herheim og Langholm (2006) grunn til å tro at mennesker med utviklingshemming har opplevd depresjon uten å bli fanget opp av fagfolk. Dette kan skyldes diagnostisk overskygging, men også at fagfolk lenge har hatt en tendens til å undervurdere de kognitive evnene til mennesker med utviklingshemming. Ifølge Evensen (2011) er det noen grupper med kognitiv svikt som ser ut til å være særlig utsatt for stemningslidelser. Dette gjelder blant annet personer med lett utviklingshemming. Han skriver også at symptombildet på depresjon hos mennesker med lett utviklingshemming vil være relativt likt som det en finner i normalbefolkningen.

5.1.1 Årsaker

5.1.1.1 Biologiske

Mennesker med utviklingshemming kan ha det Knutsen (2012) beskriver som en tidlig biologisk sårbarhet for depresjon. Dette fordi de blant annet kan ha et mer sårbart nervesystem som tåler mindre stress og fordi de kan ha en nedsatt kognitiv funksjon. Den nedsatte kognitive funksjonen kan medføre vansker med å kommunikasjon, forståelse og det å ha oversikt over omverdenen. Knutsen (2012) skriver at dette ofte kan komme til uttrykk ved at mennesker med utviklingshemming ofte kan oppleve misforståelser og feilslutninger om forhold i omgivelsene. Den nedsatte kognitive funksjonen kan også medføre ytterligere vansker med å sette seg inn i og regulere egne følelser samt å sette seg inn i andres følelser, dette kan igjen føre til en økt sårbarhet for stress og belastninger (Knutsen 2012).

5.1.1.2 Psykologiske

Mennesker med utviklingshemming kan også ha en tidlig psykologisk sårbarhet for depresjon. Dette kan dreie seg om negative opplevelser i barndom og oppvekst preget av mange nederlag der de har opplevd å være annerledes og ikke få til det de vil. I tillegg opplyser Knutsen (2012) om en økt forekomst av tilknytningsvansker, traumatiske opplevelser, stress og belastninger i oppveksten hos denne gruppen. Hun viser også til forskning av Gerlach (2006) gjort på dette området som indikerer at faktorer som blant

annet dårlig omsorg, utrygg tilknytning og ustabil barndom medfører økt produksjon av kortisol og skader i det limbiske system, noe som gir økt sårbarhet for stress. Dette kan igjen føre til en økt biologisk og psykologisk sårbarhet for utvikling av depresjon.

5.1.1.3 Sosiale

Herheim og Langholm (2006) skriver at mange mennesker med utviklingshemming er ensomme og føler at de kommer til kort i samfunnet. Ifølge de er begge disse fenomenene risikofaktorer for utvikling av depresjon. Eknes (2000) støtter opp om dette når han henviser til Paykel og Cooper (1992) som hevder at ensomhet er en av de faktorene som betyr mest i forhold til utviklingen av depresjon. Eknes henviser også til undersøkelser gjort av Reiss og Benson (1985) og Nzu mfl. (1995) som antyder en klar sammenheng mellom depresjon og manglende sosialt nettverk hos mennesker med utviklingshemming. Ifølge Bakken (2011) har mange mennesker med utviklingshemming et lite sosialt nettverk. Manglende sosialt nettverk kan skape isolasjon, noe som kan føre til selvskading, problematferd for å oppnå kontakt eller depresjon. Profesjonelle hjelpere bør derfor reflektere over egen betydning og relasjon til tjenestemottakeren, slik at samhandlingen rommer varme og engasjement. Betalte hjelpere er ofte deres eneste sosiale nettverk, og dette er et nettverk som de ofte ikke har mulighet til å påvirke (Bakken 2011). Herheim og Langholm (2006) skriver også i forhold til dette at det ikke er en selvfølge at mennesker med utviklingshemming trives i sine omgivelser dersom de bor i samlokaliserte boliger eller bofellesskap med mange andre mennesker rundt seg. Slike boforhold kan derimot være en utløsende faktor til depresjon dersom de ikke trives i sine omgivelser.

5.2 Behandling av depresjon hos mennesker med utviklingshemming

Antonacci og Attiah (2008) skriver at mennesker med utviklingshemming og psykiske lidelser er en lite studert gruppe. Stemningslidelser har tradisjonelt blitt feil-diagnostisert, underkjent og dårlig behandlet. Den empiriske litteraturen om symptomer på stemningslidelser hos denne gruppen er mangelfull. Behandlingslitteraturen er også mangelfull og omtrent kun fokusert på medikamentelle behandlingsmetoder. Dette står i kontrast til den vide utbredelsen av kombinerte tilnærmingen og behandlingen av stemningslidelser hos normalbefolkningen (Antonacci og Attiah 2008).

Morin m.fl (2010) skriver at det per dag dato er lite forskning på behandling av depresjon hos mennesker med utviklingshemming. Knutsen (2012) støtter også opp om dette og skriver samtidig at det ikke finnes noen offisielle retningslinjer for behandling av depresjon hos denne gruppen. Hun antar at behandlingen bør innlemme elementer fra både barn- og voksen området. Den enkelte persons modenhet, ferdighets og funksjonsnivå vil bestemme grad av tilrettelegging. Bakken og Olsen (2012) skriver også i forhold til dette at kompleksiteten i vanskene til mennesker med utviklingshemming ofte tilsier at en behandlingsmetode ikke er nok. Det kan derfor være nødvendig med flere ulike intervensjoner.

I den første del av teoridelen har jeg gjort rede for depresjon og behandling av depresjon generelt for mennesker med utviklingshemming. I denne delen vil jeg presentere hva teori og forskning sier om psykososiale behandlingsformer generelt for mennesker med utviklingshemming og psykiske lidelser.

5.3 Psykososiale behandlingsformer for mennesker med utviklingshemming

Bakken (2011) skriver at forskningen på psykososiale intervensjoner for mennesker med utviklingshemming og psykiske lidelser er svært sparsom. Behandlingsmetoder som miljøterapi, samtaleterapi og nettverksarbeid hos denne gruppen har omtrent ikke blitt gjenstand for forskning med randomiserte kontrollerte studier. Men studier med få deltakere uten kontrollgrupper viser til gode resultater av flere typer psykososial behandling. Men siden det ikke foreligger noe godt forskningsbelegg for psykososiale behandlingsformer for mennesker med psykiske lidelser, må den psykososiale behandlingen i stor grad basere seg på kunnskap utviklet for normalbefolkningen. Ifølge bakken (2011) viser klinisk forskning at disse metodene i det store og hele ser ut til å også virke for mennesker med utviklingshemming.

Dagnan (2007) har gått gjennom evidens-basen for spesifikke psykososiale intervesjoner for mennesker med utviklingshemming og psykiske lidelser. Han skriver at psykososiale intervensjoner sentrale i tjenestene til normalbefolkningen. Men at det er overraskende lite litteratur som vedrører psykososiale intervesjoner for mennesker med utviklingshemming med psykiske lidelser. Han skriver også at evidens-basen for psykososiale intervesjoner er liten, og at det er et par studier som publiserer eksempler på denne tilnæringsmåten for mennesker med utviklingshemming.

I forhold til individuelle intervesjoner skriver han at det er en lang tradisjon med atferdsanalytiske intervesjoner for problemer som depresjon. Men kognitive intervesjoner har fått en større interesse i de siste årene. Det er en voksende litteratur om kognitiv terapi for mennesker med utviklingshemming. Og noen case studier har blitt publisert for å beskrive hvordan kognitiv terapi kan anvendes for depresjon. Evidensbasen for kognitive

intervensjoner er liten, i forhold til evidensbasen for atferdsanalyse. Innvirkningen av kognitiv terapeutiske intervensjoner med betalte hjelpere er også lite forsket på. Det foreligger kun noen få studier av effekten av å trene helsearbeidere i å utøve kognitiv terapeutiske intervensjoner (Dagnan 2007).

Dagnan (2007) konkluderer med at det trengs mer forskning på området psykososiale intervensjoner for denne gruppen. Forskningen bør ifølge han konsentrere seg om hvordan evidens-baserte tilnærminger for mennesker uten utviklingshemming kan bli overført og bli tilgjengelig for mennesker med utviklingshemming. Han mener også at det bør settes størst fokus på intervensjoner med familie og hjelpere. Dette fordi livene til mange med utviklingshemming er avhengige av familie og betalte hjelpere. Familie og hjelperes forståelse av og respons til deres mentale problemer vil være viktig for deres vei til bedring.

