

# **Vernepleiernes rolle i samhandling med ungdom som opplever mild til moderat depresjon.**

Social educator's role in the interaction with youth who experience mild to moderate depression

Av:

Hetland, Anita  
Pedersen, Liv Oddny Berglyd  
Sandsmark, Elin  
Torgeirsen, Lotte

Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave

Bachelor i Vernepleie

Kull: VP10H - Deltid

Antall ord: 15 361

Innleveringsdato: 22. mai 2014

# **Sammendrag**

Dette er en bacheloroppgave skrevet av fire vernepleierstudenter ved Diakonhjemmet Høgskole, institutt for vernepleie og ergoterapi, Sandnes. Tema på oppgaven er:

Vernepleiernes rolle i samhandling med ungdom som opplever mild til moderat depresjon.

Problemstillingen vår er: Hvordan kan økt mestringsopplevelse bidra til å hjelpe ungdom som opplever mild til moderat depresjon?

For å svare på denne problemstillingen har vi valgt å lage tre underpunkter som går på de vanligste årsakene til at ungdom kan ha behov for hjelp, hva som skiller sorg, vanlig ungdomsproblematikk og depresjon samt aktuelle tiltak som hjelp til selvhjelp for å komme ut av en depresjon.

Vi har valgt kvalitativ metode med intervju av tre fagpersoner og allment litteraturstudie av relevant teori for å finne svar på problemstillingen og dens underpunkter. Videre har vi analysert intervjuene og brukt dem i drøftingen opp mot relevant teori.

## **Summary**

This is a bachelor thesis written by four social education students at Diakonhjemmet Høgskole, institute for Social Education and Occupational Therapy in Sandnes. The topic is: Social educator's role in the interaction with youth who experience mild to moderate depression. The issue is: how can improve mastery experience contribute to help youth who experience mild to moderate depression?

To answer this question we have chosen to create three sub-points that go on the most common reasons why young people may need help, what distinguishes grief, common youth problems and depression as well as appropriate measures to help themselves to get out of a depression.

We have chosen qualitative method with interviews of three professionals and the general literature review of relevant theory to find the answer to the problem and its subsections.

# Forord.

## FORTELL MEG.

*Fortell meg  
at jeg er noe.  
at jeg kan noe.  
at jeg betyr noe.  
Fortell meg det.  
Ikke fortell meg  
det jeg gjorde.  
eller det jeg kunne ha gjort  
eller det jeg burde eller skulle ha gjort.  
Nei. Ikke fortell meg det.  
Fortell meg heller  
at jeg er noe  
at jeg kan noe  
at jeg betyr noe  
Fortell meg heller det.  
Jeg trenger det,  
skjønner du.  
Jeg trenger det så sårt.  
Jeg trenger en søyle av trygghet  
å lene meg mot gjennom livet.  
Jeg trenger det  
skjønner du.  
For det er så værhardt å leve.*

Ragnhild Bakke Waale.

Gruppen ønsker å rette en spesiell takk til vår veileder, Vibeke Glørstad, for fantastisk støtte og veiledning gjennom denne prosessen.

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
<i>1.1 Valg av tema og aktualisering</i> .....	2
<i>1.2 Problemstilling</i> .....	2
<i>1.3 Søkeord og litteratur</i> .....	3
<i>1.4 Forforståelse</i> .....	4
<i>1.5 Avgrensing</i> .....	5
<i>1.6 Definisjoner av sentrale begrep</i> .....	5
<i>1.7 Formålet med oppgaven</i> .....	6
<i>1.8 Oppgavens disposisjon og struktur</i> .....	6
<b>2 Metode</b> .....	<b>8</b>
<i>2.1 Kvalitativ metode</i> .....	8
<i>2.2 Allmenn litteraturstudie</i> .....	10
<i>2.3 Kildekritikk</i> .....	10
<i>2.4 Forskningsetikk</i> .....	11
<i>2.5 Validitet og reliabilitet</i> .....	11
2.5.1 Presentasjon av informantene .....	12
2.5.2 Utvalg av data .....	13
<b>3 Teoridel</b> .....	<b>14</b>
<i>3.1 Psykisk helse</i> .....	14
<i>3.2 Hva er depresjon?</i> .....	15
3.2.1 International Classification of Diseases (ICD) .....	16
3.2.2 Depresjon hos ungdommer .....	17
<i>3.3 Mestring</i> .....	18
3.3.1 Mestringstillit .....	18
3.3.2 Banduras sosiale læringsteori .....	18
3.3.3 Flyt sonen .....	19
<i>3.4 Ulike behandlingsmodeller</i> .....	20

3.4.1 Kognitiv atferdsterapi (KAT).....	21
3.4.2 Freuds psykoanalytiske teori.....	22
3.4.3 Hjelp til selvhjelp.....	23
3.5 Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn .....	24
3.5.1 Vernepleiernes arbeidsmodell.....	25
3.5.2 Relasjonens betydning i faglig arbeid.....	27
3.5.3 Hvordan få bedre tro på seg selv?.....	27
3.5.4 Selvfølelse.....	28
3.5.5 Selvbildet .....	28
3.5.6 Selvsikkerhet.....	29
3.5.7 Selvtillit.....	29
3.5.8 Kommunikasjon .....	29
3.5.9 Motivasjon.....	30
3.5.10 Etikk .....	30
<b>4 Analyse.....</b>	<b>31</b>
<b>5 Drøfting.....</b>	<b>33</b>
5.1 Hva er de vanligste årsaker til at ungdom kan ha behov for hjelp? .....	33
5.2 Hva skiller sorg, vanlig ungdomsproblematikk og mild til moderat depresjon? .....	34
5.3 Hva er mestringens rolle? .....	36
5.4 Vernepleierens rolle ved aktuelle tiltak som hjelp til selvhjelp. ....	42
<b>6 Avslutning .....</b>	<b>47</b>
<b>konklusjon .....</b>	<b>47</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>48</b>
<b>VEDLEGG A:.....</b>	<b>53</b>
1 Intervju.....	53
1.1 Intervju med barnevernspedagog og psykolog .....	53
1.2 Spørsmål til Informant 3, vernepleier i psykisk helseteam avd. barn og ungdom .....	54

<b>VEDLEGG B:</b> .....	<b>55</b>
<i>Maslows behovspyramide.</i> .....	55

# 1 Innledning

Vi er fire vernepleierstudenter som har valgt å skrive bacheloroppgave sammen. Vår erfaring kommer fra skole, psykiatri, rusomsorg, eldreomsorg og barnehage. For å komme fram til problemstillingen snakket vi om hvordan vi opplever hverdagens krav, og ønsket derfor å finne ut mer om hvordan *ungdommer* har det i dagens perfektjonssamfunn. Hvilke signaler sender vi som foreldre ut og hvordan påvirkes ungdommen av disse? Vi har sett en økende tendens i samfunnet de senere år relatert til psykiske helsevansker, noe vi mener kan skyldes blant annet høyere samfunnskrav og endringer i familiesituasjonen. Flere ungdommer opplever brudd i nære relasjoner som kan utløse sorg og depresjoner om en ikke får tidlig hjelp.

Vi fant tidlig ut at vi hadde lite kunnskap om depresjon siden vi ikke har gått i dybden på dette i vårt utdanningsforløp. Derimot har begrepet mestring hele tiden vært sentralt. Vårt tema i oppgaven er vernepleierens rolle i samhandling med ungdommer som opplever mild til moderat depresjon. Hva er mestrings rolle? Hvordan bygge en god relasjon? Hvordan gi hjelp til selvhjelp? Dette var noe av det vi søkte svar på gjennom allment litteraturstudie og kvalitativt intervju.

Etter at vi hadde «låst» temaet i starten av oppgaven, innså vi at vernepleierens rolle ikke kunne utføres før vi hadde innhentet mer kunnskap om temaet. Dette ble en utfordring for oss. På den bakgrunn valgte vi våre informanter til vårt kvalitative intervju.

Våre informanter har gode fagkunnskaper og lang erfaring med ungdom som opplever depresjon. Vi er også oppmerksomme på at de to første informantene vi valgte ikke handler om vernepleiefaglig arbeid, likevel mener vi at deres kompetanse og erfaring kan gi oss økt innsikt i vårt tema. Dette er også grunnen til at vi har valgt to andre yrkesgrupper som informanter nettopp for å kunne gå i dybden.

Den ene er barnevernspedagog, ansatt i psykisk helse. Den andre er psykolog med lang erfaring og egen praksis. I boken *Lykketyvene* av Berge og Repål (2002) sies det at fastlegen kan henvise til privatpraktiserende psykolog som skal ha kunnskap om depresjon. Den tredje er vernepleier og ansatt i psykisk helse. Kunnskap i oss selv er første skritt i retning av å kunne være en hjelp for andre og vi har derfor valgt en bred tilnærming.

## ***1.1 Valg av tema og aktualisering***

I gruppen ser vi på barn og unges psykiske helse som et viktig tema som angår oss alle. En av samfunnets viktigste oppgaver er å skape gode rammer og oppvekstvilkår rundt det enkelte barns utvikling. Tidlig hjelp vil kunne bidra til et kortere forløp av vanskene og bedre psykisk helse, og over tid vil dette kunne medføre mindre bruk av ressurser (Neumer og Junge-Hoffmeister, 2010:7).

Som fagpersoner må vi ha gode ferdigheter og riktig kompetanse i forhold til å møte mennesker som opplever utfordringer med sin psykiske helse (Neumer og Junge-Hoffmeister, 2010:7).

Å ha en god psykisk helse er grunnleggende for alle barn og unge. For kommunen som helhet er psykisk helsearbeid for barn og unge et ansvar. Det involverer oss som vernepleiere og ellers alle kommunale tjenester som er i kontakt med barn og unge (Helsedirektoratet, 2011).

Grunnen til at vi valgte dette temaet var at vi kunne lite om symptomer vi burde være oppmerksomme på og hva vi burde ha fokus på i samhandling med ungdommer som opplever en depresjon. Via media og andre informasjonskanaler visste vi at mange ungdommer opplever mild eller moderat depresjon, men at dette kunne være vanskelig å oppdage fordi det ikke lett kunne ses. Dette gjorde oss interessert i disse gradene av depresjon da vår yrkesutførelse kan være mange arbeidssteder hvor dette kan være aktuelt.

## ***1.2 Problemstilling***

Vi valgte denne problemstillingen fordi vi har sett at antall depresjon blant ungdommer er økende, og ønsket å undersøke hvor viktig begrepet mestring var for å komme ut av en depresjon. I tillegg var vi nysgjerrige på hvordan en kunne fange opp mild til moderat depresjon når andre faktorer som ungdomsproblematikk og sorg kunne synes å ha noen av de samme symptomene. I rammeplanen for vernepleierutdanningen ved Diakonhjemmet Høgskole, under delemne 5.2, Psykisk helsearbeid, skal vi ha kunnskap om psykiske lidelser hos barn og ungdom og kunne diskutere angående diagnoser. I gruppa vår syntes vi det har vært lite fokus på psykisk helsearbeid i vernepleierutdanningen. Vi har lært generelt om dette, men savner inngående kunnskap. Siden dette er høyst aktuelle problemstillinger i vårt arbeid som vernepleiere, ønsket vi å lære mer om dette temaet.



Spesielt psykologen hadde god kunnskap om depresjon og hva som kunne ligge i bunn av årsaker og eventuelle andre tilstander til forveksling, som sorg og vanlig ungdomsproblematikk. For å hjelpe oss videre når ny kunnskap var skapt, syntes vi vernepleieren vi intervjuet var til god hjelp. Barnevernspedagogen opplevde vi hadde god kunnskap. Det transkriberte intervjuet med han ble derfor brukt gjennom hele oppgaven både til å øke vår forståelse og i vernepleierens rolle ved hjelp til selvhjelp sammen med vårt allmenne litteraturstudie.

Dette førte oss til følgende problemstillingen:

**Hvordan kan økt mestringsopplevelse bidra til å hjelpe ungdom som opplever mild til moderat depresjon?**

Som underspørsmål og perspektiv har vi følgende:

- 1. Hva er de vanligste årsaker til at ungdom kan ha behov for hjelp?**
- 2. Hva skiller sorg, vanlig ungdomsproblematikk og depresjon?**
- 3. Hva er mestrings rolle?**
- 4. Vernepleierens rolle ved aktuelle tiltak som hjelp til selvhjelp.**

### ***1.3 Søkeord og litteratur***

For å finne relevant litteratur til vår problemstilling søkte vi via Google etter internettsider som kunne være aktuelle. Diakonhjemmet Høgskoles BIBSYS, Ask, Idunn og andre databaser brukte vi for å søke etter forskningsartikler, fagartikler, publikasjoner og tidsskrifter. Vi søkte på tidligere bacheloroppgaver med tilnærmet samme tema etter relevant teori og litteratur i deres litteraturlister. Bibliotekene i vårt distrikt var behjelpelige med råd, veiledning og utlån av bøker og annen litteratur.

Søkeord vi brukte var: Ungdom, selvhjelp, mild til moderat depresjon, psykisk helse, behandling, ungdom og depresjon, mestring, psykisk helsearbeid i kommunene, motivasjon, depresjon hos barn og unge, ICD og ICD-10.

Bøker vi har brukt i allmenn litteraturstudie er blant annet Ellingsen (2014) om vernepleiernes kompetanse og faglige skjønn fordi vi ønsket å oppdatere oss på det nyeste innen forskning og litteratur på området. I forhold til mestring har vi blant annet brukt Gjærum m.fl (1998) om

mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre. Boka av Snoek og Engedal (2008) om kunnskap og forståelse og Øiestad (2009) om selvfølelsen. I forhold til depresjon generelt har vi brukt Lykketyvene av Berge og Repål (2002), mens depresjon hos ungdommer er boka av Olsson (2006), depresjon i tenårene mye brukt.

Fordi vi valgte å intervju to fagpersoner med annen utdanningsbakgrunn enn vernepleie, var det viktig og nødvendig for oss og også ha så ny og god litteratur i drøftingsdelen som mulig. I forhold til metode og oppgaveskriving brukte vi bøker av Dalland (2007), Gripsrud m/fl. (2010), Postholm, (2010) og Diakonhjemmet Høgskoles retningslinjer for oppgaveskriving på bachelor- og masternivå fordi vi ønsket å få en ryddig og god oppsetting av oppgaven.

#### ***1.4 Forforståelse***

Forforståelse er hva vi bærer med oss av meninger og oppfatninger om temaet vi vil undersøke før selve undersøkelsen starter (Dalland, 2007).

Vi forstår også andre på bakgrunn av våre egne tanker, følelser, erfaringer og eventuelt den kulturen vi er en del av. Forforståelsen er den forståelsen vi bringer med oss til møtet med andre mennesker (Røkenes og Hanssen, 2012). Denne forståelsen kan være positiv, men kan også hindre oss i å finne det vi leter etter. Vi må legge bort våre egne forutinntatte meninger, erfaringer og stille oss åpne for informantenes fortellinger (Dalen, 2011).

Vår forforståelse kan påvirke oss i forhold til utforming av spørsmål. Fordi temaet engasjerer oss, kan det også påvirke vår tolking av utsagnene fra informantene og prege den litteraturen vi velger i oppgaven.

