

Innhold

1.0 Innledning	3
1.1 Presentasjon av problemstilling	3
1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling med begrunnelse	4
1.3 Vernepleierfaglig relevans	4
1.4 Hensikten med oppgaven	4
1.5 Definisjon av begreper i problemstillingen	5
1.5.1 Depresjon	5
1.5.2 Psykisk utviklingshemming	5
2.0 Bakgrunn.....	6
2.1 Depresjon i en generell kontekst	6
2.2 ICD-10, DSM-IV og alternative sjekklister	6
2.3 Depresjon hos mennesker med utviklingshemming.....	7
2.3.1 Sårbarhet og risikofaktorer	7
2.3.2 Symptomer på depresjon hos personer med utviklingshemmede	8
3.0 Metode	9
3.1 Litteraturstudie	9
3.2 Søkeprosessen	10
3.3 Analysens framgangsmåte.....	10
3.4 Kildekritikk	11
3.5 Systematiske søk i databaser	12
3.6 Manuelle søk	12
4.0 Resultat.....	13
4.1 Litteraturmatriser.....	13
4.2 Sammenfatning av resultater	18
4.2.1 Hvilke symptomer og tegn forekommer?.....	18

4.2.2 Hva sier utviklingshemmede selv og deres nærpersioner om risikofaktorer som kan identifiseres og motvirkes?.....	20
4.2.3 Hvordan oppdage depresjon hos mennesker med utviklingshemming?	22
5.0 Diskusjon / drøfting.....	23
5.1 Hvilke symptomer og tegn forekommer?.....	23
5.2 Hva sier utviklingshemmede selv og deres nærpersioner om faktorer som kan identifiseres og motvirkes?.....	24
5.3 Hvordan oppdage depresjon hos mennesker med utviklingshemming?	26
6.0 Oppsummering og konklusjon.....	27
7.0 Litteraturliste.....	28

1.0 Innledning

Dersom man har vansker med å uttrykke egne følelser, er det vanskelig å formidle sine psykiske smerter. I tillegg kan det også være vanskelig å forstå disse følelsene og vite hva de egentlig er. Det å være deprimert er en tung og vanskelig situasjon å være i. I tillegg kan det hende at ingen vet at man er deprimert, og at man ikke får den hjelpen man har behov for. Det er ikke vanskelig å forestille seg at en slik situasjon ville være utrolig tøff å stå i alene – særlig for personer med utviklingshemming. Depresjon er en av de psykiske lidelsene som forekommer hyppigst i befolkningen, men det er flere grunner til å tro at depresjon forekommer enda hyppigere hos personer med utviklingshemming enn hos befolkningen forøvrig (Bakken & Olsen, 2012, s. 81-82).

Ved å undersøke ulike forskningsartikler vil denne studien finne symptomer som forekommer ved depresjon hos personer med utviklingshemming, og metoder som bidrar til å oppdage symptomene. Studien undersøker hvilken betydning risikofaktorer som er forbundet med depresjon kan ha for å oppdage depressive symptomer. Sammenhengen mellom utfordrende atferd og depresjon er også et fokusområde i studien.

1.1 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt er som følger: *Hvilke symptomer for depresjon forekommer hos personer med utviklingshemming, og hvordan kan man oppdage disse?* Fokuset i oppgaven er hvordan man kan oppdage depressive symptomer og komme fram til en mistanke om en depresjon og eventuelt bekrefte mistanken. Jeg har valgt å benytte tre forskningsspørsmål for å svare på problemstillingen: 1) Hvilke symptomer og tegn forekommer? 2) Hva sier utviklingshemmede selv og deres nærpå personer om faktorer som kan identifiseres og motvirkes? 3) Hvordan oppdage depresjon hos mennesker med utviklingshemming?

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling med begrunnelse

Med utgangspunkt i personer med utviklingshemming, er problemstillingen nokså bred. Jeg har valgt å fokusere mest på lett og moderat utviklingshemming, men dersom forskningen jeg benytter meg av sier noe om temaet for personer med alvorlig og dyp utviklingshemming blir disse også nevnt.

Personer med utviklingshemming er ingen ensartet «gruppe», men hvert enkelt individ med utviklingshemming har sin væremåte og sine personlighetstrekk. I tillegg graderes utviklingshemming fra lett til dyp, og det forekommer mange syndromer og tilleggsvansker som i seg selv gir ekstra utfordringer i tillegg til utviklingshemmingen. Dette gjør problemstillingen slik den er formulert, svært innviklet. Derfor har jeg valgt å begrense meg til å fokusere på lett og moderat utviklingshemming.

Jeg tar for meg ulike symptomer som forekommer og hvordan man kan oppdage disse. Jeg har også valgt å inkludere risikofaktorer i besvarelsen på problemstillingen. For å oppdage depresjon, kan risikofaktorer være en ledetråd. Risikofaktorer kan oppdages før symptomer forekommer. En bevissthet for økt risiko for depresjon kan trolig føre til at depresjonen oppdages på et tidligere stadium og hindre at depresjonen utvikler seg ytterligere.

1.3 Vernepleierfaglig relevans

I rammeplanen for vernepleierutdanningen står det blant annet at vernepleiere skal ha kunnskap om ulike psykiske lidelser og forebygging, behandling og rehabilitering av psykiske lidelser. Videre vektlegges utviklingshemming og risikofaktorer (Ellingsen & Berge, 2014, s. 194). Oppgavens fokus er dermed svært relevant i vernepleieryrke.

1.4 Hensikten med oppgaven

Mange personer med utviklingshemming har vansker med både å forstå endringer i egen helse, og å uttrykke dette på en adekvat måte. Derfor er de avhengig av å få bistand fra andre som kan observere, oppdage, støtte og undersøke dette, samt å iverksette tiltak som kan bidra til økt livskvalitet (Ellingsen & Berge, 2014).

Hensikten med oppgaven er å finne svar på hva man som vernepleier skal se etter når det foreligger mistanke om depresjon hos en person med utviklingshemming. Oppgaven har som formål å gi en oversikt over symptomer og kjennetegn på depresjon hos personer med utviklingshemming. Det er svært store variasjoner i hva en depresjon innebærer, og dette er noe som en vernepleier bør være bevisst på. Disse variasjonene kan gjøre det krevende å fatte mistanke om depresjon hos personer med utviklingshemming.

1.5 Definisjon av begreper i problemstillingen

1.5.1 Depresjon

I dag er det på folkemunne ikke uvanlig å anse seg selv som deprimert i ny og ne, selv uten at man har en diagnose. Med depresjon mener jeg i denne oppgaven diagnosen depressiv episode, tilbakevendende depressiv lidelse eller vedvarende affektiv lidelse som er hovedgrupperingene av depresjon i klassifiseringssystemet ICD-10 (Helsedirektoratet, 2019).

Depresjon er en affektiv lidelse, som i all hovedsak viser seg som en endring i humøret. Symptomer på depresjon er blant annet nedstemthet, redusert aktivitetsnivå, håpløshetsfølelse og tristhetsfølelse (Snoek & Engedal, 2017).