I denne delen har jeg gjort rede for hva teori og forskning sier om psykososiale behandlingsformer for mennesker med utviklingshemming. Nå skal jeg ta for meg de to psykososiale behandlingsformene min problemstilling tar utgangspunkt i. Jeg skal fremstille funn fra teori og forskning om metodene for mennesker med utviklingshemming og til en viss grad sette de ulike funnene opp mot hverandre i de ulike delene.

5.4 Kognitiv terapi

Kognitiv terapi er en terapiform som bygger på en kognitive og lærings-psykologiske teorier (Berge og Repål 2015). Terapiformen retter seg mot å hjelpe personen med å styre sine følelser og reagere rasjonelt ved hjelp av endring av tankeprosesser. Med andre ord bruker en personens bevisste tenkning til å skape en forandring. Kognitiv atferdsterapi blir også brukt i min oppgave og det er en videreutvikling av kognitiv terapi. Kognitiv atferdsterapi retter seg mot å endre personens observerbare atferd gjennom å endre tanker og tankeprosesser på en aktiv og åpen måte (Snoek og Engedal 2017).

5.4.1 Kognitiv terapi for mennesker med utviklingshemming

Eknes (2000) skriver at kognitiv terapi er mye brukt i behandling av depresjoner i normalbefolkningen. Men det er mindre utbredt at mennesker med utviklingshemming har fått en slik behandling. Det har gjerne sammenheng med faglige tradisjoner og at mange undervurderer de kognitive evnene til mennesker med utviklingshemming. Ifølge Jennings og Hewitt (2015) har flere også hevdet at moden og velutviklet kognisjon vil være en forutsetning for å kunne delta i kognitiv terapi. Men de argumenterer mot dette ved å vise til studier av kognitiv terapi gjennomført på barn som antyder at moden og velutviklet kognisjon ikke nødvendigvis er en forutsetning. Mirow (2008) skriver at utviklingshemming innebærer en redusert mulighet til å forstå kompleks informasjon og til å lære nye og komplekse sosiale ferdigheter. Utviklingshemming innebærer også som en redusert mulighet til selvstendighet. Men dette betyr ikke at mennesker med utviklingshemming ikke kan lære eller utvikle seg. Det betyr heller ikke at de ikke kan nyttiggjøre seg av sine kognitive og emosjonelle ferdigheter for å delta i kognitiv terapi.

Jennings og Hewitt (2015) skriver at mennesker med utviklingshemming historisk sett har hatt liten tilgang til samtaleterapi og at behandlingstilbudet til denne gruppen i hovedsak har konsentrert seg om farmakologiske og atferds analytiske metoder. Men de skriver også at det er en økende anerkjennelse av at mennesker med utviklingshemming også burde ha tilgang til psykologisk behandling og klinikere har begynt å tilpasse terapiformer som kognitiv terapi og psykodynamisk terapi til denne gruppen.

5.4.1.1 Evidensbasen

Mirow (2008) skriver at det foreligger studier av kognitiv terapi for mennesker med utviklingshemming. Han henviser blant annet til en studie av Krose (1997) som viser at kognitiv terapi har vært vellykket for noen få personer i forhold til bedring av sinneproblem, depresjon, selvtillitsproblem, problemløsning og utfordrende atferd. Jennings og Hewitt (2015) har også gått gjennom ulike studier av kognitiv terapi for mennesker med utviklingshemming og har konkludert med et at det er en svak, men begynnende evidensbase for bruk av denne metoden på mennesker med

utviklingshemming. De viser blant annet til studier gjennomført av Lindsay (1993) som foretok en studie av kognitiv terapi for to personer med utviklingshemming og depresjon. Han brukte en simplifisert versjon av Becks (1979) kognitive terapi for depresjon og han tilpasset Zungs depresjonsskala for å måle resultatene. Studien viste en reduksjon i depresjonsskåre på Zung-skalen. Men Jennings Og Hewitt (2015) skriver også at det er usikkert om det samtidig ble brukt atferdsanalytiske metoder under denne studien, og at resultatene derfor må håndteres varsomt.

Jennings og Hewitt (2015) henviser også til en studie gjennomført av Hassosits m.fl (2013). De foretok en studie av innvirkningen av kognitiv atferdsterapi hos en gruppe på 16 deltakere med utviklingshemming og mild til moderat depresjon. De brukte også Becks kognitive terapiform og resultatene av studien viste at kognitiv atferdsterapi kunne ha en positiv innvirkning på de deltakerne med depresjon. Denne studien ble gjennomført med en kontrollgruppe som ikke fikk denne behandlingen, den hadde mindre metodiske svakheter og resultatene kan derfor være sikrere. Men Jennings og Hewitt (2015) påpeker også at studien omfattet få personer og at det ikke er mulig å generalisere kun ut i fra dette.

Jennings og Hewitt (2015) peker på metodiske svakheter og usikkerhet rundt resultatene av de ulike studiene som er foretatt. Men de konkluderer til tross for dette med at kognitiv atferdsterapi kan tilpasses og ha positive konsekvenser for mennesker med lett utviklingshemming. Hassosits m.fl (2013) demonstrerte også at det er mulig å gjennomføre kliniske studier av terapiformen på denne gruppen. Det trengs fortsatt mer forskning, men de studiene som er gjort viser et positivt steg frem mot å bygge en evidens-base for kognitiv terapi for mennesker med utviklingshemming.

5.4.1.2 Tilpasning

Mirow (2008) skriver at det i kognitiv terapi for mennesker med utviklingshemming bør fokuseres på at terapien er fokusert og tilgjengelig. En må ofte fokusere på konkrete ting og være kreativ for å overkomme barrierer i forhold til kommunikasjon, kognisjon, emosjonelle og sensoriske vanskeligheter. Kreativitet er nødvendig for å kunne møte personens kognitive nivå og oppgavene må være konkrete fremfor abstrakte og konseptuelle. Terapeuten må gi klare og enkle instruksjoner og bruk av visuelle hjelpemiddel kan hjelpe til med å gjøre det abstrakte mer forståelig. Verbale prompt kan

tas i bruk og det går an å lære personen et eget følelsesspråk for å si noe om hva kroppene våre forteller oss. Morin m.fl (2010) skriver også at det er viktig å tilpasse kommunikasjonen ut i fra personens kognitive funksjonsnivå. De skriver at det er viktig å bruke korte setninger og eksempelvis ta i bruk rollespill dersom det er nødvendig. En kan også ta i bruk samtalestrategier brukt på barn, men da er det viktig å også ta hensyn til personens organiske alder.

Diallo m.fl (2010) skriver at livshistorie tilnærminger er en alternativ måte å gjennomføre kognitiv terapi som kan tas i bruk i terapi med mennesker med utviklingshemming og depresjon. Livs-historie tilnærminger tar utgangspunkt i å bruke personens opplevelser fra dagliglivet for å for å korrigere negative tanker. En kan eksempelvis ta opp en opplevelse fra jobb eller aktiviteter der personen opplevde å ha negative tanker og deretter prøve å utfordre disse tankene for så å prøve å få han eller hun til å se det positive i situasjonen. Deretter kan en lage en ny historie der en utelukkende fokuserer på de positive aspektene av situasjonen. Dette kan etter hvert gjøre personen i stand til å bli oppmerksom på de positive aspektene av livet og bli i stand til å korrigere seg selv. De kan bli i stand til å umyndiggjøre de negative tankene og få et bedre bilde av seg selv og ulike situasjoner (Diallo m.fl 2013) Det er ikke mye forskning på bruk av livshistorie tilnærminger for mennesker mer utviklingshemming og depresjon. Men Diallo m.fl (2013) henviser til en studie der livshistorie-tilnærmingen ble brukt på en person som viste gode resultater. Det er ikke mulig å generalisere fra en studie med en enkelt deltaker. Men Diallo m.fl (2013) skriver at det uansett burde være fokus på å endring av negative tanker hos mennesker med utviklingshemming og depresjon. Dette fordi mennesker med utviklingshemming ofte opplever diskriminering og marginalisering i samfunnet og i arbeidslivet.