Før vi startet arbeidet med oppgaven var vi alle enige om at vi trodde mestring var viktig for å komme ut av en depresjon. Videre hadde vi tanker om hvorfor det har blitt så stor økning i antall psykiske vansker den senere tid. Blant annet store krav og forventninger til ungdommer der alt bør være perfekt for at en skal ha det bra. Foreldre som stiller høye krav og et perfektjonsamfunn under utvikling. I tillegg mente vi den høye skilsmissestatistikken spilte en rolle i forhold til depresjon hos ungdommer. Vi la derfor opp spørsmålene til våre informanter ut fra denne forforståelsen

## ***1.5 Avgrensing***

Vi har valgt ikke å gå inn på alvorlig depresjon eller medikamentell behandling av depresjon. Likevel er vi oppmerksom på at medikamentell behandling kan ha positiv effekt ved moderat depresjon sammen med annen terapi. I vår forskning til oppgaven har vi funnet at fysisk aktivitet blir ansett som en viktig del for å behandle og forebygge depresjon. Vi går ikke inn på dette videre i oppgaven. Vi avgrenser oss også fra å undersøke kosthold og ernæring. Psykiske vansker og rus kan, i følge teori, ofte henge sammen, men vi velger ikke å gå inn på temaet rus eller angst. Vi er oppmerksomme på at vi ikke klarer å fange problemet i sin helhet på grunn av oppgavens omfang.

## ***1.6 Definisjoner av sentrale begrep***

### **Depresjon:**

Depresjon kommer fra latin og betyr nedtrykking. Det kan stå for en sinnsstemning, et syndrom eller en egen gruppe sykdommer. Depresjon er en tilstand som gjør at en føler seg nedstemt og tiltaksløs. En ser ikke glede i noe og føler heller ikke sorg (Hummelvoll, 2004). Helsedirektoratet (2014) hevder at depressive episoder kan spesifiseres som mild, moderat og alvorlig avhengig av symptomenes antall og alvorlighetsgrad.

### **Kognitiv atferdsterapi, (KAT):**

Terapien bygger på at tankene er avgjørende for en persons følelsesopplevelser og at tankene fører til en bestemt atferd (Medisinsk ordbok 2011). Kognitiv terapi kalles også kognitiv atferdsterapi (Berge og Repål 2008:21).

### **Mestring:**

*”Mestring handler om at du opplever å ha utrettet noe. Aktiviteten behøver ikke være tilfredsstillende i seg selv, men det gir en god følelse å ha fått jobben gjort”* (Berge og Repål, 2008:71).

## **Ungdom:**

Vi har tatt utgangspunkt i at en ungdom når en er mellom 13 og 18 år. Ungdomstiden er en overgangsperiode mellom barn og voksen der ungdommen prøver og feiler for å finne ut hvem de er og hvor de hører til (Tetzchner, 2001).

### ***1.7 Formålet med oppgaven***

Vårt formål med oppgaven er å få mer faglig kunnskap om mestrings betydning når en depresjon har startet, enten i mild eller moderat grad, og også gå i dybden på hva en depresjon er. For å kunne hjelpe ungdommen til å hjelpe seg selv fant vi det vesentlig å innhente mye kunnskap i forkant for derfra å vite hva som vil være viktig i vårt arbeid. I store deler av oppgaven fokuserer vi på å innhente kunnskap, noe som også gjenspeiler seg i vårt valg av informanter. Mot slutten av oppgaven vil vi forhåpentligvis, på bakgrunn av ny læring, bedre vite hvordan vår rolle som vernepleiere kan hjelpe ungdommen til å hjelpe seg selv slik at deres mestringsopplevelse og selvtillit blir bedre. I tillegg ønsker vi å finne ut hvordan vi kan skille en depresjon fra sorg og vanlig ungdomsproblematikk. Dette opplever vi som utfordrende.

### ***1.8 Oppgavens disposisjon og struktur***

Vi valgte å starte denne bacheloroppgaven med et dikt av forfatter og lektor Ragnhild Bakke Waale (f.1948) som vi synes passet til problemstillingen:

#### **Hvordan kan økt mestringsopplevelse bidra til å hjelpe ungdom som opplever mild til moderat depresjon?**

Etter innholdsfortegnelsen har vi en kort innledning, noen punkter for valg av tema og ved hjelp av teori belyser vi aktualiteten av barn og unges psykiske helse.

Vår problemstilling har tre underspørsmål som vi søker svar på gjennom oppgaven. Kort går det ut på hva som skiller vanlig ungdomsproblematikk fra depresjon, mestrings av depresjon og hvordan gi hjelp til selvhjelp. Vi setter noen avgrensninger som vi vil forholde oss til, dels fordi oppgaven ikke skal bli for lang, men også for ikke å miste fokus. Vi har en tanke for hvordan vi vil utdype oppgaven og en forforståelse. Noen sentrale begrep har vi definisjoner

på, litt om hvordan vi har gått fram for å finne relevant litteratur i forhold til problemstillingen og hvilke søkeord vi har brukt i den sammenhengen.

Deretter beskriver vi hvilke metoder vi vil bruke, kildekritikk, forskningsetikk, validitet og reliabilitet, en presentasjon av informantene våre og et utvalg av de data vi har samlet inn.

Videre mener vi at vi har funnet en god del relevant teori i forhold til problemstillingen. Vi har lagt vekt på depresjon, mestring og å styrke troen på seg selv. Kommunikasjon, motivasjon og etikk har vi også med fordi vi mener det er relevant for problemstillingen. I analysedelen har vi et kort sammendrag av de ulike informantene våre. I drøftingsdelen drøfter vi meningene fra informantene opp mot relevant teori.

Til slutt har vi en avslutning, litteraturliste og vedlegg. Vedleggene er: Intervju med barnevernspedagog og psykolog. Vi har også lagt ved spørsmålene vi stilte vernepleier og Maslows behovspyramide.

## 2 Metode.

Ordet "metode" stammer fra gresk, som opprinnelig betyr "vegen til målet". Metode er således en fremgangsmåte for å løse problemer og komme frem til ny erkjennelse. Alle midler som fremmer denne nye erkjennelsen er metode (Holme og Solvang 2003:14).

Det finnes mange forskjellige måter å definere hva metode er. Tranøy definerer metode som *"en fremgangsmåte for å bringe frem kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare"* (Tranøy 1986 i Dalland 2007:83). *"Metode er en systematisk måte å undersøke virkeligheten på"* hevder Halvorsen (Linde og Nordlund 2010:103).

Uansett hvilken definisjon vi velger å anvende, vil metoden fortelle oss noe om hvordan vi bør gå fram for å hente eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2007).

Vi har valgt både litteraturstudie og kvalitativ metode til bruk i oppgaven og vil videre redegjøre for disse.

### 2.1 Kvalitativ metode

Vi har valgt kvalitativt forskningsintervju som metode for å nå målet med å finne svar på problemstillingen. Kvalitativt forskningsintervju er i følge Kvale og Brinkmann (2009) en metode for å forstå hvordan en annen opplever noe fra eget liv.

Videre har vi utformet våre spørsmål etter semistrukturert livsverden intervju. Det er i følge Kvale og Brinkmann's (2009:325) definisjon:

En planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet.

Semistrukturert intervju brukes når vi ønsker å få beskrivelser av hvordan våre intervjuobjekter forstår sin jobbrelaterte livsverden, eller den konkrete virkelighet enhver erfarer og jobber med. Formålet er å samle inn data hvor spesielle tilnærminger og teknikker er nødvendige i følge Kvale & Brinkmann (2009). Med andre ord en metode hvor en utformer noen hovedspørsmål omkring bestemte tema, der intervjuet oftest blir tatt opp på bånd og deretter transkribert.

Utformingen av spørsmålene er lagt opp slik at intervjuobjektene kan komme med egne meninger, betraktninger og oppfatninger rundt temaene. Vi har derfor valgt noen få hovedspørsmål i intervjuguiden og deretter stilt noen oppfølgingsspørsmål.

Vi valgte å intervju tre fagpersoner på ulike utdanningsnivå til vårt kvalitative intervju. En psykolog, en barnevernspedagog og en vernepleier. Dette fant vi vesentlig siden vi har valgt et tema vi ikke går i dybden på i vår utdanning, men også fordi vi ønsket andre faggruppers erfaring siden tverrfaglig samarbeid er viktig i vår profesjon. Våre informanter jobbet også med ungdom. Dessuten klarte vi ikke å finne flere vernepleiere med tilstrekkelig erfaring og kunnskap i forhold til problemstillingen i vårt nærområde.

Først satte vi oss sammen og planla hvilken rolle den enkelte i gruppen skulle ha under intervjuet. Vi avtalte hvem som skulle intervju, hvem som hadde ansvar for at det tekniske utstyret fungerte, hvem som observerte og hvem som skulle skrive notater underveis. De to første intervjuene varte ca. 70-80 minutter. Informantene ble først kontaktet via telefon om de kunne tenke seg å være informanter til vårt forskningsprosjekt. Det ble samtidig informert om at vi ønsket å ta intervjuet opp på bånd for å få med oss mest mulig. Dette ble videre fulgt opp skriftlig via e-post hvor vi påpekte at materialet ville bli behandlet konfidensielt og at informantene ville bli anonymisert i oppgaven. Informantene ble fortalt at de ville få tilsendt et utdrag av intervjuet for godkjenning før vi brukte det i den ferdige oppgaven. Deretter slettet vi lydopptaket.

Vår tredje informant ble kontaktet muntlig og spurt om hun kunne gi oss svar på noen spørsmål i forbindelse med vårt forskningsprosjekt. Da hun svarte JA, sendte vi henne en e-post med spørsmålene og fikk svar tilbake via e-post som da var i skriftlig form og som vi ikke trengte gjøre noe med.

Svakheter ved metoden er at vi kun har brukt tre informanter, mens styrken finner vi i at det var gode informanter som vi fikk mye utbytte av.

## ***2.2 Allmenn litteraturstudie***

For å finne frem til svar på vår problemstilling, om hvordan økt mestringsopplevelse kan bidra til å hjelpe ungdom som opplever mild til moderat depresjon, har vi i tillegg til kvalitativ intervju med tre fagpersoner også foretatt en del litteratursøk. Dette fordi vi ønsket å undersøke hva som tidligere var forsket på i forhold til problemstillingen, og fordi vi trengte relevant litteratur til teoridelen av oppgaven.

I følge Dalland (2007) må vi ha, uavhengig av om vi bygger på egne erfaringer, data fra egen undersøkelse, data fra skriftlige kilder eller en kombinasjon av disse, forholde oss til litteraturen innen faget. Viktige kunnskapskilder som tidsskrifter, tema- og pensumbøker kan være til stor hjelp for å finne relevant litteratur. Det nyeste innen fagområdet finner vi oftest i forsknings- og fagartikler. Vi har brukt søk via internett etter forskningsartikler, fagartikler, rapporter, publikasjoner og tidsskrifter, samt lånt flere bøker på bibliotek i tilknytning til emnet. Boken Lykketyvene av Berge og Repål (2002) har vi brukt mye for å forsøke å sette oss inn i opplevelsen av mild til moderat depresjon. Når det gjelder litteratur om mestring, er boken til Gjørum m.fl (1998), Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre den vi har benyttet oss mest av.

Helsedirektoratet har gitt ut en nasjonal plan for hjelp til selvhjelp fra 2014 som vi fant nyttig i vårt arbeid.

## ***2.3 Kildekritikk.***

Kildekritikk defineres som de metoder vi bruker for å finne ut og bekrefte om kildene i forskningen er sanne og vitenskapelige (Dalland, 2007).

Vi valgte å intervju tre personer for å finne svar på problemstillingen. Når vi utformer spørsmål velger vi ut fra det vi vil vite noe om. Som en svakhet kan da vi gå glipp av informasjon som vi ikke hadde tenkt at vi burde tatt med i form av spørsmål. På forhånd har vi en oppfatning om hva vi vil ha svar på og gjerne hvilke svar vi ønsker. Dette kan påvirke vår utforming av spørsmålene. I intervjusituasjonen kan vi som intervjuere lede informantene til å gi de svarene vi ønsker og dermed gå glipp av viktig informasjon.

Det nonverbale språket og nyansene i informantenes stemmer forsvinner ved transkribering. Når vi går fra talespråk til skriftspråk må vi tolke det som blir skrevet og kan da miste noe av



den opprinnelige betydningen (Dalland, 2007). På den annen side kan også intervjuobjektet bli påvirket av det nonverbale språket til intervjueren.

*"Når vi skriver ut et intervju overfører vi den muntlige samtalen til ord og bokstaver på et stykke papir. Dette kalles å transkribere"* (Dalland 2007:172)

## **2.4 Forskningsetikk**

Formålet med forskningsetikk er å bevisstgjøre forskerne og samfunnet om ulike etiske problemstillinger som kan forekomme i forbindelse med forskningens resultater og dens prosess i moderne forskning. Økt samfunnsmessig oppmerksomhet de siste tiårene har satt forskningsetikken på dagsordenen fordi det har vært stor utvikling for eksempel innen bioteknologien og genetikken som igjen har ført til en bred diskusjon om forskning, risiko, etikk og de grunnleggende verdiene i samfunnet vårt.

Dagens krav til best mulig ressursutnyttelse kan og skape forskningsetiske utfordringer. (Kunnskapsdepartementet, 2012/2013).

Rettferdighet, det vil si lik behandling uansett nasjonalitet, rase, alder, religiøs/politisk tilhørighet eller sosial situasjon den enkelte befinner seg i, respekt for med- og selvbestemmelse, samtykke og personvern hensyn er derfor grunnleggende forskningsetiske og etiske prinsipper som det er viktig å ivareta (Ibid).

## **2.5 Validitet og reliabilitet**

Validitet sier noe om gyldigheten av resultatet. Tolkningen av dataene valideres, ikke selve målemetodene eller testene (Gripsrud, m/fl. 2010). Kvale og Brinkmann (2009) mener at validitet i samfunnsvitenskapen handler om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det som skal undersøkes. Linde og Nordlund (2010:116) vurderer gyldigheten i en tekst i forhold til om de *"datainnsamlingsmetoder vi bruker, er relevante og dermed egnet til å kunne gi svar på de spørsmål vi stiller"*.

Vi har gått gjennom teorien gjentatte ganger for å være sikker på at vi har den rett i forhold til problemstillingen. Da vi var ferdig med drøftingen fikk våre informanter gå gjennom vår oppgave for å sikre at vi hadde rett tolkning av deres utsagn da vi er oppmerksomme på at det nonverbale språket forsvinner i transkriberingen.

Reliabilitet kommer fra det engelske ordet reliability som betyr "pålitelighet"(Gripsrud, m/fl. 2010). Reliabilitet handler, ifølge Kvale og Brinkmann (2009), om hvorvidt en annen forsker på et annet tidspunkt kan få de samme resultatene ved reproduksjon av en forskning. Forskjellige settinger kan gi forskjellige svar og en reproduksjon kan sjelden bli identisk. Dette er heller ikke så viktig i kvalitativ forskning, men målet med oppgaven bør heller dreie seg om å nå fram til en oppriktig forståelse av intervjuobjektene (Postholm, 2010). Linde og Nordlund (2010:117) mener reliabiliteten er pålitelig "[...]dersom de gir et bilde av det vi var opptatt av, det vil si "måler" det som var hensikten". På bakgrunn av våre informanters fagutdannelse og lang erfaring mener vi at de er pålitelige kilder. Vi har også gått systematisk igjennom dokumentene hver for oss og deretter vurdert våre tolkninger opp mot hverandre for å redusere feilkilder.

### **2.5.1 Presentasjon av informantene**

Det tok noe tid å finne informanter. Vi var usikre på hvem som best kunne hjelpe oss å svare på vår problemstilling, samtidig som vi ønsket noen med mye kunnskap og lang erfaring. Etter flere undersøkelser, samtaler i gruppen og med veileder, fant vi våre tre informanter som her presenteres kort.

Informant 1 er barnevernspedagog og jobber i psykisk helse. Han har mye kontakt med ungdommer og er svært engasjert i denne gruppen. Depresjon og mestring er tema som stadig kommer opp i hans daglige arbeid, og behandling består i samtaler og hjelp til selvhjelp ved bruk av kognitiv terapi.