1.5.2 Psykisk utviklingshemming

Psykisk utviklingshemming er en medisinsk diagnose, ifølge kodeverket til ICD-10. I tillegg til en IQ på under 70, er kriteriene for psykisk utviklingshemming at skaden må ha oppstått før fylte 18 år og at det er vesentlige avvik i adaptive ferdigheter (Helsedirektoratet, 2019). Den intellektuelle og praktiske fungeringen, sosial fungering og evnen til å ta vare på seg selv er svakere enn normalområdet for personer med psykisk utviklingshemming (Bakken, 2015, Helsedirektoratet, 2019).

I denne studien velger jeg å benytte meg av begrepet «utviklingshemming», siden «psykisk utviklingshemming» kan misforstås som en psykisk lidelse.

2.0 Bakgrunn

2.1 Depresjon i en generell kontekst

I det daglige er det normalt at man har en dårlig dag i blant og at man uttrykker seg som at man «føler seg deprimert», selv om symptomene likevel ikke tilsier at man har en depresjon. For å oppfylle kriteriene for en depressiv lidelse, er det et symptombilde som må stemme opp mot beskrivelsene i klassifikasjonssystemet ICD-10. Der står det at i en depresjon er kjernesymptomene nedstemthet, lavere energinivå og aktivitetsnivå. I tillegg kan depresjon innebære symptomer som

- Nedsatt interesse, glede og konsentrasjon,
- Økt tretthet, forstyrret søvn, redusert appetitt.
- Svekket selvfølelse og selvtillit, og økt skyldfølelse og verdiløshet.
- Somatiske symptomer som vekttap, uro, psykomotorisk retardasjon, nedsatt seksuallyst.

Ut fra antall symptomer som er tilstede, kan man si noe om hvor alvorlig depresjonen er. To-tre symptomer kjennetegner en mild depressiv episode. Fire eller flere symptomer kjennetegner en moderat depressiv episode, men dersom mange av symptomene er til stede og er vesentlig markert, vil det kjennetegne en alvorlig depresjon. Ved moderat og alvorlig depresjon vil personen ha store problemer med å fungere i dagliglivets ordinære aktiviteter. Ved alvorlig depresjon er tanker om og handling av selvmord utbredt (Helsedirektoratet, 2019).

2.2 ICD-10, DSM-IV og alternative sjekklister

ICD-10 brukes som offisiell norsk klassifikasjon av diagnoser, mens DSM-IV er den amerikanske varianten (Malt, 2018, 2019). Det er en viss uenighet om bruken av diagnostiske kriterier for personer med utviklingshemming med psykiske lidelser, da det kan virke mindre valid når det er snakk om personer med utviklingshemming. Utover offisielle klassifikasjonssystemer finnes det i tillegg sjekklister for utredning av psykiske lidelser hos personer med utviklingshemming, deriblant de mest anerkjente er DASH II og PAS-ADD.

Det er imidlertid noe kritikk til at også disse sjekklisterne kan gi begrensende utslag i resultat (Myrbakk og von Tetzchner, referert i Bakken & Olsen, 2012, s. 33).

2.3 Depresjon hos mennesker med utviklingshemming

Hos personer med utviklingshemming kan symptomprofilen være annerledes ved depresjon enn hos befolkningen for øvrig. Jo større grad av utviklingshemming jo større er differansen til en «normal» symptomprofil. Det vil si at personer med lett utviklingshemming har en nokså lik sykdomsprofil som normalbefolkningen generelt sett, mens personer med dyp utviklingshemming har en mer ulik sykdomsprofil (Helsedirektoratet, 2009).

2.3.1 Sårbarhet og risikofaktorer

Utviklingshemmede har høy grad av biologisk sårbarhet, fordi de tåler mindre stress på grunn av et mer sårbart nervesystem. Vansker med kommunikasjonen, forståelse, å skaffe seg oversikt og emosjonsregulering som følger av nedsatt kognitivt funksjonsnivå, forsterker sårbarheten for belastninger og stress ytterligere (Bakken & Olsen, 2012, s. 83-84). På grunn av at mennesker med utviklingshemming har økt sårbarhet for å utvikle psykiske lidelser, er det stor sannsynlighet for at depresjon forekommer like hyppig eller hyppigere hos personer med utviklingshemming (Cooper et al., referert i Bakken, 2012).

Sårbarhetsfaktorer kan deles i tre; biologiske, psykologiske og sosiale. Biologisk sårbarhet knyttes til genetisk disponibel sårbarhet eller fysisk lidelse. Psykologisk sårbarhet kan for eksempel være personlig nederlag eller håpløshet, mens sosial sårbarhet kan være ensomhet eller konflikter i sosiale sammenhenger (Hollins, referert i Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming [NAKU], 2018).

Individets sårbarhet og opplevd stress henger sammen i utviklingen av depresjon. En person som er svært sårbar, behøver lite stress for å utvikle en depressiv tilstand. Man kan se dette i en bio-psyko-sosial-modell, der biologisk, psykologisk og sosial sårbarhet er bakgrunnen, mens man møter biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som er belastninger og stress. Det vil si at dersom en person er svært sårbar, vil vedkommende tåle lite belastninger før en depresjon utvikles (Bakken & Olsen, 2012, s. 83).

2.3.2 Symptomer på depresjon hos personer med utviklingshemmede

En depresjon kan være svært ulik fra person til person, da symptomene forekommer i ulike variasjoner og styrker. Hvor utfordrende det er å oppdage depresjon hos mennesker med utviklingshemming er dermed også varierende. Gode språkferdigheter og forståelse av symptomer vil kunne gjøre det vesentlig enklere å oppdage depresjon. Jo alvorligere utviklingshemmingen er, jo mer utfordrende vil dette være, og desto viktigere å gjøre gode observasjoner av elementer som kan tyde på depressive symptomer. Når det gjelder å observere personer med utviklingshemming er endring i alminnelig funksjonsnivå og endring fra normal atferd varselssymboler for depresjon. Dette kan for eksempel være i form av at personen prater mindre enn normalt, trekker seg tilbake i sosiale settinger, og isolerer seg (Bakken & Olsen, 2012, s. 86-87).

Kjernesymptomene i en depresjon, nedsatt energi, nedstemthet og nedsatt interesse, er ganske utfordrende å få øye på gjennom observasjon. Det kan være enklere å observere endringer som kan gjenspeile kjernesymptomer, som for eksempel at personen har mindre interesse for noe vedkommende vanligvis har stor interesse for. Eller at personen får nok søvn, men likevel blir sliten av små anstrengelser som vanligvis er lett overkommelig (Bakken & Olsen, 2012, s. 86-87).

Søvnforstyrrelser er ikke et uvanlig symptom på depresjon hos personer med utviklingshemming. Det kan komme i uttrykk som forstyrret døgnrytme, vansker med å sovne og/eller tidlig oppvåkning. Symptomer som endret matlyst og vektendringer forekommer også (Bakken & Olsen, 2012, s. 87).

Smerter og kroppslige symptomer er heller ikke uvanlig hos personer med utviklingshemming når det gjelder depresjon. Undersøkelse for å avdekke om det er kroppslige symptomer som henger sammen med depresjon eller ikke er svært viktig. Dette kan ofte være utfordrende å få klarhet i. Det kan være kroppslige smerter som er forårsaket av depresjon, som en overføring av psykisk smerte. På denne måten kan det være enklere å forstå og uttrykke smerter for personer med utviklingshemming (Bakken & Olsen, 2012, s. 87).