5.4.1.3 Kognitiv terapi ved depresjon hos mennesker med utviklingshemming

Diallo m.fl (2013) skriver at mennesker med utviklingshemming ofte har negative tanker om seg selv og andre på grunn av tidligere nederlag. Dette kan ut ifra en kognitiv psykologisk forståelsesmodell gjøre de ekstra utsatt for utvikling av depresjon. Ifølge Eknes (2000) er depresjon i stor grad forårsaket og opprettholdt gjennom negative og uheldige måter å tenke på. Dette har også vist seg å være tilfellet ved depresjon hos mennesker med utviklingshemming. Antonacci og Attiah (2008) skriver at forskning på de kognitive faktorene relatert til symptomer på depresjon hos mennesker med

utviklingshemming har gjort noen sammenhenger tydelige. Frekvensen av negative automatiske tanker, dårlig selvtillit og følelse av håpløshet har vist seg å være svært sammenhengende med depressive symptomer hos mennesker med lett utviklingshemming. Morin m.fl (2010) støtter opp om denne sammenhengen og skriver at de depressive symptomene hos mennesker med utviklingshemming ser ut til å være korrelert til negativ sammenligning med andre, høy forekomst av negative automatiske tanker og lav selvtillit. Det samme gjør Eknes (2000) som viser til en studie av 107 personer med lett utviklingshemming gjennomført av Nezu m.fl (1995) som også bekrefter denne sammenhengen.

Diallo m.fl (2013) henviser til en studie fra 1989 som antyder at behandlingsformer basert på kognitiv atferdsterapi er overlegen i forhold til behandling av depresjon som er resultat av negative og uheldige måter å tenke på. De skriver også at modifisert kognitiv terapi kan gi positive konsekvenser for mennesker med utviklingshemming og depresjon. Antonacci og Attiah (2008) henviser til forskning av McCabe (2006) som iverksatte et gruppeterapeutisk program basert på kognitiv atferdsterapi for mennesker med mild til moderat utviklingshemming og depresjon. Resultatene av denne studien viste at deltakerne etter endt behandling så mer positivt på seg selv, hadde mindre negative automatiske tanker og var mindre deprimert. Behandlingen viste en positiv innvirkning på både de kognitive og atferdsmessige manifestasjonene av depresjon og de konkluderte med at hans studie ga belegg for at kognitiv atferdsterapi hadde en effekt i å redusere symptomer på depresjon hos denne gruppen.

5.5 Miljøterapi

Ifølge Linde og Nordlund (2006) blir begrepene miljøterapi og miljøarbeid i stor grad brukt om hverandre. Det vil derfor være nødvendig å presisere hva en legger i de ulike begrepene. Felles for begge begrepene er at de omfatter en systematisk bruk av de ressursene som ligger i miljøet. Forskjellen ligger ifølge de i hva som er målet med arbeidet. Bakken og Olsen (2011) skriver at miljøarbeid forenklet sett omfatter daglig oppfølging av mennesker med utviklingshemming i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dette er ifølge dem et vidt begrep som ikke fanger det miljøterapeutiske arbeidet som knyttes til intervensjoner hvor siktemålet er å redusere symptomer på psykiske lidelser. Miljøbehandling er også et begrep jeg kunne ha brukt siden Bakken (2011) omtaler det i stor utbredelse i sin bok, men hun skriver også at dette begrepet kan brukes synonymt med miljøterapi. På bakgrunn av dette har jeg valgt å bruke begrepet miljøterapi i min oppgave. Den endelige definisjonen som jeg har valgt å legge til grunn i oppgaven er hentet fra Bakken (2011) som beskriver miljøterapi som samhandling og daglig oppfølging av mennesker med utviklingshemming med psykiske lidelser. Linde og Nordlund (2006) er noe skeptisk til begrepet og argumenterer for at miljøarbeid er å foretrekke fordi det har et livsløpsperspektiv og at ingen bør utsettes for terapi hele livet. Det ligger noe i dette og det er viktig å være klar over hvilken forståelse en har av de begrepene en bruker. Men jeg antyder ikke at mennesker skal utsettes for terapi hele livet ved å bruke begrepet miljøterapi, jeg vil bare få frem at det miljøterapeutiske arbeidet har et mål som kanskje ikke lar seg fange godt nok av miljøarbeid-begrepet. Jeg antyder heller ikke at miljøterapien skal foregå i veldig lange perioder, men at den skal kunne foregå i de periodene som er hensiktsmessig i forhold til personens psykiske symptomer.

5.5.1 Miljøterapi for mennesker med utviklingshemming

Jacobsen og Gjersten (2010) skriver at miljøterapien for mennesker med reduserte kognitive funksjoner har utviklet seg mye over tid. Tidligere bygget det miljøterapeutiske arbeidet på en dominerende normaliseringstankegang. Miljøterapiens oppgave var da å trene menneskene i de ferdighetene som skulle gjøre de selvhjulpne og selvstendige slik at de kunne møte samfunnets krav. Men etter hvert har det skjedd en endring i retning av å heller betrakte mennesker med nedsatte kognitive funksjoner ut ifra hvordan de har det og

hvilken livskvalitet de har. Dette til tross for at normaliseringstankegangen og treningskulturen fortsatt er svært utbredt (Jacobsen og Gjertsen 2010).

Som en motvekt til normaliseringstankegangen og treningskulturen har ulike bevegelser som retter seg mot å forstå mennesker med utviklingshemming oppstått. Disse er blant annet forankret i livskvalitet-bevegelsen, positiv psykologi og utviklingspsykologien. Jacobsen og Gjersten (2010) utpeker utviklingspsykologien som det mest interessante perspektivet i forståelsen av mennesker med utviklingshemming. Dette fordi utviklingspsykologien ikke bare retter seg inn mot å forstå mennesker med utviklingshemming, men også mot utviklingsperspektivet og hvordan individ og miljø har en gjensidig påvirkning på hverandre over tid. Utviklingsperspektivet i miljøterapi har også som et mål å endre samhandling fra dysfunksjonell til funksjonell gjennom å tilrettelegge for initiativ, for å forstå andre og for å forstå hans eller hennes evne til å regulere seg selv. Denne målsettingen forutsetter at miljøterapeuter har bevissthet om egen forståelse, kunnskap om tjenestemottakerne og kunnskap om hvordan samspillet mellom kognitive funksjoner og emosjoner gjenspeiler emosjonell modenhet som kan skape reguleringsproblemer hos mennesker med utviklingshemming (Tetzner 2008, henvist av Jacobsen og Gjersten 2010).

5.5.1.1 Sentrale elementer

Jacobsen og Gjertsen (2010) skriver at mye av kjernen i miljøterapi for mennesker med utviklingshemming er å få oversikt over kompleksiteten i livet til tjenestemottakerne og dermed få et bedre grunnlag for å forstå den enkelte. Dette i tillegg til å integrere teori, forståelsesrammer og kunnskap om tjenestemottakerens intellektuelle fungering, psykologiske fungering og vedkommende sin helsemessige situasjon. Da blir det mulig å utvikle en relasjonsforståelse som er med på å tilrettelegge for kommunikasjon og samhandling som gjør det mulig for den enkelte å påvirke sitt miljø

Bakken (2011) skriver at struktur og forutsigbarhet er et viktig element i miljøterapi for mennesker med psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser. Et eksempel på tiltak som skaper forutsigbarhet og struktur er ukeplaner som vil kunne regulere døgnrytmen, søvn, måltider, hvile og aktivitet. Slike planer bør utarbeides i samarbeid med tjenestemottakeren. Kommunikasjonen om disse planene må tilrettelegges ved hjelp av kognitive hjelpemidler som piktogrammer, bilder og konkrete eller tegn til tale. Struktur

kan også omfatte tiltak som er direkte rettet mot tjenestemottakeren eller mot fagadministrasjonen ved boligen eller institusjonen. Det vil si systemer for journalføring, opplæring, tiltaksbeskrivelser eller arbeidsstruktur for gjennomføring av miljøterapeutenes daglige arbeid. Det vil også være en forutsetning at personalet samhandler konsistent med tjenestemottakeren og dermed sikrer en enhetlig behandling (Bakken 2011).