Informant 2 er psykolog med egen praksis. Hun har flere års erfaring i behandling av depresjon og benytter seg av psykoterapi i sitt arbeid. Vi valgte henne fordi vi ønsket en *forståelse* for hvordan en mild til moderat depresjon påvirker dagliglivet for å bedre være i stand til å møte ungdommen der den er i sitt liv.

Informant 3 er vernepleier og jobber i psykisk helse, hovedsakelig med barn og ungdom i skolen. Vi valgte henne fordi vi ønsket en vernepleiers syn på vår problemstilling, spesielt i forhold til hjelp til selvhjelp.

### **2.5.2 Utvalg av data**

Før vi startet drøftingen gjennomgikk vi hvilke temaer vi syntes var representative i forhold til informantenes syn på vår problemstilling og hvordan økt mestringsopplevelse kan bidra til å hjelpe ungdommer som opplever mild til moderat depresjon. Etter å ha gjennomført vår "ord for ord" transkribering, delte vi funnene inn kategorisk. Disse kategoriene ble valgt på bakgrunn av informantenes betraktning i forhold til svar på vår problemstilling. Vi kategoriserte våre funn i følgende temaer:

- årsaker som kan utløse en depresjon blant ungdom
- forskjeller på sorg, vanlig ungdomsproblematikk og depresjon
- begrepet mestring
- tiltak for å veilede ungdommen til å hjelpe seg selv

Disse temaene mener vi henger sammen og vi vil forsøke å belyse dette gjennom vår drøfting.

## 3 Teoridel

For å kunne svare på vår problemstilling trenger vi teoretisk forankring. Vi har derfor valgt følgende teorier som vi tenker skal være en hjelp i vår søken etter svar på vår problemstilling. Hva er psykisk helse? Hva er depresjon og hvordan spiller mestring en rolle her? Hvordan få tro på seg selv og videre behandling vil vi redegjøre for i vår teori.

### 3.1 Psykisk helse

Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer god, psykisk helse som:

En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet (Bang Nes og Clench-Aas, 2011:11).

Dette omfatter utvikling av både følelser, tanker, atferd og sosiale evner, samt evne til selvstendighet, tilknytning, fleksibilitet og vitalitet. God psykisk helse er avgjørende for livskvalitet, mellommenneskelige forhold, produktivitet og langt mer enn fravær av sykdom (Perlin et al., 1081; Korkeika et al., 2003 i Bang Nes og Clench-Aas, 2011:18). Psykisk helsearbeid handler om forebygging, rehabilitering og behandling for å bedre menneskers psykiske helse, på individ- gruppe-, samfunn- og systemnivå (Almvik og Borge, 2006).

*"Med psykiske lidelser menes psykiske vansker av en slik type eller grad at det kvalifiserer til en diagnose"* i følge Veileder i Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (2007:17). Blant barn og unge er psykiske lidelser og plager det helseproblemet som er viktigst. En regner med at ca. 7-8 prosent (ca. 70 000) av barn og unge mellom 3-18 år trenger behandling for psykiske lidelser (Norsk Psykolog forening, 2014).

I ungdomsårene er mange plaget av angst og depresjon, flere jenter enn gutter (Nasjonal helse- og omsorgsplan, 2011-2015). Gutter definerer helseproblemer annerledes enn jenter og de beveger seg på forskjellige arenaer i forhold til hverandre. Jenter oppsøker for det meste de kommunale helsetjenestene mens guttene søker informasjon og tjenester på internett eller telefon i følge Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (2007:18).

"*Nytt håp for forskning på psykisk helse*", er en informasjonsartikkel fra forskningsrådets nettside. Artikkelen belyser at en viktig årsak til at lidelsene angst og depresjon koster samfunnet mest, er at de ofte opptrer i ung alder og at de dermed kan prege store deler av livet. Det er også mange flere som lider og som blir uføre og ikke klarer å fungere i arbeidslivet (Røsjø, 2014).

Videre vil vi redegjøre for hva depresjon er og også hvordan depresjon kan utarte seg hos ungdommer.

### **3.2 Hva er depresjon?**

Psykiske plager er blitt svært utbredt de siste årene. Mange mennesker får utfordringer knyttet til dette. Vi starter med å beskrive hva som generelt kjennetegner depresjon og går videre mer inn på depresjon hos ungdommer.

Mild depressiv episode: To eller tre av symptomene som er nevnt under er vanligvis tilstede og skaper en bekymring for pasienten. Likevel vil personen sannsynligvis være i stand til å fortsette med de fleste aktiviteter.

Moderat depressiv episode: Fire eller flere av symptomene nevnt under vil vanligvis være tilstede, og det er stor sannsynlighet for at pasienten har store problemer med å fortsette med de fleste dagligdagse aktiviteter (Helsedirektoratet, 2014).

- vedvarende tristhet og håpløshet
- angst, tomhet eller irritasjon
- noen gråter mye, andre virker "tilstivnet"
- nedsatt energi og trøtthet
- mangel på interesse og lyst til det man før satte pris på
- søvnvansker
- følelse av pessimisme, skyld og hjelpeløshet
- tanker på død eller selvmord
- vansker med konsentrasjon, hukommelse og beslutninger
- kroppslige symptomer som dårlig appetitt, vekttap, hodepine, øresus, svimmelhet og forstoppelse (Kringelen, 2011:8).

Å være deprimert føles som å dø av tørst med et glass vann ved siden av seg. Denne beskrivelsen er hentet fra boken Lykketyvene. En ser livet hende rundt seg, men klarer ikke å delta. Tomhet og følelsen av å være død innvendig er gjentakende beskrivelser hentet fra samme bok (Berge og Repål, 2002).

Ca. 15 -20 % av Norges befolkning vil oppleve en grad av depresjon i løpet av livet. På verdensbasis anslås det at over 300 millioner mennesker sliter med depressive lidelser, i følge World Health Organization (WHO) (Berge og Repål, 2008). I Norge blir International Classification of Diseases, (ICD) brukt for å diagnostisere ulike lidelser og sykdommer (Helsedirektoratet, 2014). Vi vil derfor presentere ICD og diagnosekriteriene for depresjon under neste punkt.

### **3.2.1 International Classification of Diseases (ICD)**

ICD-10 er den tiende periodiske revisjonen av ICD koordinert av Verdens helseorganisasjon, World Health Organization(WHO). ICD-10 ble vedtatt av Verdens helseforsamling i 1990 og utkom i 1992.

Helsedirektoratet har ansvar for utarbeidelsen og oppdateringen av den norske utgaven som er spesielt tilpasset norske forhold.

Denne klassifikasjonen (ICD) ble formalisert i 1893 som The Bertillion Classification eller Den internasjonale listen over dødsårsaker. ICD-10 ble innført i Norge fra 1997 i forhold til psykiske lidelser og fra 1999 for legemlige sykdommer og skader (Malt, 2009).

Diagnosekriteriene for depresjon, F32 depressive episoder, ifølge ICD-10:

- senket stemningsleie
- tretthet og redusert aktivitetsnivå
- nedsatt evne til å glede seg, føle interesse og være konsentrert
- forstyrret søvn og redusert appetitt
- svekket selvfølelse og selvtillit
- forestilling om skyld og verdiløshet ofte til stede

(Helsedirektoratet, 2014).

### 3.2.2 Depresjon hos ungdommer

I problemstillingens underpunkt spør vi hvordan vi kan skille mellom sorg, vanlig ungdomsproblematikk og depresjon. Herunder vil vi forsøke å utdype dette nærmere ved bruk av relevant teori.

Forekomsten av depresjon blant unge i alderen 13-18 som trenger behandling er ca. 7-8 % (Norsk psykolog forening, 2014). Egne tall for mild til moderat grad fant vi ikke. Etter 12 - årsalderen skjer det en endring i antall forekomst blant kjønnene. Jenter har en betydelig større risiko for å utvikle depresjon enn gutter i følge Eknes (2006).

I tenårene kan mange oppleve seg depressive uten at det er snakk om en psykiatrisk tilstand. Hormonelle svingninger, sorg over brudd med en kjæreste, venneproblematikk og problemer på skolen kan være vanlige utfordringer for mange tenåringer uten at det utvikles en tilstand som trenger behandling. Det er viktig og ikke forveksle normale reaksjoner som nedstemthet med en depresjon. Ungdommen må få vite at disse følelsene er en del av et sunt følelsesliv, og opplevelsen av motgang og problemer er svært vanlig i ungdomsårene (Eknes, 2006).

Helsebibliotekets internettside (2011) skriver at barn og unge ofte har andre symptomer enn voksne som er deprimerte. Følgende symptomer kan tyde på at ungdommen er deprimert:

- Er trist eller irritabel det meste av dagen, eller nesten hver dag
- Mister interessen for aktiviteter de likte før

Foruten å ha et redusert stemningsleie kan det hende at ungdommen

- Ikke har lyst til å spise, eller spiser mer enn vanlig
- Sover for mye eller for lite og har ingen energi
- Føler seg rastløs eller svak
- Klandrer seg selv for ting som går galt. Føler seg verdiløs eller har skyldfølelse uten grunn.
- Kan ikke konsentrere seg eller ta avgjørelser. Karakterene på skolen kan plutselig bli svakere.

Årsaker til depresjon kan være biologisk sårbarhet, tidlige livsbelastninger, negativ tenkning, tap, konflikter, skilsmisse og sykdom (Berge og Repål, 2002).

Hvilken rolle spiller mestring?

### **3.3 Mestring**

I problemstillingen spør vi hvordan økt mestringsopplevelse kan bidra til å hjelpe ungdom som opplever mild til moderat depresjon. Under dette punktet vil vi derfor, ved bruk av relevant teori, redegjøre for hva mestring er og hvordan bruke dette for å gi ungdommen mer tro på seg selv.

*Mestring* defineres som "den prosessen mennesket går gjennom for å løse problemer, møte krav og utfordringer, redusere trusler og øke velvære" (Karoliussen, 1997:167).

#### **3.3.1 Mestringstillit**

Mens begrepet *mestring* handler om det og "få til", handler begrepet *mestringstillit* om og "tro på å få til". Begrepet *mestringstillit* er oversatt fra det engelske "*self-efficacy*" (Bandura, 1977). Bandura hevder at *mestringstillit* representerer menneskets tro på og selv kunne utføre en handling som kan gi et positivt utfall for den enkelte.

*Lært hjelpeløshet* er et motsvarende begrep som beskriver en grad av handlingslammelse relatert til svak forventning om uttelling.

Et menneskes opplevelse av egne ferdigheter, og tilliten til egen mestring, kan i følge Bandura ha en stor innvirkning på hvor godt man lykkes. I tillegg til å tilby kunnskap, må læringsmiljøet også legge til rette for utvikling av *mestringstillit*, som tro på egne ferdigheter og strategier. For å oppnå slik tro er det ikke nok med ros alene. Her må positive tilbakemeldinger knyttes til reelle mestringserfaringer (Brumoen, 2010).

#### **3.3.2 Banduras sosiale læringsteori**

Atferdsteoretikeren Albert Bandura, (f.1924), knyttes sterkt til sosial læringsteori. Hans teori har sitt utspring i den behavioristiske tradisjonen hvor atferd først og fremst styres av sine konsekvenser eller *forsterkningsbetingelser*. I følge Banduras teori antas det at forsterkningen må komme forholdsvis fort etter handlingen for at den skal ha effekt.

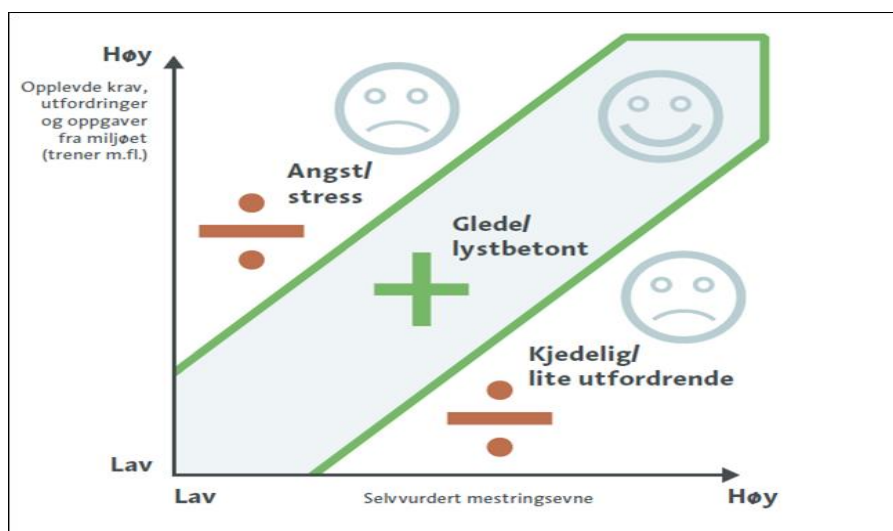
Bandura videreutviklet sin egen teori til det han kaller *sosial kognitiv teori*. Han hevder at mestringsforventning er nødvendig for å gi noe et forsøk og eventuelt lykkes i det. I begrepet *mestringsforventning* ligger den vurderingen vi mennesker gjør når vi skal ta bestemte valg eller løse bestemte oppgaver. Innen sosial kognitiv teori bestemmes menneskets motivasjon



og handling gjennom forhåndsvurderinger. Resultatforventning er en forhåndsvurdering av hva den bestemte handlingen vil føre til. Denne påvirker motivasjonen vi har til å handle. Mestringsforventning er en forhåndsvurdering av hvor kapable vi er til å gjennomføre handlingen. Det mest effektive for å styrke forventningen om å mestre en gitt atferd er opplevelse av å lykkes. Negative erfaringer, spesielt i tidlig forsøk, vil straks redusere mestringsforventningene. Ved forsøk på atferdsendringer er det derfor viktig ikke å gape over for mye på en gang. Små steg i rett retning som sikrer positive mestringsopplevelser, vil kunne bygge opp forventning om å kunne mestre ytterligere endringer (Mæland, 2010: 107-109).

### 3.3.3 Flyt sonen

Flytmodellen (Csikszentmihalyi).



Den amerikanske psykologen Csikszentmihalyi (f: 1934) forsket på menneskets egenmotivasjon og definerer det som: "atferd som er så givende i seg selv, at ytre belønning og resultater får en klart underordnet betydning" (Brask, 2006). Han fant at en forutsetning for slik motivasjon er at balansen mellom egne personlige ferdigheter og de utfordringene mennesket stilles overfor, har klar betydning. I følge Csikszentmihalyi opplever mennesker kjedsomhet ved utfordringer som ligger lavere enn ferdighetene de har. Motsatt opplever de uro eller angst når utfordringene er langt høyere enn ferdighetene. Mellom disse nivåene ligger "flyt-sonen, et område som kjennetegnes av optimal konsentrasjon, motivasjon og læring" (Brask, 2006). Det vil være viktig å nå en slik flyt-sone. Finne oppgaver av passelig

vanskelighetsgrad. Vanskelig nok til å fremme interesse og læring, men ikke så vanskelig at personen mister motet og vegrer seg for nye forsøk. Heller ikke så enkle at personen kjeder seg og mister fokus (Brask, 2006).

### ***3.4 Ulike behandlingsmodeller***

Kierkegaard har sagt:

Hvis det i sandhet skal lykkes at føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først og fremmest passe på at finne han hvor han er og begynne der. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst (Gjærum m.fl., 1998:119).

