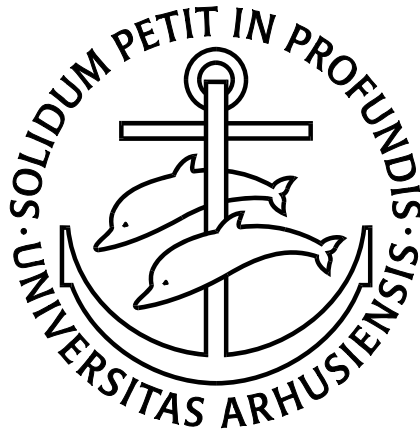


Kandidatspeciale



Grib livet - nye muligheder og nye veje

Et interventionsstudie bygget på metoden Guidet Egen-Beslutning

af

Chanett Babette Simonsen

KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Chanett Babette Simonsen
Modul: Kandidatspeciale
Måned og år: Juli 2007
Vejleder: Vibeke Zoffmann
Anslag: 189.088

Grib livet - nye muligheder og nye veje

Et interventionsstudie bygget på metoden Guidet Egen-Beslutning

Afdeling for Sygeplejevidenskab
Institut for Folkesundhed
Aarhus Universitet
Høgh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Århus C

Copyright © Chanett Babette Simonsen og Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
Elektronisk udgivelse på <http://www.folkesundhed.au.dk/kandidatspecialer>
ISSN 1602-1541. ISBN 978-87-92261-30-4

Dette kandidatspeciale har i 2007 udgjort grundlaget for tildeling af kandidatgraden i sygepleje (cand.cur.) ved Aarhus Universitet

Resumé

Hensigten med dette speciale er at intervenere med programmet *Grib livet – nye muligheder og nye veje*, som består af individuel træning med metoden *Guidet Egen-Beslutning* (GEB).

Interventionen evalueres efterfølgende kvalitativt med fokus på deltagernes livsdygtighed. Interventionen foregår i et psykiatrisk mobilteam, der er tilknyttet et sygehus i Jylland og afgrænses til patienter med diagnosen depression uden psykotiske vrangforestillinger (F32). Forud for interventionen er metoden GEB - som oprindeligt er udviklet og afprøvet til patienter i vanskelig diabetes omsorg - tilpasset til diagnosen depression.

Interventionen forløb over seks uger, og bestod af individuel GEB træning i deltagernes eget hjem med seks sessioner af cirka en times varighed. Interventionen inkluderede fire deltagere, hvoraf alle gennemførte hele interventionen. Forløbet af den individuelle GEB træning var genstand for observation, som blev ført i form af dagbogsnotater imellem hver session. Efter endt intervention blev alle deltagerne interviewet for at undersøge deltagernes livsdygtighed og deres oplevelse af interventionen. Efterfølgende blev patientudsagnene analyseret med anvendelsen af Zogloweks tematiske analyse, med henblik på at identificere interventionens betydning for deltagernes livsdygtighed.

Resultaterne fra undersøgelsen viste, at det var muligt at identificere en øget livsdygtighed hos deltagerne, og at metoden GEB imødekommer nogle af de særlige udfordringer der er forbundet med diagnosen depression.

Konklusionen på undersøgelsen blev, at deltagelse i interventionen øgede deltagernes livsdygtighed. Derved vurderes det, at GEB besidder den anbefalede styrke i forhold til implementeringen af en evidensbaseret metode i den psykiatriske sygepleje til depressive.

English summary of *Seize life – new paths and possibilities*

The main purpose of this master thesis is to intervene with the program *Seize life – new paths and possibilities*, which consists of individual training with the method Guided Self-Determination (GSD).

After finishing the intervention a qualitative evaluation was conducted focusing on the patient's life-skills. The intervention is situated in primary mental health nursing practice and includes patients with depression. Ahead of the intervention the method GSD, which is a life-skills approach developed in difficult Type 1 diabetes, was adjusted to patients with depression.

The intervention took place over a six weeks period. It consisted of six sessions with individual GSD training for four participating patients. After the intervention all four patients were interviewed with the purpose of identifying life-skills and their experience of the intervention. After the interview the patients statements were analysed concerning life-skills.

Results from the study showed, that it was possible to identify increased life-skills with all patients, and that the method GSD complies with some of the special difficulties related to the diagnosis depression

The conclusion of the study was that participation in the intervention increased patients' life-skills, and that the method GSD has the recommended strength in relation to the implementation of an evidence based method in psychiatric nursing of depressed patients.

INDHOLDSFORTEGNELSE

<u>INDLEDNING</u>	7
BAGGRUND	7
DEN NUVÆRENDE PSYKIATRISKE SYGEPLEJE TIL DEPRESSIVE	7
EVIDENSBASERET PSYKIATRISK SYGEPLEJEPRAKSIS	12
 <u>FORMÅL, ANTAGELSER, AFGRÆNSNING OG PROBLEMSTILLING</u>	 15
 <u>TEORI, MATERIALE OG METODE</u>	 16
DEPRESSION	17
KOGNITIV ADFÆRDSTERAPI VED DEPRESSION	21
EMPOWERMENT OG LIFE-SKILLS	23
 METODEN GUIDET EGEN-BESLUTNING	 26
TILPASNING AF METODEN GUIDET EGEN-BESLUTNING TIL PATIENTER MED DEPRESSION	 32
INTERVENTIONEN <i>GRIB LIVET NYE MULIGHEDER OG NYE VEJE</i>	 33
REGI OG FORBEREDELSE AF DE PROFESSIONELLE	35
INKLUSIONS- OG EKSKLUSIONSKRITERIER	36
TRIANGULERING	37
OBSERVATION	38
INTERVIEW	39
ETISKE OVERVEJELSER	41
KVALITATIV EVALUERING AF METODEN	41

<u>ANALYSE</u>	43
ANALYSEREDSKAB	43
<u>RESULTATER</u>	49
SELVINDSIGT	49
- A POSTERIORI TEMA : FRA KAOS TIL EGEN- KONTROL	50
PROBLEMIDENTIFIKATION OG PROBLEMBENÆVNELSE	43
- A POSTERIORI TEMA: DIALETIKKEN MELLEM KERNESYMPTOMERNE OG DET LEVEDE LIV	44
BESLUTNINGSTAGNING, PROBLEMLØSNING OG KONFLIKTHÅNDTERING	49
- A POSTERIORI TEMA: FRA PASSIV TIL AKTIV LIVSAKTØR	50
EGEN-KONTROL OG RETNING	53
- A POSTERIORI TEMA: EGNE VÆRDIER OG EGNE LIVSMÅL	53
ÅBEN TEMA ”DELTAGERNES OPLEVELSE AF <i>GRIB LIVET – NYE MULIGHEDER OG NYE VEJE</i> ”	55
- A POSTERIORI TEMA: OPMÆRKSOMHED	55
<u>DISKUSSION</u>	58
- DEN JEG-DU SORTEREDE RELATION SOM RAMMEN OM DEN DEPRESSIVES FORANDRINGSPOTENTIALE	59
- DET PERSONSPECIFIKKE PERSPEKTIVS BETYDNING FOR DEN DEPRESSIVES OPLEVELSE AF MENING	65
- PROBLEMLØSNINGSFÆRDIGHEDER HOS DEPRESSIVE	70
DISKUSSION AF UNDERSØGELSENS VALIDITET	74

KONKLUSION 75

PERSPEKTIVERING OG ANBEFALINGER 77

RESUME

ENGLISH SUMMARY

LITTERATURLISTE

BILAGSFORTEGNELSE

INDLEDNING

Ifølge WHO kan den massive udvikling af kroniske depressioner være forårsaget af manglende evidens-baserede metoder i behandling og pleje af depressive (WHO 2006). Spørgsmålet er hvorledes den psykiatriske sygepleje, som en del af den tværfaglige indsats, kan bidrage til udvikling på området?

Den overordnede ide bag dette kandidatspeciale er, at undersøge om den evidensbaserede metode *Guidet Egen-Beslutning*, der er udviklet og afprøvet i diabetesklinikken (Zoffmann 2004), er overførbart og anvendelig i den psykiatriske sygepleje til depressive.

BAGGRUND

I de følgende afsnit beskrives baggrunden for emnevalg i dette speciale. Først beskrives det eksisterende metodegrundlag i den psykiatriske sygeplejepraksis. Kvaliteten af de anvendte metoder diskuteres med udgangspunkt i resultaterne og anbefalinger fra eksisterende national og international forskning indenfor depressionsområdet. Derudover inddrages resultaterne fra mit pilotprojekt på tredje semester, der understøtter antagelsen om, at metoden *Guidet Egen-Beslutning* muligvis er overførbart og egnet i sygeplejen til mennesker med sygdommen depression.

DEN NUVÆRENDE PSYKIATRISKE SYGEPLEJE

I det følgende afsnit beskrives det nuværende metodegrundlag i den psykiatriske sygepleje til depressionsramte, og dette metodegrundlag problematiseres gennem eksisterende teori og empiri fra det psykiatriske felt.

Ifølge den danske forsker i psykiatrisk sygepleje ph.d Niels Buus, har den eksisterende sygepleje i den danske psykiatri ikke sit udgangspunkt i empiriske undersøgelser eller evidensbaserede interventioner. Det betyder, at de psykiatriske patienter på nuværende tidspunkt tilbydes sygepleje, der hovedsageligt tager udgangspunkt i teorier eller

hypoteser om, hvad der er god og effektiv sygepleje (Buus 2005:5). En litteraturgennemgang understøtter dette synspunkt. Den viser, at depressionsramte tilbydes sygepleje, der primært bygger på psykodynamisk teori og med et metodiske afsæt i de miljøterapeutiske principper (Falk&Svarre1994:56, Hummelvoll 2006: 486-517, Ramhøj m.fl 2004: 578-595, Bechgaard 1992). Problemet med dette metodeafsæt i den psykiatriske sygepleje er imidlertid, at der ifølge Sundhedsstyrelsen ikke er grundlag for at komme med anbefalinger om miljøterapi. Kritikken lyder på, at den eksisterende litteratur og gennemførte undersøgelser bygger på et for spinkelt grundlag (Sundhedsstyrelsen 2004:47-48). To sygeplejevidenskabelige specialer påviser også flere kritiske forhold i anvendelse af miljøterapi i den psykiatriske sygepleje (Hybholt 2002, Dam 2001). Hybholt peger i sit kandidatspeciale¹ på, at miljøterapeutiske aktiviteter kan have en direkte antiterapeutisk effekt på psykiatriske patienter, idet effekten af miljøaktiviteten afhænger af patientens oplevelse af mening i forbindelse med de miljøterapeutiske tilbud på psykiatrisk afdeling (Hybholt 2002). I Dams undersøgelse² konkluderes det, at de miljøterapeutiske ydelser når et minimum i forhold til Sundhedsstyrelsens målsætning for voksenpsykiatrien. Dam peger på manglende forskningsbelæg for miljøterapeutiske interventioner, manglende organisering af de miljøterapeutiske ydelser, og manglende ressourcetilførsel (Dam 2001). Dams resultater understøttes i en nyere undersøgelse på Psykoterapeutisk Center Stolpegården³, hvori det konkluderes, at miljøterapi på de psykiatriske afdelinger kun kan forventes at have behandlingseffekt, hvis det er ”... blevet helt klart for patienterne, hvad de kan bruge miljøpersonalet til” og når ”...personalet er blevet mere bevidste om egne roller og arbejdsfunktioner” (Kronsted & Petersen-Bønding 2007).

Kritikken af miljøterapien som grundlæggende ydelse i den moderne psykiatriske sygepleje er sammenfaldende med egne erfaringer fra den psykiatriske klinik, og har gennem hele min tid i praksis givet anledning til bekymring for effekten af de

¹Hybholt's kvalitative undersøgelse inkluderer interviews med fire indlagte patienter på psykiatrisk afdeling.

²Dams data bygger på et observationsstudie af tre måneders varighed i 1999/2000.

³Undersøgelsen bygger på en spørgeskemaundersøgelse blandt 100 patienter tilknyttet Stolpegårdens femdøgnsafsnit. Undersøgelsen foretages umiddelbart efter, at personalegruppen har gennemført et kompetanceudviklingskursus med undervisning og supervision i miljøterapi af et års varighed.

sygeplejefaglige interventioner, og dermed også for de depressives høje forekomst af sygdomsrecidiv (Day Poulsen & Bolwig 2006:149, Lewisohn et al 1989).

Ifølge Sundhedsstyrelsens nye udmeldinger kan depression som sygdom helbredes fuldstændigt, og der peges på, at den nuværende indsats bør omlægges. De seneste anbefalinger er kombinationsbehandling, hvori der anbefales en samlet indsats i form af kognitiv kortidsterapi, psykoedukation (PE), samt telefonstøtte og elektroniske påmindelser med effektive behandlingsprincipper. Sundhedsstyrelsens anbefalinger bygger på to udenlandske MTV-rapporter, da der endnu ikke eksisterer nationale undersøgelser på området (Sundhedsstyrelsen 2005:4). Ifølge de udenlandske undersøgelser har kognitiv kortidsterapi den bedst dokumenterede effekt i behandling af mild til middelsvær depression. Den kognitive adfærdsregulering skulle angiveligt være ligeså effektiv som medicinsk intervention og mindske risikoen for recidiv i sygdommen. Svær depression bør behandles med en kombinationbehandling af kognitiv terapi og medicinsk intervention for at sikre optimal behandling (Ibid:17). Sundhedsstyrelsen påpeger, at der mangler dansk forskning indenfor området, og det vurderes, at der indenfor flere centrale behandlingsområder anvendes metoder, hvor der mangler videnskabeligt belæg for interventionerne (Ibid:4).

Stadig flere hospitaler tilbyder patientundervisning (psykoedukation/PE) (Aagaard 2004). Det kan undre, at Sundhedsstyrelsen anbefaler PE i depressionsbehandlingen, når Sundhedsstyrelsen selv i en litteraturgennemgang med fokus på PE's metoder og effekt understreger, at der ikke eksisterer evidens for effekt af PE på andre sindslidelser end skizofreni. Ligeledes viser rapporten at der er grund til at være kritisk i anvendelsen af PE. Der eksisterer blandt andet utilstrækkelige beskrivelser af interventionsmetoderne og der mangler redskaber til måling af effekt. Derudover anvendes der sjældent pædagogisk teori og adfærdsteori i udvikling, intervention og effektmåling, hvilket kan afspejle en ensidig biomedicinsk tilgang. PE måles overvejende på korttidseffekten, og der eksisterer meget begrænset viden om langtidseffekten. Der peges endvidere på, at der kan eksistere publikationsbias, hvor der kan være tale om, at det primært er de mest positive resultater, der publiceres (Sundhedsstyrelsen 2005a: 23-26).

Til forskel fra PE er effekten af den kognitive adfærdsterapi særdeles velunderbygget i depressionsbehandlingen (Sundhedsstyrelsen 2005:11). Tidligere har denne metode kun været anvendt af psykiatere og psykologer, men i forlængelse af, at en stadig stigende gruppe i det psykiatriske plejepersonale har erhvervet sig viden om metoden gennem kognitiv kursusvirksomhed, er den psykiatriske sygeplejepraksis flere steder i landet også *inspireret* af dette metodegrundlag. Den kognitive behandlingsmetode bygger på intervention gennem kontraktsamarbejde, strukturerede samtaleforløb, hjemmearbejde og social færdighedstræning, som har basis i empirisk forskning (Bech 1986, Oestrich 2004:11, 44). Samtidig med at metoden høster meget anerkendelse for sin effekt på depressive, kritiseres den også af mere psykodynamisk orienterede forskere, for at fokusere for meget på patientens fornuft, og dermed underkende betydningen af de mere ubevidste følelsesprocesser i mennesket (Barker & Rolfe 2000:279). Der synes grund til at forholde sig kritisk til udførelsen af psykiatrisk sygepleje, hvor plejepersonalet lader sig inspirere af de kognitive principper, for derved risikeres inkonsistens i den metodiske tilgang, hvilket kan forårsage manglende effekt af behandlingen.

Da Sundhedsstyrelsen og WHO peger på et grundlæggende behov for veldokumenteret forskning indenfor depressionsområdet, og det samtidig må forventes, at der i fremtiden bliver lagt større vægt på patienttilfredshed, når der udarbejdes strategier og handleplaner i det danske sundhedsvæsen (Undervisningsministeriet 2006), må det anses for tvingende nødvendigt, at de psykiatriske sygeplejersker som faggruppe deltager og bidrager til udviklingen af effektive metoder til gruppen af mennesker, der er ramt af depression.

I forbindelse med min tredje semester opgave valgte jeg derfor at gennemføre et pilotprojekt, som havde til formål at afdække, hvordan deprimerede mennesker oplevede den psykiatriske sygepleje under indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Undersøgelsens antagelse var, at der eksisterede barrierer i relationsarbejdet, hvor både patienten og den professionelle foretog sig ubevidste handlinger, der kunne hæmme samarbejdet. Denne antagelse byggede delvis på egne erfaringer fra praksis og en hypotese om, at de fund, som Zoffmann gjorde i forbindelse med sine grounded theory studier i diabetesklinikken, var generelle og også kunne identificeres i den psykiatriske

sygepleje. Denne antagelse blev understøttet igennem søgeresultater⁴ fra videnskabelige databaser, der viste, at på trods af at depression som sygdom, er det mest undersøgte fænomen indenfor psykiatrisk forskning, så eksisterede der meget få undersøgelser af patienternes oplevelse af den psykiatriske sygepleje (Steen 1995). Fire publikationer viste, at den psykiatriske sygepleje til depressive antagelig kunne effektiviseres:

- For det første ved at lægge mere vægt på samtaler, hvori patienten har mulighed for at undersøge, hvordan depressionen giver mening og påvirker patientens individuelle liv. Sygeplejerskens rolle er, at styrke patientens overgang mellem forståelse og nye sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende handlinger (Skårsater et al 2003).
- For det andet, at lægge vægt på patientens egen fortælling om livet med sygdom. Sygeplejersken kan facilitere større selvbevidsthed hos patienten ved at fokusere på patientens individuelle hypoteser om livet med sygdom (Schreiber 1996).
- For det tredje, at fokusere på detaljeret kommunikation, hvorigennem patienten får mulighed for at italesætte de problemer, de oplever i livet med depression (Lewis 1995).
- For det fjerde ved at støtte patienten i at finde individuelle problemløsningsstrategier på de hverdagsproblemer, der optræder i forbindelse med at have depression (Peden et al 1995).

Konklusionen på pilotprojektet var, at der i patientperspektiv kunne identificeres barrierer i relationen mellem den psykiatriske sygeplejerske og den depressive patient, der var hæmmende for patientens mulighed for at opnå færdigheder i at løse de hverdagsproblemer, som er forbundet med at leve med sygdommen depression. Der blev identificeret barrierer i form af:

Konflikter i livs- og sygdomsperspektivet: De professionelle formåede ikke at arbejde konstruktivt med patientens livsfortælling om livet med sygdom, således at patienten udviklede personspecifik viden, der kunne omsættes til nye handlekompetancer i

⁴Cinahl, Pubmed, Svemed+, Psykinfo og statsbibliotek.dk med søgeordene; Psyc*, nurs*, depression, psychoeducational, affective disorders, empowerment, quality of life, relation*, life skills and qualitative studies.

forhold til de problemer patienten oplevede i sit liv med depression. De professionelle var primært optaget af patientens symptomer og medicinens virkning og bivirkning.

Uhensigtsmæssige relationer: De professionelle relaterede sig på forskellig vis til patienten, enten paternalistisk (bedrevidende og dominerende) eller som ”veninden”, der ikke udfordrede patienten (sympati-søgende).

Ineffektiv kommunikation: De professionelle fik ikke skabt dybde i samtalerne, idet patienterne ikke blev fastholdt i strukturerede og problemløsende samtaler. Samtalerne manglede et individuelt og situationsspecifikt indhold.

Ovenstående gennemgang viser et behov for udvikling og afprøvning af ny viden indenfor depressionsbehandling. Da WHO (WHO 2006) anbefaler udvikling af evidensbaserede metoder i den psykiatriske praksis, vil der i det følgende afsnit blive argumenteret for, hvorfor denne anbefaling følges i nærværende speciale.

EVIDENSBASERET PSYKIATRISK SYGEPLEJE

I det følgende afsnit redegøres der for evidensbegrebet med udgangspunkt i en litteraturgennemgang. Afslutningsvis argumenteres der for afprøvning af en evidensbaseret metode i den psykiatriske sygepleje til depressionsramte.

Som det fremgår af ovenstående gennemgang så tyder noget på, at den psykiatriske sygepleje til depressive kan effektiviseres, hvis der i den metodiske tilgang tages højde for, at patienterne har behov for en individuel tilrettelagt sygepleje, hvor patientens egen viden og erfaring inkluderes i behandlingen. Spørgsmålet er, hvilke problemstillinger vi står overfor, når vi forsøger at implementere evidensbaserede metoder i den psykiatriske sygepleje, hvor der anvendes generaliseret viden fra forskning?

Evidensbegrebet stammer oprindeligt fra Archie Cochraine, der i et ønske om at guide den kliniske praksis, indsamlede forskning og gjorde det tilgængeligt på internettet.

Cochraines formål var at:

Figur 1.

<p><i>Sikre behovet for gyldig information</i></p> <p><i>Ophæve de traditionelle ressourcers utilstrækkelighed</i></p> <p><i>Påpege forskellen mellem diagnostiske færdigheder og kliniske vurderinger</i></p> <p><i>Forhindre tidsspilde ved at sikre en let og hurtig adgang til evidens</i></p> <p><i>Reducere eventuelle variationer i den individuelle praksis</i></p> <p><i>Eliminere dårlig praksis</i></p> <p><i>Styrke "best practice".</i></p>	<p>Willman & Stoltz 2004:17-22</p>
--	--

Den evidensbaserede sygepleje (EBS) har sit udgangspunkt fra den evidensbaserede medicin, der defineres som;

"... the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research" (Sackett et al 2000).