5.5.1.2 Miljøterapi ved depresjon hos mennesker med utviklingshemming

Knutsen (2012) skriver at miljøterapi vil være av stor betydning for mennesker med utviklingshemming og depresjon. Det miljøterapeutiske arbeidet blir spesielt viktig fordi det ofte dreier seg om mennesker som også vanligvis har behov for hjelp til å organisere og strukturere hverdagen, som derfor kan ha vanskelig for å ta vare på seg selv. Knutsen (2012) skriver også at noen av de viktigste elementene i miljøterapi ved depresjon vil være skjerming. Noe som betyr at omgivelsene skal være rolige og forutsigbare, slik at personen får ro rundt. Det er også viktig at tonen og tilnærmingen til personen kjennetegnes av åpenhet og inkludering, slik at personen kan slappe av og være seg selv uten å måtte skjule sin tilstand og lidelse for omgivelsene. Tålmodighet er en viktig del av miljøterapien fordi depresjonen kan være langvarig som kan være vanskelig å håndtere for både tjenestemottakeren, tjenesteytere og familie (Knutsen 2012).

Evensen (2011) skriver at en gjennomgang av alle faktorer ved miljøbetingelser vil være sentralt ved miljøterapeutisk tilnærming til mennesker med utviklingshemming og depresjon. Gjennomgangen kan omfatte områder som samhandling, deltakelse, væremåte. Ideelt sett skal tilretteleggingen av miljøfaktorene tilpasses personens symptomnivå best mulig. Dette innebærer at tjenesteytere også må gjennomgå egne psykologiske, sosiale og fysiske betingelser. Hensikten med dette er å fremme tjenestemottakerens og personalets mulighet til læring, mestring og personlig ansvar (Larsen og Slenes 1983, henvist av Evensen 2011).

Evensen (2011) henviser til Eknes (2006) som skriver at deprimerte mennesker har en sterk tendens til negativ tenkning. Dette kan ofte gi utslag i at den deprimerte ser seg selv som verdiløs og mislykket, og dette gjelder også for mennesker med utviklingshemming. Negativiteten kan gjøre personen sårbar for kommentarer som kan oppfattes som krenkende og mange kan føle seg krenket av irettesettelser og korrigerende. Han skriver

derfor at den profesjonelle kommunikasjonen bør være preget av nærhet, omsorg og støtte. De enkelte hjelperne må derfor jobbe med egen bevissthet rundt kommunikasjon, noe som omfatter både kommunikasjon og non-verbal kommunikasjon. Det er også viktig at hjelperne tilstreber å ha et rolig kroppsspråk og at de kommuniserer lavt og med enkle setninger.

5.5.2 Etske betraktninger

Bakken (2011) skriver at det vil være nødvendig å vektlegge etiske vurderinger og betraktninger ved miljøterapi for mennesker med utviklingshemming. Dette fordi mange mennesker med utviklingshemming har vansker med å klage eller gjøre motstand overfor behandlingen de får. Snoek og Engedal (2017) skriver også i forhold til dette at det er særlige etiske og juridiske forhold som råder ved behandling av mennesker med utviklingshemming og psykiske lidelser. Det har i de siste årene blitt større fokus på pasientrettigheter og informert samtykke. Dette er særlig viktig hos mennesker med utviklingshemming og de skriver at ingen skal legges under behandling uten å ha samtykket til det på grunnlag av tilstrekkelig informasjon.

Bakken (2011) skriver også at personens alder bør også tas i betraktning ved igangsetting av mer omfattende og systematiske behandlingsopplegg. Dette særlig i de tilfellene der personen er i siste fase av livet, har hatt psykiske plager hele livet, har svekket læringsevne og ikke har motivasjon for behandling. Da bør tanken om omfattende opplegg legges vekk. Bakken (2011) skriver at i utformingen av omfattende behandlingsopplegg bør det også fokuseres på realistiske mål. Det skal diskuteres hvorvidt håp og gode ønsker for fremtiden er realistiske mål og om belastningen ved behandling er verdt det personen forventer å oppnå. Det må også vurderes om personen er i stand til å forstå opplegget som settes i gang

6.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal jeg ved hjelp av funn fra teori og forskning diskutere og prøve å svare på min problemstilling. Dette vil jeg gjøre ved å ta utgangspunkt i en fiktiv case om en ung kvinne med lett utviklingshemming som opplever depresjon. I diskusjonen vil jeg ta utgangspunkt i de to ulike psykososiale behandlingsformene kognitiv terapi og miljøterapi. Jeg vil beskrive svakheter og styrker i de ulike metodene i forhold til utfordringsbildet i casen og samtidig prøve å beskrive hvordan disse metodene kan utfylle hverandre. I casen velger jeg å benytte et eksempel om en ung kvinne med lett utviklingshemming og depresjon. Dette fordi min problemstilling omfatter depresjon hos mennesker med lett utviklingshemming. Etter casen presenteres en avsluttende drøfting som prøver å ytterligere belyse noen av de aspektene som allerede er drøftet. Denne delen vil ta for seg studier av hvorvidt hjelpere som arbeider med mennesker med utviklingshemming vil kunne utføre kognitiv terapi som et supplement til deres allerede eksisterende arbeidsoppgaver. Avslutningsvis vil jeg prøve å si noe om hvilken betydning funnene i denne drøftingen kan ha og hvorvidt de har overføringsverdi for vernepleiere.

6.1 Presentasjon av case

Ine er en ung voksen kvinne med en lett utviklingshemming. Hun bor i en samlokalisert bolig, men trenger kun lett veiledning til ulike daglige gjøremål og til å skaffe seg oversikt over hverdagen. Hun har i flere år jobbet som ekstrahjelp på den lokale kafeen og har lenge gitt uttrykk for at hun trives med dette. Hun er en «jåledame» som hun selv kaller seg og har alltid brydd seg om klær, mote og sminke. Hun er derfor også veldig opptatt av å ta seg bra ut og er alltid pen i tøyet når hun drar hjemmefra. Hun er kjent som en sosial dame som snakker med alle og hun har ofte besøk av barndomsvenner og venner fra arbeid.

I den siste tiden har de ansatte i den samlokaliserte boligen merket endringer i Ines atferd. Flere har sagt at de synes hun ser trøtt ut og at hun ikke bryr seg like mye om utseendet sitt lenger. Her om dagen observerte personalet henne på vei til jobb i joggebukse og bustete hår, noe Ine har sagt at hun aldri kom til å ville bli sett i offentligheten med. Hun sitter også mye alene i leiligheten sin og ser på tv og personalet har registrert at hun har takket nei til besøk av både personale, familie og venner i en lengre periode. Personalet har også

merket en endring i hennes atferd ved at hun ofte våkner svært tidlig om morgenen, noe som er uvanlig for henne. Ines arbeidsgiver har også ringt til den samlokaliserte boligen fordi hun er bekymret for henne. Hun sier at Ine i det siste har begynt å slurve fryktelig med arbeidsoppgavene, gjemt seg bort på toalettet og dratt tidlig fra jobb uten å si ifra.

6.2 Ine kommer til behandling

Ines situasjon blir stadig verre og det blir etter en utredning konstatert at hun har en moderat depresjon. Ine får tilbud om oppfølging av en psykolog på en poliklinikk og han vil lage et behandlingsopplegg for henne. Men først vil ha noen samtaler for å bli bedre kjent med henne. I samtalene snakker de om Ines liv og oppvekst. Han finner ut at Ine har en svært lav selvfølelse og at hun ofte har negative tanker om seg selv. Hun beskriver en oppvekst preget av vanskelige samspillserfaringer med jevnaldrende der hun alltid har opplevd å komme til kort. Psykologen har også merket at hun ofte sammenligner seg selv med andre og beskriver seg selv som dum og mislykket. Hun har også en tendens til å svartmale alle som har sagt noe til henne som kan tolkes negativt og hun grubler lenge i etterkant av sosiale situasjoner. Som vi så i teoridelen kan depresjon hos mennesker med lett utviklingshemming ofte skyldes at de er i stand til å oppleve at de kommer til kort og faller mellom to stoler. Forskningen presentert i teoridelen av blant annet Antonacci og Attiah (2008), Morin m.fl (2010) og Diallo m.fl (2013) viser også at frekvensen av negative automatiske tanker, negativ sammenligning med andre og lav selvtillit er sammenhengende med depressive symptomer hos mennesker med utviklingshemming.