For å finne resultatene av den siste tids forskning, har vi blant annet lest en fagfelle vurdert artikkel av Anne M. Sund (2012): "*Om depresjon hos barn og unge med vekt på biologiske modeller*" i Tidsskrift for norsk Psykologforening. Når det gjelder hvilken behandling som blir anbefalt å bruke blant ungdom med mild og moderat depresjon, fremkommer viktigheten av å tilpasse den psykologiske behandlingen til den enkelte. Vi bør ikke tro at alle har god effekt av samme type behandling. Ved lette depresjoner bruker en gjerne psykoedukasjon (opplæring), som er en terapeutisk kunnskapsformidling rettet mot pasienter og familier (Skårderud et.al., 2010), og psykologisk behandling.

Samtidig er det betydningsfullt at de ulike instansene rundt ungdommene samarbeider og utarbeider en ansvarsgruppe, noe som er av vesentlig betydning om behandlingen skal lykkes (Sund m/fl, 2012).

"*Her er den ferskeste forskning om depresjon hos barn og unge*" er en oversikt over fagfelle vurdert forskning (Helsebiblioteket 2013). Hensikten er å fremheve det som bør endres i eldre retningslinjer som allerede finnes. Dette er retningslinjer utarbeidet av NICE (The national institute for health and Clinical Excellence) fra 2005. Funnene er basert på søking i ulike databaser. Her anbefales det databasert kognitiv atferdsterapi, som kan være effektivt ved behandling av ungdom med mild depresjon.

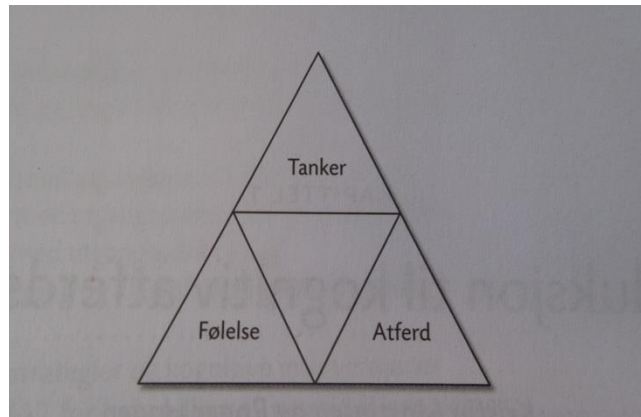
"*Engasjerte på skolen, tross depresjon,*" er en populærvitenskapelig presentasjon av en doktorgrad, skrevet av stipendiat Marit Garvik (2014) ved Universitetet i Stavanger. Hun har studert sammenhengen mellom depresjon og skoleengasjement. Rapporten hevder at depresjon ofte overses i skolen. Rapporten tar også opp hvor viktig det er å jobbe med denne

problematikken tidlig, for å unngå konsekvenser senere i livet. Samtidig viser forskningen at engasjementet som elevene har på skolen, og sammenhengen mellom de depressive symptomene, er svakere enn først antatt. Det viser at ungdommen i noen tilfeller klarer å opprettholde et visst engasjement, på tross av at de sliter med depresjon, spesielt jentene. For å opprettholde skoleengasjementet blir det lagt vekt på gode relasjoner til lærere, støtte fra jevnaldrende og opplevelse av et meningsfullt skolearbeid. Garvik sier det er viktig å ha effektive metoder som avdekker depresjon slik kan det bli mulig å komme raskere i gang med behandlingen og forhåpentligvis unngå alvorlige konsekvenser i voksenlivet (Reilstad, 2014).

Alle som har behov for hjelp av ulik art fra offentlig og privat hjelpeapparat, har lovhjemler som skal ivareta den enkeltes behov for medvirkning til, informasjon om og samtykke til behandlingen. Aktuelt lovverk her vil blant annet være Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. Juli 1999, (pasient- og brukerrettighetsloven) kap. 3, Rett til medvirkning og informasjon og kap. 4, Samtykke til helsehjelp, Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker av 10. Februar 1967, (forvaltningsloven), § 17, Forvaltningsorganets utrednings- og informasjonsplikt, Lov om barn og foreldre av 8. April 1981, (barneloven) § 33, Barnet sin sjølråderett, og Lov om barneverntjenester av 17. Juli 1992, (barnevernloven), § 6-3, Barns rettigheter under saksbehandlingen.

### **3.4.1 Kognitiv atferdsterapi (KAT)**

Snoek og Engedal (2008:49) definerer KAT som: "*behandling som søker å endre observerbar atferd gjennom det å lære pasienten å endre tanker og tankeprosesser på en åpen og aktiv måte.*" Grunnlaget for KAT er at samspillet mellom tanker, følelser og atferd påvirker hverandre. Endringen i en av komponentene, kan føre til endring i de andre komponentene. Det å forstå denne gjensidige påvirkningen og samspillet mellom disse komponentene er sentralt når en ut fra KAT skal forstå problemene og finne best behandling. Dette kan en forstå ut fra KAT-trekanten.



KAT er problemløsningsorientert, strukturert korttidsterapi. Målet er å skape forandring av tanker, følelser og atferd. Dette gjøres ved bruk av oppgaver og kognitive intervensjoner. En opplever da mestring og problemløsning som oppnås best ved aktive øvelser (Snoek og Engedal, 2008). De teknikkene og metodene som brukes når en jobber med ungdom, må tilpasses dem. Dette resulterer i at terapeuten blant annet må være kreativ (Martinsen og Hagen, 2012). En annen form for terapi kan være å søke etter *årsaker* til hvorfor en tenker, føler og handler som en gjør slik Freud beskriver det under.

### 3.4.2 Freuds psykoanalytiske teori

Sigmund Freud (1856-1939) ble født i Østerrike og var grunnleggeren av psykoanalysen. Han var utdannet lege og forsket på neurologien - vitenskapen om nervesystemet og dets organiske sykdommer. I sitt arbeid oppdaget han at mange nervelidelser hadde psykiske årsaker og startet dermed utviklingen av den psykoanalytiske teorien (Jerlang, 2008:36).

I boken *Depresjon i tenårene* av Gunilla Olsson (2006), skrives det at psykoanalytisk teori mener grunnlaget for en framtidig depresjon blir lagt allerede i de første leveårene.

Tilknytning til den viktigste personen i livet, oftest mor, kan av forskjellige grunner bli forstyrret og kan gi barnet for mye ødeleggende eller dårlig energi. Mange ungdommer lever med dette negative synet på seg selv og sin tilværelse og kan få depresjoner som følge av dette.

Behandlingsformen i psykoanalytisk teori går ut på at en går tilbake til de følelsene ungdommen bærer med seg fra tidligere år med tanke på å reparere dette (Olsson, 2006:21).

Denne måten å tenke på fant vi viktig å kjenne til i vår rolle som vernepleiere når vi skal bidra med hjelp til selvhjelp.

### 3.4.3 Hjelp til selvhjelp

Helsedirektoratet (2014) har utgitt en Nasjonal plan for selvhjelp som skal gjelde fra 2014 til 2018. Helsedirektoratet har det overordnede ansvaret for gjennomføringen av planen mens ansvaret for å spre kunnskap og informasjon ligger hos kompetansesenteret Selvhjelp Norge. Planen skal være en veiviser for alle som ønsker å jobbe med selvhjelp rundt om i landet, i kommuner, i helseforetak og i organisasjoner. Planen redegjør for de viktigste erfaringene, og utviklingen av selvhjelp som verktøy, de siste ti årene. Planen forteller også hvordan det fremover bør jobbes med dette, både nasjonalt, regionalt og lokalt. Helsedirektoratet definerer selvhjelp slik:

Selvhjelp er å ta tak i egne muligheter, finne frem til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt og selv styre det i den retningen man ønsker. Selvhjelp er å sette i gang prosessen fra å være passiv mottaker til å bli en aktiv deltaker i eget liv (Helsedirektoratet, 2014).



Det skilles mellom assistert/veiledet selvhjelp og selvorganisert selvhjelp. Assistert eller veiledet selvhjelp knyttes til behandling i helsevesenet, ved at det for eksempel henvises til selvhjelpsmateriale i form av bøker, brosjyrer eller internettprogrammer. Oppfølgende

samtaler med helsepersonell, hvor en diskuterer konkrete erfaringer med opplegget, tilbys i tilknytning til dette.

Selvorganisert selvhjelp er et verktøy for å oppnå økt mestring, slik at mennesker kan håndtere livet på en bedre måte. Selvorganisert selvhjelp handler om å ta aktivt ansvar for egen livssituasjon (Helsedirektoratet, 2014).

Selvorganisert selvhjelp har et helseperspektiv som blant annet kan brukes i selvhjelpsgrupper, som er et verksted der mennesker, sammen med andre, kan aktivere sine iboende ressurser innenfor trygge rammer. Slik selvhjelp handler om å styrke den enkeltes mulighet og evne til deltakelse i sin egen endringsprosess (Ibid).

Moodgym er et internettbasert terapiprogram basert på ungdom, for forebygging og behandling av depresjon og angst. Dette er et gratis tilbud som skal gjøre det lettere å få hjelp. Fokuset er mestring av stress og å styrke selvfølelsen. Ved Moodgym kan ungdommen lettere forstå hva psykiske plager er. En tar utgangspunkt i tankene, som er tilpasset dem som sliter med depresjon. Moodgym sitt mål er at via selvhjelpsprogrammet skal en lære å snu tankemønsteret, samtidig som en får vite at en ikke er alene om å ha de slik.

Institutt for psykologi (IPS) ved det helsevitenskapelige fakultet i Tromsø, administrerer både Moodgym og nettsiden [www.sporpsykologen.no](http://www.sporpsykologen.no). Det er en side hvor en kan stille anonyme spørsmål som besvares av en psykolog. Nettsiden gir også gode råd for å endre et negativt tankemønster til ungdommen (Øvreberg, 2010).

I artikkelen "*Psykologisk førstehjelp- Selvhjelp til barn og ungdom*", har forfatter Kristiansen fokus på at barn og unge skal lære seg å mestre egne følelser og tenke positive tanker om seg selv. Videre er det viktig at de lærer å håndtere vanlige problemer før de utvikler seg og blir uoverkommelige. Dette er også relevant for de som allerede har utviklet psykiske vansker. Slike tiltak kan brukes i private hjem, første- og andrelinjen i helsevesenet og i skolen (Kristiansen).

### ***3.5 Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn***

Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn er to viktige forhold i vernepleiernes profesjonelle kompetanse (Ellingsen, 2014). Vernepleiernes overordnede mål er å bidra til at våre brukere oppnår en så god livskvalitet som mulig. Å ha god livskvalitet vil si at brukeren

selv har styring over sin egen hverdag og kan bestemme over viktige valg i livet. Som vernepleiere skal vi legge til rette for deltakelse og selvbestemmelse i dagliglivets ulike situasjoner, også for de personene som har vansker med å uttrykke og formidle egne behov og ønsker. Vi skal, gjennom målrettet miljøarbeid og relasjonelle ferdigheter, gi brukene våre sosial støtte, opplæring og veiledning slik at den enkelte kan øke sin med- og selvbestemmelse i de ulike situasjonene (Ellingsen, 2014).

Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 (Helsepersonelloven), kap. 2, § 4 om "forsvarlig og omsorgsfull hjelp" er sentral i vernepleierens yrkesutøvelse. Det gjelder også yrkesetikken. Yrkesetisk grunnlagsdokument utgitt av Fellesorganisasjonen (2011) sier at: *"yrkesutøvelsen til vernepleiere er basert på humanistiske og demokratiske verdier."* Det innebærer blant annet at *"vernepleieren skal arbeide for å fremme likeverd og respekt, møte menneskers behov og bidra til at de får brukt sine ressurser."* Verdier som solidaritet med utsatte grupper og sosial rettferdighet utgjør en viktig del av vernepleierens identitet.

Vi er pålagt taushetsplikt etter helsepersonelloven kap. 5, § 21 og Forvaltningsloven, § 13 (Høgskolen i Bergen, 2013).

Det faglige hos vernepleiere består av teori og erfaring. Det skjønnsmessige er vurdering, refleksjon og bedømming i følge Ellingsen (2014). Dette videreføres gjennom vernepleierens arbeidsmodell.

### **3.5.1 Vernepleierens arbeidsmodell.**

De etiske vurderingene står sentralt i vernepleiermodellen og de grunnleggende verdiene for vårt arbeid som vernepleiere er:

- Respekt for livets ukrenkelighet
- Respekt for personens egenverd
- Solidaritet med svakerestilte.

Som vernepleiere ønsker vi å vise respekt for brukernes egenkunnskap og personlige valg. Det er derfor nødvendig å ha et bevisst forhold til at omsorg også handler om balansen mellom hjelp, makt og kontroll. Derfor må vi kunne analysere og reflektere over dette og finne løsninger på ulike etiske dilemmaer som måtte forekomme. Selvbestemmelse og brukermedvirkning skal i størst mulig grad vektlegges (Linde og Nordlund, 2010).

Vernepleiermodellen legger opp til viktigheten av å foreta en behovskartlegging både når det gjelder å kartlegge den enkelte brukers behov for hjelp og å kunne analysere behovene og de tjenestene som gis. Balansegangen mellom å gi for mye eller for lite hjelp er viktig fordi begge forhold kan føre til mistriivsel og dårlig livskvalitet for den enkelte bruker.

Metodevalg, planlegging og gjennomføring foregår oftest parallelt for å finne de beste tiltakene for den enkelte bruker. I siste fase av modellen evalueres tiltakene.

Evalueringresultatet blir en del av datagrunnlaget når målet eller tiltaket vurderes eller evt. endres/sluttes av. En god evaluering får følge for det videre arbeidet (Linde og Nordlund, 2010).

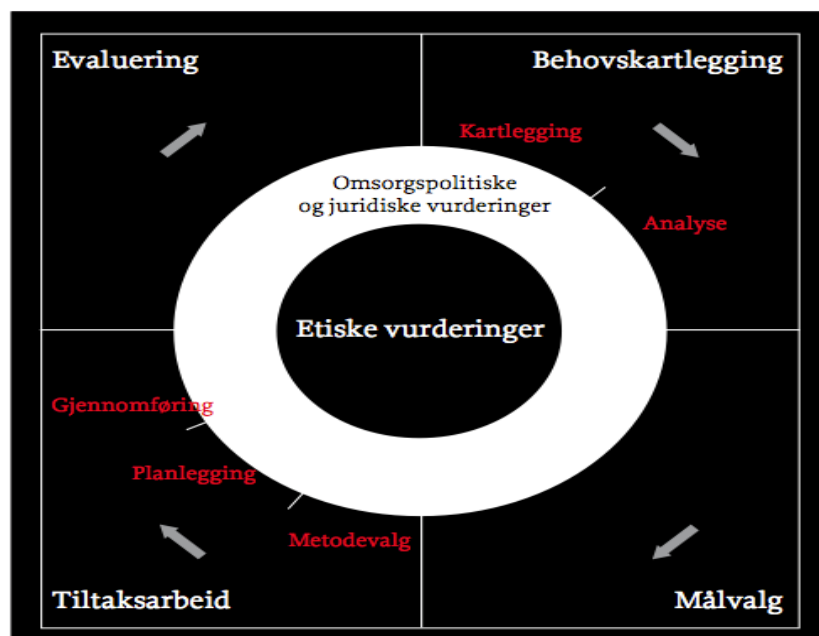


Fig. 3: Vernepleierens arbeidsmodell

I boken Bære eller bryte av Røkenes og Hanssen (2002), kommer det fram en mangel ved denne modellen. Studenten får handlingskompetanse, men betydningen av relasjonen mellom bruker og fagperson blir ikke ivaretatt godt nok. Klarer en ikke å bygge opp en god relasjon kan det være vanskelig å gjennomføre trinnene i modellen. Kanskje ønsker ikke brukeren å bli kartlagt om han ikke føler et samspill mellom ham selv og fagpersonen, noe som stanser videre bruk av modellen. Hvordan kan vi så bygge en god relasjon?