2.4 Diagnostisk overskygging

Forståelse og hjelp er det viktigste for personen selv som har psykiske plager. Trolig blir mange overdiagnostisert, for å sikre behandling for en eventuell mulig diagnose. På den andre siden kan det tyde på at det er minst like mange som ikke får den diagnosen de behøver for å få hjelp til en bedre helse. Uansett er det viktig at personer som har symptomer som kan vitne om en psykiatrisk sykdom, undersøkes nærmere for å bekrefte eller avkrefte mistanken (Bakken, 2015, s. 23-26). Diagnostisk overskygging er når bakgrunnen til symptomer blir forklart med utviklingshemmingen i seg selv, når symptomene egentlig har årsak i psykiske plager. En av hovedårsakene til at psykisk lidelse forblir uoppdaget er nettopp diagnostisk overskygging (Bakken & Olsen, 2012, s. 18).

2.5 Kommunikasjon

Personer med utviklingshemming har ofte vansker med å uttrykke seg med ord. Dette varierer og øker normalt sett med grad av utviklingshemming. De som har moderat utviklingshemming vil ofte ha vansker med å ordlegge seg om sine følelser og behov. Disse vanskene øker også med tilleggstilstand i autismspekteret (Bakken & Olsen, 2012, s. 33).

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

Bacheloroppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie innebærer å samle inn og systematisere litteratur. Hensikten er å fremstille det valgte temaet på en måte som gir oversikt og forståelse over oppdatert litteratur som belyser problemstillingen. Samtidig skal framgangsmåten i studien belyses, slik at man kan bekrefte eller utelukke at den gir svar på problemstillingen (Thidemann, 2019).

3.2 Søkeprosessen

Jeg orienterte meg i ulike databaser for å finne artikler jeg kunne bruke i oppgaven, og valgte å benytte meg av Oria som er universitetsbiblioteket for NTNU og PubMed, siden det var i disse databasene jeg fant studier som var relevante for denne studiens problemstilling. I tillegg så jeg i referanselister i enkelte kapitler til noen bøker for å finne relevante artikler der. Jeg endte med å finne fire artikler i Oria, én i PubMed, og én artikkel fra referanselista i en bok.

Inklusjonskriteriene ved søkeprosessen var at det skulle være fagfelleverderte artikler, engelsk eller skandinavisk språk, utvalget skulle være over 18 år, det skulle omhandle personer med utviklingshemming og samtidig depresjon. Eksklusjonskriteriet var at artiklene ikke skulle være eldre enn ti år. Alle disse kriteriene ble holdt, bortsett fra ved én artikkel som er publisert for elleve år siden.

Artikkelen av Hurley (2008) sin studie fant jeg i referansene i boka «Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming» (Bakken & Olsen, 2012, s. 94). Etter å ha lest studien anså jeg funnene som relevante til problemstillingen min og valgte å inkludere den. Denne artikkelen er oppført i en egen tabell for manuelle søk, mens resten av artiklene står i en tabell for systematiske søk.

I starten av prosessen prøvde jeg å finne relevante artikler som var skrevet på norsk, på grunn av min usikkerhet på engelsk. Dette viste seg å være mangelfullt. Jeg har derfor endt opp med å bruke kun engelske artikler. Det har vært en krevende jobb å forstå og analysere artiklene. Samtidig ser jeg på det som en stor faglig fordel at artiklene jeg valgte ut var på engelsk. Med artiklene fra både Nord-Irland, USA, Australia og to fra Nederland, ble resultatene av internasjonal forankring.

3.3 Analysens framgangsmåte

Jeg leste hver artikkel flere ganger. Mens jeg leste artiklene fylte jeg ut litteratormatrisene for å skaffe meg en grov oversikt over hver enkelt artikkel. Etter de første gangene jeg hadde lest artiklene begynte jeg å skissere ned stikkord som etter hvert utviklet seg til forskningsspørsmål som var relevant til å svare på problemstillingen. Jeg brukte også disse

stikkordene, «symptomer og tegn», «risikofaktorer» og «hvordan oppdage», ved videre lesning i artiklene. For hvert stikkord, brukte jeg én farge med markeringstusj til å markere de elementene som var relevante for stikkordet. Etter hvert, når jeg hadde lest artiklene noen ganger, og fått godt innblikk i dem, satte jeg opp tankekart for å få en systematisk oversikt over hvordan artiklene svarte på problemstillingen min. Jeg lagde tre tankekart – ett for hvert stikkord. Elementene som jeg hadde markert, og skrevet i tankekartet, førte jeg inn i teksten innunder forskningsspørsmålene som punkter. Disse resultatene ble etter hvert til analysen i oppgaven – sammenfatningen av resultatene.

3.4 Kildekritikk

Alle artiklene som er brukt i denne oppgaven, er skrevet på engelsk. Med min noe svake engelskspråklige bakgrunn, er det mulig at jeg har misforstått innholdet i noen av artiklene. Det å oversette artikler direkte til det fagforrådet som benyttes i Norge, kan i noen tilfeller skape forvirring og være noe feil, da praksisen i Norge kan være annerledes enn i en del andre land.

Et eksempel på en svakhet er det faktum at et av kriteriene i studien til Taggart, L., McMillan, R., Lawson, A. (2009) var at deltakerne skulle være taledyktige og gode til å uttrykke seg. Dette er jo et logisk kriterium for å få gode og meningsfulle svar i et intervju. Når man ser resultatene i overført betydning til andre med samme grad av utviklingshemming, kan validiteten være svekket. Studien er også kvalitativ med kun 12 deltagere i utvalget. I hvor stor grad denne er representativ er derfor begrenset. Men samtidig viser studien et godt og grundig innblikk i deltakernes erfaringer knyttet til depresjon.

Resultatene i denne studien kommer fra både kvantitativ og kvalitativ forskning. Dermed er det viktig å ha med seg at det er en viss forskjell mellom å se på det generelle og å se på det individuelle. I denne studien inkluderes begge deler, men i praksis er det viktig å se på hvert enkelt individ, og være bevisst over individuelle forskjeller, og være bevisst på nyansene rundt hvordan en depresjon kan utarte seg.

3.5 Systematiske søk i databaser

Søkeord	Avgrensninger	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Inkluderte artikler
1: Intellectual disability 2: Depression 3: Instrument screening	Siste 10 år Fagfellevurdert Engelsk eller skandinavisk	PubMed	1 1 OG 2 1 OG 2 OG 3	99 632 1 439 9	Hermans, H. og Evenhuis, H. M. (2012) Characteristics of instruments screening for depression. 31 (2010). s. 1109-1120.
1: «Intellectual disability» 2: «depression» 3: «Caregivers» 4: «Early identification»	Siste 10 år Fagfellevurdert Engelsk, norsk og dansk	Oria	1 1 OG 2 OG 3 1 OG 2 OG 3 OG 4	82 324 2 937 163	McGillivray, J. A. og McCabe, M. P. (2010) Detecting and treating depression in people with mild intellectual disability: views of key stakeholders. British Journal of Learning Disabilities, 38. s. 68-76.
1: «Intellectual disabilities» 2: «Mental health problems» 3. «Risk factor»	Siste 10 år Fagfellevurdert Engelsk Søkeord 1 OG 2 i tittel	Oria	1 1 OG 2 1 OG 2 OG 3	6 054 1 245 178	Taggart, L., McMillan, R., Lawson, A. (2009) «Listening to women with intellectual disabilities and mental health problems» 13(4), s. 321-340.
1. «Intellectual disabilities» 2. «Depression»	Siste 10 år Fagfellevurdert Engelsk Søkeord 1 OG 2 i tittel	Oria	1 1 OG 2	6 054 81	Hermans, H. og Evenhuis, H. M. (2011) Life events and their associations with depression and anxiety in older people with intellectual disabilities: Results of the HA-ID study. 138 (2012). s. 79-85

3.6 Manuelle søk

Referanse funnet i	Inkluderte artikler
Bakken og Olsen (2012) Psykisk lidelse hos personer med utviklingshemming. Oslo: Universitetsforlaget	Hurley, A. D. (2008) Depression in adults with intellectual disability: symptoms and challenging behavior. 52(11), s. 905-916.