6.3 Kognitiv terapi for mennesker med utviklingshemming

I samtaler med Ine har psykologen bemerket seg at Ines tenkning i stor grad er preget av kognitive feilslutninger. Han bestemmer seg derfor for å forsøke å iverksette et poliklinisk behandlingsopplegg for henne med utgangspunkt i kognitiv atferdsterapi. Jennings og Hewitt (2015) skriver at mennesker med utviklingshemming historisk sett ikke har hatt tilgang på samtalebehandling og det lenge har vært en overdreven to på farmakologiske og atferds analytiske intervensjoner for denne gruppen. Men i den siste tiden har det blitt en økt anerkjennelse av at mennesker med utviklingshemming også burde ha tilgang til

psykologisk behandling. Klinikere har derfor begynt å tilpasse terapiformer som psykodynamisk terapi og kognitiv atferdsterapi for mennesker med utviklingshemming.

Ines psykolog er optimistisk og ser frem til å iverksette et behandlingsopplegg for henne med utgangspunkt i kognitiv atferdsterapi. Gjennom samtalene har han vurdert at hun har et godt utviklet språk og en god kognitiv funksjon. Han vurderer derfor at hun vil kunne følge det samme behandlingsopplegget som han vanligvis bruker på andre uten utviklingshemming. Men i løpet av de første behandling-timene merker han at noe ikke stemmer. Ine greier ikke å henge med og det virker ikke som om hun forstår opplegget så godt som han trodde hun gjorde. Han velger derfor å få bistand fra seksjon fra voksenhabilitering for å finne ut nøyaktig hvilket kognitivt nivå Ine befinner seg på.

Resultatet av utredningen på seksjon for voksenhabilitering viser at Ine har en IQ på 51, noe som tilsvarer den nedre delen av skalaen ved lett utviklingshemming og en mental alder på 9 år. Hun har et godt utviklet språk og uttrykker seg godt, men har et overfladisk språk og bruker ofte ord og uttrykk som hun egentlig ikke har forståelse for. Dette har ofte ført til at de rundt henne tror hun forstår mer enn hun gjør. Dette var også tilfellet med psykologen ved poliklinikken. Med den nye informasjonen begynner psykologen å tvile på om Ine vil være i stand til å følge behandlingsopplegget, fordi han alltid har hatt en vært overbevist om at en moden og velutviklet kognisjon vil være en forutsetning for at kognitiv terapi skal kunne ha noen effekt. Han vurderer derfor om han skal velge å avslutte behandlingsopplegget og heller ty til medikamentelle eller atferds analytiske intervensjoner.

Eknes (2000) skriver at kognitiv terapi er mye brukt i behandling av depresjon hos normalbefolkningen, men at det har vært mindre brukt for mennesker med utviklingshemming. Han skriver at dette gjerne har sammenheng med faglige tradisjoner og at mange undervurderer de kognitive evnene til mennesker med utviklingshemming. Jennings og Hewitt (2015) skriver i forhold til dette at flere tidligere har trodd at en moden og velutviklet kognisjon er en forutsetning for at kognitiv atferdsterapi terapi skal kunne ha noe effekt. Men de skriver også at resultater av studier viser at barn også kan nyttiggjøre seg av kognitiv atferdsterapi, noe som tilsier at en moden og velutviklet kognisjon ikke er noe krav. Morin m.fl (2010) skriver også i forhold til dette at samtalestrategier beregnet på

barn kan brukes på mennesker med utviklingshemming, men at det da også er viktig å ta og utgangspunkt i personens organiske alder.

Ines psykolog søker i forskningen og bli oppmerksom på at moden og velutviklet kognisjon ikke nødvendigvis er noe krav for iverksettelse av kognitiv atferdsterapi. Men hans usikkerhet rundt behandlingsopplegget er ikke bare et resultat av hans overbevisning om kriteriene om moden og velutviklet kognisjon. Han er også usikker på sin egen kompetanse, siden han ikke har erfaring med å arbeide med mennesker med utviklingshemming. Han trenger derfor mer bistand fra seksjon for voksenhabilitering for å kunne gjennomføre behandlingen. Mirow (2008) skriver at kreativitet er nødvendig for å kunne tilpasse kognitiv terapi til brukerens kognitive nivå. Oppgavene og kommunikasjonen må være konkret, ikke abstrakt og konseptuell. Terapeuten må gi klare instruksjoner og ofte ty til visuelle hjelpemidler for å gi brukeren en bedre forståelse av det abstrakte. Diallo m fl (2013) skriver også i forhold til dette at forskning viser at modifisert kognitiv terapi og livshistorie strategier har en effekt på depresjon hos mennesker med utviklingshemming. Ines psykolog velger å tilpasse terapien ved å være tydelig og konkret i kommunikasjonen, han bruker også bilder og han lar Ine tegne sine opplevelser. Livshistorie-tilnæringer blir også forsøkt brukt og de tar ofte opp hendelser fra jobb og hjemmeliv for å korrigere de negative automatiske tankene som har oppstått i de situasjonene.

6.4 Perspektivet utvides

Terapi-timene er nå godt tilpasset Ines kognitive funksjonsnivå og psykologen fortsetter behandlingen i en lengre periode. Men han greier ikke å registrere noe bedring hos henne og det virker som om hun har det enda verre nå enn da hun begynte i behandling. Hun snakker ofte om at hun er mislykket fordi hun ikke greier å endre tankene sine og hun sier at hun bare har opplevd behandlingen som enda et bevis på at hun ikke greier noen verdens ting. Dodd m.fl (2013) skriver at tilnæringer med utgangspunkt i kognitiv atferdsterapi for mennesker med utviklingshemming er svært sårbare for kritikk. Dette fordi tilnærmingene kan gjøre individene til syndebukker for deres egne problemer. Det kan også bli et overdrevent fokus på at det er individenes egen feil dersom de ikke greier å endre på ting i livet sitt.

Realiteten er at mennesker med utviklingshemming ofte er avhengige av andre for å kunne ha et godt liv og at de ofte har vanskelig for å selv endre på omstendighetene sine. Dette var tilfellet med Ine. I terapitimene snakket Ine ofte om at hun ikke trivdes i den samlokaliserte boligen og at det var flere av de ansatte hun ikke likte. Psykologen bemerket seg dette, men overså det fordi han var så overbevist om at Ine ville få det bedre bare hun greide å endre tankene sine. Men da de ikke kom noen vei i terapien måtte han utvide perspektivet sitt og ta en telefon til lederen av den samlokaliserte boligen. Han beskrev situasjonen og ønsket en kartlegging av Ines hjemmesituasjon. Lederen for boligen foretok en kartlegging av hjemmemiljøet og kom frem til flere interessante funn. Lederen fant blant annet ut at Ines samhandling med de ansatte bestod av flere uheldige og fastlåste samspillmønstre. De ansatte hadde en tendens til å overvurdere hennes evner og bagatellisere problemene hennes. Ine fikk ofte høre fraser som «Du som er så oppegående må jo forstå dette», «Dette greier du selv, du er jo en voksen kvinne» og «så klart du skal på jobb, ingenting blir bedre av å bare sitte hjemme og se på tv».

Ine hadde gradvis blitt dårligere og dårligere og i en behandlingstime hos psykologen sa hun at hun ikke visste om hun orket å leve lenger. Hun sa at hun følte på uendelige krav fra omgivelsene og at hun aldri kom til å kunne oppfylle de. Bakken (2011) skriver at det å regulere krav, forventninger, aktiviteter og stimuli er nødvendig i behandling av depresjon hos mennesker med utviklingshemming. Mennesker med utviklingshemming har som regel vansker med å gi uttrykk for at de har energitap og at de ikke makter eller har lyst til å dra på ulike aktiviteter eller jobb. Det kan derfor ta svært lang tid før personalet foretar reguleringer av dags og ukeplaner. Ine hadde i lang tid motvillig dratt ut på jobb og andre aktiviteter fordi hun ikke greide å si ifra til personalet i den samlokaliserte boligen. Hun hadde følt seg presset til å dra fordi personalet var mer opptatt av å følge uke og dagsplanen hennes enn å ta hensyn til hvordan hun egentlig hadde det. Dette hadde ofte resultert i at hun låste seg inne på toalettet på jobb og dro tidlig fra jobb uten å si ifra til noen.