### 3.5.2 Relasjonens betydning i faglig arbeid

Mange yrker handler om å legge til rette for en eller annen form for forandring hos andre mennesker. Det kan dreie seg om endring av opplevelse, tenkning, følelser, holdninger eller atferd. Fagpersonens viktigste oppgave er å forholde seg slik at han eller hun fremmer læring, utvikling, bevisstgjøring, frigjøring, vekst, mestring eller bedret funksjon hos den andre (Røkenes og Hanssen, 2002:18-19).

Røkenes og Hansen (2002) mener tre forhold har betydning for å kunne utvikle en god relasjon. Disse er væremåte, empati og anerkjennelse.

Væremåten og stilen vår blir vurdert av brukeren. Selv om vi kan være uenige og kjenne motvilje mot å etterkomme en annens ønsker, vil det være viktig at vi vurderer om vår væremåte er til gagn eller hinder for relasjonsbyggingen. Hvordan vi kler oss, håndtrykket vårt, sittestillingen vår, om vi er vennlige og interesserte og vår evne til å lytte vil bli vurdert av brukeren.

*"Empati betyr innfølelse"* (Røkenes og Hanssen, 2002:181). Vi lever oss inn i en annens indre og dens subjektive opplevelse og spør hva den andre føler og tenker. Det kan være vanskelig å leve seg inn i den emosjonelle tilstanden til andre menneske, men desto lettere å leve seg inn i innholdet i det som blir fortalt. Carl Rogers (1951) i Røkenes og Hanssen 2002:181

*"[...]legger vekt på følelser og det å oppfatte en annens følelser som om det var våre egne, uten at vi blir bundet opp eller fanget i dem."* Man kan derfor si at empati er en sterk følelsesmessig nærhet samtidig som avstand og avgrensning er viktig.

Rogers hevder *"at en fagperson må møte sin klient med ubetinget aksept for at klienten skal føle seg bekreftet og anerkjent"* (Rogers 1951 i Røkenes og Hanssen, 2002:191). Uansett hvilke opplevelser klienten skal fortelle om eller hvilke følelser som kommer fram, må han føle seg trygg på at han blir møtt med respekt (Ibid).

### 3.5.3 Hvordan få bedre tro på seg selv?

I problemstillingen spør vi hvordan vi kan bidra til økt mestringsopplevelse for ungdommer som opplever mild til moderat depresjon. Som teorien vår hevder, handler begrepet *mestringstillit* om og "tro på å få til." Vi syntes derfor det var relevant å gå litt mer i

dybden på menneskets forhold til sitt eget *selv*, og kommer her inn på begrepene *selvfølelse*, *selvbildet*, *selvsikkerhet* og *selvtillit*.

### **3.5.4 Selvfølelse.**

Selvfølelse er å kjenne tydelig at man har en plass på denne jord.» «Selvfølelse handler om å gjøre noe – nemlig støtte oss selv – og ikke bare føle noe, selv om følelsene ofte er grunnlaget for handling (Øiestad, 2009:31).

Selvfølelsen inkluderer derfor også selvstøtten, det at du kan føle deg selv og at du gir deg selv en verdig plass sammen med andre.

Øiestad (2009) hevder at vi jobber med oss selv ut fra feil premisser. For å leve opp til de idealene vi har prøver vi å ta oss sammen, kjefter på hverandre, men ender opp med å føle oss enda mer mislykket fordi vi ikke får det til. Konklusjonen blir ofte at det går dårlig med oss i forhold til vårt ideal.

Selvfølelsen bygges i relasjoner til andre i følge Øiestad (2009). Opplevelsen av deg selv i forhold til menneskene rundt deg, alle mellommenneskelig erfaringer, skaper og videreutvikler selvfølelsen. Hvor verdifull en kjenner seg, om en kan ta like stor plass som andre, om å stille krav og ha like behov som andre, være lydhør og åpen for andres ønsker og krav og om en kan bruke sin dømmekraft spiller stor rolle i forhold til hvordan selvfølelsen er, mener Øiestad (2009).

### **3.5.5 Selvbildet**

Selvbildet sier noe om hvordan ens følelse av verdi er, hvordan vi evaluerer oss selv, positivt eller negativt. Ens eget selvbilde kan være konstant over lengre tid, men det kan også endres ut fra positive eller negative livserfaringer. En legger grunnlaget for selvbildet allerede i barndommen. Å føle seg respektert og verdsatt, kan være med på å danne grunnlag for menneskets utvikling av et positivt selvbilde, noe som også er viktig i voksen alder.

Et positivt selvbilde finner vi ofte hos personer som er utadvendt, kommer lett i kontakt med andre og opplever selv at de mestrer ulike oppgaver bedre enn andre (Håkonsen, 2009:204).

### **3.5.6 Selvsikkerhet.**

Selvsikkerhet er en ferdighet man kan lære seg og noe man kan trene på.

Eksempler på selvsikkerhet er: evnen til å hevde seg, ta kontakt med andre, gi uttrykk for sine følelser, oppfylle sine behov eller oppføre seg fleksibelt og handlekraftig i bestemte situasjoner.

Selvsikker atferd er å kunne si nei og å si imot. Det er også evnen til å kunne stå imot fristelser, ta imot komplimenter, innrømme svakheter eller vise følelser åpent (Neumer og Junge-Hoffmeister, 2010).

### **3.5.7 Selvtillit.**

Et mer folkelig uttrykk for selvtillit er positiv selvoppfatning. Det vil si at du stoler på deg selv, noe som igjen henger sammen med å mestre. Å ha god selvtillit vil si at du er selvsikker og at du mener du er en god nok person. Selvtilliten kan også være forskjellig i ulike situasjoner (Klepp og Aarø, 2009). Lav selvtillit kan trenes opp ved at vi gradvis endrer vårt tankemønster slik at vi ser på oss selv og blir bevisst på at vi mestrer ting vi ikke mestret før. Den kan også endres gjennom bekreftelse utenfra, f.eks. familie, venner, sosial omgangskrets, terapi, skolesituasjoner osv. (Ibid).

Kommunikasjon og dialog vil være viktig når en skal samtale med ungdom som har redusert tro på seg selv.

### **3.5.8 Kommunikasjon**

*"Kommunikasjon kommer av det latinske ordet communicare som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med"* (Eide og Eide, 2004:17).

Kommunikasjon er viktig for å avdekke ønsker og behov hos et menneske. Dialog betyr samtale. For å komme i dialog, holder det ikke med bare å ta initiativ og våge seg frem. Først når en annen person responderer, som kommer den andre i møte, relaterer seg til og gir den andre et svar, kan det kalles en dialog. Man blir kjent med den andre gjennom å lytte, være spørrende og engasjert. Ved å føle seg sett og hørt skapes en trygghet som igjen bidrar til å knytte relasjoner mennesker i mellom. Dette er avgjørende for både trivsel og samarbeid mellom tjenesteyter og -mottaker og kan bidra til å sikre faglig kvalitet hos hjelperen (Eide og Eide, 2004).

### **3.5.9 Motivasjon**

Helsedirektoratet definerer motivasjon som: "[...]faktorer som igangsetter, gir retning til og opprettholder atferd[...]" og betegnes videre som en viktig faktor når man skal vurdere hvilke behandlingstilbud som passer eller ikke. Definisjonen innebærer at både positiv og uønsket atferd kan ses på som motivert (Helsedirektoratet 2012).

For å oppnå forandring, er egen motivasjon avgjørende. Denne kan styrkes gjennom andres tiltro, forventninger og interesse. Løfter og gode intensjoner skaper også motivasjon. Tilliten, forventningene og positiv interesse vil bidra til å skape en god relasjon, trygge brukeren og tilrettelegge for en god arbeidsallianse (Eide og Eide, 2004:242).

### **3.5.10 Etikk**

Ordet *etikk* stammer fra det greske ordet *ethos*, som betyr karakter eller holdning. Etikk handler om det som er rett og galt og er en egenskap ved faglig arbeid, ikke noe som kommer ved siden av eller utenom faglige vurderinger. Å bruke faglig skjønn kan i seg selv reise mange moralske og etiske problemstillinger som krever seriøs behandling. Vi behøver etiske normer for å leve et bra liv som mennesker. Derfor er viktig for oss å vite hvilke verdier vi bør ha og hvordan vi bør vurdere våre alternative handlemåter. Å identifisere de verdiene vi behøver for å leve fremgangsrikt er etikkens oppgave. Dersom vi ikke har etikken i bunn blir det vanskelig å samhandle både med brukerne og øvrig personal. Etikken fungerer som en kvalitetssikring og skal knyttes opp til oss som yrkesutøvere, ikke tilfeldig etter hvem brukerne er (Eide og Skorstad, 2010).

## 4 Analyse

"Analyse er et granskningsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle," i følge Dalland (2007:124).

Vi har trukket ut det som vi mener er viktigst fra intervjuene våre og gjengir det i et kort sammendrag her.

### **Barnevernspedagogen:**

Han hadde mye kunnskap om ungdom og brukte kognitiv terapi som metode, som går ut på å forsøke å endre tankemønsteret til noe positivt og derfra bedre selvbildet. Vi fant at han var opptatt av å tilby individuell hjelp og la opp tiltak etter hvem han pratet med. Han var kreativ i relasjonsbygging og hadde mange gode måter å oppnå kontakt på. Han fortalte en historie om en ung jente som kom til ham. Hun var kledd i svart fra topp til tå. Barnevernspedagogen lurte på hvorfor, og jenta svarte at "*hun så mørkt på alt*", hørte på "*Death metal*" musikk og alt var tungt og vanskelig. Hun kunne ikke tenke seg å ha på seg noen "*lysere*", mer fargerike klær. Barnevernspedagogen utfordret henne med at hun til neste time hadde en annen farge på skolissene, en ring med en blomst i eller en hårspenne med farge i. Små steg av gangen. Dette har gitt positive utslag. Jenta tenker mer positive tanker nå og ser at det er fint å pynte seg med små fargerike detaljer, forteller han. Det var tydelig for oss at han var engasjert i ungdommer og at han hadde et genuint ønske om å hjelpe slik at de opplevde mestring og dermed fikk det bedre i eget liv. Han poengterte at depresjon ofte ble forvekslet med vanlig ungdomsproblematikk, noe han mente kunne løses i hjemmet. I forhold til diagnose og rapportering var han lite opptatt av dette, noe som viste oss at det var selve personen han hadde fokus på. Tilbud i kommunen syntes han var for dårlig og ønsket flere tilbud rettet spesielt mot ungdommen.

### **Psykologen:**

Vi var ekstra spente før dette intervjuet siden hun hadde skrevet på e-post i forkant at hun var skeptisk til begrepet mestring. På spørsmål om dette under intervjuet kom det fram ny informasjon for oss. Hun forklarte hvordan hun så på forventningene om at ungdommer skulle mestre så mye og at det var viktig å finne ut hva den enkelte ungdommen selv *ønsket* å mestre. Hun fortalte videre at mange foreldre har tanker om hva som er viktig og dermed ikke alltid ser mestringsarenaen til den enkelte, som også kan komme i form av dataspill. Vi i gruppen kjente oss noe igjen i denne tankegangen og fikk nye refleksjoner i etterkant.

Psykologen fortalte at hun fokuserte lite på diagnose, annet enn det hun måtte for å kunne drive virksomheten. Hun brukte da ICD-10 diagnoseskjema.

Metoden hun brukte var psykodynamisk terapi og hun hadde et stort fokus på *hvorfor* ungdommen ikke hadde det bra. Det kunne være opplevelser fra fortiden mente hun, som kunne komme fram senere og forårsake en depresjon. Hun var også opptatt av hva det kunne være i ungdommens aktuelle livssituasjon, som mobbing eller foreldrenes skilsmisse. I tillegg var hun opptatt av å skille mellom sorg og depresjon. Vi fant at hun hadde god kunnskap om mild til moderat depresjon og også om mestring.

### **Vernepleieren:**

Denne datainnsamlingen ble foretatt via e-post et stykke ut i oppgaven da vi også ville ha et perspektiv på en vernepleiers faglige syn på vår problemstilling. Hun la også vekt på, som barnevernspedagogen, at det var vanskelig å skille mellom vanlig ungdomsproblematikk og depresjon, og da spesielt mild depresjon. Videre fortalte hun at mestring var noe hun jobbet ut fra daglig, samtidig som nettverket rundt personen var viktig. Hun mente at mestring gir økt selvbilde som igjen kan føre til videre utvikling.

Vernepleieren jobbet ut fra vernepleierens arbeidsmodell og kunne også bidra noe i forhold til hjelp til selvhjelp.

## 5 Drøfting

Under denne delen vil vi drøfte vår problemstilling: "Hvordan kan økt mestringsopplevelse bidra til å hjelpe ungdommer med mild til moderat depresjon?" Her har vi valgt å ta for oss underspørsmålene i samme rekkefølge som nummerert i problemstillingen, noe vi mener vil gi leseren en god oversikt og rød tråd gjennom drøftingen.

### *5.1 Hva er de vanligste årsaker til at ungdom kan ha behov for hjelp?*

Berge og Repål (2002) hevder at årsaker til depresjon kan være tap, skilsmisse, negativ tenkning og tidlige livsbelastninger, som mobbing. På bakgrunn av dette spurte vi våre informanter om hvilke erfaringer de hadde og hvor henvendelser oftest kommer fra.

Barnevernspedagogen får henvendelser fra foreldre, skole (sosiallærer), helsesøster eller fastlege. Da kommer gjerne en bekymringsmelding om at ungdommen har et behov for å prate med noen. Årsaker kan være ting som mistriivsel i skolen, skolevegring, endret atferd eller manglende venner. Barnevernspedagogen får også henvendelser relatert til skilsmisseproblematikk. Han mener det nok er en del foreldre som ikke ser og tenker på den effekten det har å skille seg, og det å snakke stygt om sin ekspartner. I forhold til disse henvendelsene sier han:

Når en er deprimert er det ofte skilsmisse og samlivsbrudd som ligger til grunn. At ungdommen føler seg veldig alene og misforstått. Undrer seg ofte over om det er deres feil. De har masse følelser knyttet til mor, far, bruddet og ting de kunne gjort annerledes. Det er veldig sårt.

Når vi spør psykologen hva hun opplever som årsaker, svarer hun:

Veldig mye forskjellig. Jeg har vært borti en del mobbing og det er for de aller fleste veldig dramatisk å bli utsatt for. Du har denne fysiske mobbingen til og fra skolen, i friminutt eller i timen, som slag og spark og det som verre er. Men du har også den mer skjulte mobbingen som jenter driver mest med, avvisning og jeg vil ikke leke med deg, du får ikke komme i bursdagen min. Og den er like vond og skadelig som fysisk vold.

Lærere kan også være et problem, sier hun. Lærere kan favorisere enkeltelever og føle dårlig kjemi med andre. Sarkastiske kommentarer kan også bli en form for mobbing, mener hun.

Psykologen nevner mishandling/omsorgssvikt som en kjent årsak. Hennes erfaring er at ungdom som utsettes for omsorgssvikt ikke alltid utvikler depresjon i ungdomstiden, men at dette kan komme som en depresjon i førtiårene og i noen tilfeller enda senere.

Her skiller hun litt på mishandling og seksuelle overgrep. Det mener hun at nok mer kan føre til tilbaketrekning og depresjon. *"Selv om det ikke må det, kommer an på hvordan en er utstyrt, om en er en fighter og hvordan mishandling og misbruk foregår."*

Videre nevner hun årsaker som sykdom i familien. Har ungdommer kronisk syke søsken kan de komme i bakgrunnen, ikke få så mye tid sammen eller føle seg oversett. Dødsfall kan og være årsak, sier hun.