Litteraturgennemgangen viser, at der kan være grund til at forholde sig kritisk til, om evidensbaserede metoder kan løse de problemstillinger, der kan ligge til grund for den accelererende risiko for depression og høje forekomst af recidiv i sygdommen.

I Danmark udtrykkes der generelt bekymring for at EBS primært er et led i en politisk strategi (Hoeck 2002, Willman & Stoltz 2004, Egerod 2007). Samtidig med at kravet om dokumenteret sygepleje stiger, stiger også forventningerne om, at der kan etableres sygeplejemetoder, som er funderet i sikker viden om og fra praksis. Da de klinisk kontrollerede forsøg (RCT), ikke synes dækkende for sygeplejens behov for veldokumenteret erfaringsbaseret viden, forsøges behovet dækket på anden vis (Lorensen 2003:317, Hoeck 2002:5, Egerod 2007: 5). EBS kan imidlertid også anvendes som ukritisk legitimering af faggruppen (Birkelund 2006, Bydam 2006, Callewaert 2006). Internationalt peges der netop på nødvendigheden af, at sygeplejersker legitimerer deres plads som pleje- og omsorgsgivere i den psykiatriske praksis. Den økonomisk rationalitet vurderes at medføre en reel trussel mod de psykiatriske sygeplejersker, og mange sygeplejeopgaver ville antageligt kunne

overdrages til andre billigere faggrupper. Et argument er derfor, at en selvstændig fagligt afgrænset sygeplejeforskning, der bygger på EBS, kan blive en afgørende metode til synliggørelse og legitimering af kundskaber og færdigheder i gruppen af psykiatriske sygeplejersker (Holmes 2006, McCabe 2002).

Egne oplevelser fra den psykiatriske praksis er, at sygeplejerskernes faglige bevæggrunde for at ønske udvikling af evidensbaserede metoder, hovedsageligt er forankret i et behov for at sikre patienterne pleje og omsorg af høj kvalitet, således at den menneskelige lidelse, der følger symptomerne hos depressionsramte, forebygges så effektivt som muligt. En antagelse er derfor, at afprøvning af en evidensbaseret metode både kan styrke den psykiatriske sygepleje ved at bidrage til en udvikling indenfor faget, som fremadrettet kan sikre, at patienterne tilbydes sygepleje, der tager afsæt i sygeplejeforskning og samtidig forebygge den uheldige udvikling af, at der i den psykiatriske sygepleje ukritisk "lånes" metodiske redskaber fra andre faggrupper, uden at der foreligger klinisk evidens for metodernes holdbarhed og gyldighed i en psykiatrisk sygeplejepsikis til gruppen af depressive. Den grundlæggende holdning i dette speciale er, at patienter med depression har krav på, at de metoder der anvendes i sygeplejeinterventionerne er effektive og forankret i den nyeste viden indenfor specialet. Et forbehold overfor EBS er imidlertid, at ikke al sygepleje kan og skal evidensbaseres. En henstilling kunne derfor være, at udviklingen af interventionsmetoder, der bygger på den allerede eksisterende forskning, samt inkluderer de depressive patienters levede erfaring og egen viden om sygdom og sundhed, skal fremmes. Ligeledes bør det sikres, at der i udviklingen af evidensbaseredemetoder tages udgangspunkt i de depressives efterspørgsel på sygepleje, hvori der tages højde for behovet for individuel tilrettelagte forløb, i hvilke patientens egen oplevelse af sundhed og sygdom er styrende for de sygeplejefaglige tiltag. Med baggrund i disse overvejelser vurderes EBS til at kunne bidrage til forbedring af de behandlingsmetoder, der eksisterer på nuværende tidspunkt, og som der endnu ikke foreligger klinisk evidens for.

ANTAGELSER, FORMÅL, AFGRÆNSNING OG PROBLEMSTILLING

En grundantagelse i dette kandidatspeciale er, at den psykiatriske sygepleje som en del af den tværfaglige indsats kan bidrage med ændringer, således at mennesker med en depression gennem den psykiatriske sygepleje får mulighed for at mestre hverdagskrav og problemer i livet med sygdom (WHO 2006). Da relationen mellem patienten og det psykiatriske sygeplejepersonale bør fungere som både mål og middel i den psykiatriske sygepleje (Sundhedsstyrelsen 1995: 92-94), er det et problem, hvis der eksisterer barrierer i mellem den professionelle psykiatriske sygeplejerske og den depressive patient, der hæmmer samarbejdet (Simonsen 2006). Samtidig antages det, at der i fremtiden vil være et stigende samfundsmæssigt krav om effektive evidensbaserede metoder, der fordrer, at der i den psykiatriske sygepleje til depressive udvikles viden, således at patienterne fremadrettet kan tilbydes sygepleje af høj videnskabelig kvalitet (WHO 2006, Sundhedsstyrelsen 2005, Undervisningsministeriet 2006).

Eftersom det i et pilotstudie (Simonsen 2006) og interventionsstudier indenfor misbrugs- og skizofreniplejen (Borg 2006, Jørgensen 2007) har været muligt at identificere samme barrierer i samspillet mellem patient og den psykiatriske sygeplejerske, som der er fundet i diabetesklinikken (Zoffmann 2004), formodes det, at metoden *Guidet Egen-Beslutning* har den anbefalede styrke og relevans i forhold til testning af en evidensbaseret metode i psykiatrisk sygepleje til depressive. Hvis metoden vurderes som overførbart til depressionsområdet vil dette kunne imødekomme anbefalinger fra WHO om udviklingen af evidensbaserede metoder i plejen af depressionsramte.

Formålet med kandidatspecialet er derfor, at undersøge om metoden GEB som individuelt træningsprogram i en-til-en regi, kan overføres til den psykiatriske sygepleje til depressive;

Målet med kandidatspecialet er:

- At tilpasse GEB til plejen af mennesker diagnosticeret med depression i let til svær grad uden psykotiske vrangforestillinger (F32).
- At afprøve GEB på fire mennesker diagnosticeret med depression.
- At evaluere GEB's indflydelse på livsdygtighed hos depressionramte.

Ovenstående afgrænses til følgende problemformulering:

*Er metoden **Guided Egen-Beslutning** overførbart til brug i den psykiatriske sygepleje til depressive?*

*Kan der identificeres øget livsdygtighed hos depressive patienter, der har deltaget i individuel træning efter programmet i **Grib livet – nye muligheder og nye veje**?*

TEORI, MATERIALE OG METODE

I denne undersøgelse arbejdes der ud fra en deduktiv tilgang. I henhold til den deduktive proces arbejdes der fra teori-niveau til data-niveau (Boolsen 2004:91, 2006:32-34) Det vil i denne undersøgelse sige, at der startes med teori om depression, empowerment og life-skills til hypotesen om, at depressionsramtes life-skills antageligt øges gennem anvendelsen af metoden GEB. Afslutningsvis efterprøves dette på empirisk materiale, igennem tematisk analyse af observations- og interviewdata (Boolsen 2004:92, 2006: 32-34). De fleste forskere er bekendte med induktionsprocessen, hvor forklaringerne søges gennem en bevægelse fra data-niveau til teori-niveau, som det ses i metoden Grounded Theory (Boolsen 2004: 89, 141-150). Nogle forskere vælger at kombinere de to tilgange. Der peges på, at langt de fleste kvalitative analyser forløber deduktivt, idet den forudsætningsløse⁵ kvalitative analyse sjældent lader sig gøre (Bjerrum 2004: 57, Boolsen 2004: 92, Zoglówek 1999). Dette er også kendetegnende for undersøgelsen i dette speciale, dels fordi der arbejdes ud fra en forforståelse, der bygger på teori og eksisterende empiri fra det psykiatriske felt, dels fordi den bagvedliggende teori om life-skills i metoden *Guidet Egen-Beslutning* er styrende i konstruktionen af analyseredskabet.

I de kommende afsnit redegøres der for undersøgelsens teori, metode og design. Først præsenteres den teoretiske referenceramme. Der redegøres for sygdommen depression. Da der foreligger stærk evidens for effekten af den kognitiv adfærdsterapi i behandling

⁵Bevidst naivitet i kvalitative forskningsinterview = Der udvises åbenhed overfor nye og uventede fænomener, i stedet for færdige kategorier og fortolkningsskemaer (Boolsen 2004:106).

af depression, vil det teoretiske fundament i denne metode blive inddraget. Der argumenteres for, hvorfor interventionsstudiet bygger på GEB, og ikke den mere velafprøvede kognitive adfærdsbehandling (CBT). Idet målet med GEB er empowerment af patienten gennem udvikling af life-skills, redegøres der for begreberne empowerment og life-skills. Empiriske undersøgelser indenfor det psykiatriske område inddrages til diskussion af relevansen af udvikling af evidensbaserede metoder, der inkluderer empowerment af patienten gennem træning af life-skills.

Efterfølgende redegøres der for metoden *Guidet Egen-Beslutning*, hvorefter tilpasningen af GEB fra diabetesklinikken til depressionssygeplejen beskrives. Endvidere redegøres der for programmet i *Grib livet – nye muligheder og nye veje*.

Afslutningsvis redegøres der for regi og forberedelse af de professionelle, inklusions- og eksklusionskriterier, overvejelser i forbindelse med triangulering, herunder observation og interview. De etiske overvejelser inddrages, ligesom der redegøres for den kvalitative evaluering af en intervention.

DEPRESSION

Ifølge Sundhedsstyrelsen lider ca. 150.000 danskere af depression. Sygdommen betragtes af WHO som den fjerde mest alvorlige sygdom på verdensplan. Kun 10-20 procent af de depressionsramte bliver indlagt for deres sygdom, resten behandles udenfor hospitalsregi gennem egen læge. (Sundhedsstyrelsen 2005:4). Depressioner koster det danske samfund 3-4 milliarder kroner om året. Deraf er 30 procent relateret til behandlingsomkostninger og ca. 70 procent tabt arbejdsfortjeneste (Psykiatri-fonden 2007). Depressionssygdomme har siden 1994 været klassificeret i Danmark efter ICD-10 modellen. Ren depression klassificeres som F32 og inddeles efter sværhedsgrad. Den kliniske vurdering af sværhedsgraden er af subjektiv karakter og lader sig ikke validere. Sværhedsgraden er ofte afgørende for valg af behandlingsmetode, hvor man som hovedregel tilbyder samtalebehandling til lettere depressioner og antidepressiv medicinsk behandling til moderate til svære depressioner. Der skelnes mellem om sygdommen ser ud til at være primært biologisk funderet eller reaktiv. Til dette formål

anvendes ofte sårbarheds-stress modellen⁶. Hypotesen er, at jo højere grad af biologisk fundament, jo mindre psykosocialt traume skal der til for udløse en depression (Day Poulsen & Bolwig 2006:149). Deltagerne i interventionen *Grib livet – nye muligheder og nye veje* er diagnosticeret med depression i let til svær grad uden psykotiske vrangforestillinger (F32), hvorfor der i det følgende udelukkende redegøres for ætiologi, epidemiologi og psykopatologi for denne klassificering.

Ætiologi: Der eksisterer mange forskellige forklaringsmodeller på sygdommen depression (Bilag 1). Den nuværende og komplekse forklaringsmodel er, at depression har en vis biologisk ætiologi. Påvisningen af biologiske forandringer i hjernen hos depressive tilskrives, at sygdommen er biologisk medieret. Da visse typer af depressioner lettest lader sig behandle psykoterapeutisk, anses depression også for at have en delvis psykologisk/psykodynamisk ætiologi. I dag opfattes sygdommen af de fleste forskere som en kompleks sygdom, hvor biologi og psykologisk ætiologi er to sider af samme sag (Snoek & Engedal 2003:108-109 og Day Poulsen & Bolwig 2004:148-169). Nogle af de mere psykodynamiske forklaringsmodeller, for eksempel teorien om objekttab, tillært hjælpeløshed og indadrettet aggression, indgår som forklaringsmodeller i den psykiatriske sygeplejelitteratur, og danner grundlag for nogle af de sygeplejefaglige interventioner, der anvendes i det kliniske arbejde (Hummelvoll 2006:59-80, 194-197, Day Poulsen & Bolwig 2004: 51-153). Som allerede nævnt, har den kognitive forklaringsmodel en vis styrke i forhold til effektiv behandling af depressionssygdomme (Sundhedsstyrelsen 2005:11,17). Metodisk bygger den kognitive adfærdsterapi på teorien om at negative tankeprocesser (skemata) påvirker menneskets billede af sig selv og omgivelserne, således at hændelser og selvopfattelse ses i et dominerende pessimistisk syn. Den kroniske pessimisme og negative forventning rettet mod andre og sig selv kan føre til depression (Beck 1986).

Epidemiologi: Den beregnede livstidsrisiko for at udvikle depression er forskellig for kvinder og mænd. Dobbelt så mange kvinder som mænd får diagnosticeret en depression, dvs. at ca. otte procent af den kvindelige befolkning hvert år rammes af depression. Det er imidlertid sådan, at der er en højere forekomst af selvmord og

⁶Sårbarheds-stress modellen : Sårbarhed (fysisk, psykisk, social) + stressorer = årsagsmekanismer (Psykiatrifonden)

selvmordsforsøg blandt mænd med depression end blandt kvinder, angivelig dobbelt så mange. Mellem 15-25 procent af de mennesker, der lider af depression vil forsøge at suicidere (Psykiatrifonden 2007). En depressionsfase varer 6-12 måneder, hvis den forbliver ubehandlet. 75 procent vil få recidiv i sygdommen og op til 15 procent vil risikere udvikling af kroniske forløb, hvori der indgår maniske faser. Hvor prognosen for en enkelt depressiv periode er god, er langstidsprognosen ved recidiv dårlig. Den store gruppe af mennesker, der oplever recidiv i sygdommen, vil mellem sygdommens aktive faser ofte lide af subsyndromale⁷ enkeltsymptomer, såsom søvnforstyrrelser og nedsat stemningsleje. Dette medfører ofte funktionsnedsættelse i en sådan grad, at patienten må førtidspensioneres. Med depressionen ses følgesygdomme, idet der eksisterer en 50 procent højere risiko for at udvikle forskellige angstlidelser, tvangshandlinger og misbrug (Day Poulsen & Bolwig 2004: 151-153).

Psykopatologi: Depression udvikler sig gradvis, først med meget sparsomme symptomer f.eks. søvnforstyrrelser. Mange patienter oplever en ”forstemthed”, som er svært for dem at sætte ord på. Denne forstemthed kan intensiveres gradvist til massiv tristhed, uforklarlig gråtdens, sortsyn, glasklokke-fornemmelser og manglende evne til at føle lyst og glæde. Depressionen har mange forskellige kernesymptomer, som italesættes forskelligt af patienter, der er ramt af sygdommen. Et særlig vanskeligt problem for patienten kan være en massiv følelse af meningsløshed, der kan knyttes til en forhøjet suicidal risiko hos depressive. Depressionens kernesymptomer beskrives som følgende (Hummelvoll 2006: 189-194, 197-198);

- Øget træthæd
- Koncentrationsvanskeligheder
- Ked af det og trist
- Nedsat energi og lyst
- Søvnproblemer
- Ændret appetit
- Nedsat libido

⁷ Subsyndromale enkeltsymptomer vil sige enkelte kernesymptomer og/eller følgesymptomer som alene ikke udløser en depressionsdiagnose, da de diagnostiske kriterier inkluderer mindst to kernesymptomer og/eller følgesymptomer.

- Isolationstrang
- Selvbeprejdelse og skyldfølelse

Angst er derudover et hyppigt ledsagesymptom, der kan være meget ubehageligt for patienten, og som det for de fleste patienter kan være svært at begribe og forklare. Alle symptomer medfører et nedsat funktionsniveau i varierende grader, der i sidste ende kan føre til social deroute (Day Poulsen & Bolwig 2006: 150, 154-155). Depression diagnosticeres oftest af egen læge, der ved hjælp af spørgsmål kan afdække hvorvidt patientens symptomatologi. Det har vist sig, at praktiserende læger har svært ved at identificere depressionssygdomme, især let til moderat depression kan forblive ubehandlet. Patientens fremtræden kan ligge til baggrund for dette. Mange depressive patienter har lært sig at kompensere og simulere, og virker derfor upåfaldende i deres habitus. Derfor er det nødvendigt, at praktiserende læger og sundhedsplejersker, som ofte er de første, der er i kontakt med de depressive patienter, har den viden og de færdigheder der skal til, for at få patienten til at åbne sig og tale om deres symptomer. Mange symptomer kan ligeledes forblive ubehandlet, fordi de knyttes til nogle naturlige reaktioner på givne omstændigheder. Derfor skal patientens egen oplevelse af reaktioner og følelser sættes i tale og indgå i helhedsvurderingen af patienten. Der skal i denne vurdering også indgå en afdækning af eventuelle differentialdiagnoser og ledsagesymptomer for at sikre, at den rette behandling kan iværksættes med det samme (Day Poulsen & Bolwig 2006: 160-162). Hvis der er tale om en depression uden psykotiske symptomer (som er fokus i denne nærværende intervention), er de diagnostiske kriterier som følgende;

Figur 2.

A:	Mindst 2 ugers varighed af nedenfor nævnte symptomer og udelukkelsen af organisk ætiologi.
B:	Mindst 2 (alle 3 ved svær depression) af følgende depressive kernesymptomer: Nedtrykthed Nedsat lyst eller interesse Nedsat energi eller øget træthæd
C:	Mindst 2 (4 ved moderat og 5 ved svær depression) af følgende ledsagesymptomer; Nedsat selvtillid eller selvfølelse Selvbebrejdelser eller skyldfølelse Tanker om død eller selvmord Tanke- eller koncentrationsbesvær Agitation eller hæmning Søvnforstyrrelser eller vægtændring
D:	Ingen hallucinationer, vrangforestillinger eller stupor.

Kilde: WHO:ICD-10

Der eksisterer på nuværende tidspunkt strukturerede interview (PSE/HDS⁸), som kan anvendes ved diagnosticering af depression (Day Poulsen & Bolwig 2006: 156-162). Psykiatrifonden har udviklet et afkrydsningsskema til hjemmebrug, som ligeledes kan anvendes af sundhedsprofessionelle (Psykiatrifonden).

KOGNITIV ADFÆRDSTERAPI VED DEPRESSION

Som allerede beskrevet, er kognitiv adfærdsterapi (CBT) den mest dokumenterede metode til behandling af depression i let til svær grad (Sundhedsstyrelsen 2005:11, 17). I dette afsnit redegøres der for, hvorledes CBT anvendes i depressionsbehandlingen. Afslutningsvis argumenteres der for, hvorfor nærværende interventionsstudiet bygger på GEB, og ikke den mere testede kognitive adfærdsbehandling.

I CBT anvendes der generelt kontrakter, der går forud for behandlingen. Der indgår skiftlige semistrukturerede arbejdsark og kommunikativt gøres der brug af ”sokratisk dialog”, hvor åbne, nysgerrige og værdineutrale spørgsmål giver terapeuten et nuanceret billede af patientens tanke- og handlemønstre. Derigennem søges der at arbejde i

⁸ PSE=Present State Examination & HDS= Hamilton Depression Scale.

dybden med patientens problemer, ud fra patientens egen oplevelse af sin situation (Oestrich 2004: 13-33, 43-54). Depressionsbehandlingen tager sit udgangspunkt i den negative kognitive triade, dvs. de tre væsentlige dimensioner, der er farvet af depressionen og de depressive tanker;

- Et negativt syn på sig selv
- Et negativt syn på omverdenen
- Et negativt syn på fremtiden

Disse dimensioner i depressionen er årsag til, at patienten er handlingslammet og lider af en hæmmet viljestyrke. De tre dimensioner forstærker hinanden og der opstår øget dependens, suicidalimpuls og undvigetendens. Tankeprocesserne er destruktive og relaterer direkte til andre symptomer, det emotionelle mønster, de adfærdsmæssige handlinger og de fysiologiske reaktioner. Fokus i depressionsbehandlingen handler derfor om at afdække klientens personlige fortolkning af sig selv og sin omverden, da dette kan være årsagen til angst, hjælpeløshed og magtesløshed (Ibid:58-59).

Det kognitive metodegrundlag er evidensbaseret og bygger oprindeligt på den behavioristiske teori. Der argumenteres for, at den mest betydningsfulde kontrolfaktor i menneskets liv, determinaten for tanker, følelser og adfærd, er frygten for fiasko og afvisning. Hovedingredienserne i CBT er derfor at arbejdet med menneskets to hoveddrivkrafter; smerte og lyst (Ibid: 11,19,24). For at sikre optimal behandling af den individuelle klient, skal teknikkerne i behandlingen bygge på en multi-dimensionel indfaldsvinkel, kombineret med en kvalificeret terapeutisk kontakt, der skal sikre at klientens behov for forståelse og empati dækkes. Der eksisterer på nuværende tidspunkt en del kvalitative studier, samt RCT fra den psykologiske/psykiatriske klinik, der alle peger på, at adfærdstræning, der tager udgangspunkt i patientens tankemæssige indhold og reaktioner i forhold til dette, er betydningsfuld for patienters selvudvikling og mestring af sygdom (Ibid:11, 22-47-53). En selvstændig søgning i databaserne med søgeordene ”cognitive behaviour therapy and depression” viser, at effekten af den kognitive adfærdsterapi er særdeles velunderbygget (Clark et al 2001, Scogin et al 2005:222-237). Men samtidig kritiseres CBT for manglende empirisk bevisførelse for de præcise sammenhænge mellem dysfunktionelle handlemønstre og negative tanker, idet flere undersøgelser har vist, at depressive til tider kan have mere realistiske

forestillinger om verden end ikke depressive (Dobson 1989, Jacobson 1996, Gortner 1998). Nogle forskere hævder, at de kognitive terapeuter mangler et validt design, når de undersøger effekten af terapien (Abraham et al 1991). Andre peger på, at det store fokus på negative tankemønstre, kan være årsag til kronificering i sygdommen (Nezu 1989, Williams 1989), ligesom den kognitive terapi lægger op til at styre følelser gennem tankens kraft, og patienterne derfor hæmmes i at udvikle sin evne til at gennemleve negative emotioner (Emery & Tracy 1987).