4.0 Resultat

4.1 Litteraturmatriser

Artikkel 1: Taggart, L., McMillan, R., Lawson, A. (2009) «Listening to women with intellectual disabilities and mental health problems» 13(4), s. 321-340.

Hensikt	Hensikten med studien er å kartlegge hva kvinner med lett utviklingshemming selv trekker frem som risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer knyttet til psykisk helse.
Metode og utvalg	I studien ble det benyttet kvalitativ metode. 12 kvinner fra Storbritannia med lett utviklingshemming og psykisk lidelse ble intervjuet. Alderen til kvinnene var mellom 28-64 år. Sju av kvinnene hadde en depressiv lidelse. Ellers var diagnosene fordelt mellom schizofreni, bipolar lidelse, og samtidig depressiv- og angstlidelse.
Resultater	Resultatet fra studien er todelt i risikofaktorer (faktorer som kan <i>fremme</i> psykiske lidelser) og beskyttelsesfaktorer (faktorer som kan <i>hemme</i> psykiske lidelser). Risikofaktorene som ble trukket frem er: å være kvinne og ha utviklingshemming, å ikke føle seg som en kvinne, og det å ville stifte sin egen familie og negative opplevelser/hendelser i livet.
Relevans	Hvordan mennesker med utviklingshemming selv beskriver hvilke faktorer som hemmer eller fremmer psykiske vansker, er svært viktig for den helhetlige forståelsen. Det disse kvinnene beskriver, kan være det andre personer med utviklingshemming føler, men ikke klarer å definere og fremstille på en forståelig måte.
Kvalitetsvurdering og egne kommentarer	12 deltager er muligens litt få, og jeg anser det som en svakhet i studien. Det er også en svakhet at studien ser kun på kvinner. Resultatene i denne studien gjelder ikke alle med utviklingshemming, da metoden er kvalitativ og ser på den enkelte sine opplevelser. Forfatterne skriver at etiske retningslinjer ble grundig fulgt, og etisk godkjenning fra forskningsutvalget i Nord-Irland ble gitt for studien. Jeg valgte å bruke risikofaktorer, og ikke beskyttelsesfaktorer i studien, da det var risikofaktorer som var mest relevante.

Artikkel 2: Hurley, A. D. (2008) Depression in adults with intellectual disability: symptoms and challenging behavior. 52(11), s. 905-916.

Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke symptomer for depresjon og utfordrende atferd i forhold til andre lidelser.
Metode og utvalg	I denne studien er det benyttet en kvantitativ metode. Studiens metode var å kartlegge symptomer som ble rapportert i journalen i perioden under diagnostiseringen. Deltagerne i studien var kategorisert etter psykiatriske diagnoser. Alle deltagerne hadde utviklingshemming. Kategorien med depressiv lidelse inkluderte 85 deltagere, og ellers var gruppene fordelt mellom angst, bipolar lidelse og kontrollgruppe. Studien er fra Boston i Massachusetts.
Resultater	De symptomene som var signifikante ved depresjon hos personer med utviklingshemming, var tristhet, gråt og gledeløshet. Utfordrende atferd forekom hos alle gruppene, og nest mest i gruppen med depresjon. Det er likevel ikke slik at utfordrende atferd står som et symptom på depresjon, men dersom en person har noen depressive symptomer i tillegg til utfordrende atferd bør dette være med på å vekke en vesentlig mistanke om en depressiv lidelse.
Relevans	Studien ser på symptomer hos utvalget, noe som er svært relevant til problemstillingen i denne oppgaven.
Kvalitetsvurdering og egne kommentarer	Diagnosesystemet DSM-IV er brukt, noe som ikke er standardsystemet i Norge. Utvalget var stort; 85 deltagere med depresjon og 300 deltagere til sammen. Dette ser jeg på som en styrke i studien. Artikkelen er litt gammel, men den ble likevel inkludert da det ikke ble funnet tilsvarende artikler som var av nyere dato.

Artikkel 3: Hermans, H. og Evenhuis, H. M. (2010) Characteristics of instruments screening for depression. 31 (2010). s. 1109-1120.

Hensikt	Hensikten i denne studien var å samle inn informasjon om gjennomførbarhet, reliabilitet og validitet av kartleggingsinstrumenter for depresjon hos mennesker med utviklingshemming.
Metode og utvalg	Dette er en litteraturstudie med bruk av databasene PubMed, PsychInfo og Embase. I litteraturen som ble valgt var personene 14 år eller eldre, og alle grader av utviklingshemming ble inkludert.
Resultater	I studien vurderes de ulike screeningsinstrumentene. Det kartleggingsverktøyet for selvrapporing som ble trukket ut som mest pålitelig, validitet og sensitivitet for personer med utviklingshemming var «the Glasgow Depression Scale». For informanter-rapporing var kartleggingsverktøyene «the Assessment of dual diagnosis» (ADD), «the Reiss Screen for Maladaptive Behaviour» (RSMB) og «Children's Depression Inventory» (CDI) de mest lovende verktøyene.
Relevans	Denne studien er relevant dersom man overfører noen av perspektivene i diagnostiseringen til perioden hvor mistanken om depresjon starter.
Kvalitetsvurdering og egne kommentarer	Studien inkluderer personer mellom 14 og 18 år, noe som er utenfor aldersbegrensningene i denne oppgaven. Likevel benyttes denne studien da dette kun er en liten del av utvalget i studien. Samtidig er det lite trolig at det forstyrrer resultatene opp mot denne oppgaven.

Artikkel 4: McGillivray, J. A. og McCabe, M. P. (2010) Detecting and treating depression in people with mild intellectual disability: views of key stakeholders. *British Journal of Learning Disabilities*, 38. s. 68-76.

Hensikt	Denne studien er fra Australia og har som hensikt å gi svar på hvordan en kan gjøre tidlig identifisering av depresjon hos personer med lett utviklingshemming.
Metode og utvalg	Utvalget bestod av 64 personer med lett utviklingshemming, bistandsyttere, familiemedlemmer, sosialarbeidere og helsepersonell. Metoden gikk ut på å samle grupper på 4-6 personer som skulle diskutere hvordan man kan oppdage depresjon hos personer med lett utviklingshemming. Fire grupper besto kun av personer med lett utviklingshemming. Tre grupper med familiemedlemmer og andre nærpå personer, tre med helsefagarbeidere, og tre med profesjonsutøvere. Gruppene ble tilrettelagt og styrt av en psykolog som hadde stor erfaring med fokusgrupper.
Resultater	Det ble funnet ulike risikofaktorer for å utvikle depresjon innenfor atferd, sosial, emosjonell, helserelaterte faktorer. Svak støtte på mellommenneskelige plan, endrede boforhold, usikkerhet i forbindelse med jobb var noen av risikofaktorene som ble identifisert.
Relevans	Denne studien er relevant for problemstillingen fordi den gir innblikk i et bredt spekter av risikofaktorer for å utvikle depresjon hos personer med utviklingshemming.
Kvalitetsvurdering og egne kommentarer	Studien er etisk godkjent gjennom «the University Ethics Committee».