Vernepleieren sin erfaring av årsaker til depresjon er mobbing, skilsmisse, arv og utestenging mellom jenter. Vi ser at dette stemmer overens med våre egne arbeidserfaringer og vår forforståelse.

## ***5.2 Hva skiller sorg, vanlig ungdomsproblematikk og mild til moderat depresjon?***

I problemstillingen ønsket vi å belyse skillet mellom sorg, vanlig ungdomsproblematikk og mild til moderat depresjon. Vi fant at spesielt mild depresjon var vanskelig å oppdage fordi personen som oftest fungerer godt i dagliglivet (Helsedirektoratet, 2014). Dette opplevde også våre informanter som en utfordring. Ved moderat depresjon skaper symptomene sannsynligvis større problemer i dagliglivet, og kan derfor være lettere å fange opp (Ibid).

I vårt litteratursøk, poengteres viktigheten av å ikke forveksle normale reaksjoner som kjærlighetssorg med en depresjon (Olsson, 2006). Fra egne livserfaringer vet vi at en kjærlighetssorg kan være tøff. Å miste noen man er glad i er også fryktelig vondt. Likevel er det å miste et familiemedlem også en helt vanlig problematikk, sier barnevernspedagogen. Psykologen sier at dersom en mister noen og er nedfor, er det sorg. Sorgen kan ha mange ansikter, noen blir melankolske mens andre blir lei seg. Dette kan komme i bølger, men hun vil ikke kalle det en depresjon før det har gått noen år.

I utgangspunktet skal en vanlig familie ivareta ungdommen sin, sier barnevernspedagogen. Han nevner og at foreldre gjerne ikke helt tror på sin egen kompetanse. Likevel er det oftest



de som kjenner sitt barn best. Derfor oppfordrer han dem til å ta seg av den vanlige ungdomsproblematikken hjemme. Til dette stiller vi oss noe kritisk. Ikke alle pårørende har den nødvendige kunnskap for å kunne ivareta ungdommen og skille mellom vanlig ungdomsproblematikk, sorg og depresjon. Kan det da forventes at alle foreldre skal mestre dette uten hjelp utenfra?

Vernepleieren vi intervjuet fikk også spørsmål om sorg, men sier hun har lite kunnskap om det. Hun mener derimot at det er vanskelig å skille vanlig ungdomsproblematikk og mild depresjon og tilføyer: *"Det viser seg ofte at ungdommen ligger og vipper mellom disse to begrepene, og at det ofte kan ta lang tid før en klarer å lande på et av begrepene."* Videre hevder hun at *"[...]det ofte forekommer at flere blir plassert inn under feil begrep, og i verste tilfelle blir feil diagnostisert."*

Barnevernspedagogen forteller: *"Mange ungdommer savner at foreldrene prater med dem. De har ikke alltid tid eller så tørr de ikke gå inn i problemstillingen knyttet til kjærlighetsorg og å være lei seg."*

Venneproblematikk og redusert selvtillit vil og, i følge barnevernspedagogen, være viktig å ikke forveksle med depresjon. Han sier at man kan bli forundret over alle som kommer til psykisk helse med dagligdagse problemer, som egentlig ikke bør være noe problem, fordi foreldre er så opptatt av at barna skal ivaretas på alle måter.

Kringelen (2011), mener depresjon har symptomer som tristhet, følelse av håpløshet, nedsatt energi, konsentrasjonsvansker og manglende motivasjon. ICD-10 nevner mange av de samme symptomene, men også svekket selvfølelse og selvtillit (Helsedirektoratet, 2014).

I problemstillingen har vi fokus på depresjon hos ungdommer. Eknes (2006) sier i sin teori at mange kan oppleve seg depressive uten at det er snakk om en psykiatrisk tilstand. Problemer på skolen, blant venner og hormonelle svingninger kan være vanlige utfordringer ungdommer møter. I Helsebiblioteket (2011) fant vi at ungdommer også kunne oppleve følelsen av å være verdiløs og at karakterene på skolen plutselig kunne bli svakere i tillegg til symptomene beskrevet ovenfor. Olsson (2006) mener at depresjon hos et ungt menneske ikke bare slår ut

psykisk, men i stor grad også fysisk. Likevel bør vi la ungdommen få vite at motgang og problemer er svært vanlig i ungdomsårene (Eknes, 2006).

Vi spurte barnevernspedagogen om han opplever overvekt hos et av kjønnene når det gjelder forekomst av depresjon. Han svarte at forekomsten er størst blant jenter. I vårt litteratursøk hevder Eknes (2006), at jenter har langt større risiko for å utvikle depresjon enn gutter. Når vi spør psykologen om det samme, sier hun at hun ikke vet. Hun forteller at depresjon ofte uttrykkes forskjellig hos gutter og jenter. "*Jenter kan bli mer innadvendt og klagete, synes alt er fælt, mens gutter kan bli mer sinte.*" Hun mener også at guttenes aggresjon muligens skjuler en depresjon, mens depresjoner gjerne er tydeligere hos jenter.

### **5.3 Hva er mestrings rolle?**

Etter å ha fått mer kunnskap om mild til moderat depresjon, hva de vanligste årsaker er og hva som skiller dette fra sorg og vanlig ungdomsproblematikk, vil vi videre undersøke mestrings rolle.

I problemstillingen fokuserer vi spesielt på begrepet mestring. Det var derfor naturlig å stille spørsmål til våre informanter angående dette temaet. Vi ville undersøke om mestring har sammenheng med depresjon. I gruppen vår tenkte vi på forhånd at mestring er viktig både sosialt, på skolen og via meningsfulle aktiviteter, spesielt i ungdomstiden. Vi var nysgjerrige på om depresjon kunne være et resultat av manglende mestring i disse ulike situasjonene og ville undersøke dette nærmere.

Vi spurte alle informantene "*Hva legger du i begrepet mestring?*"

Vernepleieren svarte: "*I begrepet mestring legger jeg at brukeren klarer mest mulig selv. Dette er noe vi jobber ut fra daglig.*"

Barnevernspedagogen sa: "*Dagens unge skal mestre mye, noe som er slitsomt for mange, som gjør at de kjenner seg nedbrutt og motløse i forhold til livet videre. De skal mestre på så mange måter.*" Videre sier han "*Man kan mestre litt og man kan mestre mye. Man kan være god i fotball og mindre god i tegning. Man kan være gode mennesker for det.*"

Han syntes det var viktigst å ha fokus på det en person kan i stedet for det han ikke kan. Alle kan *noe* om det så bare er å komme til samtale som avtalt eller kle på seg. De minste tingene bør få fokus, slik at ungdommene tror mer på egen mestring. Dette samsvarer med Banduras (1924) sosial kognitive teori som sier at vår motivasjon og våre handlinger blir bestemt gjennom våre forhåndsvurderinger. Vi forhåndsvurderer hva resultatet av våre handlinger vil bli, og resultatforventningen påvirker vår motivasjon til å handle (Mæland, 2010).

Som vernepleiere bør vi ha ekstra fokus på tilrettelegging som bidrar til å sikre at ungdommen får positive mestringsopplevelser. For å gjøre dette mulig, er det viktig med små steg av gangen. Opplever ungdommen å lykkes, vil dette kunne styrke mestringsforventningene deres og skape motivasjon til å ville ta utfordringen ett skritt videre. Å gi ungdommen utfordringer av tilfredsstillende vanskelighetsgrad, vil kunne bidra til at de når sin flytsone (Brask, 2006). Sannsynligvis er det tilbakemeldingene som kommer fra eget sanseapparat som er avgjørende for flyt-opplevelsen, slik Csikszentmihalyi (f. 1934) forklarer det. Det bidrar til at man kan oppslukes av inntrykkene og dermed føle motivasjon og mening i prosessen (Ibid). Vi antar at den "*indre motivasjonen*", for eksempel planlegging, beslutning, følelser og tanker (Helsedirektoratet 2014), vil påvirke om man når flyt-sonen eller ikke. Csikszentmihalyi beskriver flyt-sonen som et område som kjennetegnes av optimal konsentrasjon, motivasjon og læring (Brask, 2006).

Da vi spurte psykologen hva hun mener om begrepet mestring, svarte hun:

Grunnen til at jeg ikke liker ordet mestring er at det lett kan føre til at du "drar folk etter håret" og det blir en sånn mestringskultur. En skal mestre sorg, en skal mestre depresjon, en skal mestre... Det betyr veldig ofte at du ikke skal ha det sånn som du har det. Du skal ikke være som du er. En ungdom som gjør det veldig dårlig på skolen, hvis du ikke går inn og ser på hvorfor denne ungdommen gjør det så dårlig på skolen, så kan du drive mestrings teknikker til krampa tar deg. Det kan godt hende at denne ungdommen kan gjøre det litt bedre, men i det øyeblikket du slipper, enten vedkommende ikke har kontakt med deg lenger, eller du bytter jobb, tenker jeg at der er det ikke så mye. Så detter det fort tilbake til det gamle. Fordi, bare for å ta det med å gjøre det dårlig på skolen, det kan jo skyldes så utrolig mye.

Psykologen tilføyer at det er en stor utfordring hvis ungdommen ikke vil gå på skole. Da blir det viktig å få tak i hva hver enkelt ungdom *ønsker* å mestre, og gjerne får "pepper" for. Hun peker på dataspill som et eksempel. Mange finner sin mestringsarena her, noe som ofte

kritiseres av foreldrene. Hun legger til at det ikke er bra å sitte der 24 timer i døgnet, men at det er mye mestring. Det samme gjelder andre aktiviteter, for eksempel å spille Monopol, påpeker hun. Heller ikke dette er bra å gjøre for lenge av gangen.

Vi i gruppa ble litt overasket over psykologens syn på begrepet mestring og hadde en forforståelse om hva vi trodde ungdommen burde mestre for å ha det bra. Dataspill hadde vi tenkt på som noe som forstyrret, og i verste fall ødela muligheten til mestring på de arena vi trodde var viktige. Med denne nye informasjonen undret vi oss. Kunne ungdommen via dataspill koble ut problemer som konfliktfylt skilsmisse, mangel på venner eller utfordringer på skolen? Selvsagt er det ikke bra for noen, som psykologen presiserer, å gjøre det samme hele tiden, men muligheten for å flykte inn i en trygg verden med dataspill trenger kanskje ikke være annerledes enn de som flykter inn i en god bok eller ut i naturen for å finne ro. Dette ga oss nye refleksjoner.

Psykologen hadde erfaring med ungdommer som ble deprimerte fordi de kjedet seg i skolen og ikke fikk utfordringer tilpasset sine evner. Hun mente dette kunne løses ved å hoppe over ett klassetrinn eller innhente kunnskap med andre på samme nivå. I tillegg pekte hun på det å få anerkjennelse for at en lå foran sine jevnaldrende som viktig. Motsatt hadde hun erfaring med ungdommer som ikke mestret skolens nivå og derfor lå bak sine jevnaldrende. Følelsen av ikke å henge med kan også gi seg utslag i depresjon fordi selvfølelsen svekkes.

Psykologen mente det er skolens ansvar å sørge for at elevene finner sin flyt-sone slik at de opplever mestring på skolen enten de ligger foran eller bak. Her fant vi samsvar mellom våre tanker, informantens bidrag og teori.

Reilstads (2014) rapport viser at spesielt unge jenter klarer å opprettholde et visst engasjement på skolen selv om de er deprimert. Skjuler de problematikken i samvær med andre? Blir den derfor vanskelig å oppdage? Som vernepleiere skal vi være klar over de ulike tegn på depresjon hos ungdom for å tidligst mulig kunne fange opp faresignaler.

Dette bekrefter Reinstads rapport. Her vektlegges viktigheten av å oppdage depresjon tidlig slik at man raskt kommer i gang med behandling og i størst mulig grad unngår alvorlige konsekvenser senere (Reilstad, 2014).

Øiestad (2009) hevder at vi ikke får til å være like ideelle som vi kanskje streber etter. Blir vårt blikk så kritisk at vi til slutt ikke føler oss gode nok? Dette bidrar til utvikling av dårlig selvfølelse.

Å få et *stempel* på å være deprimert, vil kanskje være flaut. I dagens samfunn skal vi mestre så mye. Vil man som deprimert føle at man ikke oppfyller samfunnets forventninger? Hvor stor makt har egentlig dagens samfunn over ungdommene? Hvordan blir det for eksempel mulig at ungdommen *ikke* påvirkes av mediens evige fokus på det perfekte? Vi ser jo at de fleste magasiner og aviser stadig reklamerer for ulike slankemetoder, hvordan få vakkert hår og hud, eller hvordan man bør kle seg for å være "inn"? Her pålegges også foreldrene et stort press. De ønsker å strekke til så godt de kan. Realiteten er at svært mange foreldre ikke har økonomi til å føye ungenes ønsker i klesveien. De fleste moteblad retusjerer i tillegg bilder av allerede vakre modeller. De gjør de tynne kroppene deres litt tynnere, retter på nesen eller endrer øynenes farge slik at de matcher fargen på bladets fremside. Hvilke signaler sendes ungdommen her? Dette er lett å tolke som at man ikke er bra nok.

Barnevernspedagogen poengterte viktigheten av å vite om det er sine egne eller andres krav man skal oppfylle. Fordi samfunnet har skapt idealer som for de fleste av oss er umulig å leve opp til, blir det ekstra viktig at vi kommuniserer til ungdommen at de er gode nok slik de er.

Vernepleieren legger også stor vekt på mestring:

[...]mestring gir en god selvfølelse og det vil igjen øke selvbildet til den enkelte, noe som de ofte har store utfordringer i forhold til spesielt i ungdomsårene. Følelsen av mestring fører igjen til videre utvikling.

Likheter fant vi i at både barnevernspedagogen og psykologen var opptatt av at hver enkelt skulle finne det de ønsket å mestre uten tanke på andres meninger om det. Individualiteten ble godt ivaretatt hos disse, mener vi. Vernepleieren sier om individualitet at: "*Vi vernepleiere prøver å kartlegge hver enkelt bruker veldig nøye, i første omgang hjemmesituasjon, skolesituasjon, det sosiale nettverk og brukerens egne ressurser.*" Videre sier hun "*at det er viktig å se hvilke forutsetninger hver enkelt har.*" Vilkårene for emosjonell tilknytning, kognitiv stimulering eller oppvekstpremisser vil ha stor betydning for de fleste barns senere mestringsevne. Hvordan foreldrene mestrer å være sine egne mestringssmeder, og i neste runde for sine barn, vil også ha stor betydning for fellesskapet.

De største forskjellene i informantenes svar var at barnevernspedagogen hadde størst fokus på å finne små ting personen kunne mestre for på den måten å styrke ungdommens tro på seg selv. Psykologen virket mest fokusert på *hvorfor* ungdommen hadde liten tro på seg selv, og på den måten hjelpe til selvhjelp. Dette beskrives i Freud sin psykoanalytiske teori, hvor viktigheten av å finne ut hva som utløser psykiske vansker kommer frem. Ofte ligger svaret langt bak i tid (Olsson, 2006). Vi fant dette interessant fordi det fikk oss til å endre for forståelsen og dermed tenke annerledes.

Det finnes mange grader av mestring, fra å lære å gå til å bli professor. Noen grader er tilgjengelig for de fleste, mens det finnes grader som bare et fåtall mestrer. Heldigvis kan vi velge om vi ønsker å konkurrere med våre egne forutsetninger, enten med oss selv eller med andre (Gjærum m/fl, 1998: 341). Likevel har vi snakket i gruppen om hvordan tidene har endret seg i forhold til akademiske resultater. Tidligere fantes jobber hvor du ikke måtte være flink på skolen, men hvor andre egenskaper ble verdsatt. Nå kreves høyskole eller i minste fall et fagbrev for å ha muligheter til jobb. Dette kan bli negativt for de som sliter akademisk og ikke føler seg til nytte fordi de ikke mestrer skolen. Vil dette kunne føre til manglende mestringsopplevelse og videre til en følelse av depresjon?