6.5 Miljøterapi for mennesker med utviklingshemming

På bakgrunn av kartleggingen av hjemmesituasjonen skjønner psykologen at det ikke er nok at Ine endrer tankene sine. De måtte også foreta noen endringer i hjemmesituasjonen. Han beslutter derfor at det skal iverksettes et miljøterapeutisk behandlingsopplegg for henne. Bakken og Olsen (2012) skriver at miljøterapi vil være av stor betydning for mennesker med utviklingshemming og depresjon. Det miljøterapeutiske arbeidet vil være spesielt viktig fordi det dreier seg om mennesker som vanligvis har behov for hjelp til å organisere og strukturere hverdagen, som derfor kan ha vanskelig for å ta vare på seg selv. De skriver også at noen av de viktigste elementene i miljøterapi ved depresjon vil være skjerming. Noe som betyr at omgivelsene skal være rolig og forutsigbare, slik at personen får ro rundt seg. Det er også viktig at tonen og tilnærmingen til personen kjennetegnes av åpenhet og inkludering, slik at personen kan slappe av og være seg selv uten å måtte skjule sin tilstand for omgivelsene.

Ines samhandling med personalet i den samlokaliserte boligen hadde lenge vært preget av negative og fastlåste samspillsmønstre. Dette bidro til å forverre situasjonen og Ine ble stadig dårligere og dårligere. Knutsen (2012) henviser til Larsen og Selnes (1983) som skriver at en gjennomgang av miljøbetingelser vil være sentralt ved miljøterapeutisk tilnærming til mennesker med utviklingshemming og depresjon. Gjennomgangen kan omfatte områder som samhandling, deltakelse og væremåte. Tjenesteytere må også selv gjennomgå egne psykologiske, sosiale og fysiske betingelser når det gjelder tjenestemottakerens situasjon. Dette gir utgangspunkt for å kunne tilrettelegge miljøfaktorene ved å tilpasse de til personens symptomnivå på en best mulig måte.

Personalet i den samlokaliserte boligen blir etter hvert bevisst på seg selv og sin væremåte overfor Ine. De følger det miljøterapeutiske opplegget og Ine får det etter hvert bedre. Personalet fokuserer på å skape ro og forutsigbarhet rundt henne og kravene senkes. Timeplanen justeres og hun trenger ikke å gå på jobb mer enn et par dager i uken. Personalet har også fokus på å ikke legge faste fritidsaktiviteter inn i timeplanen sin og også forsikre seg om at Ine virkelig har lyst og energi før hun deltar på ulike aktiviteter.

Ine har fått en bedre tilværelse og hun sier til psykologen at hun trives hjemme nå. Men hun sliter fortsatt med en del negative tanker og vil fortsette det kognitive terapeutiske behandlingsopplegget på poliklinikken. Behandlingen fortsetter som før og psykologen registrerer at Ine i større grad enn før greier å endre tankene sine i samtalene de har. Men personalet i den samlokaliserte boligen sier at de ikke merker noen bedring i Kine hjemme. Hennes tekning er fortsatt i stor grad preget av kognitive feilslutninger og hun greier ikke å overføre lærte ferdighetene videre til hjemmemiljøet. Jennings og Hewitt (2015) viser til studier av kognitiv atferdsterapi brukt på mennesker med utviklingshemming. De konkluderer med at det er en begynnende evidensbase for metoden på denne gruppen. De viser blant annet til Lindsay (1993) og Hassosits (2013) som gjennomførte studier av dette og konkluderer med at mennesker med lett utviklingshemming og depresjon kan oppleve positive konsekvenser av kognitiv atferdsterapi. Men de skriver også at det trengs mer forskning på langtidseffektene av metoden fordi mennesker med utviklingshemming kan ha vanskelig for å generalisere. Dette vil si at de kan ha vanskeligere for å overføre de ferdighetene de har lært i kognitiv atferdsterapi under poliklinisk behandling til andre områder av livet.

Brown og Marshall (2006) skriver også om denne utfordringen og hevder at en bør gå mer systemisk til verks med denne gruppen og at det vil være viktig å involvere hjelpere og andre viktige nærpersoner for å sikre implementering av kognitiv terapi. Dette betyr ifølge dem også at psykologene må gå ut av sine vanlige roller og bli trenere, koordinatore og konsulenter for å sikre de terapeutiske gevinstene ved kognitiv atferdsterapi. Dette vil også være viktig for det miljøterapeutiske arbeidet. Eknes (2000) skriver også i forhold til dette at kognitiv terapi vil ha relevans for miljøterapeutisk innsats

6.6 Hjelperne involveres

Ines psykolog bestemmer seg for at kognitiv terapi i poliklinisk form ikke er nok på grunn av Ines manglende evne til å generalisere. Han ønsker derfor at den kognitive terapien skal integreres i den allerede eksisterende miljøterapien. Mirow (2008) skriver at en av utfordringene med kognitiv atferdsterapi er at det vanligvis har en en til en form. Det har derfor vært usikkerhet rundt hvordan terapiformen skal kunne implementeres ute i miljøet. Men han skriver også at kognitiv atferdsterapi har den fleksibiliteten som er nødvendig for implementering i miljøet og at terapien derfor kan gå utenfor vanlige standarder. Når en

skal iverksette kognitiv terapi for mennesker med utviklingshemming bør det ifølge Mirow (2008) fokuseres på tilgjengelighet og kreativitet. Han skriver også at miljøet og hjelpere rundt personen vil være viktig. Det vil derfor være viktig å rådføre seg med hjelpere og eller til og med involvere de i terapien. Dette betyr at en må trå utenfor den forventede terapiformen, men godt tilsyn er da nødvendig.

Avslutningen på denne historien er at Ines psykolog ønsker at den kognitive terapien skal integreres i den allerede eksisterende miljøterapien. Både Mirow (2008), Brown og Marshall (2006) skriver at hjelperne vil ha en viktig rolle i implementeringen av den kognitive terapien. Det blir derfor nødvendig å si noe om hva forskningen sier om akkurat dette for å belyse den avsluttende case-diskusjonen.

Mirow (2008) skriver at mennesker med utviklingshemming historisk sett har hatt lite tilgang på terapiformer som kognitiv terapi. Han stiller derfor spørsmålsteget ved hvorvidt denne terapiformen i realiteten vil være tilgjengelig for denne gruppen. Han undrer seg over om «learning disability nurses» som tilegner seg ferdigheter i kognitiv terapi vil kunne fylle dette potensielle vakuemet. Han avslutter også sin artikkel med å presentere et spørsmål om hvorvidt «learning disability nurses» vil være i stand til å utøve kognitiv terapi. Dodd m.fl (2013) skriver at det foreligger flere studier av å trene hjelpere i å utføre kognitiv terapi. Men at det derimot foreligger få studier på det å trene hjelpere til å gjennomføre kognitiv terapi til mennesker med utviklingshemming som et supplement til deres vanlige yrkesrolle. De trekker frem studier av Byrn (2005), Wiebe og Griever (2005) som konkluderer med at treningen av hjelperne burde fokusere på ferdigheter som kan implementeres i hjelpernes egne arbeidsrutiner. De henviser også til Brown og Marshall (2006) som fokuserte på implikasjoner for denne metoden i pleie-praksis og deres studier konkluderte med at «learning disability nurses» er i stand til å gjennomføre terapien i praksis, men at det er et fravær av lederskap. Brown og Marshall (2006) utdyper ikke hva de legger i betegnelsen lederskap, men Jacobsen og Gjertsen (2010) har noen refleksjoner rundt dette i forhold til implementeringen av miljøterapi i bo-enheter for mennesker med utviklingshemming. De skriver at terapiformer som eksempelvis miljøterapi kan utøves under svært ulike betingelser og at det kan foregå i ulike bo-tiltak for mennesker med utviklingshemming. Men de skriver også at leder og ansatte i bo-tiltakene ofte er vernepleiere eller andre treårig helse og sosialfagutdannede og at de ofte er overlatt til seg selv uten bistand fra spesialisthjelp som leger og psykologer. Muligheten for bistand fra

spesialister er også ofte avhengig av at de økonomiske rammene og at lederne greier å knytte kontakter til spesialisthelsetjenesten.