Artikkel 5: Hermans, H. og Evenhuis, H. M. (2011) Life events and their associations with depression and anxiety in older people with intellectual disabilities: Results of the HA-ID study. 138 (2012). s. 79-85

Hensikt	Hensikten med denne studien fra Nederland var å se om det var en sammenheng mellom livshendelser og depresjon hos personer med utviklingshemming.
Metode og utvalg	Denne studien er av kvantitativ metode; mer presist en tverrsnittstudie. Utvalget i studien besto av 988 personer med lett til dyp utviklingshemming som var femti år eller eldre. Gjennomsnittsalderen i utvalget var 61 år. Forekomsten av livshendelser ble studert opp mot depresjon og angst.
Resultater	Frekvensen av opplevde hendelser var høyere hos deltakerne som var 65 år eller eldre, som hadde lav eller moderat utviklingshemming, og de som allerede hadde en depresjon. Ved livshendelser som oppstått sykdom eller skade i liten grad, konflikt med naboer i bofellesskap, mobilitetssvikt, tap av fritidsaktiviteter, endringer i jobb eller dagtilbud, var det en særlig tydelig sammenheng til depressive symptomer.
Relevans	For å oppdage depresjon, er det fornuftig å se på livsforløpet til den enkelte personen. Har personen opplevd hendelser som kan ha virket negativt på den psykiske helse? Er det planlagt hendelser som kan oppleves utrygge og dermed fremprovosere depresjon?
Kvalitetsvurdering og egne kommentarer	Denne studien omfatter personer med utviklingshemming som er femti år eller eldre. Den omfattes alle fire gradene av utviklingshemming, lav, moderat, alvorlig og dyp. Pålitelig informasjon om årsakssammenhenger er mangelfull på grunn av at dette er en tverrsnittstudie. Sammenhengene ble studert for depressive symptomer og ikke depressiv lidelse. Studien er etisk godkjent av «Medical Ethical Testing Committee of the Erasmus University Medical Center at Rotterdam».

4.2 Sammenfatning av resultater

4.2.1 Hvilke symptomer og tegn forekommer?

Hurley (2008) omhandler depresjon og utfordrende atferd i forhold til andre lidelser. Studien er gjort med et retrospektivt perspektiv, der det er tatt utgangspunkt i journaler mellom 1993 og 2003 for å finne symptomer som har endt med en diagnostisering. Studien er basert på 300 personer med ulik grad av utviklingshemming, derav 85 ble diagnostisert med en depressiv lidelse. Personer med ulike diagnoser ble delt inn i ulike grupper: bipolare lidelser (70), angstlidelser (30), ADHD (15), kognitive diagnoser (22) og en gruppe med bred spredning i diagnoser (29). 27 personer viste ingen tegn til psykiatiske lidelser og ble dermed brukt som kontrollgruppe for studien. Symptomer som forekom hos utvalget med depresjon, som var nokså likt med de andre diagnosene, var søvnforstyrrelser, som både vansker med å sovne, oppvåkninger gjennom natten og tidlig oppvåkning på morgenen. I tillegg forekom symptomer som å være dypt i egne tanker, konsentrasjonsvansker, appetittendring, engstelighet, isolasjon og irritabilitet.

Det som ifølge studien skilte depresjon fra de andre lidelsene som ble diskutert var blant annet tristhet, gråt og gledeløshet. Hurley konkluderer med at bruk av kun DSM og DM-ID for diagnostisering vil føre til at personer med utviklingshemming og depresjon ikke vil oppfylle kriteriene for diagnostisering. Dette er fordi DSM og DM-ID forutsetter evne til å kommunisere depressive følelser og en nøye rapportering fra en tjenesteyter. Derfor for å kunne diagnostisere personer med utviklingshemming på en tilfredsstillende måte, må man jobbe aktivt med familie og andre tjenesteytere for å observere nøye om det kan forekomme depressive tendenser. Studien er basert på notater i journaler fra konsultasjonssamtale med psykiater, men Hurley (2008) mener at psykiateren også burde ta hensyn til en tjenesteyters rapport og vurdere denne før en mulig diagnostisering.

Utfordrende atferd forekom hos alle de psykiatiske gruppene og forekomsten av slik atferd i kontrollgruppen var betydelig mindre. Selv om utfordrende atferd var nest mest utbredt i gruppen med depresjon viser studien til at atferden ikke kan vises til som et symptom på depresjon, men at dersom noen har depressive symptomer i tillegg til en slik atferd at det

burde vekke mistanke om en depressiv lidelse. Hurley refererer også til McBrian (2003) som viser til at utfordrende atferd ofte brukes som et symptom på depresjon ut av frykt for å ikke oppdage depressive lidelser hos personer med utviklingshemming. Denne frykten kommer av at personer med utviklingshemming ofte ikke har forutsetninger til å uttrykke egne følelser (Hurley, 2008). Studien viser også til at det forskes mye på det komplekse forholdet mellom sinneutbrudd og depresjon i forhold til suicidale tendenser og impulsivitet (Dougherty et al. 2004; Picardi et al. 2004, referert i Hurley 2008). Aggresjon er tradisjonelt assosiert med både depressive lidelser og angstlidelser (Posternak & Zimmerman, 2002, referert i Hurley, 2008).

Utvalget i McGillivray & McCabe (2009) sin studie mente at å oppdage depresjon hos personer med utviklingshemming baserer seg på både emosjonelle, sosiale og atferdsmessige tegn. Emosjonelle tegn er på sett og vis like som i normalbefolkningen, men utarter seg på en annen måte hos personer med utviklingshemming. Ved manglende ferdigheter på språk og å uttrykke følelser, vil de emosjonelle tegnene komme på andre måter og i større grad uttrykkes gjennom atferd. Dette kan for eksempel være sosial tilbaketrekning og gråt, manglende motivasjon, tretthet, endret appetitt og søvnmønster (McGillivray & McCabe, 2009).

Hos utvalget i studien til McGillivray & McCabe (2009) ble det lagt vekt på at utfordrende atferd var en viktig indikator på depresjon. Utfordrende atferd som det var snakk om her ble gruppert som selvskade, forstyrrende atferd, skade på andre og atferd med risiko (McGillivray & McCabe, 2009). Taggart et al. (2009) skriver at diagnostisk overskygging, atferdsoverskygging og psykiatrisk overskygging ble identifisert som tre mulige årsaker til utfordrende atferd (Allen, referert i Taggart et al., 2009).

Noen symptomer som står oppført i diagnosemanualen ICD-10 (Helsedirektoratet, 2019) som skyldfølelse, svekket selvtillit og selvmordstanker- og handlinger, er ikke påpekt av utvalgsgruppa i studien til McGillivray & McCabe (2009). Håpløshet, helsebekymring og følelse av mislykkethet, var derimot blant kriterier basert på emosjoner som ble identifisert.