Som argumentation for at afprøve GEB frem for CBT, peger pilotstudiet på tredje semester på, at man antageligt kan mindske nogle af de eksisterende barrierer mellem den professionelle og den depressive patient ved at have øje for, at den professionelle ligesom patienten er en del af forandringspotentialet. GEB griber ind i overfor uhensigtsmæssige mønstre, som den professionelle ubevidst kommer til at indgå i gennem interaktion med patienten. Metoden guider således begge parter, så de sammen og hver for sig får øje på ”blinde pletter”, der kan være afgørende for behandlingsresultatet (Zoffmann 2005:3, Zoffmann 2007: 625-638). Som det ses af ovenstående, er den professionelles forandringspotentialer ikke på samme måde inkluderet i samarbejdet indenfor den kognitive metode, hvilket argumentet for at afprøve GEB.

EMPOWERMENT OG LIFE-SKILLS

Da empowerment og life-skills er den overordnede referenceramme i *Guidet Egen-Beslutning* (Zoffmann 2004:5), vil der i dette afsnit blive redegjort for Nutbeams udlægning af empowerment og life-skills. Der inddrages empiriske undersøgelser fra det psykiatriske felt til belysning af disse tilganges relevans i den psykiatriske sygepleje.

Empowerment har oprindeligt sit udgangspunkt i Paulo Freires frigørende pædagogik, der både retter sig indad i mennesket, i relationerne og udad mod samfundet (Vinther-Jensen 1999:21) I empowerment handler det om at styrke menneskets iboende kræfter, og empowerment kan i det sundhedfremmende arbejde udlægges som (Nutbeam 1998:354):

“... empowerment is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health...Through such a process people see closer correspondence between goals in life and a sense of how to achieve them, and a relationship between their efforts and life outcomes. Health promotion not only encompasses actions directed and strengthening the basic life-skills and capacities of individuals, but also influencing underlying social and economic conditions and physical environments which impact upon health”

En undersøgelse peger på, at der kan være problemer med at bringe empowerment ind i en sygeplejefaglig kontekst. I et engelsk litteraturstudie argumenteres der for, at sygeplejen på nuværende tidspunkt ikke besidder den fornødne styrke til at styrke patienterne gennem empowerment. Dette vil ifølge forfatterne kræve en ændring af sygeplejens hierarkiske natur, som påvirker psyko-dynamikken i interaktionen mellem sygeplejerske og patient. For at empowerment kan flytte sig fra blot at være et tidstypisk ideal i sygeplejen, til at være realistisk muligt at implementere, peger forfatterne på syv principper, der forudsætter en mulig implementering;

Figur 3

Treating people as equals, especially in terms of valuing their perceptions and experiences.
Providing individualized care plans and not those decided by the professional but owned in partnership with the patient.
The nurse learns from the patient as much as the patient learns from the nurse.
The nurse requires empathic understanding in order to facilitate psychological empowerment
The client needs a sense of perceived control (perceived locus of control).
The client needs a sense of competence (perceived self-efficacy).
The client needs a sense of perceived goal internalization (perceived health value).

Kilde: Nyatanga&Dann 2002:237

Empowerment ville ifølge forfatterne kunne bidrage til et større fokus på både den professionelles og patientens helhedsforståelse af forhold omkring den komplekse sygdoms situationen, og være med til at sikre, at patientens oplevelse og italesættelse af livet med sin sygdom er det grundlæggende omdrejningspunkt i sygeplejen, i så fald at der i det sundhedsfremmende arbejde intervenseres med udgangspunkt i ovenstående principper (Nyatanga & Dann 2002:234.239).

Resultater fra flere danske projekter, hvor empowerment er forsøgt implementeret i den psykiatriske sygepleje viser imidlertid, at der har været succes med at tage udgangspunkt i empowerment-principper i behandling og pleje i dansk psykiatri. I undersøgelseerne konkluderes der samstemmende, at empowerment kan styrke forholdet mellem professionelle og omsorgsmottagere, samtidig med at både de professionelle og omsorgsmottagerne bliver mere opmærksomme på omsorgsmottagerens egne ressourcer og problemløsningsevner (Afd. for sundhedsfremme, udvikling og forskning 2002, Andersen 1998).

Som det ses i Nutbeams udlægning af empowerment, knyttes udviklingen af life-skills til sundhedsfremmende aktiviteter, der bygger på empowerment. Nutbeam skelner her mellem samfunds empowerment, hvor de sundhedsfremmende aktiviteter kollektivt rettes mod at opnå større indflydelse og kontrol over afgørende sundhedsfaktorer. Hvorimod den individuelle empowerment er rettet mod at styrke det enkelte menneskes basis life-skills med det formål at sikre mennesket maksimal kontrol over egen livssituation og styrke individets evne til at udtrykke behov og tilegne sig strategier i beslutningsdygtighed og problemløsning (Nutbeam 1998:351, 354, 360). I WHO's *Health Promotion Glossary*, defineres life-skills som (Nutbeam 1998:360):

“Life skills consist of personal, interpersonal, cognitive and physical skills which enable people to control and direct their lives, and to develop the capacity to live with and produce change in their environment.”

Life skills betragtes altså som afgørende for menneskets evne til at mestre de krav og udfordringer ethvert liv indebærer. Eksempler på de individuelle life-skills kan inkludere: beslutningsdygtighed, problemløsning, selvbevidsthed/selvindsigt og konflikthåndtering (Nutbeam 1986:113-127). Derudover agumenterer Zoffmann for at problembenævnelse (Zoffmann 2004:5), hvilket i forhold til de fremtillede antagelser giver mening, idet den patientperspektiverede forskning peger på depressives behov for at identificere og sætte ord på deres oplevelser, erfaringer og problemer i livet med sygdommen depression (Lewis 1995).

En søgning⁹ i databaserne: Cinahl, Medline, psykinfo og PubMed viser flere publikationer, hvor Life Skills Profile (LSP) er anvendt som måleredskab blandt psykiatri-brugere generelt (Rubin et al 2003, Law et al 2002, Robertson et al 2006). Søgningen viser, at LSP hovedsageligt er anvendt indenfor skizofreniforskningen, og enkelte publikationer omkring LSP og affektive sygdomme handler om måling i forbindelse med forebyggelse af selvmord og efterfødsels-depressioner. Søgeresultatet viser en enkelt publikation, der specifikt omhandler depressives life skills. I denne artikel peges der på, at træning af life-skills alene ikke løser depressionsramtes grundlæggende sundhedsproblemer. Der skal antageligt også fokuseres på faktorer såsom tidlig intervention, inkludering af nær-miljø i behandlingsarbejdet og aktivering generelt (Edward 2005), hvilket er i overensstemmelse med WHO's generelle antagelser omkring sundhedsfremmende aktiviteter (WHO 1995:15-19). Søgeresultatet viser en overordnet enighed i, at patienter med en psykiatrisk diagnose, der modtager behandling og pleje, hvori der er fokus på life-skills, generelt øger deres livskvalitet. Søgeresultater peger endvidere på, at der er overensstemmelse i definitionen på life-skills og målet med life-skills træning, men at der hersker en vis uenighed om effekten af life-skills træning, hvis den som metode står alene. Der lægges derfor op til yderligere randomiserede kontrollerede studier (Rubin et al 2003, Law et al 2002, Robertson et al 2006).

METODEN GUIDET EGEN-BESLUTNING

Hensigten med de tre følgende afsnit er at redegøre for metoden *Guidet Egen-Beslutning* og tilpasningen af metoden til den psykiatriske sygepleje til depressive, samt beskrive programmet i interventionen *Grib livet – nye muligheder og nye veje*.

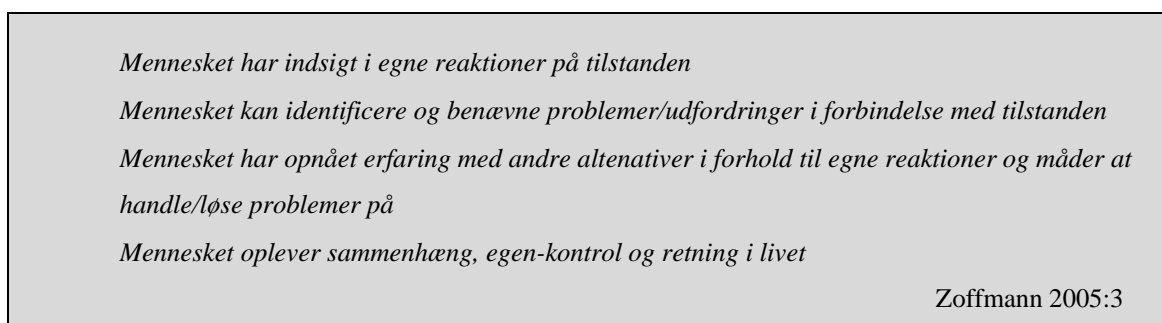
Sygeplejerske Vibeke Zoffmann har som en del af ph.d. studiet ”*Guided Self-Determination a life skills approach developed in difficult type 1 diabetes*” udviklet, implementeret og evalueret metoden Guidet Egen-Beslutning i diabetesklinikken (Zoffmann 2004). GEB beskrives som (Zoffmann 2004: x):

⁹Søgeordene var: Life skills (LSP), intervention, psyc*, depression, mood disorders.

”a method designed to guide patients and professionals in overcoming barriers and exploiting the possibilities which have been empirically identified as crucial to patient ability to make self-determined decisions” .

Metoden beskrives som anvendelig i alle situationer, hvor patienter henvender sig til kvalificerede professionelle for at drøfte problemer. Formålet med metoden er at guide både den professionelle og patienten, således at relationelt betingede barrierer, der kan hindre patienten i at træffe beslutninger på en egen-besluttende måde, undviges (Zoffmann 2004:172-173). Patienter, har ifølge Zoffmann, udviklet livsdygtighed/life-skills når:

Figur 4



GEB er som allerede nævnt konsistent med empowermentfilosofien og målet med GEB er udviklingen af livsdygtighed/life skills (Zoffmann 2004: 14). GEB er designet til at guide patienter og professionelle gennem autonomi-baseret problemløsning, dette forløber som en femtrins proces;

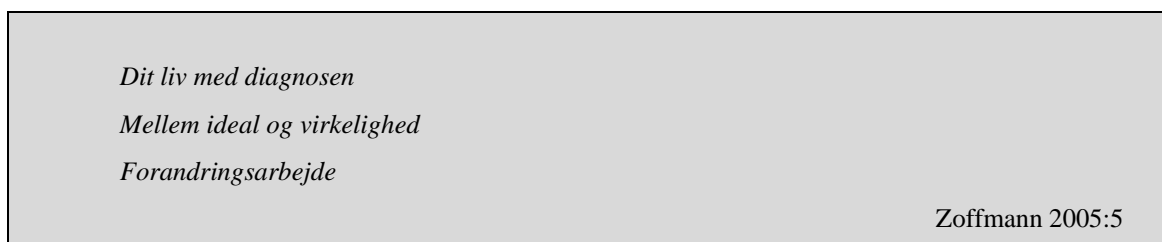
Figur 5



GEB opererer med flere virkemidler;

1. Skriftlige semistrukturerede arbejdsark, hvor patienten og den professionelle på en systematisk måde, kan undersøge de problemer patienten oplever i livet med sygdom. Arbejdsarkene er inddelt i temaer, hvorunder patienten har mulighed for at bearbejde de valgte emner under temaerne;

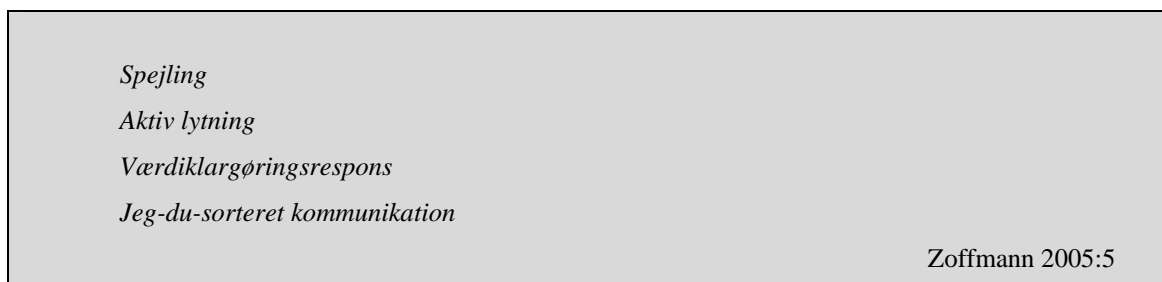
Figur 6



Ifølge Zoffmann er der flere grunde til at bygge samarbejdet op omkring skriftlig kommunikation. De kliniske studier viste, at *den compliance-forventende tilgang* til samarbejdet ikke støttede patientens autonomi, hvilket hæmmede forandringsarbejdet. Samtidig så Zoffmann en fordel i, at patienterne igennem hjemmearbejdet med arkene kunne reflektere selvstændigt over emnerne, hvilket var befordrende for patientens udvikling af egen-beslutning. Samtidig med, at der spares tid i en travl klinisk praksis, skærper patientens besvarelser den professionelles opmærksomhed på patientens perception, og derved kommer begge parter lettere og hurtigere ind til kerneproblematikkerne (Zoffmann 2005: 18-19).

2. Et andet virkemiddel er den mundtlige kommunikation ud fra arbejdsarkene. Ifølge Zoffmann har den professionelle lettere ved at anvende GEB, når han/hun kan tilslutte sig empowerment-tankegangen og har fortrolighed med GEB processen, ligesom avancerede professionelle kommunikationsfærdigheder vurderes betydningsfulde. Disse inkluderer:

Figur 7



Som det ses, lægges der i GEB vægt på udvidede kompetancer indenfor kommunikation. Ved at have særlig viden om spejling, kan den professionelle assistere patienten igennem italesættelser af det, der kan observeres hos patienten (uden fortolkningsdelen). Patientens opmærksomhed henledes derved på egen adfærd. Den aktive lytning følger ofte spejlingen. Her italesætter den professionelle sine fortolkninger, og spørger patienten om disse fortolkninger er sande.

Værdiklargøringsrespons handler om at professionelle støtter patienten gennem spørgsmål, der har til formål at afklare hvilke værdier, der ligger bag valg/fravalg. Derved bevidstgøres både den professionelle og patienten om hvorvidt der er sammenhæng mellem patientens værdier og holdninger/handlinger (Zoffmann 2004: ix-xii). GEB er udviklet med udgangspunkt i undersøgelser af barrierer og forandringspotentialer hos såvel patienten som de professionelle i vanskelig diabetes behandling. Barrierer kan hæmme eller forhindre udviklingen af livsdygtighed hos patienten (Zoffmann 2004, Zoffmann 2005a: 750-765). Af Zoffmanns grounded theory studie udviklede sig tre teorier:

At holde liv og sygdom adskilt. I GEB tages der højde for, at genstandsområdet for problemløsning skal inkludere vanskeligheder med at udvikle livsdygtighed.

Figur 8

*Liv versus sygdomskonflikt mellem patienter og professionelle. Kendeteggnende ved:
 Professionals **pres** – professionel **modvilje**.
 Patient **modstand** og patient **modløshed**.*

***Complianceforventende tilgang** – patienten har et problem.
Fiasko-forventende tilgang – Patienten er problemet.
Gensidighedsforventende tilgang – Patienten er problemløser.*

Livsdygtighed med diabetes er en forsømt dimension i patientomsorgen.

Kilde:Zoffmann 2005:17

Et relationsbetinget forandringspotetiale. I GEB etableres den jeg-du-sorterede relationsform, som sikrer kvaliteten af samarbejdet ved at genstandsfeltet for problemløsningen er afgrænset, bestående af det som de to parter vurderer som værende aktuelt vigtigt og vanskeligt for patienten. Rollerne er delt således, at begge tillægges kontrol i situationen. Patienten er problemløser og den professionelle er guide. Patientens erkendelse af problemet er målet, mens den professionelles erkendelse er

midlet. Vanskelige følelser og enigheder i samarbejdet har informationsværdi og kan være retningsgivende for problemløsningen. Dette anvendes konstruktivt i problemløsningen. Derved får begge parter tilgang til det forandringspotentiale, der kan rummes i uenighed. Det er patientens viden om egne vanskeligheder med livet som sygdomsramt, der lægges vægt på i relationen. Begges hypoteser verificeres i gensidighed. Derved skabes fælles viden om patientens levede vanskeligheder med sygdom (udddybes i bilag 2)

Figur 9

Relationelt potentiale til forandring.

Professionelle og patienter har en tendens til at blive fanget i et mønster formet af jeg-du distanceret professionel dominans og en kompenserende jeg-du sløret sympati. Antasterne til en jeg-du sorteret gensidighed sås sjældent.

Relationsformerne adskiller sig fra hinanden hvad angår:

Genstandsfeltet for problemløsning

Rollerne, der blev tildelt patienterne

Måden, hvorpå de håndterede en spænding, som opstod, når vanskelige følelser og uenigheder mellem parterne kom til syne

Kvaliteten af den viden, som blev opnået som grundlag for problemløsning

Kilde: Zoffmann 2004

En person-specifik kommunikations- og refleksionsmodel. I GEB fremmes Zone 5-specifik kommunikation gennem den jeg-du sorterede skriftlige invitation på arbejdsark og situationel refleksion på niveau 3-4 gennem dynamisk refleksion. Fællesskabet anvendes til at skabe viden om personspecifikke vanskeligheder (illustreret i figur 10 og 11);

Figur 10

Personspecifik kommunikations- og refleksionsmodel.

Sygdomsorienteret tilgang

Livsorienteret tilgang

Zonespecifikke invitationer

Modstand eller modvilje mod at fokusere

Kommunikation ender ofte i zone 1-4, sjældent i zone 5

Ikke-situationel refleksion finder ofte sted.

Situationel refleksion finder hyppigst sted på niveau 1-2. Gensidig refleksion på niveau 3 og selvstændig patient refleksion på niveau 4 nås sjældent.

Det lykkes sjældent i fællesskab at skabe viden om personspecifikke vanskeligheder.

Kilde: Zoffmann 2005:15,17

Kommunikationszoner og refleksionsnivauer illustreres i følgende skema:

Figur 11

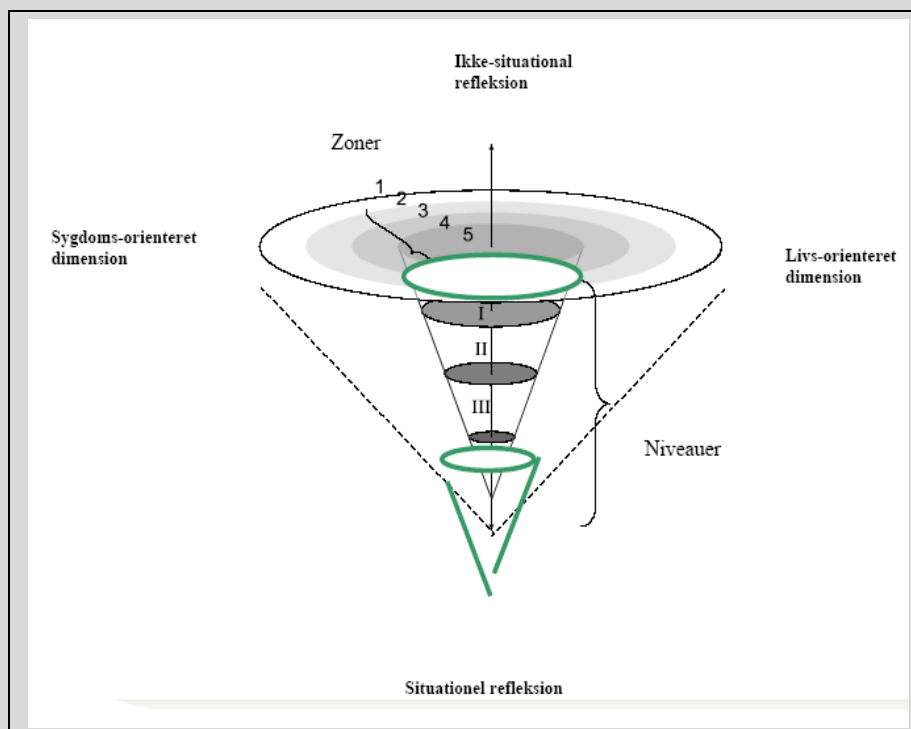
Kommunikationszone 1-5:

Zone 1 omhandler uspecifikke emner. **Zone 2** Omhandler sundhedsrelaterede emner generelt. **Zone 3** omhandler emner af generel betydning for patientgruppen. **Zone 4** omhandler emner, der er relateret til patienten, men som ikke er aktuelt vanskelige. **Zone 5** omhandler emner, der er aktuelt vanskelige for patienten.