Hvis vi går tilbake til Mirows (2008) spørsmål om hvorvidt «learning disability nurses» vil være i stand til å utføre kognitiv terapi så presenterer Dodd m.fl (2013) et interessant argument. De henviser som sagt til studier som viser at treningen av hjelpere bør fokusere på ferdigheter som kan implementeres i hjelpernes egne arbeidsrutiner. De skriver også at hjelpere i tjenester for mennesker med utviklingshemming i lang tid har implementert atferds analytiske metoder i de eksisterende arbeidsrutinene. Dette kan kanskje tyde på at hjelpere i tjenester til mennesker med utviklingshemming også kan utføre andre typer teknikker som et supplement til deres vanlige arbeidsoppgaver.

Dodd m.fl (2013) har dog gjennomført en studie av et kognitiv atferds terapeutisk treningsprogram beregnet på hjelpere som jobber med mennesker med utviklingshemming. Resultatet av studien var blant annet at hjelperne som deltok i programmet utviklet en større bevissthet om kognitive feilslutninger. De greide også å bruke teknikkene de hadde lært i programmet overfor tjenestemottakerne og hjelpe de til å identifisere tanker og følelser og knytte de til atferd. De opplevde også at programmet utfordret tjenestemottakerne til å tenke over seg selv og de anså dette som positivt.

Mirow (2008) og Brown og Marshall (2006) bruker som sagt begrepet «Learning Disability Nurses» og diskuterte hvorvidt denne profesjonen kan utføre kognitiv terapi. «Learning Disability Nurse» er en Engelsk profesjon som kan ligne vernepleieprofesjonen. Targets Jobs beskriver kjernekompetansen til denne profesjonen. De nevner blant annet skriving av pleieplaner med tidsrammer, koordinering og samarbeid mellom pårørende og andre profesjonelle, dokumentasjon og journalføring, administrasjon av medisin og setting av injeksjoner, bistå brukere med dagligdagse gjøremål og å hjelpe brukerne til å kunne leve så selvstendige liv som mulig. Samtidig listes gode kommunikasjonsevner, tålmodighet og utholdenhet som viktige egenskaper for denne profesjonen. Vanlige arbeidsplasser for denne profesjonen blant annet er sosialtjenester, brukernes hjem, spesialskoler og dagsenter. Profesjonen er nok ikke helt lik vernepleieren, men flere av arbeidsområdene og arbeidstedene er like. Det går derfor å an å konkludere med at denne profesjonen har en likhet med vernepleieprofesjonen og at resultatene av undersøkelsene til en viss grad kan være overførbare.

7.0 Avslutning

7.1 Konklusjon

Min problemstilling tok utgangspunkt i to ulike behandlingsmetoder for mennesker med lett utviklingshemming og depresjon, styrker og svakheter ved disse og hvordan de kan utfylle hverandre i et psykososialt behandlingsforløp. Hva blir så konklusjonen?

Styrker og svakheter ved de ulike metodene:

- Begge metoder har en svakhet i at de er lite forsket på og det er derfor enda vanskelig å si noe om hva effekten av disse metodene er. Kognitiv terapi har dog et større forskningsbelegg enn det miljøterapi har for denne gruppen
- Kognitiv terapi styrkes som metode av at de kognitive faktorene relatert til depresjon hos mennesker med utviklingshemming ser ut til å være sammenhengende med høy frekvens av negative automatiske tanker, negativ sammenligning med andre og lav selvtillit.
- Kognitiv terapi har også en bakside ved at individene lett kan bli sydebukker for deres egne problemer. Det kan bli et overdrevent fokus på at det er deres egen feil dersom de ikke greier å endre på ting i livet sitt. Realiteten er at mennesker med utviklingshemming ofte er avhengige av de rundt seg for å kunne ha et godt liv og de kan ha vanskelig for å selv endre på omstendighetene sine. Det er derfor viktig å utvide perspektivet ved behandling av depresjon hos denne gruppen.
- Kognitiv terapi foregår som oftest i en en til en form på en poliklinikk. Dette kan være problematisk fordi mennesker med utviklingshemming kan ha problemer med å overføre lærte ferdigheter til andre områder av livet. Enkelte hevder dog at kognitiv terapi har fleksibiliteten som kreves for å kunne gå utenfor vanlige standarder.

- Miljøterapi styrkes av at behandlingen som oftest foregår i tjenstemottakernes hjem, noe som er en fordel da mennesker med utviklingshemming har vanskelig for å generalisere lærte ferdigheter til andre områder av livet.
- Mennesker med utviklingshemming og depresjon har ofte vanskelig for å si ifra om at de har energitap og derfor ikke har lyst til å delta på aktiviteter. Resultatet blir da ofte at dags og ukeplanene endres sent. Miljøterapi har fokus på å regulere krav og kan derfor være viktig for mennesker med utviklingshemming og depresjon.

Hvordan kan metodene utfylle hverandre i et psykososialt behandlingsforløp?

- Som vi så i casen hadde Ines vansker en kompleksitet som tilsa at en metode ikke var nok. Hennes depresjon var et resultat av negative automatiske tanker og de uheldige hjemmeforholdene bidro til å forverre situasjonen. Hun mottok derfor både kognitiv terapi for å kunne endre sine egne tanker og samtidig miljøterapi fordi hun var avhengig av hvordan hjelperne håndterte hennes situasjon for å bli bedre. På denne måten ble det synliggjort hvordan de ulike metodene kan utfylle hverandre.

7.2 Refleksjon

Arbeidet med denne bacheloroppgaven har vært spennende og lærerikt. Temaet for oppgaven har vært komplekst og jeg har brukt lang tid på å få en god nok oversikt til å kunne redegjøre og drøfte temaet. Jeg ble veldig engasjert under arbeidet og jeg fikk en lyst til å finne ut mer etter hvert som jeg skaffet meg en større oversikt over feltet.

Oppgaven har også bidratt til ytterligere refleksjoner og jeg sitter igjen med flere ubesvarte spørsmål som det kunne vært interessant å undersøke. Dette gjelder spesielt avslutningen av case-fremstillingen der Ines psykolog bestemmer seg for å integrere kognitiv terapi i den allerede eksisterende miljøterapien. Jeg hadde allerede trukket mine egne linjer på dette tidspunktet, men jeg fant også ut at kognitiv miljøterapi allerede er en eksisterende terapiform som sammenfatter de to terapiformene kognitiv terapi og miljøterapi. Jeg ville kun se på hvordan de ulike metodene kunne utfylle hverandre og på grunn av oppgavens omfang valgte jeg å ikke gå nærmere inn på kognitiv miljøterapi. Men resultatene har vist at både kognitiv terapi og miljøterapi kan gi positive konsekvenser for mennesker med utviklingshemming, og det hadde derfor vært svært spennende å undersøke hvorvidt kognitiv miljøterapi kan representeres som et godt behandlingstilbud for mennesker med utviklingshemming.

En annen ting jeg har reflektert over i løpet av oppgaven er hvordan de to ulike metodene representerer to ulike perspektiv og dermed kan relateres til gap-modellen. Dette fordi den kognitive terapien retter seg mot individnivået og at Ine skal endre sine egne tanker. Mens miljøterapien retter seg mot gruppenivået og at hjelperne rundt henne må endres. Hver for seg kan de ulike perspektivene representere den medisinske og den sosiale modellen av funksjonshemming og når metodene kombineres blir gap-modellen et resultat. Det er spennende å reflektere over slike sammenhenger og jeg merker at jeg har med meg det vernepleiefaglige og miljøarbeidet i ryggsekken uten å alltid være helt klar over det.

Under kapittelet om forforståelse skrev jeg også at jeg hadde en i overkant positiv innstilling til kognitiv terapi som metode. Jeg må innrømme at jeg hele tiden håpet å finne resultater som stemte med min forforståelse og at jeg kunne konkludere med at kognitiv terapi utmerket seg som behandlingsmetode for denne gruppen. Jeg har nok til en viss grad funnet resultater som stemmer med min forforståelse, men jeg har også kommet over kritiske innvendinger som virkelig har utfordret min forforståelse. Kognitiv terapi er nok

en god metode som kan bidra til en rekke positive konsekvenser for mennesker med utviklingshemming. Men det er også viktig å tenke på at ideen om kognitiv terapi for denne gruppen kan skape en uheldig forestilling om at alle vil få det bra så lenge de bare endrer tankene sine. Det kan igjen skape en forestilling om at det er individenes egen feil dersom de ikke greier å endre på ting i livet sitt. Dette er problematisk da mennesker med utviklingshemming ofte er avhengig av menneskene rundt seg for å kunne leve et godt liv og ofte selv har vanskelig for å endre på omstendighetene sine. Det er derfor viktig å ta dette i betraktning, hvis ikke står vi i fare for å gjøre mennesker med utviklingshemming til syndebukker for deres egne problemer.