4.2.2 Hva sier utviklingshemmede selv og deres nærpersoner om risikofaktorer som kan identifiseres og motvirkes?

Det å komme i en situasjon hvor man må flytte er en risikofaktor ifølge utvalget i studien til McGillivray & McCabe (2009). Dette innebærer flere usikre elementer; endring av selve boligen, nye folk å forholde seg til – både tjenesteytere, naboer og andre, og at rutiner i hverdagen blir endret. I tillegg, dersom man flytter en vesentlig distanse fra sitt opprinnelig hjem, kan det være vanskelig å holde kontakten med venner. Denne risikofaktoren med flytting, ble understreket som en primær risikofaktor hos utvalget. I tillegg var også usikkerhet med tanke på jobb, understreket som en betydelig risikofaktor. Disse to risikofaktorene er også godt kjent i litteraturen (Esbensen & Benson, referert i McGillivray & McCabe, 2009). Det å ikke ha et sosialt liv som oppleves verdig, å ikke ha en «normal» jobb, å ikke ha intime relasjoner er også relevante faktorer som kan påvirke utviklingen av depresjon hos personer med utviklingshemming (McGillivray & McCabe, 2009).

Svak støtte på mellommenneskelige plan for personer med utviklingshemming er en betydelig risikofaktor for å utvikle depresjon ifølge studien til McGillivray & McCabe (2009). Det trekkes linker mellom depresjon og mangel på nære relasjoner og samtidig manglende støtte på området. Dette er anerkjent gjennom litteratur (Nezu et al., Sands & Kozleski, referert i McGillivray & McCabe, 2009), og ble understreket som en sentral risikofaktor hos utvalget.

Personer som erfarer hendelser med vonde opplevelser, kan være mer sårbar for å utvikle depresjon. Her vil det være et stort behov for observasjon av atferdsendringer.

Atferdsendringer kan med fordel observeres i samarbeid med noen som har kjent personen godt over tid (McGillivray & McCabe, 2009).

Taggart et al. (2009) presenterte tre risikofaktorer som ble identifisert av utvalget som besto av 12 kvinner med lett eller moderat grad av utviklingshemming: 1) å være kvinne og ha utviklingshemming, 2) å ikke føle seg som en kvinne, og det å ville stifte sin egen familie, 3) å erfare negative opplevelser/hendelser i livet.

1) Å være kvinne og ha utviklingshemming:

Det å vite at man har en utviklingshemming. Kvinnene forteller at de føler seg annerledes, at de blir stigmatisert og at de ikke passer inn. Noen av kvinnene sammenligner seg med andre, og føler seg annerledes enn andre kvinner uten utviklingshemming.

2) *Å ikke føle seg som en kvinne, og det å ville stifte sin egen familie:*

Det å ville stifte sin egen familie er ganske enkelt å forstå hva innebærer. Det å ikke føle seg som en kvinne, handler i denne konteksten om å ikke kunne leve som andre kvinner i samfunnet – å ikke gifte seg, ikke stifte en familie og ta vare på den, og rett og slett ikke føle seg som en normal kvinne. To kvinner i studien hadde vært gift, og blitt enten enke eller skilt. Begge to hadde opplevd vanskeligheter og fysisk vold i ekteskapet. To kvinner hadde barn, men mistet omsorgen for barna sine på grunn av enten psykisk sykdom eller sykehusinnleggelse. Den ene kvinnen møtte barnet sitt uregelmessig og sjeldent, men det var hennes tidligere manns foreldre som bestemte tidspunkt for møte. Denne uforutsigbarheten gjorde at kvinnen hadde det svært vanskelig følelsesmessig. Ingen av kvinnene var i romantiske forhold, noen av kvinnene fortalte at de ikke hadde hatt kjæreste i løpet av livet. Mange av kvinnene fortalte at de skulle ønske at de hadde en partner, skulle ønske at de hadde barn og var gift, og skape et familiehjem.

3) *Å erfare negative hendelser i livet:*

Alle kvinnene i studien hadde opplevd negative hendelser i livet, og så på disse hendelsene som en negativ effekt på den psykiske helsa. Slike hendelser var blant annet at foreldrene gikk bort, å miste venner, miste dagtilbudet eller jobb, at barndomshjemmet ble solgt. Svake relasjoner til tjenesteytere, å ha opplevd mobbing, å miste sin partner, miste omsorgen for barna sine eller å bli overgrepet var også hendelser kvinnene hadde opplevd og som påvirket deres psykiske helse i negativ forstand (Taggart et al., 2009).

I studien om sammenhengen mellom livshendelser og depresjon, Herman og Evenhuis (2012), ble det funnet at 72 % ble utsatt for negative livshendelser. Opphopninger av spesielt negative livshendelser resulterte i hyppigere depressive symptomer. Oppstått sykdom eller skade i liten grad, konflikt med naboer i bofellesskap, mobilitetssvikt, tap av fritidsaktiviteter, endringer i jobb eller dagtilbud, ble spesielt forbundet med økte depressive symptomer.

Livshendelser kan være positive eller negative, for eksempel at man drar på ferie er høyst sannsynlig positiv, mens dersom en nærpersion går bort vil være en negativ livshendelse. Noen livshendelser, som for eksempel å flytte, kan være positiv for noen og negativ for andre. (Owen et al., referert i Herman & Evenhuis, 2012). Livshendelser i denne sammenhengen, er hendelser som gir endring og kan oppleves som uforutsigbare. Det noen utenfra ser på som en

flott forandring som for eksempel å pusse opp leiligheten, kan oppleves utrygt og vanskelig for den det gjelder. Herman & Evenhuis (2012) konkluderer med at livshendelser bør overvåkes bedre og om mulig forebygges dersom det er flere eller negative, siden livshendelsenes tilknytning til depresjon har høy forekomst. Det bør bli en sterkere bevissthet rundt dette i tjenester for personer med utviklingshemming.

4.2.3 Hvordan oppdage depresjon hos mennesker med utviklingshemming?

Kriteriene som brukes for depresjon hos befolkningen for øvrig, er relevante også hos personer med utviklingshemming, men sosiale faktorer og utfordrende atferd bør også vektlegges ifølge utvalget i studien (McGillivray & McCabe, 2009).

McGillivray & McCabe (2009) mener det er behov for styrket kompetanse på feltet om personer med utviklingshemming og depresjon. Og at det er behov for adekvate kartleggingsmetoder som er mulig for vernepleiere (i overført betydning) å benytte for å kartlegge depresjon hos personer med lett utviklingshemming, slik at hjelp fra psykiatere kan bli lettere tilgjengelig.

Hermans & Evenhuis (2010) trekker fram *The Glasgow depression scale (GDS)* som den mest adekvate og presise selvrapporтерingsinstrumentet for å kartlegge depressive symptomer hos personer med lett og moderat grad av utviklingshemming. Av de instrumentene for selvrapportering som ble vurdert i studien, var denne mest sensitiv, presis, reliabel og valid. GDS har også en del for informanter, som inneholder 16 elementer. Delen for personer med utviklingshemming består av 20 elementer, som baseres på diagnosekriterier fra både DSM-IV (American Psychiatric Association, referert i Hermans & Evenhuis, 2010), ICD-10 (Helsedirektoratet, 2019) og DC-LD (Royal College og Psychiatrists, referert i Hermans & Evenhuis, 2010).