Refleksionsniveau O-IV:

Niveau O: Den sundhedsprofessionelle (SHP) har bemærket tegn på person-specifikke vanskeligheder, men reflekterer ikke over dem på en situationel måde. Patienten kender ikke til SHP's overvejelser.
Niveau I: SHP reflekterer over iagttagede tegn på person-specifikke vanskeligheder, men patienten kender ikke og er ikke involveret i SHP's refleksion. **Niveau II:** SHP reflekterer over iagttagede og ikke-iagttagede aspekter af personspecifikke vanskeligheder. Indhenter information hos patienten, men opsøger ikke patientens bedømmelse af vanskeligheder. Formodninger forbliver uverificerede. Patienten leverer informationer, men er ikke involveret i SHP's refleksion eller bedt om at verificere eller bedømme formodede vanskeligheder. **Niveau III:** SHP er involveret i gensidig refleksion med patienten, idet de udveksler tanker og ideer om vanskeligheder relateret til patientens respons på det at leve med sygdommen. Formodninger verificeres og viden om person-specifikke vanskeligheder skabes i fællesskab; betydninger, årsager, mening og mulige løsninger afklares. Patienten er involveret fuldt ud. **Niveau IV:** Selvom SHP ikke er involveret selv, motiveres patienten til at reflektere uafhængigt ved f.eks. at stille værdispørgsmål eller påpege mulig inkonsistens i deltagerrespons på sygdom. Patienten reflekterer uafhængigt, udforsker og revurderer egen respons på og holdning til egne særlige vanskeligheder.

Kilde: Zoffmann 2005:15,17



Zoffmanns studie peger på, at der er sammenhæng mellem GEB's virkemidler og patientens evne til at træffe beslutninger på en *balanceret egen-besluttende måde*, det vil sige, at patienten formår at træffe beslutninger uden at fornægte andres rettigheder til

samme. Ifølge Zoffmann havde patienterne inden deltagelsen i GEB en tendens til at træffe beslutninger på en ikke-balanceret måde. Enten gennem *Other-Determined behaviour*, hvor patienten passivt overlader ansvaret for at træffe beslutninger til andre. Ofte oplever patienten sig såret, angst eller hæmmet og patienten kan opleve værdiløshed. Eller gennem *Selyfish-Determined behaviour*, hvor patienten aggressivt forfølger egne mål uden hensyn til andre. Ofte efterlader det patienten med skyldfølelse og patienten kan opleve værdiløshed, som det også ses i den *Other-Determined behaviour*. Målet med at træne livsdygtigheden er, at patienten kan opnå *Balanced Self-Determination*, hvorved patienten kan leve et liv uden at blive plaget af negative følelser, når der skal træffes beslutninger (Zoffmann 2004: ix-xii).

GEB er nuværende tilpasset (Zoffmann 2005:4);

- Type 1 diabetes
- Type 2 diabetes
- KOL
- Hjertelidelse
- Psykiatriske patienter med misbrug
- Psykiatriske patienter med skizofreni

TILPASNING AF METODEN GUIDET EGEN-BESLUTNING TIL PATIENTER MED DEPRESSION

Inden jeg tog beslutning om, hvorvidt jeg ønskede at afprøve interventionen GEB, undersøgte jeg som tidligere nævnt i mit tredje semester, hvordan depressive oplevede den psykiatriske sygepleje under indlæggelse på psykiatrisk afdeling. Resultatet af undersøgelsen, samt fund fra eksisterende international forskning, der pegede på GEB's anvendelighed i sygeplejen til depressive, motiverede mig til at gå videre med mine tanker om at tilpasse og afprøve GEB på en gruppe af mennesker ramt af sygdommen depression.

Først bad jeg en tidligere patient, som har levet med depression i flere år, om at gennemgå de originale arbejdsark med mig, og komme med kommentarer til forbedringer. Derefter undersøgte jeg de arbejdsark, der var tilpasset til brug i skizofreniklinikken (Jørgensen 2006). Deraf lånte jeg et helt nyt arbejdsark (*3d – Din virkelighed med skizofreni*), som skulle erstatte de arbejdsark fra diabetes programmet,

som ikke var relevante i forhold til mennesker med depression. Dette nye ark er konsistent med metoden GEB og undersøger på en grundig måde patienternes tankevirksomhed omkring deres sygdom. Samtidig ligger ark 3d meget tæt op af konstruktionen på kognitive arbejdsark (Oestrich¹⁰). Dette arbejdsark blev tilpasset til *3d-Din virkelighed med depression*.

Ændringerne blev diskuteret med og kommenteret af Vibeke Zoffmann, hvorefter de blev tilpasset originalen. Den tidligere patient, som havde deltaget i at tilpasse arbejdsarkene, afprøvede arbejdsarkene sammen med mig inden interventionen startede. Formålet med at afprøve arbejdsarkene var at undersøge om de ændringer, der var foretaget, var forstyrrende for forståelsen af indholdet. Den tidligere patient gjorde indsigelser mod det første navn til interventionen, der hed *Guidet Egen-Beslutning til depressive*, idet patienten mente, at det var stigmatiserende at inddrage sygdommens navn, da ikke alle mennesker med depression, er enig med professionelle i at de er syge. Patienten og jeg fandt i samarbejde frem til navnet *Grib livet – nye muligheder og nye veje*, som i patientens øjne var langt mere positivt og fremadrettet. Det viste sig at være et godt valg, idet de fire deltagere kommenterede dette positivt under evalueringen af interventionen, under henvisning til at ordet depression ikke indgik i titlen på programmet.

INTERVENTIONEN GRIB LIVET – NYE MULIGHEDER OG NYE VEJE

Interventionen består af individuel GEB træning. Dette er valgt med udgangspunkt i fund fra internationale patientperspektiverede undersøgelser (Skärsäter et al 2003, Schreiber 1966, Lewis 1995, Peden et al 1995), samt fund i pilotprojektet på tredje semester, som viste, at de depressive efterspørger individuelt strukturerede samtaler med professionelle (Simonsen 2006). Patienternes behov for at fokusere og komme i dybden med deres egne problemer på en struktureret måde, imødekommes antageligt bedst gennem metoden GEB i en-til-en regi.

Den individuelle træning med arbejdsarkene blev som tidligere nævnt tilpasset de depressionsramte og anvendt som udgangspunkt for samarbejdet. Træningen blev fordelt over seks samtalesessioner, som havde en varighed af ca. 1 – 1 ½ time. Samtalerne blev på deltagerens forespørgsel afholdt i eget hjem, hvilket var en stor

¹⁰ Pdf fil som ligger på internettet til fri brug af behandlere og patienter.

fordel, da depressionramte ofte er meget trætte og derfor kan mangle overskud til at komme hjemmefra. Hver deltager fik udleveret et program for træningen, og på deltageres efterspørgsel valgte jeg at planlægge hvilke arbejdsark, der skulle udfyldes til hver session individuelt. Dette viste sig også at være helt nødvendigt, idet nogle af deltagerne arbejdede hurtigere end andre, og nogle deltagere havde behov for at fordybe sig yderligere i et arbejdsark, inden de gik videre til det næste. Der eksisterede derved en reel risiko for at forløbet ikke kunne afvikles over seks gange. Jeg havde på forhånd besluttet at være åben for at afholde mere end seks samtaler-sessioner, idet jeg var af den holdning, at deltagerne skulle have mulighed for at arbejde i dybden med alle ark uden at blive presset af tiden. Det viste sig, at alle deltagerne formåede at arbejde grundigt med alle arbejdsark inden den sjette session blev afsluttet. Jeg afviklede selv samtale-sessionerne med deltagerne, men i nogle tilfælde sad kontaktpersonen med og lyttede. Dette foregik som en aftale mellem den enkelte deltager og kontaktpersonen. Kontaktpersonen blev på forhånd informeret om, at de ikke måtte deltage i selve samtalen. Dette blev besluttet med udgangspunkt i, at jeg som forsøgsansvarlig var den, der havde det største kendskab til metoden, og derudover ville det muligvis være forstyrrende for deltagerne, hvis to professionelle stillede uddybende spørgsmål på samme tid. Det viste sig at være ganske uproblematisk for deltagerne, som gav udtryk for, at de slet ikke bemærkede at kontaktpersonen var til stede, fordi de koncentrerede sig så meget om de stillede spørgsmål.

Figur 12

Programmet i den individuelle GEB træning til depressive
Første tema: Dit liv med depression 2a Vigtige begivenheder og perioder i dit liv med depression 2b Hvad finder du vanskeligt i dit liv med depression. 2c Ufuldendte sætninger – dine behov, værdier, vaner og muligheder 2d Billeder, metaforer eller automatiske tanker om dit liv med depression 2e Plads til depression i dit liv
Andet tema: Mellem ideal og virkelighed 3a Dine erfaringer med de anbefalede leveregler 3b Dine planer for ændring af levevis 3c Egne erfaringer med forskellige typer behandling 3d Din virkelighed med diagnosen depression
Tredje tema: Forandringarbejde 4a Hidtidig problemløsning 4b Dynamisk refleksion over hidtidig og fremtidig problemløsning 4c For og imod 4d Mere af 4e Mindre af 4f Kortlægning af adfærd.

REGI OG FORBEREDELSE AF DE PROFESSIONELLE

Den empiriske del af opgaven er foregået i et psykiatrisk mobilteam tilknyttet et sygehus i Jylland. Dette valg er begrundet i, at der i de nye regioner planlægges, at alle ikke-psykotiske tilstande bør behandles i patientens eget hjem. Derfor blev programmet afprøvet på en gruppe af mennesker, der endnu ikke havde været indlagt for deres depression, og som havde fået diagnosen efter et medicinsk udredningsforløb hos egen læge. Indenfor de seneste år har flere hospitaler oprettet psykiatriske mobilteams bestående af psykiatriske sygeplejersker, der i samarbejde med egen læge, gennemfører sygepleje- og samtalebehandlinger i de depressives eget hjem. Dette betyder, at de mange depressive, der tidligere udelukkende har modtaget medicinsk behandling for deres sygdom, nu har mulighed for psykiatrisk sygepleje i eget hjem, hvis formål er, at behandle den akutte depression, samt forebygge tilbagefald (Ryttov & Vendsborg 2003). Det ser således ud til, at den psykiatriske sygepleje i fremtiden vil spille en væsentlig rolle også i primærsektorens målrettede forebyggende indsats og metodeudvikling. Samtidig er det vigtigt at holde sig for øje, at det fremover er kommunerne, der har forskningsansvaret for forebyggelse, og at der bør stiles efter udvikling af evidensbaserede metoder, som sikrer forebyggelsen af recidiv hos sårbare og udsatte borgere, der allerede en gang har været behandlet for depression (Psykiatrifonden). Med dette argument og udgangspunkt blev interventionen *Grib livet – nye muligheder og nye veje* godkendt af X-sygehusets ledelse i juni 2006.

Personalet i mobilteamet består af specialuddannede psykiatriske sygeplejersker. Plejen er tilrettelagt som kortere eller længerevarende forløb i patientens eget hjem, og er kombineret med medicinsk behandling hos egen læge. Hvis patienterne indlægges, afsluttes forløbet i det psykiatriske mobilteam. De tre ansatte sygeplejersker anvender samtalebehandling, hvori der indgår systemisk teori og metode, idet alle tre er under uddannelse i systemisk behandling. Da sygeplejerskerne i det psykiatriske mobilteam skulle fungere som kontaktsygeplejersker under hele interventionen besluttede jeg i samarbejde med Vibeke Zoffmann, at de skulle have dele af det undervisningsprogram, der var blevet anvendt i diabetesklinikken. Træning i kommunikation blev fravalgt, idet de specialuddannede sygeplejersker blev vurderet til at have gode kundskaber på dette område. Derudover skulle de tre sygeplejersker ikke indgå i selve interventionen, men

udelukkende have den funktion at støtte patienten, hvis denne havde vanskeligheder med de skriftlige arbejdsark under hjemmearbejdet. Undervisningsprogrammet havde derfor primært til formål at sikre, at mobilteamets sygeplejersker kunne forstå arbejdsarkene og fik selvstændig øvelse i at udfylde dem.

Der blev i samråd med de tre sygeplejersker i mobiltemaet planlagt tre undervisningsforløb á fire timers varighed inden interventionsdelen af programmet blev iværksat.

Figur 13

1. dag. – 5. september 2006	Med udgangspunkt i sygeplejerskernes hidtidige forståelse af empowerment-filosofi og lifeskills-træning, havde undervisningen fokus på metoden GEB.
2.dag. – 18.september 2006	Gennemgang af arbejdsarkenes formål og opbygning. Halvdelen af arbejdsarkene blev udfyldt og diskuteret.
3.dag. - 22. september 2006	Fokus på og diskussion af den sidste halvdel af arbejdsarkene, som blev udfyldt som hjemmearbejde. Kontakten til de fire deltagere i projektet blev planlagt. Vi valgte i fællesskab, at sygeplejerskerne skulle tage mappen med ud og præsentere den for de udvalgte patienter, og undersøge patientens interesse for GEB. Først herefter ville jeg komme ind i forløbet. Vi valgte ligeledes, at jeg skulle vedlægge en introduktion af mig selv og metoden GEB ved mappen, som sygeplejerskerne så ville gennemgå med patienten.

INKLUSIONS- OG EKSKLUSIONSKRITERIER

Inklusionskriterierne for de fire deltagende patienter var, at de var diagnosticeret med depression i let til svær grad. ICD 10 diagnose F32 - uden psykotiske vrangsforestillinger. Eksklusionskriterier var børne/ungdomspsykiatriske patienter, idet der forelå krav fra videnskabetisk råd om at deltagerne var myndige. For ikke at forstyrre validiteten af undersøgelsesresultaterne blev gerontopsykiatriske patienter ekskluderet, pga. risiko for uopdagede dementielle problemstillinger. Ingen deltagere måtte have sideløbende samtaleforløb kørende hos psykolog, psykiater eller anden behandler. Ingen deltagere måtte have dobbeltdiagnoser, f.eks depression og

personlighedsforstyrrelse. Udfra inklusions – og eksklusionskriterierne blev deltagerne valgt i kronologisk rækkefølge efter deres henvisningsdato til det psykiatriske mobilteam. Efter at deltagerne havde givet muntlig tilsagn om at ville deltage, planlagde kontaktpersonen og jeg et møde med patienten, hvor deltageren fik udleveret den skriftlige samtykkeerklæring. Herefter havde patienten et døgn betænkningstid, hvorefter den faste kontaktsygeplejerske tog ud til patienten for at hente den underskrevne erklæring. Alle fire deltagere gav tilsagn om samtykke, hvorefter jeg kontaktede dem for at aftale dato i den næstkommende uge, således at vi kunne udarbejde den fælles kontrakt i samarbejde med den faste kontaktsygeplejerske.

De inkluderede deltagere i interventionen var en blandet gruppe, hvad angår deres erfaring med at leve med depression. To deltagere var nydiagnosticerede af egen læge under det aktuelle forløb i det psykiatriske mobilteam. De sidste to deltagere havde levet med diagnosen i henholdsvis et og tre år. Ingen af deltagerne havde tidligere modtaget psykiatrisk behandling i form af samtalebehandling. Alle havde haft et udredningsforløb hos egen læge, og nået at have en del støttende kontakt med kontaktsygeplejersken i det psykiatriske mobilteam, inden jeg kom ind i forløbet. Ingen af disse forløb havde indeholdt skriftlige samarbejdskontrakter eller anvendt skriftlige arbejdsark. To deltagere havde fast tilknytning til arbejdsmarkedet. Den ene af de to havde barselsorlov, den anden var delvis sygemeldt og arbejdede to gange tre timer ugentligt. To deltagere var uden fast tilknytning til arbejdsmarkedet. Den ene var under uddannelse, da sygdommen brød ud, og måtte opgive sit studie. Den anden deltager var uden fast tilknytning til arbejdsmarkedet og på kontanthjælp. Alle deltagere var forældre til hjemmeboende børn i alderen mellem 1-18 år. To af deltagerne var singler. To af deltagerne var i længerevarende ægteskaber. Alle fire deltagere var i antidepressiv behandling. To af deltagerne fik derudover sovemedicin. En deltager fik en lille dosis beroligende medicin i form af et lettere sederende antipsykotika.

TRIANGULERING

Anvendelsen af to kvalitative metoder i samme studie kaldes også triangulering. Der findes forskellige former for triangulering. De mest anvendte former er data-, kilde-, metode- og teoritriangulering. Triangulering kan anvendes som valideringsinstrument,

hvor formålet er at styrke pålideligheden af undersøgelsens resultater, samt forebygge metodiske svagheder. Samtidig kan triangulering give nuancerede perspektiver på samme fænomen og derved give et mere samlet billede af det eller de fænomener, der undersøges (Bjerrum 2005:70-74, Holstein i Lunde og Ramhøj 2003: 329-338).

Baggrunden for at anvende kildetriangulering i denne undersøgelse er at validere observationer fra samtale-sessionerne og patientudsagn fra interviewene og derigennem få belyst patienternes livsdygtighed ud fra både observation og interview, så problemstillingen bliver belyst så bredt som muligt (Holstein i Lunde og Ramhøj 2003:332-335). Trianguleringen har samtidig kunne bidrage til undersøgelse af egen forforståelse i forhold til belysningen af problemstillingen (Nielsen & Lunde i Lunde og Ramhøj 2003:94). Det har ligeledes styrket resultaterne, at forforståelsen kunne be- eller afkræftes i det afsluttende interview.

OBSERVATION

Den deltagende observation havde til formål at tilvejebringe betydningsfulde oplysninger, som det ikke ville have været muligt at identificere udelukkende ved hjælp af interview (Boolsen 2004: 121-133, Spradley 1980: 122-129). I nærværende speciale er der tale om teoriladete observationer, fordi der kigges efter sammenhænge mellem teori om depression/ teori om life-skills og deltagerne beskrivelser af deres oplevelser af udviklingen af livsdygtighed (Fog 2001:75). Deltagerne var på forhånd orienterede om, at jeg ville medbringe en blok til at notere oplysninger på, som jeg skulle anvende som støtte i analysearbejdet. Deltagerne kunne se notaterne, og havde mulighed for at læse dem efter sessionen, hvilket de ikke benyttede sig af. Der var tale om struktureret observation med fokus på at identificere mønstre og mønsterbrud i deltagerne udvikling af livsdygtighed under samtale-sessionerne. Undervejs i interventionen førte jeg dagbog over observationerne og de refleksioner jeg gjorde mig i forhold til deltagerne reaktioner på del-elementerne i programmet. Dagbogsnotaterne havde til formål at knytte min forforståelse (teori og egne erfaringer) og observationerne sammen med deltagerne udsagn, således at jeg kunne forholde mig kritisk til fortolkningen af data i analysedelen af opgaven. Noter fra observationen blev renskrevet umiddelbart

efter hver samtalesession, dagbogen blev ført mellem hver enkel session. Ved at have fri adgang til deltagerens arbejdsark, kunne disse validere patienternes udsagn i interviewene, ligesom arbejdsarkene kunne medvirke til be- eller afkræftelse af forforståelse og hypoteser fremført i dagbogsnotaterne (Polit & Hungler 2001:266, Spradley 1979:77).

INTERVIEW

Interviewene efter afslutningen af interventionen blev anvendt med det formål at undersøge og klarlægge patientens oplevelser af deltagelsen i GEB i forhold til problemformuleringen. Interview som metode giver mulighed for at undersøge tanker, overvejelser og holdninger, hvilket muliggør en dybere besvarelse af problemformuleringens spørgsmål (Kvale 2002:15, 129). Undersøgelsens analyseredskab dannede udgangspunktet for en ikke struktureret, men tematiseret interviewguide¹¹ (Fog 2001:20), som blev anvendt med det formål at klarlægge deltagerens oplevelse af interventionen og effekt af GEB. Som det ses af inklusionskriterierne har alle deltagere viden om og erfaringer med et liv med depression, hvilket er omdrejningspunktet i interventionen (Kvale 2002:214-216).

Den tematiserede interviewguide blev udarbejdet med udgangspunkt i Nutbeams definition af life-skills og indeholdte såvel forskningsspørgsmål som interviewspørgsmål (bilag 3) Interviewguiden havde til formål at indkredse og undersøge om deltagerens livsdygtighed var øget igennem interventionen.

Figur 14

Den tematiske interviewguide.

- Deltagerens oplevelse af interventionen "Grib livet – nye muligheder og nye veje"
- Deltagerens hidtidige og nuværende selvindsigt
- Deltagerens hidtidige og nuværende evne til problemløsning og problemløsning
- Deltagerens hidtidige og nuværende evne til beslutningstagning, problemløsning og konfliktløsning
- Deltagerens hidtidige og nuværende oplevelse af sammenhæng, egenkontrol og retning i sit liv.
- Deltagerens kommentarer til såvel forløb som forsøgsleder

¹¹Af interviewguiden ses det, at der er stillet konkrete og uddybende spørgsmål under de opstillede temaer. Disse spørgsmål blev ikke stillet til informanten, men var nedfældet som støtte til mig, i min egenskab af at være en forholdsvis uerfaren interviewer (Fog 2001: 20-23).

Ved interviewet havde alle deltagerne valgt at gøre brug af deres mappe med arbejdsark. Der blev bladret i arkene, når jeg stillede spørgsmål. Jeg havde selv medbragt min observationsdagbog. Deltagernes arbejdsark og egne noter bidrog til nuancering af mange af interviewspørgsmålene; nuancer og viden, som kunne være gået tabt, hvis ikke disse værktøjer var bragt med til interviewet.