Gjennom litteratursøk og informantenes informasjon, finner vi en klar link mellom begrepet mestring og opplevelsen av trygghet, tilhørighet og positiv bekreftelse på det man gjør og hvem man er.

Maslow beskriver i sin behovspyramide, viktigheten av å dekke behov trinnvis. For ungdom som opplever konfliktfylte skilsmisser vil det være vanskelig å fungere både sosialt og på skolen (selvrealisering) fordi behovet lenger nede, trygghet, ikke er dekket. Tilhørighet vil være vanskelig å finne når foreldre ikke har overskudd til å beskytte og ta vare på barnet (Passer og Smith, 2007).

Hva vil det si for et barns selvbilde når mange av de trygge rammene rundt dem plutselig endres? Grunnlaget for selvbildet dannes fra barndommen og endres etter de erfaringer vi gjør oss i livet. Å føle seg respektert og verdsatt vil ha betydning for utviklingen av et positivt selvbilde (Håkonsen, 2009). Har man god selvtillit, er man selvsikker og mener en er god som en er. I følge Klepp og Aarø, (2009) kan selvtilliten variere ut fra hvilke arena en befinner seg

på. Vi mener derfor den individuelle tilpasningen er svært viktig, som det å finne noe den enkelte er god på.

Dersom ungdommen opplever en konfliktskyld skilsmisse, kan det tenkes at de vil føle seg fanget i mellom sine foreldre. Føler de at de må velge den ene partens side? Opplever de skyld og dårlig samvittighet ved å føle de svikter en av partene? Psykolog Steinar Ulvestad hevder at selvtillit handler om å stole på egne prosesser i forhold til å gjenkjenne følelser, godta og handle ut fra dem (Haraldsen, 2014). Fra hans definisjon av selvtillit, stiller vi oss videre kritisk til ungdommens mulighet til å opprettholde følelse av selvtillit på hjemmebane når de utsettes for en slik påkjenning.

Tilknytningen til nære personer spiller en sentral rolle når vi skal forstå ungdommens sårbarhet overfor livets små og store hendelser. Når vi får mulighet til å knytte trygge bånd til nære mennesker blir vi bedre rustet til å tåle påkjenninger i livet (Garmezy og Masten 1994 i Gjærum m/fl. 1998:121).

Det har for eksempel vist seg at barn kommer best gjennom en sorg når de voksne lar barna dele tankene sine med noen (Dyregrov 1997 i Gjærum m.fl. 1998:36).

Psykologen kaller det å miste den daglige kontakten med en av foreldrene for en sorg. Hun mener det ofte er en sorg som barn og unge ikke helt får plass til fordi foreldrene er så opptatt, og barna ikke vil være til bry. Videre nevner hun at ved å støtte den det gjelder, og si at det er helt rimelig at det reageres som det gjør, tar en bort mye av skamfølelsen. Å oppleve å få støtte gjør livet lettere å håndtere. Det å få en bekreftelse på dette gjør mye for selvbildet, selvtilliten og selvfølelsen hos et menneske. Er et menneske deprimert er alle de tingene veldig dårlige, sier hun.

Teorien forteller oss også om ulike mestringsstrategier som kan være å stenge verden ute eller gi andre skylden for på den måten å skape mening (Ingeberg m/fl., 2006). Slike strategier brukes for å unngå situasjoner som en forventer vil kunne medføre et ubehag.

Barnevernspedagogen nevner blant annet at noen kan bruke sin diagnose som en forsvarsmekanisme mot å prøve nye ting, noe som kan henge sammen med liten tro på egen mestring.

Bandura hevder i sin sosiale læringsteori at: "*atferd først og fremst styres av sine konsekvenser eller forsterkningsbetingelser*". Etter å ha videreutviklet sin teori til *sosial kognitiv teori*, hevder han at vi mennesker gjør oss opp forventninger på forhånd i forhold til hvor vidt vi tror vi vil mestre en situasjon (Mæland, 2010). Noe som også vil kunne påvirke troen på å mestre noe, forklarer Bandura (1977) er mestringstillit. Det vil være viktig at vi vernepleiere viser at vi tror på deres muligheter til å mestre. Hvis ikke ser vi at det vil bli vanskelig for dem å tro på det selv. Å vise brukerne slik tillit, vil i følge Eide (2004) både kunne bidra til å styrke deres motivasjon i tillegg som det kan bidra til å skape en god relasjon mellom bruker og hjelper. Som Mæland (2010) sier, påvirker resultatforventningen menneskets motivasjon til å handle (Ibid). Å skape motivasjon hos våre brukere vil kunne være et viktig skritt til selvhjelp.

#### ***5.4 Vernepleierens rolle ved aktuelle tiltak som hjelp til selvhjelp.***

Gjennom drøftingen så lang har vi økt vår kunnskap om hva som kan forårsake en mild til moderat depresjon, hvorfor mestring kan være av betydning og hva som kan skille depresjon fra sorg og vanlig ungdomsproblematikk. Herfra vil vi ta i bruk denne nye kunnskapen for å kunne bidra til at ungdom kan få hjelp til selvhjelp. Vi har forholdt oss mest til vårt allmenne litteraturstudie her, med noe innspill fra informantene våre.

I vårt arbeid som vernepleiere, vil Helsedirektoratets (2014) Nasjonale plan for selvhjelp kunne være en sentral veiviser når det gjelder å gi hjelp til selvhjelp. En av våre viktigste oppgaver er blant annet å hjelpe brukerne til å se sine egne muligheter, ta i bruk ressursene de har slik at de kan ta ansvar for eget liv. Vi må gi brukerne veiledning til å finne de rette verktøyene de kan ta i bruk, og videre følge dem opp med samtaler og finne ut hvordan hjelpen fungerer for dem. På den måten kan vi bidra til å hjelpe dem med å finne sin vei i livet, der de selv ønsker å være.

Vernepleierens arbeidsmodell vektlegger blant annet viktigheten av å finne en balanse mellom det å gi for mye eller for lite hjelp (Linde og Nordlund, 2010). Vi må være bevisst hva som skiller hjelp fra lært hjelpeløshet slik at personen ikke opplever for lav forventning (Brumoen, 2010).

Hele tiden bør vi ha etikken i fokus som å vise respekt for den enkeltes ønsker og valg. Det er viktig at vi balanserer hjelp, makt og kontroll for at våre ønsker ikke skal overstyre brukernes



ønsker og behov. I dette ligger respekt for livets ukrenkelighet, egenverd og at vi viser solidaritet med svakerestilte (Ibid).

For å kunne samhandle med ungdommen vil det ikke være nok å bare bruke arbeidsmodellen. Vi må også vite hvordan vi bygger gode relasjoner for å kunne komme i posisjon til å hjelpe ungdommen. Rogers (1951) hevder at væremåte, empati og anerkjennelse er viktige egenskaper som bør være tilstede for å oppnå en god relasjon (Røkenes og Hanssen, 2002). I følge Eide og Eide (2004), er også kommunikasjon viktig for å avdekke et menneskes ønsker, behov og kunne skape en god relasjon. Psykologen hevder at:

Ved å støtte den det gjelder og si at det er helt rimelig å reagere sånn etter at det har skjedd, tar du vekk mye av skammen og tilleggsproblemene. Bare det å fortsette med støtten, gjør livet lettere å håndtere.

Denne måten å møte ungdommen på var ny for oss og noe vi ønsker å bruke videre i vårt arbeid som vernepleiere.

Kommunikasjon handler også om dialog (Eide og Eide, 2004). Under intervjuet av barnevernspedagogen, fortalte han at han innimellom brukte samtaler via e-post for å oppnå kontakt med enkelte ungdommer han ellers ikke ville nådd. Dette er også en form for dialog, der en møter ungdommen der de er, som Kierkegaard sier (Gjærum m/fl., 2010).

Barnevernspedagogen var opptatt av å gi ungdommen følelsen av å bli forstått, vise omsorg og omtanke. Han brukte mye humor og hadde som mål å få dem til å smile og le under samtalen. I tillegg hadde han små oppgaver som de skulle jobbe med hjemme. Eksempler han hadde var å si fine ting til seg selv eller ha et kort i lommen hvor det sto at de er bra nok. Barnevernspedagogen jobbet i hovedsak ut fra kognitiv atferdsterapi (KAT). Et av hovedmålene innenfor KAT, er i følge Snoek og Engedal (2001) at den observerbare atferden skal endres, gjennom at en lærer pasienten å endre tanker og tankeprosesser på en åpen måte. Martinsen og Hagen (2012) sier videre at tanker, følelser og atferd påvirker hverandre, og endringer innenfor et av disse komponentene vil ha betydning ut fra den kognitive atferdsterapeutiske måten å forstå problemer på.

Vernepleieren vi intervjuet har vernepleiernes arbeidsmodell i sin grunntenkning, men fordi det på hennes arbeidsplass var flere ulike yrkesprofesjoner var de på leting etter modeller som kunne passe inn hos flere enn bare vernepleierne som jobbet der, fortalte hun. Hun mente at

flere andre modeller går inn i hverandre og bygger på mye av det samme. Dette underbygget våre tanker om at samarbeid på tvers av profesjoner er viktig og aktuelt, noe vi hadde i tankene ved valg av informanter.

Som hjelp til selvhjelp brukte de på hennes arbeidsplass selvhjelpsgrupper hvor ungdommen blir hjulpet i gang med å kunne knytte kontakter. Målet var her at de på sikt skulle opprettholde kontaktene utenfor psykisk helse. Opplevelsen var at dette ofte fungerte om ikke problematikken var kommet for langt.

Barnevernspedagogen brukte tid på å prate med ungdommen (kartlegge), planlegge oppgaver til neste møte og gjennomføre disse, noe som viser store likheter til arbeidsmodellen selv om han ikke hadde navn på metodene han brukte, og har en annen fagutdanning.

Ved hjelp til selvhjelp, kan noen av verktøyene vernepleierne bruker i arbeidet med ungdom med mild til moderat depresjon være psykologisk førstehjelp og Moodgym. Verktøyet psykologisk førstehjelp, er et nytt program, som kan brukes i samtale for å lære ungdommen å mestre egne følelser og tenke positive tanker om seg selv. Slik blir fokuset på det positive i livet (Kristiansen). Dette er også noe som kan brukes i hjemmet av foreldre, for å forebygge mild til moderat depresjon. Foreldre som synes det er vanskelig å snakke med ungdommen, kan bruke dette som et hjelpemiddel. Barnevernspedagogen refererte til at enkelte familier søkte om hjelp når det var saker som burde løses i hjemmet. Psykologisk førstehjelp kan da være et alternativ som kan brukes for å trygge familien på at det de gjør er riktig. I forbindelse med oppgaven spilte vi dette spillet sammen med to av våre egne ungdommer for å undersøke om det kunne ha effekt på hjemmebane. Her var det ikke snakk om noen grad av depresjon, men vanlig ungdomsproblematikk som kan være vanskelig å snakke om. Vi oppdaget at spillet var effektivt og ga resultater som fikk både oss som voksne og ungdommene til å reflektere over situasjonen på nytt. Vi fant også at det var nyttig å kjenne ungdommen godt og at det derfor kanskje ikke vil være like effektivt om ikke god relasjon og kjennskap til ungdommen er på plass. Vi stiller oss kritiske til at viktigheten av relasjonsbygging for å kunne bruke verktøyet på best mulig måte ikke er nevnt i artikkelen.

Moodgym er et nettbasert selvhjelpsprogram som også kan brukes hjemme. Programmet skal gi informasjon om psykiske vansker hvor målet er å lære å snu tankemønsteret og derfra at selvtilliten styrkes. Kanskje føler ungdommen seg alene og ikke vet helt hva som skjer med kropp og tanker. Det og ikke kunne forstå kan være mer skremmende enn noe annet.

For mange, spesielt gutter, vil det nok være enklere å søke hjelp via internett som kan forhindre videre utvikling om en depresjon er i anmarsj.

Å vite at en ikke er alene kan være en trøst for mange. Klarer de å bruke Moodgym på en positiv måte, slik at tankemønsteret endres, selvtilliten styrkes og de klarer å se det positive i hverdagen, kan dette være til god hjelp for den enkeltes mestring av dagens krav i samfunnet. Dette kan på sikt resultere i at ungdommen kommer styrket ut av en vanskelig periode (Øvreberg, 2010). Ulempen kan være at de som allerede sitter mye inne, kan isolere seg enda mer ved hjelp på denne måten.

Som vernepleiere kan vår rolle være å gi informasjon om at verktøyene finnes, kanskje da gjennom skole, fritidsarenaer og internett.

I artikkelen "*her er den ferskeste forskning om depresjon hos barn og unge*" fra Helsebiblioteket (2013) påpekes viktigheten av å bruke den digitale verdenen, som i dag er ungdommens arena. Her finnes mange ulike alternativer, som kan hjelpe ungdom til å få en bedre forståelse av psykisk helse og få rask hjelp uten å måtte kontakte hjelpeapparatet.

Den digitale jungelen øker stadig og ungdommen i dag er storforbrukere av denne. En kan se at trendene har endret seg radikalt de siste tiår. Ungdom har informasjon og hjelp lett tilgjengelig døgnet rundt. Det finnes utallige forum og ulike nettsider som informerer om telefonnummer, hvor det er fagpersoner tilgjengelig. På nettsiden [www.sporpsykologen.no](http://www.sporpsykologen.no), kan en stille spørsmål som besvares av en psykolog, samtidig som den gir råd for endring av et negativt tankemønster (Øvreberg, 2010). Ulempen med alt som finnes på internett kan være at ungdommen ikke har et nok kritisk blikk på det de anvender. Samtidig ser en at det finnes mange seriøse og gode sider som virkelig satser på å nå ungdommen der de er i dag. Vi som vernepleiere kan, som et bidrag i den enkelte kommune, eksempelvis lage en kommunal side hvor vi henviser til ulike seriøse aktører, noe vi ser enkelte seriøse og kjente hjelpeorganisasjoner allerede gjør i dag.

Rapporten "*Engasjerte på skolen, tross depresjon*" (Reilstad, 2014), sier noe om viktigheten av å ta tak i depresjonen tidligst mulig, slik at en skal unngå konsekvenser senere i livet. Barnevernspedagogen mente at samarbeidet med lærere kunne være vanskelig fordi de ikke innså viktigheten av å ivareta psykisk helse hvis de gikk glipp av læring i et fag. Er det for

liten kunnskap om psykisk helse i skolen? Kunne tiltak blitt iverksatt også her, i form av kurs og opplæring, slik at lærere som tilbringer mye tid sammen med ungdommen, lettere kunne gjenkjenne symptomer? Som vernepleiere mener vi at skolen bør være en aktiv samarbeidspartner i tillegg til andre aktuelle instanser tilpasset den enkeltes behov. Vi stilte oss også spørsmålet: Er det for få vernepleiere i skolen? I skoler hvor en har forsterket avdeling har vi erfaring med at flere ansatte er vernepleiere, men hva med de milde psykiske vanskene som ikke er så lette og oppdage i vanlige klasser? Burde skolene satset mer på vernepleieres kompetanse for å ivareta utfordringer rundt den sosiale delen av skoledagen?

Barnevernspedagogen forteller at de i Psykisk helse er langt mer opptatt av det medmenneskelige enn selve diagnosen. Han forteller også at ungdommer ikke er spesielt opptatt av å diskutere sin egen diagnose, men at noen kan bruke den som en unnskyldning for ikke å engasjere seg eller som en forsvarsmekanisme mot å prøve nye ting. Alle informantene var opptatt av at foresatte var informert om at samtalene fant sted og hadde samtykket til dette, som beskrevet i Pasient og brukerrettighetsloven kap. 4: Samtykke til helsehjelp.