Når det gjelder rapportering for informanter, var de tre mest lovende instrumentene «the Assessment of dual diagnosis» (ADD), «the Reiss Screen for Maladaptive Behaviour» (RSMB) og «Children's Depression Inventory (CDI). Sensitivitet og presisjon for underkategoriene i RSMB er det mangelfull dokumentasjon for, og samtidig mangler noen sentrale symptomer i dette instrumentet. Basert på pålitelighet, gyldighet, sensitivitet og presisjon ble konklusjonen at ADD og CDI var mest lovende. Her understrekes det likevel at

det er behov for ytterligere forskning på pålitelighet, gyldighet, sensitivitet og presisjon (Hermans & Evenhuis, 2010).

Det mangler fullverdig dokumentasjon på disse fire kartleggingsverktøyene når det gjelder å bruke de ovenfor personer med utviklingshemming. Det behøves mer forskning på feltet for å være sikker på hvilke som er de mest egnede instrumentene. Siden GDS legges fram som det mest lovende instrumentet med færrest svakheter, velger jeg å benytte dette til eksempler i drøftingsdelen (Hermans & Evenhuis, 2010).

5.0 Diskusjon / drøfting

5.1 Hvilke symptomer og tegn forekommer?

Hurley (2008) mener at utfordrende atferd ikke kan vises til et symptom på depresjon. Dersom en person har både depressive symptomer og utfordrende atferd, bør den utfordrende atferden være med på å vekke ekstra stor mistanke om at depresjon kan foreligge (Hurley, 2008). På den andre siden ble det i studien til McGillivray & McCabe (2009) lagt vekt på at utfordrende atferd, som selvskading, forstyrrende atferd, skade på andre og atferd med risiko, var en viktig indikator på depresjon. McGillivray & McCabe (2009) mente at utfordrende atferd, sammen med sosiale faktorer, bør i tillegg til standard depresjonskriterier vektlegges når det gjelder personer med utviklingshemming. Selv om det er en viss enighet om at utfordrende atferd kan være et tegn og en indikator for depresjon, skal man også trå forsiktig. Hurley (2008) refererer til McBrien (2003) som understreker at utfordrende atferd til tider brukes som et symptom i frykt for å ikke oppdage depressiv lidelse. Utfordrende atferd bør dermed benyttes som en indikator på depresjon, og ikke som et symptom.

Ifølge Hurley (2008) er det tre symptomer som er særegne for depresjon; tristhet, gråt og gledeløshet. I tillegg var det hyppig forekomst av tankefullhet, konsentrasjonsvansker, appetittendring, engstelighet, isolasjon og irritabilitet. Bakken og Olsen (2012) mener at depressive symptomer hos personer med utviklingshemming er utfordrende å oppdage ved observasjon, særlig kjernesymptomene nedsatt energi, nedstemthet og nedsatt interesse.

Derfor vil det være naturlig å forsøke å oppdage tegn som tyder på depressive symptomer. Nedsatt energi kan for eksempel speiles i at personen er sliten og trøtt ved små anstrengelser som vanligvis er overkommelige, selv om personen har sovet hele natten. Nedsatt interesse kan speiles i at personen ikke er interessert i de aktivitetene som han eller hun har likt svært godt over flere år (Bakken & Olsen, 2012). Når personen selv ikke har kognitive ferdigheter til å uttrykke sine plager, kan det altså være hensiktsmessig å finne tegn i hverdagen til personen som kan gjenspeile depressive symptomer.

Noen eksistensielle og svært alvorlig symptomer, som skyldfølelse, svekket selvtillit og selvmordstanker- og handlinger, ble ikke påpekt av utvalget i studien til McGillivray & McCabe (2009). Om dette er fordi disse symptomene oppstår i en mindre grad ved depresjon hos personer med utviklingshemming, eller om det er et hull eller en tilfeldighet i studien, er vanskelig å si. Uansett er det viktig å være bevisst på at disse symptomene kan forekomme, og i så fall ha alvorlige mulige utfall – særlig ved selvmordstanker- og handlinger.

5.2 Hva sier utviklingshemmede selv og deres nærpersoner om faktorer som kan identifiseres og motvirkes?

McGillivray & McCabe (2009) identifiserte flytting som en risikofaktor. Flytting kan påvirke en persons liv på flere områder. Som en følge av å flytte inn i en ny bolig vil de fysiske rammene rundt personen endres, både i form for å oppholde seg i boligen, men også det som er utenfor boligen. Nye naboer, nye tjenesteytere og nye omgivelser kan være en stor overgang. Kanskje man bor langt unna venner som man tidligere bodde nært, og at det er vanskeligere å treffes nå. Flytting vil også føre til endringer i rutiner. Selv om noen opplever flytting som en positiv hendelse, kan det for en del personer med utviklingshemming oppleves negativt, og være en stor overgang som føles utrygg.

Jeg har selv jobbet med en person med utviklingshemming som har vært i en situasjon med endrede rammer. Her var det ikke snakk om flytting, men oppussing av leiligheten til beboeren. Planen var i utgangspunktet å pusse opp hele kjøkkenet og stua i leiligheten på samme tid – legge nytt gulv, male vegger, bytte ut kjøkkeninnredning og fornye møbler på både kjøkkenet og stua med mer. Alt skulle altså byttes ut og fornyes. Men etter noen innvendinger i ansvarsgruppa rundt beboeren ble planen noe endret, det skulle være en

prosess over en lengre periode. Først skulle det «faste» som kjøkkeninnredning, gulv og vegger ordnes, og resten være som før. Etter noen måneder skulle også møblene byttes ut. Dette ble gjort med en tanke om at en slik forlengelse av å endre rammene, ville gjøre det enklere å tilpasse seg det nye, med ett steg om gangen. Det er uvisst om dette egentlig hjalp på å formilde risikofaktoren til akkurat denne beboeren, men av min observasjon og forståelse av beboeren virket det som en ekstra trygghet i at møblene fortsatt sto igjen en periode.

McGillivray & McCabe (2009) fant at en person som ikke opplever at ens sosiale liv er verdig og ikke tilfredsstillende sine ønsker og behov om sosial omgang, har større risiko for å utvikle depresjon. Samtidig trekkes det linker mellom mangel på nære relasjoner og depresjon og samtidig manglende støtte på området (Nezu et al., Sands & Kozleski, referert i McGillivray & McCabe, 2009).

Noen andre risikofaktorer som McGillivray & McCabe (2009) fant i sin studie var å ikke ha intime relasjoner. Taggart et al. (2009) kom også fram til at det å ville ha en partner, stifte sin egen familie og gifte seg og samtidig ikke ha mulighet til det, var en risikofaktor ved at man ikke følte seg «normal». Det å ikke ha en jobb som er «normal», som for eksempel å ha et aktivitetstilbud på dagtid som kalles jobb, men som egentlig ikke er en vanlig jobb ble også identifisert som en risikofaktor.