Deltagerne valgte selv tidspunktet for interviewet. Alle interviews blev afholdt indenfor ti dage efter afsluttet intervention. Interviewene blev optaget på lydfil med det formål at fastholde ord, tonefald og pauser, som kunne være af betydning for fortolkningen af budskabet (Kvale 2002:161-163). Når der tales om validering af interviewdata, er det vigtigt at være opmærksom på mange forskellige forhold, som det vil være umuligt til fulde at redegøre for (Boolesen 2004:110, Kvale 2002: 25-26). I forhold til nærværende undersøgelse er det forsøgt at komme forforståelsen i møde blandt andet ved at gennemføre et pilotstudie på tredje semester, der underbyggede antagelsen om, at depressionramtes livsdygtighed blev hæmmet af forskellige barrierer i patienten, i den professionelle og imellem disse parter (Simonsen 2005). Det var desuden muligt at få be- eller afkræftet egne hypoteser fra dagbogen ved at inddrage disse aktivt i interviewene. For at undgå, at den teoretiske forforståelse var fuldstændig styrende i tolkningen af interviewdata, blev der stillet åbne og uddybende spørgsmål til deltagerne, og tilknyttet en åben kategori, som ikke var knyttet til undersøgelsen af life-skills, men rettet mod deltagerens generelle oplevelse af interventionen. Derved kom fænomenernes mangeartede nuancer i spil under interviewet (Fog 2004:56). Da jeg to gange tidligere i forbindelse med kandidatopgaver havde benyttet interview som dataindsamlingsmetode, forberedte jeg mig til interviewene i nærværende undersøgelse ved, at jeg hentede dagbøger fra tidligere projekter frem, for derved at forebygge nogle af de problemer jeg som interviewer tidligere var stødt på, hvilket er i tråd med Fogs anbefalinger (Fog 2004: 106-117). Nogle af de forhold jeg var bedre forberedt på denne gang var kropssprog og indføling, overblik og emne, og vigtigheden af at spørge grundigere ind til respondenternes svar, i stedet for at følge interviewguiden slavisk, hvilket ifølge Fog kan forstyrre interviewprocessen (Fog 2004:118). Denne forberedelse med udgangspunkt i tidligere erfaringer var betydningsfuld for kvaliteten af de data, der blev indsamlet i nærværende undersøgelse (Fog 2004: 28-51).

ETISKE OVERVEJELSER

Langt de fleste interviews kan på den ene eller anden måde gribe ind i patientens selvforståelse, også selv om spørgsmålene på ingen er af terapeutisk karakter (Fog 2001: 26-27, 52-64). En undersøgelse har vist, at depressive patienter er i stand til at gennemføre interviews og at patienterne generelt har en meget positiv oplevelse og effekt at blive interviewet (Appelbaum et al 1999).

Undersøgelse og interview er gennemført efter gældende etiske retningslinier (Kvale 2002:116-125, Fog 2001: 196-199). Først blev der indhentet godkendelse fra ledelsen på det udvalgte og anonymiserede sygehus. Derefter blev der søgt om og givet godkendelse fra Datatilsynet (J.nr 2006-41-6962) og Den Videnskabsetisk Komité (Projekt-ID: VF-20060079). Som allerede beskrevet, blev der i det psykiatriske mobilteam udvalgt fire tilfældige deltagere ud fra undersøgelsens inklusionskriterier. Alle fire deltagere valgte at deltage i programmet. Der blev udleveret informeret samtykkeerklæring til hver deltager, som blev underskrevet af informanterne ved et informationsmøde ugen før interventionerne skulle starte. Informanterne blev orienteret om, at alle oplysninger ville blive behandlet fortroligt og fremstå i anonymiseret form. Ligeledes blev de informeret om, at de til enhver tid kunne sige fra i processen uden konsekvens for den øvrige behandling. De blev orienteret om, at alle oplysninger, der ville kunne relateres til identifikation af personer og steder, ville blive fravalgt i det transkriberede materiale. Deltagerne valgte selv, at jeg måtte videregive relevante oplysninger til deres faste kontaktperson i det psykiatriske mobilteam. Jeg valgte alligevel at forholde mig til tavshedspligten ved at bede deltagerne om godkendelse hver gang, jeg videregav informationer.

KVALITATIV EVALUERING AF INTERVENTIONEN

Da metoden *Guided Egen-Beslutning* har vist sig effektiv i forhold til at fremme livsdygtigheden hos patienter med vanskelig diabetes omsorg (Zoffmann 2004), i det psykiatriske felt hos misbrugere (Borg 2005) og hos skizofrene (Jørgensen 2006), er det interessant at undersøge, om interventionen har samme effekt på mennesker diagnosticeret med depression. Det skønnes muligt, at de tidligere opnåede resultaterne fra andre GEB interventioner ikke er overførbare, fordi programmet kunne have anden

effekt på gruppen af depressive. Som allerede beskrevet blev der i pilotstudiet fra tredje semester identificeret de samme barrierer i samspillet mellem den depressive og psykiatriske sygeplejerske, som blev identificeret i relationen mellem patienten og den professionelle i diabetes klinikken, hvilket lægger op til antagelsen om, at GEB er overførbart til depressionsområdet. En kvalitativ evaluering af interventionen har derfor til hensigt at vurdere, i hvilken grad det ændrede tiltag er lykkedes eller ej og afdække hvilke forandringer, der skete gennem indsatsen (Polit & Hungler 2001: 186-187). I dette tilfælde undersøges der, om det ændrede tiltag i form af metoden GEB, udvikler deltagernes livsdygtighed.

Typisk vil man i målbaseret evalueringsforskning anvende kvantitativ metodik, eksempelvis RCT (Willman & Stoltz 2003:100), men da formålet i dette studie er at tilpasse metoden *Guidet Egen-Beslutning* til mennesker, der er ramt af en depression og intervensere med programmet *Grib livet – nye muligheder og nye veje* og efterfølgende evaluere interventionen, er det ikke tilfældet i nærværende studie. Interventionen bliver i dette tilfælde vurderet kvalitativt, da deltagernes subjektive oplevelse af og erfaring med deltagelsen i programmet forsøges belyst og indgår som argumentation i den kritiske evaluering af metodens anvendelighed (Ibid: 102). I den kvalitative tilnærmelse til evalueringsforskning lægges der ligeledes vægt på at opnå en vis grad af værdineutralitet gennem anvendelsen af videnskabelige forskningsmetoder og teknikker. Et særligt problem i den kvalitative tilnærmelse i evalueringsforskningen er at sikre klare målsætninger for programmet, da de i den kvalitative forskning kan være diffuse (Hamilton i Lorensen 1998: 226-228, 238). Hamilton taler om mekaniske krav i dataindsamlingen, der har til formål at sikre pålideligheden af undersøgelsens resultater. Det er væsentligt, at det er teori, der leder evalueringsforskningen, og at struktur, proces og resultater er veldefinerede, således at evalueringen er baseret på en nøjagtig og gennemsigtig logik (Ibid: 226-228, 238). For at imødekomme ovenstående krav til kvalitativ evaluering af programmet i nærværende undersøgelse, er programmet udviklet ud fra den traditionelle måde at udføre evalueringsforskning på (Ibid: 230):

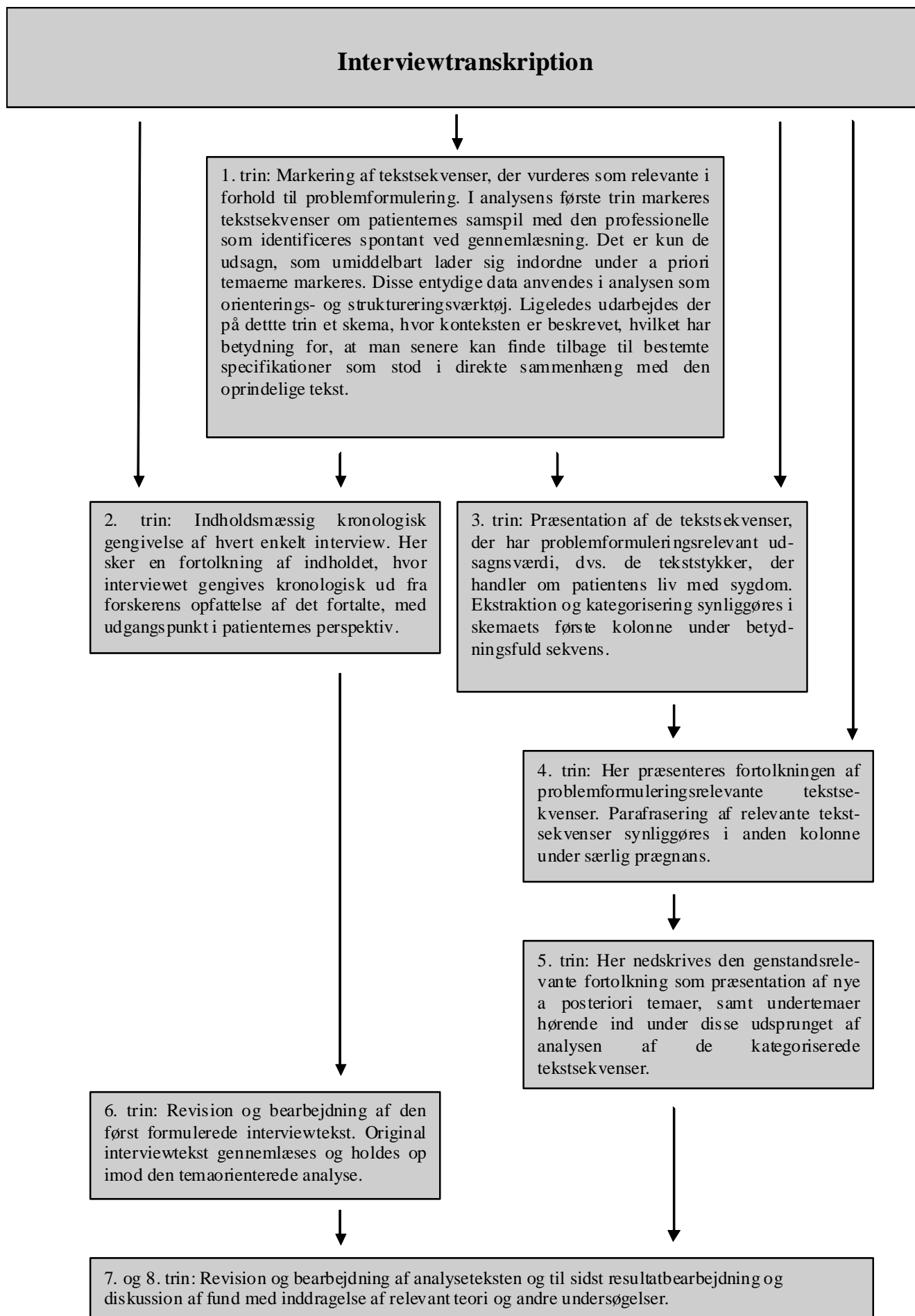
- Målene for programmet er identificeret og fastslået som udvikling af livsdygtighed gennem træning med metoden GEB.

- Der er udviklet en måde at evaluere målene på. Dette gøres gennem udvalgte life-skills i analyseredskabet, som de er redegjort for af Nutbeam.
- Data er indsamlet gennem observation og interview (metodetriangulering).
- Data er tolket og bearbejdet gennem tematisk analyse.

Af ovenstående fremgår det, at resultaterne i denne undersøgelse kvalificeres igennem såvel dataindsamlingsmetoden, som databearbejdningsmetoden, hvilket uddybes i det kommende afsnit.

ANALYSE

I dette speciale bliver problemformuleringen besvaret gennem anvendelse af tematisk analyse (Zoglowek 1999, Bjerrum 2005:92-103, Dey 1993). Zoglowek arbejder med udgangspunkt i interview som dataindsamlingsmetode ud fra en model, der sikrer en stringent og struktureret analyse af materialet. Metoden bygger på otte trin, hvorigennem den indsamlede empiri dekontekstualiseres i forhold til problemformuleringens problematik. Teksten sammenskrives herefter til et højere abstraktionsniveau. Den efterfølgende rekontekstualisering sikrer, at de fund, der er frembragt gennem analysens seks første trin stadig giver mening i forhold til empiriens helhed. Egen forforståelse er en aktiv del af analyseprocessen (Zoglowek 1999).



Analyseprocessen fra a priori temaer til a posteriori temaer (3. og 4. analysetrin) findes delvis illustreret på den følgende side. Dette er valgt for at øge gennemsigtigheden i udviklingen af a posteriori temaer. A priori temaerne er udledt af de teoretiske analysedimensioner, der allerede var eksisterende inden selve fortolkningsarbejdet startede, i dette tilfælde Nutbeams udlægning af life-skills (Nutbeam 1998:360) og Zoffmanns udlægning af livsdygtighed (Zoffmann 2005:3). A posteriori temaerne opstår på baggrund af mønstre identificeret gennem analysearbejdet. Både interview og den efterfølgende tematiske analyse er styret af analyseredskabet¹² (Bjerrum 2005:92-103, Zoglowek 1999).

ANALYSEREDSKAB

1. A priori tema. Begrebet *selvindsigt*, er hentet i antagelsen om, at metoden GEB kan facilitere nye indsigter og øget bevidsthed om egne reaktioner på livet med depression. Problemformuleringen nuanceres ved at stille følgende undersøgelsesspørgsmål: *Har deltageren fået øget indsigt i egne reaktioner på tilstanden?*

2. A priori tema: Begreberne *problemidentifikation* og *problembenævnelse*, der er at hente i antagelsen om, at deltagerne gennem metoden GEB kan udvikle øget evne til at identificere og benævne problemer og/eller udfordringer forbundet med depression. Problemformuleringen nuanceres ved at stille følgende undersøgelsesspørgsmål: *Kan deltageren identificere og benævne problemer eller udfordringer forbundet med tilstanden?*

3. A priori tema: Begreberne *beslutningsdygtighed*, *konflikthåndtering* og *problemløsning* er hentet i antagelsen om, at metoden GEB kan guide deltagerne i afprøvning af alternative måder at reagere på og støtte udviklingen i at løse problemer og konflikter i dagligdagen på en balanceret egen-besluttende måde. Problemformuleringen nuanceres ved at stille følgende undersøgelsesspørgsmål: *Har deltageren udviklet øget*

¹²Det konstruerede analyseredskab fraviger enkelte steder Bjerrum (2005), idet Zoglowek (1999) ikke opererer med **kategorier**, men i stedet anvender betegnelsen **a priori tema/a posteriori tema**. I analyseredskabet bibeholdes det af Bjerrum betegnede **begreb**, der skønnes nødvendigt for at analyseredskabet fungerer optimalt som styringsredskab, både under det tematiserede interview og analyseprocessen.

evne i at afprøve alternative måder at reagere på, og i at træffe beslutninger, løse konflikter og problemer i dagligdagen på en balanceret egen-besluttende måde?

4. A priori tema: Begreberne *egen-kontrol* og *retning i livet* er hentet i antagelsen om at GEB kan støtte deltagerens oplevelse af egen-kontrol og retning i livet med depression. Problemformuleringen nuanceres ved at stille følgende undersøgelsesspørgsmål:
Oplever deltageren øget egen-kontrol og retning i livet med tilstanden?

I analysen fra ovenstående a priori temaer udvikles a posteriori temaer, dvs mønstre, der identificeres i datamaterialet (Zoglowek 1999). I det følgende skema gives en oversigt over bevægelsen fra a priori tema til udviklingen af a posteriori tema.

Figur 15

A priori tema	Eksempel på betydningsfuld sekvens – analysetrin 3	Eksempel på særlig prægnans – analysetrin 4	A posteriori tema
<u>Selvbevidsthed/selvindsigt</u>	<i>”Jeg kan selv mærke ændringer i mine tanker og handlinger i den korte tid vi har haft sammen... Jeg har fået øjnene op for en masse automatiserede reaktioner, som jeg har på hverdagsting.”</i>	Der fortælles, at deltagelsen i GEB har udviklet deltagerens selvbevidsthed, således at automatiske reaktioner/modreaktioner på liv og sygdom blev synlige for deltageren, hvorved deltageren oplevede tiltagende mening med og kontrol over egne tanker, adfærd og liv.	<u>Fra kaos mod mening og egenkontrol.</u> Den samlede analyse viser mønstre i deltagerens udvikling af selvbevidsthed omkring reaktioner/modreaktion på sygdommen og det levede liv. I starten af forløbet er deltagerens reaktion karakteriseret ved en oplevelse af <u>meningsløshed</u> og <u>kaos - sygdom</u> havde <u>invaderet deltagerens liv</u> . Gennem systematisk træning via arbejdsarkene kunne deltagerne <u>adskille depression fra det levede liv</u> . Indsigt i sammenhænge mellem tanker, følelser, adfærd og reaktioner herpå, lod <u>sygdommen integrere i deltagerens liv</u> . Deltagerne kunne afslutningsvis beskrive en oplevelse af <i>mening</i> og <i>egen-kontrol</i> i livet med depression..

<p><u>Problem identifikation og problembenævnelse.</u></p>	<p><i>”Man griber det der gør ondt, for programmet viser, at man selv er med til og har indflydelse på livet... Depressionen er jo ikke kernen, for før depressionen, havde jeg jo også problemer og dem har vi jo også talt om.”</i></p>	<p>Deltageren fortæller at programmet har hjulpet til en forståelse for egen indflydelse i livet. Deltageren har trods en hidtidig tendens til et overvejende sygdomsspecifikt perspektiv på sin lidelse, fordået at identificeret og benævnt, personspecifikke problemstillinger, hvilket motiverer til egen-indsats.</p>	<p><u>Dialektikken mellem kernesymptomerne og livsproblematikker.</u> Den samlede analyse viser, at de depressive deltagerne oplever intensiteten af kernesymptomerne som det største problem i livet med depression. Ved at identificere og benævne personspecifikke problemer relateret til livet med sygdom, udviklede deltagerne indsigt i egen indflydelse i livet med sygdom. Fra primært at have benævnt belastende følelser af træthed, lavt selvværd, og skyldfølelse som sygdomsspecifikke kernesymptomer knyttet til sygdommen depression, udviklede deltagerne igennem interventionen en stigende bevidsthed om at disse belastende fænomener kunne knyttes til selvvalgt adfærd. Ved systematisk træning i at identificere og benævne de personspecifikke problemer udviklede deltagerne stigende interesse og mod på at finde alternative måder at leve med sygdommen på.</p>
<p><u>Beslutningsdygtighed, konflikthåndtering og problemløsning.</u></p>	<p><i>”Jeg har lært at være rolig og lært at sige tingene, så jeg når noget på en positiv måde, i stedet for at undvige og isolere mig. Jeg har lært at lytte til mig selv og finde min ro, og jeg synes jeg bare er blevet et helt andet menneske, det menneske som jeg altid gerne har villet være.”</i></p>	<p>Der fortælles, at deltagerne udvikler evne til at løse konflikter, løse problemer og træffe beslutninger på en aktiv og egen-balanceret måde.</p>	<p><u>Fra passiv til aktiv livsaktør.</u> Den samlede analyse viser sammenhænge mellem deltageres tidligere negative erfaringer og udviklingen af undvigelse og passivitet. Gennem den øgede bevidsthed om og indsigt i hidtidige uhensigtsmæssige reaktioner og livsmønstre får deltagerne mod på at afprøve alternative måder at reagere på, hvilket førte til nye positive erfaringer og udviklingen af aktivitet.</p>

	<i>"Jeg synes, jeg har taget mange nye beslutninger, for projektet har vendt op og ned på den måde jeg lever, handler og er på."</i>		
<u>Egen-kontrol og retning i livet:</u>	<i>"Førhen der var jeg... vil jeg nok sige...90 procent firmamand og 10 procent familiemand. Og i fremtiden vil jeg være 10 procent arbejdsmand og 90 procent familiemand. Det er mit vigtigste mål. Det er et must...."</i>	Der fortælles, at deltageren gennem GEB identificerer egne individuelle værdier og egne livsmål, hvilket har betydning for oplevelsen af egen-kontrol og retning i livet.	<u>Personlige værdier og egne livsmål</u> Igennem GEB blev deltagerens uoverensstemmelser mellem personlige værdier og handlinger synliggjort. Dette øgede deltagerens bevidsthed om og indsigt i personlige livsværdier og livsmål.

I henhold til Zoglows anbefaling om en åbent tema i interview og databearbejdning, inkluderes deltagerens oplevelse af programmet i analyseredskabet med det formål at åbne for nye dimensioner, som kan ligge udenfor problemformulerings spørgsmål (Zoglows 1999:162).

Figur 16

Åben tema	Eksempel på betydningsfuld sekvens – analysetrin 3	Eksempel på særlig prægnans – analysetrin 4	<u>A posteriori temaet: Opmærksomhed.</u>
Deltagerens oplevelse af deltagelsen i <i>Grib livet – nye muligheder og nye veje</i>	<i>"Og det med at skrive det hele ned, det er bare godt og det kunne man altså godt gøre i alle andre situationer f.eks. ved psykiateren eller sådan. Kvaliteten bliver bedre af ikke at famle i blinde og ikke skylder ud i det blå. At man arbejder sig til bunds, så der er en sammenhæng og en forklaring på tingene. Strukturen i det, det kan jeg godt lide. Lektierne giver noget at tænke</i>	Om metoden GEB fortælles, at de skriftlige arbejdsark og samarbejde gennem en fast struktur øger deltagerens opmærksomhed på betydningen af at komme ind til kernen af problemet.	Igennem GEB øgede deltagerne deres opmærksomhed sammenhænge mellem det levede liv og sygdommen.

	<p>over”.</p> <p><i>Du har lært mig 6 gange mere om livet på 6 uger end jeg har lært på 30 år. Du har inspireret mig til at undersøge, hvad jeg skal gøre for at leve det liv jeg gerne vil...</i></p>	<p>Om relationsarbejdet fortæller, at den professionelle måde at agere og være opmærksom på inspirerer deltagerne til udvikling.</p>	<p>Den opmærksomhed der udsprang af empowerment og den jeg-du sorterede relation, viste sig afgørende for deltageres tryghed, mod, inspiration og håb.</p>
--	--	--	--

RESULTATER

I det følgende afsnit præsenteres undersøgelsens fund. Disse er struktureret af a priori temaerne. A posteriori temaerne har fået deres overskrifter med udgangspunkt i mønstre, der er identificeret i udsagn fra deltagerne, og som findes sigende i forhold til det analyserede tema.