Da vi spurte barnevernspedagogen og psykologen hvilket lovverk de var underlagt, fikk vi til svar at det var de ikke helt sikre på. De nevnte Pasient- og brukerrettighetsloven og Helse- og omsorgstjenesteloven, men utover det var de ikke så veldig opptatt av lovverket. Som vernepleiere er vi opptatt av å følge lovverket. Når det gjelder ungdom som er under myndighetsalder må vi forholde oss til Barneloven og Barnevernsloven i tillegg til Pasient- og brukerrettighetsloven og Helse- og omsorgstjenesteloven. Vi er også helsepersonell og må følge Helsepersonelloven.

Vi er pålagt taushetsplikt etter Helsepersonelloven kap. 5, § 21 og Forvaltningsloven, § 13. Taushetsplikten er sentral i vernepleierens arbeid uansett hvor vi arbeider og hvem vi arbeider med.

## 6 Avslutning

### konklusjon

Etter å ha jobbet med denne oppgaven mener vi å ha klart å besvare vår problemstilling. Temaet vårt var vernepleierens rolle i samhandling med ungdom som opplever en mild til moderat depresjon. Vi ser i etterkant at problemstillingen har fokus i stor grad på innhenting av kunnskap og at temaet derfor ikke kommer til sin rett før mot slutten av oppgaven. Likevel fant vi det viktig å ha nok kunnskap før vi starter arbeidet i praksis nettopp for å sikre god kvalitet. Vår forforståelse har endret seg noe, da spesielt i forhold til begrepet mestring. Vi spurte hvordan økt mestringsopplevelse kan bidra til å hjelpe ungdommer med mild til moderat depresjon. Gjennom våre intervju og vårt allmenne litteratursøk konkluderer vi med at mestring vil ha betydning for ungdommer som opplever denne grad av depresjon og også at hjelp til selvhjelp vil kunne styrke ungdommens selvbylde.

På spørsmål om hva som skiller sorg, vanlig ungdomsproblematikk og mild til moderat depresjon, konkluderer vi med at dette går veldig inn i hverandre og derfor vanskelig å skille. Vi har ikke klart å få kunnskap nok til å sette fingeren klart på hva som er hva. Dette fant vi og at våre informanter så på som en utfordring selv med lang erfaring. Vi finner likevel at hjelp til selvhjelpsmetodene kan ha innvirkning i positiv retning på alle tre. Hvor mestringen bør foregå har vi endret noe syn på fra vår forforståelse og ser at individuell tilpasning vil være avgjørende. Kreativitet og god dialog vil vi ha god nytte av som vernepleiere. I arbeidet med oppgaven har vi funnet det både interessant og viktig å også kunne gå utenfor vår egen yrkesutdannelse og finne kunnskap hos andre som jobber innenfor samme område. Vi har plukket ut deres styrker og gjort dem til våres, samtidig som vi har silt ut det vi fant irrelevant for oss.

Fortsetter samfunnsutviklingen i samme retning som nå vil vi nok dessverre se en økning i antall depresjoner i årene som kommer. Vi stiller oss kritiske til kravene samfunnet har i dag og vil i vårt videre arbeid fokusere på å bidra til redusert forventning. God nok er godt nok, noe som på sikt forhåpentligvis vil føre til økt livskvalitet i samfunnet generelt og blant våre unge.

## Litteraturliste

Almvik, A og Borge, L. (2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.

Bang Nes, R.N. og Clench- Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge*. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

URL:<http://www.fhi.no/dokumenter/960011f100.pdf>

Berge, T. og Repål, A. (red) (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Berge, T og Repål, A. (2002). *Lykketyvene, hvordan overkomme depresjon*. Oslo: Aschehoug Forlag.

Brask, O.D. (2006). Artikkel. *Selvregulert læring i praksisfellesskap*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 3-11 (1) URL:

[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=239748&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=239748&a=2) (Lest: 14.04.14).

Brumoen, H. (2010). Artikkel. *Svake og sterke øyeblikk – Bygging av mestringstillit*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 1020-1025 (11) URL:

[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=127182&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=127182&a=2) (Lest 14.04.14).

Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode -en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, T. og Eide, H. (2004) *Kommunikasjon i praksis. Relasjoner samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. 1. utg. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, S.B. og Skorstad, B. (2010). *Etikk - til refleksjon og handling i sosialt arbeid*. 2. utg. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS

Eknes, J.(2006). *Depresjon og mani. Forståelse og behandling*. Oslo. Universitetsforlaget.

Ellingsen, K.E. (red.) 2014. *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn*. Oslo. Universitetsforlaget.

Fellesorganisasjonen, (2011). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere*. URL:

[http://www.fo.no/getfile.php/01 Om FO/Hefter og publikasjoner/Yrkesetisk 2011 lav\(1\).pdf](http://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Yrkesetisk%202011%20lav(1).pdf) (Lest 03.02.14).

Gjærum, B., Grøholt, B. og Sommerschild, H.(Red). (1998) *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo. Universitetsforlaget.

Gripsrud, G., Olsson, U.H., Silkoset, R. (2010) *Metode og dataanalyse*, 2. utg. Kristiansand.

Haraldsen, L.A. (23.04.14). *Slik får du god selvtillit*. Dagbladet. URL: <http://www.dagbladet.no/2013/02/10/tema/helse/velvere/klikk/25686102/> (Lest 23.04.14)

Helsebiblioteket. (2011). *Depresjon hos barn og unge*. URL: <https://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/Depresjonhosbarn.aspx> (Lest 07.03.14).

Helsebiblioteket. (2013). *Her er den ferskeste forskningen om depresjon hos barn og unge (NICE)*. URL: <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/her-er-den-ferste-forskningen-om-depresjon-hos-barn-og-unge-nice> (Lest 20.04.14)

Helsedirektoratet. (2011). *Barn og Unge*. URL: <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsearbeid/barn-og-unge/Sider/default.aspx> (lest 05.05.14).

Helsedirektoratet. (2014). *ICD-10*. URL:<http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/helsefaglige-kodeverk/icd-10/Sider/default.aspx> (Lest 27.02.14).

Helsedirektoratet. (2012). *Motivasjon og mestring*. URL: <http://helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/motiverende-samtale-mi/hva-er-motiverende-samtale/Sider/motivasjon-og-mestring.aspx> (Lest: 04.05.14).

Helsedirektoratet.(2014). *Nasjonal plan for selvhjelp 2014-2018*. URL: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-plan-for-selvhjelp/Publikasjoner/nasjonal-plan-for-selvhjelp.pdf>: (Lest 21.05.14).

Holme, I. M. og B. K. Solvang (2003). *Metodevalg og metodebruk*. 3. utg. Otta. Tano Aschehoug.

Hummelvoll, J. (2004), *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo. Gyldendal akademisk.

Høgskolen i Bergen, (2013) *Taushetsplikten*. URL: <https://www.hib.no/om/sentrale-dokumenter/lover-og-regler/taushetsplikt.htm> (Lest 21.04.14)

Håkonsen, K.J.(2009). *Innføring i psykologi*. 4.utg: Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Ingeberg, M.H, Tallaksen, D.W. og Eide, B (2006). *Mentale knagger; En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe forlag.

Jerlang, E. (2008). *Udviklingspsykologiske teorier*. 4. utg. København: Hans Reitzels Forlag.

Karoliussen, M og Smebye, K.L. (1997). *Eldre, aldring og sykepleie*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademiske

Klepp K.I. og Aarø, L.E. (red.) (2009) *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. 1. utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kringelen, E. (2011). *Depresjon. Stiftelsen psykiatrisk opplysning*. 3. utg. Forlag: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

Kristiansen, H. (Artikkel). *Psykologisk førstehjelp - Selvhjelp til barn og ungdom*. Organisasjonen Voksne for Barn. URL: [http://www.vfb.no/no/vi\\_tilbyr/til\\_alle\\_voksne/psykologisk\\_forstehjelp/](http://www.vfb.no/no/vi_tilbyr/til_alle_voksne/psykologisk_forstehjelp/) (Lest 20.02.14)

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utg. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS

Kunnskapsdepartementet, (2012-2013) St.mld.18. *Etisk forsvarlig forskning*. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-18-20122013/4/2.html?id=716052> (Lest 31.03.14).

Linde, S. og Nordlund, I. (2010). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid*. 2. utg. Oslo. Universitetsforlaget

Lov om barn og foreldre, (barneloven) av 8. april 1981. URL: [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7?q=barneloven#KAPITTEL\\_5](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7?q=barneloven#KAPITTEL_5) (Lest 02.05.14)

Lov om barneverntjenester (barnevernloven) av 17. juli 1992. URL: [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100/KAPITTEL\\_7#KAPITTEL\\_6](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100/KAPITTEL_7#KAPITTEL_6) (Lest 02.05.14)

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) av 10. febr. 1967. URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningsloven> (Lest 02.05.14)

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2. juli 1999. Oslo. Medlex, Norsk Helseinformasjon.

Lov om pasient- og brukerrettigheter, (pasient- og brukerrettighetsloven) av 2. juli 1999. Oslo. Medlex, Norsk Helseinformasjon.

Malt, Ulrik. (2009). *Icd 10*. I Store medisinske leksikon. URL: <http://sml.snl.no/ICD-10> (Lest 27.02.14).

Martinsen, K og Hagen, R, (2012). *Håndbok i kognitiv atferdsterapi i behandling med barn og unge*. Oslo: Gyldendal akademiske

Medisinsk ordbok (2011). *Kognitiv terapi*. URL:



[http://www.ordnett.no/ordbok.html?search=kognitiv+terapi&search\\_type=&publications 17](http://www.ordnett.no/ordbok.html?search=kognitiv+terapi&search_type=&publications 17)  
(Lest 03.02. 14).

Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid; Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Neumer, S.P. og Junge-Hoffmeister, J. (2010). *Smart. Forebygging av emosjonelle problemer hos ungdom*. Veileder. Oslo: Kommuneforlaget.

Norsk psykolog forening. (2014). *Fakta om psykisk helse*.  
URL: <http://www.psykol.no/Foreningen/For-pressen/Fakta-om-psykisk-helse> (Lest 05.04.14).

Olsson, G. (2006). *Depresjoner i tenårene - ung, trett og trist*. Oslo: Kommuneforlaget.

Passer, M.W. og Smith, R.E. (2007). *Psychology - the science of mind and behavior*. 3.utg. New York. McGraw - Hill Companies.

Postholm, M.B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Reilstad, K. (2014) *Engasjerte på skolen, tross depresjon*. URL:  
<http://www.forskning.no/artikler/2013/desember/376208> (Lest 16.04.14)

Røkenes, O.H., og Hanssen, P.H. (2012). *Bære eller bryte*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Røkenes, O.H., og Hanssen, P.H. (2002). *Bære eller bryte*. Bergen: Fagbokforlaget.

Røsjø, B. (2014). Artikkel, *Nytt håp for forskning på psykisk helse*. Forskningsrådet. URL:  
[http://www.forskningsradet.no/prognett-psykiskhelse/Nyheter/Nytt\\_hap\\_for\\_forskningen\\_pa\\_psykisk\\_helse/1253995013173/p1228296355804](http://www.forskningsradet.no/prognett-psykiskhelse/Nyheter/Nytt_hap_for_forskningen_pa_psykisk_helse/1253995013173/p1228296355804) (Lest: 20.02.14)

Skårderud, F.,Haugsgjerd, S. og Stänicke, E.(2010). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Snoek, J.E. og Engedal, K. (2008). *Psykiatri. Kunnskap. Forståelse. Utfordringer*. 3. utgave. Oslo: Akribe Forlag.

Tetzchner,S. (2001). *Utviklingspsykologi. Barne- og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. (2007). Oslo. Sosial- og helsedirektoratet. URL:[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/IS-1405\\_14898a.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/IS-1405_14898a.pdf) )  
Lest:03.05.14

Øiestad, G. (2009). *Selvfølelsen*.1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Øvreberg, E. (2010). *Psykisk selvhjelp på nett*. URL:  
[http://uit.no/ansatte/organisasjon/nyhetsartikkel?p\\_document\\_id=202339](http://uit.no/ansatte/organisasjon/nyhetsartikkel?p_document_id=202339) (Lest: 18.05.14)

# VEDLEGG A:

## 1 Intervju.

Spørsmål om å være informant.

Via telefonkontakt ble du spurt om å være informant til vårt forskningsprosjekt. Vi ønsker et intervju med deg som også vil bli tatt opp på bånd, for at vi skal få med oss mest mulig fra intervjuet. Alt materiell vil bli behandlet konfidensielt og du vil anonymiseres i oppgaven slik at det blir umulig å gjenkjenne deg som intervjuobjekt.

Du vil få tilsendt et utdrag for godkjenning før vi bruker det i oppgaven. Når oppgaven er avsluttet vil vi slette alle lydopptak.

Hva kreves av deg? At du tar deg tid ca en time til vårt intervju og at vi får ta samtalen opp på bånd.

Med vennlig hilsen

Anita Hetland, Liv Oddny B. Pedersen, Lotte Torgeirsen og Elin Sandsmark.

### *1.1 Intervju med barnevernspedagog og psykolog*

1. Utleverer infoskriv/anonymisering er spesielt viktig i en liten bygd, selv om vi har taushetsplikt kan det være greit at konkrete historier skifter alder, kjønn o.l for å sikre anonymisering.

2. Presenterer gruppa

3. Presenterer foreløpig problemstilling. Har du innspill?

4. Hvem er du? (utdanning, arbeidserfaring)

5. Hvor kommer flest henvendelser fra (skole, hjem..)? Hvor stor er forekomsten og på hvilke alderstrinn er tallene høyest? Størst forekomst blant gutter eller jenter?

Hvordan komme i posisjon?

Hvor opptatt er du av diagnose?

6. Hvilket alderstrinn anbefaler du at vi har fokus på?

7. Erfaringer ift. bakgrunn for depresjon og hva depresjon er.

8. mestringshistorier

9. Hvilke utfordringer kan du møte underveis?

10. Hvilken behandling får de - hva settes i gang, hvor raskt (med tanke på dypere depresjon om en venter for lenge)

11. Begrepet mestring.

12. Aktuell litteratur.

13. Takk for hjelpen og din positive innstilling ved forespørsel. Vi sender deg utkast for godkjenning når vi har det klart.

## ***1.2 Spørsmål til Informant 3, vernepleier i psykisk helseteam avd. barn og ungdom***

Hei!

Takk for at du tar deg tid til å svare på disse spørsmålene.

Her ser du våres problemstilling og underpunkter:

Hvordan kan vi som vernepleiere bidra til økt mestringsopplevelse for ungdommer som opplever mild/moderat depresjon?

For å svare på denne problemstillingen vil vi:

1. Undersøke sammenhengen mellom depresjon og mestring?
2. Veiledning i/og hjelp til selvhjelp
3. Belyse forskjeller mellom sorg, “vanlig ungdomsproblematikk” og depresjon.
  - Hva tenker du om dette?
  - Hva er dine erfaringer med årsaker til depresjon?
  - Hva legger du i begrepet mestring, og er du opptatt av det i din jobb og dine klienter?
  - Hvordan jobber du og hvilke metoder bruker du i din arbeidshverdag?
  - Kjenner du til begrepet hjelp til selvhjelp og bruker du det i din hverdag?
  - Bruker du aktivt vernepleierens arbeidsmodell?

Takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Anita Hetland, Liv Oddny B. Pedersen, Lotte Torgeirsen og Elin Sandsmark.

## VEDLEGG B:

### *Maslows behovspyramide.*