McGillivray & McCabe (2009) trekker en link mellom at personer med utviklingshemming som opplever vonde hendelser og sårbarhet for depresjon. I likhet med Taggart et al. (2009) som også viser til at å erfare negative hendelser er en risikofaktor for å utvikle depresjon. Utvalget i studien til Taggart et al. (2009), som selv har hatt slike opplevelser og senere fått en depresjon eller annen psykisk lidelse, fortalte om hvilke hendelser de har hatt som de mener har fremprovosert sin psykiske lidelse. Disse hendelsene var at foreldrene gikk bort, å miste venner, miste dagtilbudet eller jobb og at barndomshjemmet ble solgt. Videre fortalte de om svake relasjoner til tjenesteytere, å ha opplevd mobbing, å miste sin partner, miste omsorgen for barna sine og bli overgrepet (Taggart et al., 2009).

Herman og Evenhuis (2012) fant at livshendelser som oppstått sykdom eller skade hos personen, konflikt med naboer i bofellesskap, mobilitetssvikt, tap av fritidsaktiviteter, endringer i jobb eller dagtilbud, ble spesielt forbundet med økte depressive symptomer. Depressive symptomer forekom i enda større grad ved opphopninger av negative livshendelser, altså ved flere livshendelser over en kort periode (Herman & Evenhuis, 2012).

5.3 Hvordan oppdage depresjon hos mennesker med utviklingshemming?

Når årsaken til symptomer som en person har egentlig er depresjon, men blir begrunnet med utviklingshemmingen er det snakk om diagnostisk overskygging. Og nettopp dette er en av hovedårsakene til at psykisk lidelse forblir uoppdaget (Bakken & Olsen, 2012, s. 18). I studien til Taggart et al. (2009) refereres det til Allen (2009) som identifiserte diagnostisk overskygging som en mulig årsak til utfordrende atferd. Dette forsterker viktigheten i å oppdage symptomer, og undersøke hvorfor de er til stede, og unngå diagnostisk overskygging.

Hermans & Evenhuis (2010) mente at Glasgow depression scale (SDG) fremsto som det aller mest lovende instrumentet for selvrapportering av depressive symptomer. Instrumentet er todelt med en del for den personen det gjelder og en for informanter. Det går an å stille spørsmålstegn for hvor mange dette instrumentet passer for. I studien presiseres det at målgruppen er personer med lett og moderat utviklingshemming. Likevel kan det tenkes at den ikke passer for alle med lett og moderat utviklingshemming. Et slikt instrument setter krav om noe refleksjon rundt hva man føler og kjenner på, og *det* kan være mer utfordrende for noen. Derfor kan andre metoder være bedre for noen. Dette presiseres i Hurley (2008) som mener at DSM og DM-ID ikke er egnet til å diagnostisere depresjon hos en del personer med utviklingshemming, nettopp fordi disse manualene forutsetter ferdigheter til å kunne kommunisere depressive følelser og symptomer. Derfor er nøye observasjon og rapportering av symptomer fra både tjenesteytere og andre nærpå personer svært viktig.

I studien til McGillivray og McCabe (2009) kom det fram at å oppdage depresjon går ut på å identifisere emosjonelle, sosiale eller atferdsmessige tegn som kan være depressive symptomer. Bakken og Olsen (2012) peker på observasjon av endring i alminnelig funksjonsnivå og normal atferd som tegn som kan varsle om depresjon.

6.0 Oppsummering og konklusjon

Denne studien har undersøkt tegn, symptomer og risikofaktorer knyttet til depresjon hos personer med utviklingshemming. Utfordrende atferd, som selvskading, forstyrrende atferd, skade på andre og atferd med risiko, kan være en indikasjon på depresjon, men kan ikke benyttes som et symptom. Diagnostisk overskygging er en mulig årsak til utfordrende atferd. Dette understreker viktigheten i å finne årsaken til tegn og symptomer. Mange symptomer ble funnet i denne studien, blant annet søvnforstyrrelser, å være dypt i egne tanker, konsentrasjonsvansker, appetittendring, engstelighet, isolasjon, irritabilitet, tristhet, gråt, gledeløshet, håpløshet, bekymring over egen helse og følelse av mislykkethet. Skyldfølelse, svekket selvtillit og selvmordstanker- og handlinger ble ikke identifisert, men det må likevel tas høyde for at også disse symptomene forekommer.

Det ble gjort funn som viser til at emosjonelle, sosiale og atferdsmessige tegn er grunnlaget for å oppdage depresjon. Kjernesymptomene nedsatt energi, nedstemthet og nedsatt interesse kan være utfordrende å oppdage hos personer med utviklingshemming, som følge av deres vansker med å uttrykke og forstå egne følelser. I tillegg til å observere symptomer, er det dermed svært relevant å observere tegn som gjenspeiler depressive symptomer. Glasgow depression scale er et lovende alternativ dersom det skal benyttes rapporteringsinstrument for depressive symptomer. Målgruppen dette instrumentet passer best for er henholdsvis personer med lett og moderat grad av utviklingshemming.

Det er en bred enighet om at negative livshendelser er en sentral risikofaktor på depresjon hos personer med utviklingshemming. Det å for eksempel flytte er en stor risikofaktor ved at det skaper endringer på flere områder og gjør at det vil utløses flere livshendelser. Ved opphopning av livshendelser øker sannsynligheten for flere og sterkere depressive symptomer. Andre risikofaktorer som ble funnet var blant annet mangel på nære relasjoner, svak sosial støtte, endringer i jobbsituasjon, å miste nærpå personer, overgrep, mobilitetssvikt og konflikt med naboer.

For å konkludere er det derfor flere muligheter for en vernepleier å oppdage depresjon hos personer med utviklingshemming, til tross for deres vanskeligheter med å uttrykke egne følelser.

7.0 Litteraturliste

- Bakken, T. L. (2015). *Utviklingshemning og hverdagsvansker*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bakken, T. L., & Olsen, M. E. (2012). *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ellingsen, K. E., & Berge, K. (2014). *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2019*. Direktoratet for e-helse. Hentet fra <https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/Tekstdokument%20ICD-10%20Den%20internasjonale%20statistiske%20klassifikasjonen%20av%20sykdommer%20og%20beslektede%20helseproblemer%202019.pdf>
- Hermans, H., & Evenhuis, H. M. (2010). Characteristics of instruments screening for depression in adults with intellectual disabilities: Systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, ss. 1109-1120.
- Hermans, H., & Evenhuis, H. M. (2012). Life events and their associations with depression and anxiety in older. *Journal of Affective Disorders*, ss. 79-85.
- Hurley, A. D. (2008). Depression in adults with intellectual disability: symptoms and challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, ss. 905-916.
- Malt, U. (2018). *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/DSM-systemet>
- Malt, U. (2019, Januar 30.). *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/ICD-10>

- McGillivray, J. A., & McCabe, M. P. (2009). Detecting and treating depression in people with mild intellectual disability: the views of key stakeholders. *British Journal of Learning Disabilities*, ss. 68-76.
- Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming [NAKU]. (2018, 24. oktober). *Utviklingshemming og depresjon*. Hentet fra <https://naku.no/kunnskapsbanken/utviklingshemming-og-depresjon>
- Snoek, J. E., & Engedal, K. (2017). *Psykatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4.. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Taggart, L., McMillan, R., & Lawson, A. (2009). Listening to women with intellectual disabilities and mental health problems. *Journal of Intellectual Disabilities*, ss. 321-340.
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.