Det bør nævnes, at samtlige deltagere i interviewene anvendte ordene *før* (interventionen) og *nu* (efter interventionen), hvilket indikerer, at deltagerne i løbet af de seks samtale-sessioner, udvikler deres livsdygtighed. Dette kan bekræftes ved at kigge tilbage i deltageres arbejdsark. Sammenfattende viser analysen en fremadrettet bevægelse i alle fire deltagers udvikling af livsdygtighed, hvilket indikerer, at metoden GEB besidder en styrke i forhold til nogle af de særlige udfordringer, der er forbundet med relationsbehandling af depressive. Dette uddybes i diskussionsafsnittet.

SELVINDSIGT

Under dette første a priori tema undersøges forskningsspørgsmålet: *Har deltageren fået øget indsigt i egne reaktioner på tilstanden depression?*

Kendetegnende for deltagerne er, at de alle har valgt at deltage i ***Grib livet – nye muligheder og nye veje***, fordi de ikke kan holde livet med depression ud. De håbede alle, at programmet kunne hjælpe dem til at få et bedre liv. Som allerede beskrevet, viser den samlede analyse mønstre i deltageres udvikling af selvbevidsthed omkring reaktioner/modreaktion på sygdommen og det levede liv. I starten af forløbet er deltageres reaktion karakteriseret ved en oplevelse af *meningsløshed* og *kaos - sygdom*

havde invaderet deltagerens liv. Denne oplevelse ændres gennem interventionen til en stigende oplevelse af mening via ny indsigt, nemlig at det ikke er alle hverdagsproblemer, der skyldes depressionen. Derved kunne deltagerne adskille depression fra det levede liv. Imod afslutningen af forløbet udviklede deltagerne indsigt i sammenhænge mellem tanker, følelser, adfærd og reaktioner herpå. Hvorved sygdommen lod sig integrere i deltagerens liv. Analysen peger derfor på, at det blandt andet er gennem den øgede indsigt i egne reaktionsmønstre, at deltagerne udviklede en dybere følelse af af *mening* og *egen-kontrol* i livet med depression.

A POSTERIORI TEMAET: FRA KAOS TIL EGEN -KONTROL

Karakteristisk for deltagernes start af programmet var, at de ikke forstod deres aktuelle livssituation. Deltagerne havde en generel oplevelse af, at depressionen havde invaderet deres liv således, at de havde mistet kontrollen over hverdagens naturlige udfordringer. Deltagerne havde i opstartsfasen af programmet en overvejende sygdomsspecifik tilgang til deres problemer; *"Jeg ville lære mere om min sygdom og hvordan problemerne med sygdommen kan tackles"*. En deltager, der i længere tid havde fået beroligende medicin hos egen læge, udtrykte det således:

"Jeg gik helt i sort... Jeg kunne ikke forstå, at jeg fik en masse piller, og stadig havde det sådan... Og jeg var bange for mig selv, havde jeg ikke haft kone og børn, ja så stod der et træ nede i skoven... Jeg tog bare min medicin, bed tænderne sammen og tog en bajer."

Dette citat peger sammen med anden empiri på, at deltagerne tillægger medicinen afgørende betydning for bedring i deres tilstand, og ikke selvstændigt foretager sig formålsrettede aktiviteter med henblik på at ændre på tilstanden. Deltagerne oplevede samtidig afmagtsfølelse overfor sygdommen og livet med sygdom;

"Ja, så har jeg nok lavet noget selvmedicinering, som så eskalerede en del år. Så kom jeg på anatabus, så stoppede jeg på antabus, stadig på Cipramil. Indtil 2005 da min kone blev fysisk syg, så fik jeg en alvorlig depression og

blev sat op i medicin og var sygemeldt i en måned. Og så ja... så lige pludselig gik det helt galt... Og så... ja... gik jeg ned mange gange og var ved lægen og bad mig indlægge mig på psykiatrisk afdeling. Jeg mente kun der var den måde, at komme ud af det her på.”

Flere deltagere udtrykte ønske om indlæggelse, så de kunne komme væk fra deres liv og de uløselige problemer. I forbindelse med at deltagerne udfyldte arbejdsark som forberedelse til samtale-sessionerne, begyndte de at give udtryk for indsigt i sammenhænge mellem deres individuelle livsførelse og sygdommens måde at manifestere sig på i hverdagen. Deltagerne gav udtryk for, at nogle af deres problemer ikke var relateret til sygdommen, men til nogle uheldige valg i hverdagen. En deltager udtrykte; *”Jeg var godt klar over, at det var mit arbejde, der var problemet”*.

Deltagerne beskrev sygdommen som en hæmsko for at forsætte livet som før de fik diagnosen. Fælles for deltagene var en tvivl om, hvilke ændringer de kunne gennemføre i hverdagen for at leve et mere tilfredsstillende liv. Deltagerne udtrykte enighed om, at professionel assistance (lægen, psykiateren, mobilteamet) hidtil havde været befordrende for deres udvikling af viden om sygdommen og måden, som sygdommen kunne komplicere hverdagslivet på. De udtrykte også, at på trods af deres glæde over den hidtidige professionelle assistance, havde dette ikke været særlig effektiv i forhold til at opnå handlekompetancer overfor de problemer, som livet med sygdommen i hverdagen gav dem. Deltagerne kunne ret tidligt i forløbet identificere og italesætte at programmets konstruktion bidrog med netop dette;

”... man ikke kan snakke udenom og man skal være konkret... Alt afhængig af hvor syg man er, er det endnu vigtigere, at man får mulighed for at se de vigtige sammenhænge og tage stilling til problemerne. Det nytter ikke noget at sidde og sludre. Spørgsmålene i arkene kan ikke slås hen. I en samtale kan man komme til at springe over, hvor gærdet er lavest... Papirerne er et rigtig godt træningsredskab. Og kommer jeg hjem en aften fra arbejde, pisse stresset, så kan jeg tage refleksionsarkene og læse det hele igennem igen, så har jeg et værktøj til at bremse mig selv med”.

Det kan udledes at deltagerne mente, at den manglende struktur og skriftliggørelse i almindelige samtale-forløb (hos egen læge og det psykiatriske mobilteam) gav deltagerne mulighed for at tale udenom, at undgå at komme i dybden, at tale om nye problemer, uden at få en løsning på de gamle og at small-talke. Deltagerne tillagde derfor programmet betydning for deres evne til at kunne gennemskue, hvordan det levede liv og sygdom hang sammen. Programmet øgede ligeledes deltageres bevidsthed om, at der eksisterede alternativer til deres daværende måde at leve med sygdom på. Fælles for deltagerne var en stigende bevidsthed om at de tidligere havde manglet ord til at beskrive deres situation med, hvilket gjorde at deltagerne reagerede ved at isoleret sig socialt. I løbet af interventionen blev deltagerne tiltagende åbne overfor mennesker i deres netværk;

”Projektet har tvunget mig til at sætte ord på hver eneste følelse og hver eneste tanke jeg har. I og med det har stået skrevet og jeg skulle skrive ned, så måtte jeg jo føle efter. Og når du siger sådan og sådan til mig, hvad sker der så indeni mig? Så har jeg skulle sætte ord på. Før skjulte jeg det bare. Der vidste jeg ikke, hvordan jeg skulle tale til folk og snakke med dem om mig selv”.

Analysen peger på, at deltagernes mulighed for gennem programmet at sætte ord på deres individuelle tanker, følelser og problemer med sygdommen, ser ud til at udvikle refleksion på et højere abstraktionsniveau. Der ses fællestræk i deltagernes tendens til at være styret af automatiserede tanker og reaktioner, som deltagerne i løbet af programmet får ny bevidsthed om;

”Jeg kan selv mærke ændringer i mine tanker og handlinger i den korte tid vi har haft sammen... Jeg har fået øjnene op for en masse automatiserede reaktioner, som jeg har på hverdagsting... Jeg synes, jeg har taget mange nye beslutninger, for projektet har vendt op og ned på den måde jeg lever, handler og er på”.

Dette citat peger sammen med øvrig empiri på, at programmet bidrager til deltagernes dybere indsigt i betydningsfulde sammenhænge mellem tanker/følelser/oplevelser og reaktioner/adfærd. Denne dybere indsigt ser ud til at have betydning for deltagernes evne til integrerer depressionen i deres levede liv og opleve egen-kontrol trods sygdom;

”Efter programmet er jeg meget mere afklaret end før. Og nu forstår jeg meningen med at jeg skulle igennem denne hårde periode og det har været det hele værd. Jeg er klogere og stærkere end før og jeg har lært at tage vare på mig selv, for det er jeg den eneste der kan gøre... Og stå ved mig selv og forstå hvorfor jeg nogengange gør, som jeg gør. Man kan sige, at jeg har taget mit liv op til revurdering.”

Imod slutningen af interventionen oplevede deltagerne på hver deres måde, at sygdom kunne lade sig integrere i hverdagslivet, og at deltagelsen havde bidraget med en afklarethed i deltagernes bevidsthed. En indsigt, som det kan ses af ovenstående, styrkede deltagerne både kognitivt, emotionelt og socialt. Sygdommen blev ikke længere betragtet som ukontrollerbar, men som en tilstand deltagerne havde indflydelse på.

Ovenstående fund viser samlet en bevægelse mod øget livsdygtighed ved, at deltagernes indsigt i egne reaktioner på sygdom blev uddybet gennem interventionen. Denne udvikling blev synlig i deltagernes fremadrettede bevægelse fra at føle afmagt og kaos, til afslutningsvis at kunne beskrive indsigter i uhensigtsmæssige mønstre, hvilket bidrog til en oplevelse af mening og egen-kontrol i hverdagslivet med depression.

PROBLEMIDENTIFIKATION OG PROBLEMBENÆVNELSE

Under dette andet a priori tema undersøges forskningsspørgsmålet: *Kan deltageren identificere og benævne problemer eller udfordringer forbundet med diagnosen depression?*

Som allerede beskrevet, viser den samlede analyse, at de depressive deltagere oplever intensiteten af kernesymptomerne som det største problem i livet med depression. Under interventionsforløbet ændrede deltagerne oplevelse fra primært at have benævnt belastende følelser af træthed, lavt selvværd og skyldsfølelse som sygdomsspecifikke kernesymptomer knyttet til sygdommen depression, til at deltagerne begyndte at beskrive, at intensiteten af disse belastende følelser kunne knyttes til personspecifikke adfærdsmønstre. Noget tyder derfor på, at den systematiske træning i at identificere og benævne problemer/udfordringer, udviklede deltageres interesse i og mod på, at finde alternative måder at leve på. Det blev derved synligt, at deltageres hidtidige tendens til udelukkende sygdomsspecifikke forklaringsmodeller påvirkede deltageres oplevelse af mening med problemløsning i negativ retning.

I forbindelse med *Grib livet – nye muligheder og nye veje* vælger samtlige deltagere at undersøge problemstillinger vedrørende kernesymptomerne. Fælles for deltagerne var, at de ønskede et liv, der ikke var belastet af kernesymptomerne. Da netop dette problem var særligt pinefuldt for deltagerne, afprøvede deltagerne gennem programmet om nogle personspecifikke adfærdsmønstre, kunne have indflydelse på intensiteten af kernesymptomerne. De personspecifikke adfærdsmønstre som deltagerne kunne knytte til intensiteten af kernesymptomerne blev identificeret og benævnt som temperamentsproblematikker, social isolations problematikker, og tendenser til at ignorere kroppens signaler. Deltagerne benævnte problemerne som ”*Trætheden gør, at jeg har problemer med mit temperament*”, ”*Trætheden gør, at jeg trækker mig*” og ”... *jeg må ignorere min træthed ellers kan jeg ikke få mit liv til at fungere*”. Ved at undersøge disse problematikker i dybden, opdagede deltagerne, at de dækkede over skjulte problemstillinger, der interagerede uhensigtsmæssigt med hele deltagerens livsførelse, hvilket der redegøres for i de følgende afsnit. I løbet af interventionen ses en bevægelse *fra* deltageres interesse for at kontrollere deres sygdom gennem et kendskab og fokus på kernesymptomerne (sygdomsspecifik tilgang), *til* en interesse for, hvordan deres livsførelse påvirkede følelser af træthed, lavt selvværd, selvbeprejelser, skyldsfølelse og magtesløshed (persons specifik tilgang).

A POSTERIORI TEMAET: DIALETIKKEN MELLEM KERNESYMPTOMERNE OG DET LEVEDE LIV

Som allerede nævnt, var det karakteristisk for opstarten af forløbet, at deltagerne var tilbøjelige til at tilskrive mange af deres hverdagsproblemer til *sygdommens kernesymptomer og medicinens virkning og bivirkning*. Deltagernes forventninger til tilgangen i behandlingen var tydeligvis også rettet mod en dybere indsigt i sygdomsspecifikke forklaringsmodeller; ”*Jeg blev glad, da jeg blev spurgt, fordi jeg så fik mulighed for at komme endnu mere ind på min sygdom og hvordan jeg skal tackle den og opdage signalerne...*”. Deltagernes kendskab til sygdommen og kernesymptomerne, samt medicinens virkning og bivirkning indgik i samtalerne, men som det ses i det foregående afsnit, så udviklede deltagerne indsigt i, hvordan det levede liv (livsførelsen) og sygdommen (kernesymptomerne) interagerede med hinanden i hverdagslivet;

”Man griber det der gør ondt, for programmet viser, at man selv er med til og har indflydelse på livet... depressionen er jo ikke kernen, for før depressionen havde jeg jo også problemer og dem har vi jo også talt om”.

Deltagerne fortæller om en stigende interesse for at afprøve, om nogle af de negative følelser kunne dæmpes ved at ændre på individuelle reaktioner, handlemåder, valg og fravalg;

”... jeg har lært mig selv bedre at kende. Jeg har lært at tackle mit arbejde, mine børn og min kone uden at gå på røven, fordi jeg bruger for mange kræfter på ligegyldige ting. Men først og fremmest skal man jo lære at tackle sig selv. Og der har programmet været godt. Til at lære sig selv at kende og lære hvordan man kan lægge gode dæmpere på sig selv i forskellige situationer og dermed få flere positive oplevelser med andre og livet”.

Som det ses i ovenstående tillægger deltagerne programmet betydning i forhold til at kunne identificere og benævne personspecifikke problematikker forbundet med at leve

med depression. I det følgende fremstilles nogle interessante fund, hvor der ses mønstre ved de depressives personspecifikke problemstillinger og interaktionen med det, som deltagerne benævner som kernesymptomer. Da deltagerne oplevede mestring af kernesymptomerne, som et særligt vanskeligt problem i livet med depression, vil det følgende synliggøre, hvordan deltagerne i løbet af interventionen formåede at indfange kompleksiteten af de sammenhænge, som deltagerne oplevede at deres negative følelser/kernesymptomer udsprang af. Det er interessant, at de af deltagerne benævnte problemer, reelt dækker over skjulte problematikker, som analysen viser, at deltagerne først kan agere hensigtsmæssigt på, efter at problemet benævnes med sit rette navn.

Kernesymptomet træthed og sammenhængen med deltagerens temperament: Tre ud af fire deltagere benævnte problemer med deres temperament og ønskede at arbejde med denne problemstilling i de skriftlige arbejdsark. Deltagerne havde til fælles, at de oplevede, at kernesymptomet træthed var direkte årsag til deres måde at forvalte deres temperament på. Tre deltagere synes, at de manglede selvkontrol, når de udtrykte negative følelser, de endte ofte i raseri og fortrydelse. En deltager benævnte problemer med for stærk selvkontrol overfor negative følelser. Denne deltager så en sammenhæng mellem sin manglende evne til at udtrykke stærke følelser, og deltagerens tidligere problemer med bulimi. De tre deltagere, der oplevede deres temperament som uhensigtsmæssigt voldsomt, benævnte at trætheden var årsag til, at de ikke havde overskud til at løse konflikter og samtidig holde styr på deres følelser. Den deltager, der oplevede for stærk selvkontrol overfor sit temperament, valgte at undertrykke sine negative følelser i samvær med andre, og benævnte trætheden som årsag til at hun ikke orkede konflikter og derfor måtte isolere sig fra andre. Fælles for alle deltagerne var, at de gennem interventionen fik kendskab til, at deres problem med at udtrykke negative følelser på en hensigtsmæssig måde, dækkede over en skjult problemstilling. Problemstillingen blev først synlig, da de gennem kommunikation med den professionelle kunne arbejde i dybden med deres tanker om sammenhængen mellem trætheden og temperamentet. Deltagerne opdagede komplekse sammenhænge mellem deres måde at forvalte negative følelser på (reaktioner), og et grundlæggende manglende kendskab til egne behov;

”Jeg er blevet meget mere bevidst om mig selv og mine behov. Og tænker meget mindre over, hvad andre tænker om mig. Det er helt klart takke være dette projekt. Jeg tror projektet har hevet mig op i et andet perspektiv, har fået sat ord på en masse ting. Mange ting jeg ikke kan forklare, får sat ord på mange ting, som gør, at jeg bedre forstår mine reaktioner og på den måde forstår man lidt bedre og er mere opmærksom på sig selv”.

Deltagerne oplevede, at programmet satte dem i stand til at identificere deres behov, hvilket var afgørende for at deltagerne kunne formidle denne nyerhvervede viden til andre i tilspidsede situationer. I løbet af programmet udviklede deltagerne både evne til at mærke og evne til at udtrykke behov, hvilket af deltagerne blev oplevet som afgørende for, at de kunne forvalte deres negative følelser på en hensigtsmæssig måde i samspillet med andre. Deltagerne havde hidtil ikke reflekteret over, at deres manglende evne til at mærke og udtrykke behov, var afgørende for deres måde at forvalte deres temperament på. Andre komplekse og indbyrdes sammenhænge mellem kernesymptomerne blev identificeret, når deltagerne arbejdede med problematikken omkring forvaltning af temperament. Deltagerne opdagede, at aggressive udbrud intensiverede såvel træthedsfølelse, som andre negative følelser;

”Hvis man skal kigge på det på den måde, f.eks. overfor mine børn, så er jeg blevet bedre til at bruge min energi positivt i stedet for negativt. Før ville jeg flyve op under loftet, nu kan jeg faktisk føre en fornuftig dialog med dem i stedet for bare at revse dem, altså forstået som at tænde af. Det er jeg blevet meget god til. På den måde får jeg også mere energi til mig selv, for hvis man jævnlig kommer helt op at ringe, så tapper det dig fuldstændigt for energi. Hvis du kan holde det på et fornuftigt plan og få dem til at forstå, at nu er far altså blevet gal, altså på en positiv måde, så giver det mere energi til dig selv, fordi du får det kanon dårligt over at være en dårlig forælder.”

Citatet viser sammen med anden empiri, at deltagerne i løbet af interventionen fik en erkendelse af, at intensiteten af de negative følelser, som deltagerne kategoriserede som sygdomsspecifikke kernesymptomer, var påvirkelige og håndterbare. Fælles for

deltagerne var et behov for at opføre sig kompetent i konfliktsituationer, hvilke de hidtil ikke kunne leve op til. Dette havde hidtil ført til intensiveret skyldfølelse og selvbebrejdelser. Hos nogle af deltagerne intensiverede det også deres isolationstrang. Den ene deltager, der oplevede sig hæmmet i at udtrykke stærke følelser, fik skyldfølelse overfor sin familie, når hun isolerede sig i sociale sammenhænge. Det var gennem interventionen, at hun første gang kunne identificere og benævne, at hendes problemer med at mærke og udtrykke behov, havde komplekse sammenhænge med hendes træthed, isolationstrang og skyldfølelse.

Kernesymptomet træthed og sammenhængen med deltagerens tendens til at ignorerer kroppens signaler. Deltagerne fortæller, at deres sygdom er årsag til, at de ofte må ignorere vigtige kropssignaler, f.eks. træthed eller trang til ekstra søvn. Deltagerne mente, at hvis de respekterede kroppen signaler, ville de give efter for sygdommen, og sygdommen ville således bestemme i deres liv. Deltagerne havde katastrofetanker om, at hvis de gav efter for kroppen signaler ville deres liv gå i stå og de kunne risikere at miste alt. Deltagerne benævnte, at deres tendens til at ignorere kroppens signaler var det største problem, i forhold til at kunne forebygge tilbagefald i sygdommen, da det gav stress og udmattelse at holde et aktivitetsniveau, som kroppen ikke kunne magte. Således turde de ikke give efter for f.eks. træthed af frygt for konsekvenserne. Gennem interventionen fik deltagerne et nyt syn på kroppens reaktioner på sygdom; *"Jeg har lært, at jeg har nogle kropssignaler, som jeg skal reagere på."* En anden deltager fortæller; *"Jeg har for fanden knoklet hele mit liv uden at kende til andet end stress. Men... Så... det er sgu svært at lære at afstresse sig selv...men det var det der skulle til...det kan jeg mærke."*

Alle fire deltagerne oplevede, at deres tendens til at ignorere kroppens signaler, førte til stress og udmattelse, og dermed også påvirkede intensiteten af følelsen træthed. Dette blev af deltagerne benævnt som et uheldigt mønster. I løbet af programmet blev deltagerne tiltagende bevidste om at finde en balance mellem individuelle ressourcer og begrænsninger og navigerede mere hensigtsmæssigt i forhold til dette. Alle deltagerne betragtede det som en langvaring proces, at lære at respektere kroppens signaler uden at blive belastet af katastrofetanker om at miste alt, hvad de holder af. Ved at fordybe sig i

problemer med at ignorere kropssignaler, opdagede deltagerne, at dette problem dækkede over en skjult personspecifik problemstilling med lavt selvværd;

”Førhen tænkte jeg ikke på mig selv, som noget værd og det gør jeg i høj grad nu. Uden dette projekt havde jeg aldrig fået de tanker i hovedet... Før tænkte jeg tit, at det var mig der var noget galt med, når jeg ikke orkede mere. Men hvis jeg ikke kan mere, ja så kan jeg bare ikke mere, uanset hvad andre siger. Og der er ikke noget galt med mig – mere...”