8.0 Litteraturliste

Antonacci, Diana J, Attiah, Nadir. 2008. "Diagnosis and treatment of Mood disorders in adults with developmental disabilities. *Psychiatric Quarterly*. 2008, vol 79 (3) s 92-171. <http://search.proquest.com/docview/233304785/abstract/4C82BAC7E65E4EBFPQ/22?accountid=40814> Lest: 23.01.2017

Bakken, Trine Lise. 2011. *Samhandling med og uten ord: miljøbehandling for mennesker med utviklingshemming og psykisk lidelse*. Stavanger: Hertervig.

Bakken, Trine Lise og Mette Egelund Olsen. 2012. *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming: forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Berge, Torkil og Arne Repål. 2015. *Håndbok i kognitiv terapi*. 2.utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Brown, M, Marshall K. 2006. "Cognitive behavior therapy and people with learning disabilities: implications for developing nurse practice". *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2006, vol 13 (2), s 234-241. <http://search.proquest.com/docview/198623823/4C82BAC7E65E4EBFPQ/55?accountid=40814> Lest: 24.01.2017

Dagnan, Dave. 2007. "Psychosocial interventions for people with learning disabilities". *Advances in mental health and learning disabilities*. 2007, vol 1 (2), s 3-7. <http://search.proquest.com/docview/1013530281/abstract/4C82BAC7E65E4EBFPQ/38?accountid=40814> Lest: 21.01.2017

Dalland, Olav. 2014. *Metode og oppgaveskriving*. 5.utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Diallo, Abdoulaye, Saladin, Shawn P, Grooms, Darlene AG, Fischer, Jerome, Hansmann, Sandra. 2013. "Conceptualizing the use of cognitive interventions among persons with intellectual disabilities who experience depression". *Journal of applied rehabilitation counselling*, 2013, vol 44 (4), s 3-9.

<http://search.proquest.com/docview/1475377980/abstract/4C82BAC7E65E4EBFPQ/24?acountid=40814> Lest: 10.03.2017.

Dodd, Karen, Austin, Katie, Baxter, Laura, Jennings, Jo, Kenny, Mark, Lippold, Tessa, Livesey, Alexandra, Lloyd, Julie, Nixon, Julie Anne, Webb, Zillah, Wilcox, Esther. 2013. "Effectiveness of brief training in cognitive-behavior therapy techniques for staff working with people with intellectual disabilities". *Advances in mental health and intellectual disabilities*. 2013, vol 7 (5), s 300-3011.

<http://search.proquest.com/docview/1434208009/abstract/4C82BAC7E65E4EBFPQ/27?acountid=40814> Lest: 13.01.2017

Eknes, Jarle. 2014. «Likeverdig tilbud» NAKU faghefte: *Psykisk utviklingshemming og psykisk helse: veiviser til psykiske helsetjenester*.

[https://naku.no/sites/default/files/files/NAKU_Temahefte_nr2_web\(1\).pdf](https://naku.no/sites/default/files/files/NAKU_Temahefte_nr2_web(1).pdf) Lest: 23.04.2017

Eknes, Jarle. 2000. *Utviklingshemming og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Evensen, Olav Ose. 2011. «Miljøbehandling ved depresjon.» *I Samhandling med og uten ord: miljøbehandling for mennesker med utviklingshemming og psykiske lidelser*. Trine Lise Bakken. 95-106. Stavanger: Hertrvig forlag.

Evensen, Olav Olse. 2013. «utviklingshemming: generell kognitiv svikt som medfører økt sårbarhet for utvikling av psykisk lidelse». I Naku faghefte: *Psykisk utviklingshemming og psykisk helse: grunnleggende tema om utviklingshemming og psykisk helse*. S. 5-7.

https://naku.no/sites/default/files/NAKU_Faghefte_nr.1%20web.pdf Lest: 12.04.2017.

Helsedirektoratet. 2009. *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten.*

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf> Lest:

17.02.2017

Helse og omsorgsdepartementet. 2014. *Primærhelsetjenestemeldingen: Fremtidens primærhelsetjeneste – Nærhet og helhet.* Meld.st.26. (2014-2015).

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf> Lest: 15.12.2016

Herheim, Åste og Kari Langholm. 2006. *Psykisk helsearbeid: teorier og arbeidsmåter.* Oslo: Damm

Høgskolen i Molde. 2012. *Bachelor i vernepleie, fagplan.*

<http://www.himolde.no/studier/Bachelorivernepleie/Documents/Fagplan%202016%20for%20vernepleierutdanningen%20-%20justert%2030%2008%2016.pdf> Lest: 12.12.2016

Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. *Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og sosialfagene.* 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jacobsen, Karl og Hilde Borg Gjertsen. 2010. *Forståelse i miljøterapi: Teori, forståelsesramme, kognisjon, emosjon og psykologisk fingering, helse og miljø.* Oslo: Gyldendal akademisk.

Jennings, Caroline, Hewitt, Olivia. 2015. "The use of cognitive behavior therapy to treat depression in people with learning disabilities: a systematic review". *Tizard learning disability review.* 2015, vol 20 (2), s 54-64.

<http://search.proquest.com/docview/1661348983/abstract/4C82BAC7E65E4EBFPQ/28?acountid=40814> Lest: 02.03.2017

Knutsen, Reippuert Trine "Depresjon". *I Psykiske lidelser hos voksne personer med utviklingshemming: forsåtelse og behandling.* Bakken, Trine Lise og Mette Egelund Olsen, 81-93. Oslo: Universitetsforlaget.

Lillevik, Ole Greger og Lisa Øien. 2015. «Hva er miljøterapi». *Sykepleien*. (5). s 60-62.

<https://sykepleien.no/forskning/2015/04/hva-er-miljoterapi> Lest: 03.03.2017

Linde, Sølvi og Inger Nordlund. 2006. *Innføring I profesjonelt miljøarbeid: systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Mirow, Rob. 2008. "Going cognitive: CBT for people with learning disabilities". *Learning disability practice*, 2008, Vol.11(8), s.34-38

<http://search.proquest.com/docview/217762227/citation/B31C6E2C5D6942A8PQ/1?accountid=40814> Lest: 10.05.2017

Morin, Diane, Cobigo, Virginie, Rivard, Melina, Lepine, Maude. 2010. "Intellectual disabilities and depression: How to adapt psychological assessment and intervention". *Canadian psychology*. 2010, vol 51 (3), s 185-193.

<http://search.proquest.com/docview/749504633/abstract/4C82BAC7E65E4EBFPQ/57?accountid=40814> Lest: 13.02.2017

Mæhle, Ivar, Eknes, Jarle og Gunnar Houge. 2011. *Utviklingshemming: Årsaker og konsekvenser*. Oslo: Universitetsforlaget.

NAKU 1 (2017). *Psykisk helse: forskning*.

<https://naku.no/kunnskapsbanken/psykisk-helse-forskning> Lest: 13.02.2017

NAKU 2 (2017). *Den medisinske diagnosen utviklingshemming*.

<https://naku.no/kunnskapsbanken/diagnose-psykisk-utviklingshemming> Lest: 23.01.2017

Norsk helseinformatikk (NHI). 2016. *Depresjon: en oversikt*.

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-en-oversikt/> Lest: 23.02.2017

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2017. *Psykiatri: for helse og sosialfagutdanningene*. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Target Jobs. *Learning disability nurse: job description.*

<https://targetjobs.co.uk/careers-advice/job-descriptions/280545-learning-disability-nurse-job-description> Lest: 21.05.2017.

Utdannings og forskningsdepartementet. 2005. *Rammeplan for vernepleierutdanning.*

http://www.uhr.no/documents/rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf

Lest: 20.02.2017.