Ved at identificere det rette problem, kunne deltagerne også fortælle, at netop det lave selvværd ofte havde været årsag til, at de ikke fik sagt fra overfor deres egne eller omgivelsernes sagte og usagte forventninger. Problemet havde hidtil vist sig i hverdagen ved, at deltagerne undlod at sige deres mening, og derved ofte deltog i ting, som deltagerne ikke havde lyst eller energi til. Deltagerne havde tidligere undladt at give udtryk for problemer i samspillet med familie, venner, kolleger og ledelsen på arbejdspladsen. I løbet af interventionen opdagede deltagerne, at deres stress var et vigtigt signal på, at de ikke tog hensyn til egne ressourcer og begrænsninger, men i stedet forsøgte at kompensere for det lave selvværd ved at forsøge at leve op til deres egne og andres forventninger. Deltagerne beskrev, at de ofte var plaget af negative tanker om, at de altid skulle gøre tingene lidt bedre, og at de altid følte de skulle yde lidt mere. Gennem interventionen formåede deltagerne at identificere flere problemer knyttet til lavt selvværd og den professionelle indgik aktivt som sparringspartner i forhold til at udvikle nye strategier;

”Nu tør jeg godt give modspil, og det får jeg måske respekt for i stedet for at blive set som den tiende dørmåtte, som alle løber hen over. At jeg har en mening. Jeg vil hellere leve med at andre bliver sure. For hvis jeg ikke siger min mening, så får jeg ikke fred indeni... Tidligere havde jeg ikke modargumenteret... men der er jeg også godt på vej”

En anden deltager udtrykker det således; *”Nu tør jeg sige min mening og stå ved den. Nu skal der laves fælles løsninger, før fjøede jeg bare folk og sagde amen. Nu siger jeg*

min mening og stå ved den, for det sker der jo sjældent noget ved". Deltagerne opnåede i løbet af interventionen at erhverve sig indsigt i og nye færdigheder i forhold til at indgå i samarbejdsrelationer på en balanceret egen-besluttende måde. Hvor udgangspunktet var et hensyn til deltagerens aktuelle ressourcer og begrænsninger og ikke som hidtil med udgangspunkt i et hensyn til andres sagte/usagte forventninger.

Ovenstående fund viser en bevægelse frem mod øget livsdygtighed ved at deltagerne gennem GEB udvikler evne til at identificere og benævne personspecifikke problemstillinger i livet med depression. Denne bevægelse blev synlig ved, at deltagerne kunne benævne meget komplekse og skjulte problemstillinger, der interagerede uhensigtsmæssigt med hinanden. Noget tyder på, at processen med at identificere og benævne problemer medførte, at deltagerne, der først var meget optaget af kernesymptomernes intensitet (som de ukritisk knyttede til sygdommen depression), opdagede egen indflydelse på de negative følelser, idet hidtidige skjulte personspecifikke sammenhænge blev synlige for deltagerne. Da deltagerne i starten af programmet peger på, at de særligt har behov for at kunne lindre kernesymptomernes intensitet, for at kunne leve et velfungerende liv med depression, er det et væsentligt fund i denne undersøgelse, at deltagerne gennem GEB får indsigt i og handlekompetance overfor dette.

BESLUTNINGSTAGNING, PROBLEMLØSNING OG KONFLIKTHÅNDTERING

Under dette tredje a priori tema undersøges forskningsspørgsmålet: *Har deltageren udviklet evner til at træffe beslutninger, løse konflikter og problemer i dagligdagen med depression?*

Karakteristisk for deltagerne var, at de tidligere i deres liv har haft svært ved at træffe beslutninger, løse problemer og håndtere konflikter i deres hverdag, også inden de fik diagnosen depression. Deltagerne havde overvejende forholdt sig undvigende og passivt overfor de udfordringer et hverdagsliv rummer. Alle deltagere udtrykte i starten af forløbet et stort behov for, at kunne træffe bæredygtige beslutninger, løse problemer på

en hensigtsmæssig måde, og håndtere såvel indre som ydre konflikter på en ansvarlig måde både i forhold til sig selv og andre. Som allerede beskrevet viser analysen en bevægelse frem mod øget livsdygtighed, idet deltagerne i løbet af programmet kunne identificerede sammenhænge mellem tidligere negative erfaringer og udviklingen af undvigelsesmønstre og passivitet, og hen mod en aktiv afprøvning af alternative måder at reagere på, hvilket i løbet af interventionen førte til nye positive erfaringer og udvikling af aktivitet.

A POSTERIORI TEMAET: FRA PASSIV TIL AKTIV LIVSAKTØR

Alle fire deltagere beskrev i starten af programmet en generel utilpashed ved at træffe beslutninger og løse problemer/konflikter, og knyttede dette til tidligere erfaringer i livet; ”... jeg har engang lært, at alle andre har ret og det har jeg ikke. Derfor lader jeg andre bestemme over mig”. Mange af deltagernes tidlige erfaringer i livet kom frem i samtale-sessionerne gennem forløbet. Disse blev af deltagerne identificeret som betydningsfulde og knyttet til den passivitet og undvigelse, som deltagerne hidtil havde gjort brug af i deres liv, når der skulle løses problemer, konflikter og tages beslutninger. Deltagerne havde alle negative erfaringer med at sige fra overfor autoriteter, hvilket viste sig at have sammenhæng med deltagernes overforbrug af egne ressourcer på arbejdsmarkedet. Dette blev først synligt for deltagerne under arbejdet med de skriftlige arbejdsark. Denne viden blev anvendt i forhold til udvikling af nye problemløsningsstrategier;

”Jeg har nu lært, at jeg ikke skal være på arbejde 24 timer i døgnet mere. At jeg skal bruge mine ressourcer mere fornuftigt. At jeg har opbygget en stor identitet på den arbejdsplads, den har jeg lært at lægge fra mig, og jeg skal involvere andre i de ting, som jeg var kommet til at tage patent på. Og i og med at jeg tog patent, var jeg også den eneste til at løse alle opgaverne. Og det belaster mig jo selv... At lære sig selv at kende, det har sgu ikke været sjovt. Du kommer også ind i, at måtte ribbe op i ting, som ligger langt tilbage og som måske har været med til, at du har fået en depression”.

Deltagerne er enige om, at det er en nødvendig del af problemløsningen, at de tør kigge på nogle af de erfaringer, de har fra fortiden. Som allerede nævnt, opdagede deltagerne, at deres aktuelle utilpashed ved at træffe selvstændige beslutninger, hang sammen med en hidtidig mangel på positiv erfaring med problem- og konflikthåndtering. Analysen peger på, at utilpasheden ved at træffe beslutninger er knyttet til angst; *"Før tog jeg sjældent beslutninger selv, fordi jeg var bange for at vælge forkert"*. Deltagerne havde tidligere i livet været ubevidste om, at de forholdte sig undvigende pga. angst. I løbet af programmet kunne deltagerne identificere angstreaktioner, der hidtil havde hæmmet deltagerne i at træffe beslutninger, løse problemer og håndtere konflikter på en aktiv måde. Deltagerne udvikler i løbet af interventionen mere mod på at træffe selvstændige beslutninger: *"... det ligger meget dybt i mig, at ting er meget tunge. Det der med at overskue og tage alt meget alvorligt, det ser jeg meget anderledes på nu. Jeg tænker i stedet, hvor galt kan det gå?"*

Deltagerne benævnte i første omgang angsten som et kernesymptom, der måtte være relateret til sygdommen depression. Men senere i programmet opdagede deltagerne, at angsten var der før depressionen. Den manglende evne til at håndtere angsten og forsøget på at undvige aktiv problemløsning medførte flere problemer i livet; *"Jeg lod det bare være og tænkte det går i sig selv igen, det skal bare ligge der, så forsvinder det af sig selv. Men det løste ikke noget og gav mig flere og flere problemer"*. Analysen peger på, at det især var *verbaliseringen* af tanker, følelser og tidligere negative erfaringer og behov, samt *action og feed back på action* mellem sessionerne, der gav deltagerne indsigt i og erfaring med at mestre angsten. Derigennem opnåede deltagerne en erkendelse af, at angsten var håndterbar og noget man kunne få indflydelse på;

"Jeg har lært at være rolig og lært at sige tingene, så jeg når noget på en positiv måde i stedet for at pakke dem ind eller finde på noget andet. Jeg har lært at lytte til mig selv og finde min ro, og jeg synes jeg bare er blevet et helt andet menneske, det menneske som jeg altid gerne har villet være."

Deltagerne oplevede, at der var tale om en fremadskridende proces, hvor de mellem sessionerne havde mulighed for at afprøvet nye reaktionsmønstre på angst, undvigelse

og passivitet. Nye positive erfaringer med at træffe beslutninger, løse problemer og håndtere konflikter gav deltagerne en oplevelse af ro, som ifølge deltagerne havde betydning for, at de kunne forsætte med øvelserne efter afslutningen af programmet;

”Det, at han (ægtefællen) vælger for mig gør, at jeg slipper for at stå med ansvaret og slipper for tanken om, at jeg kunne have valgt forkert. Så det er negativt. Derfor vil jeg stole mere på mig selv og tage ansvaret for, at jeg engang imellem vælger forkert. Uanset om andre anerkender det, så kan det jo godt være det rigtige for mig. Nu kan alles mening jo være rigtig, inklusiv min egen, og det giver ro indeni at tænke sådan”.

Deltagernes nye indsigt i at passivitet og undvigelse skabte konflikter i hverdagslivet medførte, at alle fire valgte at anvende de skriftlige arbejdsark til at undersøge hverdagskonflikterne nærmere. Derigennem opdagede deltagerne, at der ofte lå ubevidste og paradoksale handlingsmønstre bag udviklingen af såvel indre som ydre konflikter;

”Før var det sådan, at jeg nogle dage var så svag, at jeg bare gjorde, som folk sagde og andre dage var jeg i sådan et streng humør, at jeg bare gjorde, som jeg selv ville uanset hvad, så kunne folk bare hoppe og danse, jeg var ligeglad.”

Ovenstående citat viser sammen med anden empiri, at tre ud af fire deltagerne hidtil havde tendensen til at svinge mellem *other-determined behaviour* og *selfish-determined behaviour*, og at dette forvirrede både dem selv og deres nærmeste omgivelser. Den fjerde deltager sad fast i et mønster af *other-determined behaviour*. Hen mod slutningen af interventionen kunne alle fire deltagere identificere uoverensstemmelser og paradokser i hverdagslivet samt reaktioner hos dem selv og andre i forbindelse med disse mønstre. Deltagerne udviklede igennem den grundige undersøgelse af u hensigtsmæssige og ofte ubevidste mønstre, en større bevidsthed om og erfaring med håndtering af indre og ydre konfliktsituationer, hvor deltageren på en *balanceret egenbesluttende måde* formåede både at tage hensyn til egne og andres behov;

”Nu tør jeg godt diskutere det... Også høre hvad andre siger, så må vi jo tage den derfra. For det er ikke det værd at få ret, for så bagefter at skulle leve med stemningen. Den indre ro gør, at jeg bedre kan sige fra også der... Jeg kan godt finde en måde, hvor der tages hensyn til mig selv, så kommer det jo alle til gode”.

Ovenstående viser en bevægelse frem mod øget livsdygtighed ved, at deltagerne igennem interventionen kunne identificere egne uheldige mønstre i forhold til effektiv beslutningstagning, problemløsning og konflikthåndtering. Denne bevægelse blev synlig i deltagernes udvikling fra primært at have anvendt ineffektive strategier, som undvigelse og passivitet, til hen mod slutningen af interventionen, at forholde sig aktivt overfor at træffe beslutninger og løse problemer/konflikter.

EGEN-KONTROL OG RETNING

Under dette fjerde a priori tema undersøges forskningsspørgsmålet: *Oplever deltageren egen-kontrol og retning i livet med depression?*

Kendetegnende for deltagerne var, at de mistede oplevelsen af egen-kontrol og retning i livet, da depressionen invaderede deres liv. Alle deltagerne udtrykte i starten af programmet behov for at finde retning i livet, og de savnede kontrol i livet med sygdom. Det var karakteristisk for deltagerne, at de havde mistet deres livsmod en eller flere gange under deres sygdomsforløb, og at dette blandt andet skyldtes en meningsløshed og afmagtsfølelse, der opstod af, at de ikke kunne forstå, hvorfor sygdom havde ramt dem, de kunne ikke finde ud af, hvem de selv var, og hvad de gerne ville med deres liv fremover. Som allerede beskrevet, identificerede deltagernes i løbet af interventionen uoverensstemmelser mellem personlige værdier og valg af handlinger, som hidtil havde hæmmet deltagerne i at opleve egen-kontrol og retning i livet. Ved at arbejde struktureret med at identificere disse uoverensstemmelser udviklede deltagerne en øget bevidsthed om og indsigt i personlige livsværdier og livsmål. Mod slutningen af interventionen kunne deltagerne tilrettelægge livsmål med udgangspunkt i de personlige værdier og personlige ressourcer og begrænsninger.

A POSTERIORI TEMAET: PERSONLIGE VÆRDIER OG EGNE LIVSMÅL

Alle fire deltagere kunne benævne, at det vigtigste mål ved at deltage i interventionen var at forebygge recidiv i sygdommen. Gennem GEB erfarede deltagerne, at dette hang sammen med at træffe bæredygtige beslutninger omkring egen livsførelse, og derved bevare kontrollen over livet med sygdom;

”Arbejdsomt skal jeg være opmærksom på min kropsfornemmelse, før var det 120 derudaf i timen, uden at respektere, at min krop er træt. Jeg skal aldrig have en depression igen, nu vil jeg fange signalerne meget før. Jeg vil passe på mig selv med min nye viden”.

Deltagerne opdagede, at der hidtil havde manglet konsensus mellem deres personlige værdier og de prioriteringer de foretog i hverdagslivet. Deltagerne udviklede ny viden og mere mod på at tilrettelægge livet anderledes fremover;

”Min søn og min mand, de er de vigtigste. Jeg vil fremover tænke mere på at tage ansvar for at få dækket mine behov. Arbejdsomt også. Det kommer naturligt, fordi jeg er mere opmærksom på det nu. Ikke længere være arbejdshest. Selvom jeg føler mig stærkere, er jeg også mere sårbar, men jeg kan tage vare på det nu.”

Værdiafklaring ser ud til at være befordrende for deltagernes evne til at forholde sig til de værdier de tidligere lod sig styre af, og de værdier de i fremtiden ønsker at lade sig styre af;

”Førhen der var jeg, vil jeg nok sige, 90 procent firmamand og 10 procent familiemand. Og i fremtiden vil jeg være 10 procent arbejdsmand og 90 procent familiemand. Det er mit vigtigste mål. Det er et must...”.

Deltagerne oplevede, at de gennem værdiklaringsrespons, fik støtte til at genfinde en retning i livet, hvor deltagernes vurdering af de individuelle ressourcer og

begrænsninger indgik i fastsættelsen af livsmål. Fælles for deltagerne var, at de beskrev at arbejdsarkene 2e, 2d, 4b, 4d og 4e var befordrende for evne til at tilrettelægge og nå deres mål ud fra deres personlige værdier;

”... jeg forsætter med at bruge de mentale værktøjer og huskeregler jeg har fået gennem arkene og dine mange mange spørgsmål. Både overfor mine børn og min kone. Så det er et lang sejt træk, som jeg føler mig tryk ved at gå i gang med. For det er nødvendigt. For jeg skal ikke ned og dingle i træet i skoven”.

Ovenstående citat peger sammen med anden empiri på, at deltageres mulighed for at afdække personlige værdier i løbet af programmet påvirkede deltageres oplevelse af egen-kontrol og retning i livet, også selvom alle fire deltagere oplevede, at deres udvikling af livsdygtighed ikke sluttes med programmet ***Grib livet – nye muligheder og nye veje.***

Ovenstående fund viser en bevægelse frem mod øget livsdygtighed ved at deltagerne i løbet af programmet oplever en stigende grad af egen-kontrol og retning i livet. Denne bevægelse bliver synliggjort igennem hidtidige oplevelse af manglende egen-kontrol og retning i livet, hen mod oplevelsen af øget egen-kontrol og retning i livet. Hen mod slutningen af programmet har deltagerne formået at skabe større konsensus mellem familieliv og arbejdsliv, hvilket er i overensstemmelse med deltageres beskrivelse af de personlige livsværdier og livsmål.

ÅBEN TEMA: DELTAGERNES OPLEVELSE AF *GRIB LIVET – NYE MULIGHEDER OG NYE VEJE*

Som tidligere beskrevet, så var det kendetegnende for de fire deltagere, at de ikke tidligere i deres liv havde været særlig opmærksomme overfor egne behov og ineffektive problemløsningsstrategier. Deltagerne havde et andet fællestræk, og det var, at de ikke hidtil ikke havde lagt vægt på betydningen af, at søge andres opmærksomhed og anvende andres opmærksomhed/perception i undersøgelsen af og nuanceringen af de

forskellige løsningsmuligheder, der kunne være på mange af de problemer deltagerne havde i hverdagen. Sagt på en anden måde, analysen viser, at deltagerne ikke hidtid havde været særlig opmærksomme på dem selv og de positive ting, der kunne udvikles gennem åben dialog i samvær med andre, hvilket førte til udviklingen af det følgende a posteriori tema.

A POSTERIORI TEMAET: OPMÆRKSOMHED

Det var karakteristisk for alle fire deltagere, at de under selve introduktionen til programmet var bekymrede for, om de havde overskud, ro og evne til at gennemføre de seks planlagte sessioner af ca. en times varighed. Fælles for deltagerne var også, at de ved at kigge tilbage på forløbet blev opmærksomme på, at deres negative antagelse ikke var korrekt, for de havde både energi og overskud til at gennemføre;

”Til at starte med vidste jeg jo ikke, hvad jeg gik ind til. Jeg havde heller ikke sat mig ind i det, for jeg kunne ikke overskue ret meget. Jeg havde bare håbet på, at jeg fik noget at arbejde med bagefter, når jeg var færdig, men det kom jeg allerede i gang med under projektet. Det havde jeg ikke regnet med”.

Et andet fællestræk var, at de fire deltagere blev bevidste om, at programmets konstruktionsmåde, skærpede deres opmærksomhed på, at de fik mere energi og flere ressourcer ved at fordybe sig i deres problematiske livssituation, i stedet for at forsøge at undvige;

”Når man først kommer i gang, så kører det. I starten var det uoverskuelig på grund af den situation jeg var i... Det har givet mig meget energi, fordi det kun handler om mig. Der er aldrig nogen, der har spurgt ind til mine problemer før, og det er meget bedre end at sidde sammen med en flok, for der ville jeg lade de andre fylde, her er jeg tvunget til at sige noget om mig selv i lang tid af gangen. Så det har været rigtig godt til at komme til bunds i mine egne tanker. Jeg får ryddet op, og finder ud af, at jeg er som alle

andre. At jeg ikke er bedre eller dårligere. At jeg får tømt mit hoved og bagefter kan slappe af ”.

Deltagerne gav udtryk for, at den professionelles personlighed og måde at være sammen med deltageren på, var afgørende på flere punkter, dels for trygheden, dels at en troværdig person kunne inspirere til udvikling af mod. Dette blev italesat på forskellig måde af deltagerne; *”Du er virkelig overbevisende og troværdig”, ”... sådan en som dig kan man trygt fortælle alt”, ”Jeg havde tillid til dine ideer... ”.* En deltager uddyber dette;

”Du har lært mig seks gange mere om livet på seks uger, end jeg har lært på 30 år. Du har inspireret mig til at undersøge, hvad jeg skal gøre for at leve det liv jeg gerne vil... Nu ved jeg, hvordan jeg kan rydde op, så jeg kan få sjælefred ro og balance”.

Både programmets konstruktion i en-til-en regi og den professionelles opmærksomhed i samtaler-sessionerne tillægges vægt i forhold til, at deltagerne kan acceptere at blive provokeret, og derigennem udvikle sig;

”Det bedste er, at man ikke bliver tilsidesat, fordi det kun er mine problemer og kun mig. Der er altså ingen undskyldning for ikke at få tingene sagt. Kun mine problemer, det er dejligt... ja...jeg kan ikke gemme mig, for det har kun drejet sig om mig...Det har bare været godt at blive provokeret og presset lidt, for du spørger på en måde, som ikke er træls”.

Den individuelle proces, som var styret af deltagernes egne prioriterede emner, var afgørende for deltagernes oplevelse af at blive set og hørt på deres unikke livshistorie. Alle deltagerne bemærker, at de bliver stillet overfor uddybende spørgsmål og afklarende respons, som provokerer til nye tanker, dette tillægges betydning i forhold til at få forståelsen af komplekse sammenhænge, som påvirker deres hverdag med sygdom, og som de hidtil har været ubevidste om;

”Vi er kommet ind på alt det, der gør ondt og som bare må frem. Og fået fat i en masse. Det er svært at sige præcist, hvad der har været bedst, men det har været rigtig rigtig godt at blive tvunget til at mærke mig selv og tage det jeg mærker alvorligt. Jeg er blevet meget bedre til at sætte ord på mine følelser. Og det føles godt at vide, at jeg nu kan klare mine problemer uden at blive helt udmattet og gå ned med flaget”.

Deltagerne mente samstemmende, at den øgede opmærksomhed de havde fået omkring aktiv problemløsning, blandt andet gennem de skriftlige arbejdsark, var afgørende for sundhedsydelsens kvalitet. Deltagerne pegede alle på, at **Grib livet – nye muligheder og nye veje** med fordel kunne anvendes indenfor andre områder i psykiatrien;

”Og det med at skrive det hele ned, det er bare godt og det kunne man altså godt gøre i alle andre situationer f.eks ved psykiateren eller sådan. Kvaliteten bliver bedre af ikke at famle i blinde og ikke skylde ud i det blå. At man arbejder sig til bunds, så der er en sammenhæng og en forklaring på tingene. Strukturen i det, det kan jeg godt lide. Lektierne giver virkelig noget at tænke over”.

Deltagerne var overraskede over, hvor ofte de i almindelige samtaleforløb fik snakket sig udenom problemerne i stedet for ind til kernen. Deltagelsen i **Grib livet – nye veje og nye muligheder** var hos alle deltagerne en positiv overraskelse i forhold til at bruge tid på sig selv og i kommunikationen blive holdt fast og få arbejdet grundigt med problemerne i deres liv;

”Det er ikke noget man gør på fem minutter. Det kræver, at man har lyst til at sidde en stille stund og vride sin hjerne. En ting er, at du sidder og borer i tingene, mens du kigger mig i øjnene... Det har været nemmere at finde mig selv, fordi du ikke har lagt mig svar i munden. Men når du sidder selv med dem (papirerne), får du ingen input til at grave dybere i nogle ting med. Når vi sidder sammen, så kommer du måske med et tillægsspørgsmål, så jeg kommer et spadestik dybere”.

Derudover peger deltagerne på, at de kunne ønske sig at forsætte med professionel assistance i det forsatte arbejde med at få sygdom og liv til at hænge sammen;

”Programmet burde være længere for der er masser at tage fat om”.

Ovenstående fund peger samlet på, at deltagerne havde lettere ved at bevare deres opmærksomhed og energi i processen, end de havde forventet. De oplevede, at deres opmærksomhed omkring egen indflydelse på livet med sygdom blev skærpet. Og den professionelles personlighed og fremtræden blev bemærket som en betydningsfuld faktor for tryghed, tillid, troværdighed, mod og inspiration. Opmærksomheden fra den professionelle blev endvidere italesat som befordrende i forhold til at komme i dybden med kerneårsagerne til problemerne.

DISKUSSION

I de følgende afsnit diskuteres udvalgte centrale fund, i forhold til undersøgelsens antagelser, analyseapparat og problemstillingens spørgsmål. Udgangspunktet er mønstre og mønster-brud, der vurderes som særlig betydningsfulde i forhold til at kunne tilpasse og overføre metoden *Guidet Egen-Beslutning* i den psykiatriske sygepleje til depressive. Som det ses i ovenstående resultater viser analysen, at de depressionsramte deltagere profiterer af metoden *Guidet Egen-Beslutning* ved, at der kan identificeres en bevægelse frem mod øget livsdygtighed i løbet af interventionen, der identificeres ved en bevægelse i følgende;

1. Deltagernes selvindsigt i egne reaktioner på tilstanden gennem en bevægelse *fra* deltagerens oplevelse af meningsløshed og kaos *frem mod* en oplevelse af mening og egen-kontrol.
2. Deltagernes evne til at identificere og benævne problemer og udfordringer forbundet med tilstanden gennem en bevægelse *fra* primært at have identificeret deres problemer som sygdomsspecifikke og alene knyttet til sygdommen depression *frem mod* en oplevelse af egne problemer som personspecifikke livsproblematikker.

3. Deltagernes evne til at træffe beslutninger, løse problemer og konflikter gennem en bevægelse *fra* hidtidige passive og undvigende handle-mønstre *hen mod* tiltagende aktive og rationelle handle-mønstre overfor udfordringer.
4. Deltagernes evne til at skabe egen-kontrol og retning i livet gennem en bevægelse *fra* manglende oplevelse af kontrol og retning *hen mod* en afklaring af de personlige værdier og individuelle livsmål, der medfører en oplevelse af egen-kontrol og retning i livet.

I den åbne kategori ”Deltagernes oplevelse af *Grib livet – nye muligheder og nye veje*” viste analysen, at programmet generelt øgede deltagerne opmærksomhed på flere punkter, blandt andet opmærksomheden på egne behov og betydningen af, at besidde effektive problemløsningsstrategier samt opmærksomheden på at komme i dybden med oplevede vanskeligheder i samarbejde med en kvalificeret anden f.eks. ved at inddrage ressourcer i netværket noget mere.

I den følgende diskussion af ovenstående resultater, er der taget udgangspunkt i nogle af de særlige udfordringer, der i den psykiatriske faglitteratur påpeges, som værende forbundet med relationsarbejde med depressive. Dette vil indgå i den samlede vurdering af metodens overførbare og anvendelighed i den psykiatriske sygepleje til depressive.

DEN JEG-DU SORTEREDE RELATION SOM RAMMEN OM DEN DEPRESSIVES FORANDRINGSPOTENTIALE

Da relationen mellem den professionelle og patienten betragtes som både mål og middel i den psykiatriske sygepleje (Sundhedstyrelsen 1995), vil diskussionsafsnittet tage sit afsæt i betydningen af den *jeg-du sorterede relation* for den depressive forandringspotentiale.

I det følgende diskuteres der med udgangspunkt i deltagerne oplevelse af, at deltage i *Grib livet – nye muligheder og nye veje*, centralt hvordan empowerment og den *jeg-du sorterede gensidighed* kan guide den professionelle og sætte sig igennem i den professionelles personlige fremtræden. En fremtræden som deltagerne i nærværende

undersøgelse har bemærket og knytter til deres forandringspotentiale. Som det fremgår i analysen, beskrives den professionelle egenskaber som troværdig, tryk og tillidsvækkende. Disse egenskaber er i den psykiatriske faglitteratur beskrevet som centrale og fundamentale for relationsarbejdet med depressive. I det følgende vil der med udgangspunkt i en teoretisk udlægning af depressives særlige behov for disse egenskaber i relationen til professionelle, og med inddragelse af empiriske undersøgelser blive argumenteret for, at der er sammenhæng mellem empowerment af deltageren gennem den *jeg-du sorterede gensidighed* i relationen og de depressives fremadrettede udvikling af livsdygtighed i ***Grib livet – nye muligheder og nye veje***.

En forklaring på, at de depressive deltagere i ***Grib livet – nye veje og nye muligheder*** tillægger den professionelle personlige egenskaber og færdigheder stor værdi for deres forandringspotentiale, kan muligvis ses i en udlægning af nogle af de relationelle problemstillinger, der kan være forbundet med at lide af depression. Ifølge den svenske sygeplejeteoretiker Jan Kåre Hummelvoll kan angst betragtes som et af depressionens mest problematiske følgesymptomer. Angsten kan være invaliderende for den depressives tro på og håb for forbedring i tilstanden, hvilket er årsagen til, at depressive er afhængige af, at blive mødt af professionelle på måder, der dæmper angsten og samtidig faciliterer håb. Angst kan manifestere sig i den depressives tanker som negative og truende forudannelser, der blandt andet hæmmer den depressives mod på og evne til at knytte følelsesmæssige kontakter. Kvaliteten af objektrelationerne¹³ og dømmekraften kan være så dårlig under udbrud af depression, at samarbejdet trues ved at patienten mistolker sygeplejerskens hensigter. Dette kan i sidste ende medføre, at samarbejdet saboteres af modreaktioner eller at samarbejdet afbrydes fuldstændigt (Hummelvoll 2006: 192-193). Angst betragtes også af de kognitive teoretikere, som en særlig udfordring i relationsarbejde. Den professionelle kan i relationsarbejdet blive mødt med rigide negative forestillinger og fortolkninger, der kan fordreje patientens oplevelse af egen formåen, terapeuten og samspillet, og derved vedvarende sætte den professionelle troværdighed og evner på prøve (Osterich 2004: 27, 119, 150). Den professionelle troværdighed, ser ud til at være et kerneproblem i forhold til det

¹³ Objektrelation kan def. som menneskets indre forestillinger om objekter (betydningsfulde andre), som bygger på menneskets tidligere positive og negative erfaringer, og danner udgangspunktet for barnets udvikling af jeg-strukturer (Cullberg 1993:80)

relationelle samspil (Crafoord 1991:125). Troværdighed er en svær balancegang, hvor den der skal lede og inspirere på samme tid må formå at være ærlig og direkte, uden at vække angst og derved skubbe det andet menneske fra sig. Troværdighed skabes af tre komponenter; klogskab (logos), moral (ethos) og velvilje (pathos). Alle tre komponenter skal være til stede i kommunikationsprocessen for, at den professionelle, kan siges at have personlighedstræk og adfærd, der inspirerer til udvikling (Martinsen 2005). Der er således tale om en tilgang til relationsarbejdet, hvor den professionelle ikke blot arbejder ud fra en række indlærte færdigheder og teknikker, men må evne at leve op til patientens oplevelse af klogskab, moral og velvilje, dvs. efterleve holdningen, der bedst udtrykkes med klicheen ”*Walk your talk*” (Osterich 2004: 29). Igennem interventionen blev den professionelle egenskaber og færdigheder særlig udfordret i de dele af samarbejdet, hvor der skulle arbejdes med følelsesmæssigt svære problemstillinger. For eksempel, når der skulle påpeges inkonsistens i deltagerens respons på sygdommen. Deltagerne oplevede disse processer som svære at håndtere og provokerende, men positive og udviklende. Deltagerens positive oplevelse af at arbejde med svære problemstillinger kan sandsynligvis forklares ud fra metodens empowerment filosofiske udgangspunkt og metodens guiding i forhold til at skabe jeg-du sorteret gensidighed. For at skabe gensidighed i forholdet måtte jeg som professionel selv være villig til at overskride nogle hidtidige professionelle og personlige grænser og lade mig konfrontere med egen angst for deltagerens reaktioner. Denne oplevelse er i overensstemmelse med den psykiatriske sygeplejerske og forsøgsansvarlig Bente Borg Christensens oplevelse i forbindelse med at afprøve GEB programmet sammen med en gruppe mennesker med misbrug. Hun beskriver i sin masterafhandling, hvordan hun måtte overskride personlige grænser for at gennemføre programmet. Hun erfarede, at deltagerens udbytte af GEB til dels afhang af hendes personlige overbevisninger, der var konsistent med empowerment, samt hendes åbenhed og vilje til at indgå i forandringsarbejdet på lige fod med deltagerne. De øvrige professionelle, der deltog i afviklingen af Borg Christensens kvalitetsudviklingsprojekt, fandt det, ifølge Bente Borg, mere problematisk at samarbejde med deltagerne på en måde, der var konsistent med empowerment. Borg Christensen stiller derfor spørgsmålstejn ved GEB’s anvendelighed, hvis de professionelle ikke formår at arbejde konsistent med empowerment (Borg Christensen 2005:36-38).

Borg Christensens antagelse underbygges i flere kvalitative undersøgelser fra det psykiatriske felt, hvori der konkluderes, at en personlig holdning hos professionelle, der er konsistent med empowerment, kan være afgørende for patientens personlige vækstpotentiale og evne til at finde selvstændige løsninger på aktuelle sundhedsproblemer. Det betyder blandt andet, at de professionelle må fralægge sig den professionelle dominans, som traditionelt set har været en del af den psykiatriske sygepleje (Nyatanga & Dann 2002, Barker 2001). I et enkelt studie peges der på, at psykiatriske sygeplejersker må have særlig stærke personlige overbevisninger for at kunne bryde med den traditionelle opfattelse af magtfordelingen med profession og patient (Sines 1994:894-903). Dette er i tråd med Zoffmanns fund i diabetesklinikken, som viste, at langt de fleste professionelle enten tog styringen og forsøgte at løse patientens problem selvstændigt (jeg-du distanceret professionel dominans) eller, som det også blev identificeret, at problemløsningen trådte i baggrunden i relationen, fordi den emotionelle involvering var den professionelles primære tilgang til patienten (jeg-du sløret sympati). Som allerede beskrevet, var det kun sjældent, at den *jeg-du sorteret gensidighed* blev identificeret, hvilket måske kan forklares med, at de professionelle sjældent formåede eller forsøgte at bryde med den traditionelle magtfordeling. Både Borg Christensen og jeg erfarede ved at afprøve metoden GEB, at den utraditionelle tilgang til magtfordeling, som den empowerment og den *jeg-du sortede gensidighed* lægger op til, gav anledning til overskridelse af egne grænser, hvilket måske kan sige noget om den styrke, hvormed den traditionelle magtfordeling påvirker den faglige identitetsudvikling indenfor sundhedsprofessionerne (Wackerhausen 2002:51-75, Nyatanga & Dann 2002:234).

En forklaring på at relationen i ***Grib livet – nye muligheder og nye veje*** ikke hæmmede deltageres forandringspotentiale, kan sandsynligvis forklares ved, at deltagerne oplevede, at jeg som professionel opleves som en troværdig, tryk og tillidsvækkende samarbejdspartner, hvilket ser ud til at have sammenhæng med selve konstruktionen af GEB og principperne i den *jeg-du sorterede gensidighed* (bilag 2).

I GEB tales der allerede i første møde mellem professionel og patient om, at forskellige perceptioner, negative følelser og uenigheder rummer informationsværdi, der kan være betydningsfuld for problemløsningen (Zoffmann 2005:13, bilag 2). Allerede her

imødekommes nogle af de typiske relationelle problemstillinger, som depressive kan hæmmes af. F.eks kan depressive have en tendens til at undertrykke negative følelser i samarbejdet med andre for at undgå uenighed. Dette fremgår af emperien i nærværende undersøgelse og understøttes af faglitteraturen (Hummelvoll 2006: 164, 169-170, Oestrich 2004: 129-130, 150-155) Zoffmann beskriver hvorledes diabetespatienterne reagerede på opstarten af GEB, hvor de bemærkede, hvor anderledes deres behandling blev grebet an. Her var der tale om patienter, der i forvejen havde kendskab til samarbejde med professionelle og som havde mindre positive forventninger rettet mod disse (Zoffmann 2005:33-35). Dette var imidlertid ikke et problem i nærværende studie, da ingen af deltagerne havde negative forventninger rettet mod interventionen. Ved at der allerede i starten af GEB forløbet informeres om, at uenighed og vanskelige følelser betragtes som nyttige for både den professionelle og patientens forandringspotentialer, lægges der op til åben dialog igennem en ligebyrdig læringsproces, hvor begge parter formodes at lære nye ting om sig selv og hinanden. Derved legaliseres en dialog om mulige negative fortolkninger og reaktioner/modreaktioner, hvilket analysen viser, er hensigtsmæssig i forhold til deltagerens udvikling af selvindsigt. Dette fund er i tråd med fund fra diabetesklinikken, som viste, at de negative følelser, reaktioner/modreaktioner var af høj informationsværdi og kunne være retningsgivende for problemløsningen (Zoffmann 2005: 13).

I tilslutning til ovenstående peger de to amerikanske sygeplejeforskere Barker og Rolfe specifikt på, at professionel assistance til depressive kræver et særlig godt kendskab til depressionens natur således, at den professionelle kan opretholde patientens tro på bedring, når patienten ikke selv formår dette. Depressives udviklingsprocesser er, ifølge de to forskere, ofte præget af svære følelser som hjælpeløshed og håbløshed.

Professionelle, der beskæftiger sig med depressionsbehandling, må derfor være yderst opmærksom på subjektiv overidentifikation¹⁴, fordi patientens oplevelsesverden kan være så smertefuld og tung, at en uerfaren eller mindre bevidst sygeplejerske let kan miste orienteringen i behandlingen og tilslutte sig patientens perspektiv på egen situation. I sådanne tilfælde er der en reel risiko for, at sygeplejersken opgiver håbet og derved sætter sin lid til den medicinske behandling alene. Den professionelle og

¹⁴ Subjektiv overidentifikation er i den psykiatriske faglitteratur beskrevet som en proces, hvor den professionelle ikke formår at forholde sig empatisk til patienten, men i stedet sympatiserer i en sådan grad, at patientens følelser og oplevelser overføres til den professionelle (Cullberg 1993: 498-501)

patienten er i en sådan situation begge disempowered. Det er, ifølge Barker og Rolfe, gennem håb, tryghed og modtagelighed, at patienten kan komme i kontakt med det uforklarlige, det der endnu ikke er sat ord på. Ved at opfordre den depressive til at fortælle sin livshistorie, får patienten mulighed for at sætte ord på sin virkelighed og reflektere over sit liv. Den professionelle konfrontationer i form af uddybende spørgsmål og afklaring af eventuelle uoverensstemmelser, kan med tiden udvikle patientens lyst og energi til at undersøge alle de faktorer i patientens miljø, som kan hæmme patientens positive oplevelse af livet. Det er således vigtigt, at den professionelle har personlige overbevisninger og færdigheder, der sikrer den rette behandling af depression i form af et grundigt sygdomskendskab, en struktureret og holistisk tilgang i behandlingsarbejdet og samtidig formår at arbejde konsistent med empowerment for derigennem at holde patientens oplevelse af liv og sygdom i centrum af relationen (Barker & Rolfe 2000:277-283).

I og med at GEB er konsistent med empowerment og der i den *jeg-du sorterede relation* netop er taget højde for, at den professionelle arbejder ud fra aktiv lytning, spejling, uddybende spørgsmål og gensidig udveksling af følelser, tanker og oplevelser forbundet med samspillet, kan dette muligvis medvirke til en dybere forståelse af, hvordan GEB bidrager til et problemløsende samarbejde mellem de depressionsramte deltagere og den professionelle i *Grib livet – nye muligheder og nye veje*. Da jeg som professionel psykiatrisk sygeplejerske i forvejen har et godt kendskab til depressionssygdomme og behandlingen deraf, og derudover har internaliseret empowerment i min personlige og faglige overbevisning, kan dette muligvis forklare, at deltagerne oplevede både troværdighed, tillid og tryghed under samarbejdet. Den usikkerhed jeg oplevede i forbindelse med at fralægge mig den traditionelle paternalistiske tilgang til relationensarbejdet, valgte jeg at dele med deltagerne. På den måde var min tilgang til relationsarbejdet tæt forbundet den *jeg-du sorterede gensidighed*, der lægger op til at såvel den professionelle som patienten deler vanskelige følelser, der kan opstå i forbindelse med problemløsningsarbejdet. Interessant nok, virkede min åbne og ærlige udmelding som tillidsskabende, idet deltagerne alle kom med positive kommentarer til mine refleksioner. Efter deltagerens udsagn oplevede de på ingen måde, at mine overvejelser i forhold egen usikkerhed virkede forstyrrende eller flyttede fokus væk fra

deres problemløsning, hvilket jeg havde frygtet. Tværtimod gav mine refleksioner anledning til ny forståelse for betydningen af selv-empowerment¹⁵ hos deltagerne. Deltagerne blev derved observatører til mit forandringspotentiale, og derved også mere ligebyrdige i de aktuelle læringsprocesser begge parter måtte igennem, hvilket umiddelbart så ud til at styrke den *jeg-du sorterede* relation yderligere. Patientens erkendelse forblev således målet med interventionen, hvor de professionelle bidrag kunne betragtes som middel (Zoffmann 2005:11-12).

I og med at der ses et tydeligt mønster i de depressive deltagers udsagn i forhold til den professionelles egenskabs værdi for deres lyst til og mod på udvikling, nuanceres problemstillingen spørgsmål ved at både teori og øvrige empiriske undersøgelser underbygger antagelsen om, at der i forhold til mennesker diagnosticeret med depression er særlige udfordringer forbundet med relationsarbejdet, som imødekommes gennem GEB. Diskussionen tyder på, at relationsarbejde med depressive stiller særlige krav til den professionelles personlige egenskaber og evne til at fremstå som en troværdig, tryk og tillidsvækkende person, som deltagerne kan spejle sig i. Det anses som væsentligt, at den professionelle har et godt kendskab til depressionens natur og samtidig tør lade sig guide af metoden, således at der skabes empowerment gennem den *jeg-du sorteret gensidighed*, og relationsarbejdet ikke hæmmes af de depressive særlige problemer med angst og negative forvrængede fortolkninger. Samtidig anses den professionelles særlige udfordringer med at frigøre sig fra en paternalistisk professionsidentitet, som betydningsfuld for patientens fremadrettede bevægelse hen mod livsdygtighed. Diskussionen peger på, at GEB som metode, har den anbefalede styrke i forhold til at imødekomme depressive særlige behov for professionel assistance, der kan dæmpe angst, modvirke sabotage og styrke troværdighed, tryk og tillid mellem deltager og professionel. Samtidig guider metoden den professionelle således, at det er muligt at frigøre sig fra hidtidige professionelle paternalistiske overbevisninger/vaner, som kan hæmme empowerment af patienten.

¹⁵Selv-empowerment handler om, at man som menneske formår at definere egne problemer og sætte sig mål. Det handler om at give sig selv mod og skabe energi til at gribe fat om de livsfaktorer, der skal sikre et selvstændigt og meningsfuldt liv (Hummelvoll 2006: 377, 506). I forhold til mit forandringspotentiale, hvor jeg måtte konfronteres med angst for at svigte deltageren, ved at fralægge mig den traditionelle paternalistiske styring, blev deltagerne vidner til min udvikling. Som rollemodel kunne jeg således inspirere dem gennem min selv-empowerment proces.

DET PERSONSPECIFIKKE PERSPEKTIVS BETYDNING FOR DEPRESSIVES OPLEVELSE AF MENING

Resultaterne viser, en fremadrettede bevægelse i deltagernes hidtidige følelser af kaos og meningsløshed hen mod tiltagende oplevelse af mening og egen-kontrol. Da depressive følelser af meningsløshed betragtes som den største barriere for patientens helbredelsesprocesser, og samtidig knyttes til den forhøjede suicidal risiko (Oestrich 2004: 64-66, Hummelvoll 2006:213), vil GEBs styrke i forhold til facilitering af mening hos depressive blive diskuteret igennem en udlægning af Kleinmans *explanatory models* og Antonovskys *sense of coherence*.

Ifølge Zoffmann er det vigtigt, at relationsarbejdet ikke ensidigt fokuserer på den sygdomsorienterede tilgang til patienten, da dette kan hæmme udviklingen af livsdygtighed. Ligesom det blev identificeret i diabetesklinikken, viser nærværende undersøgelse mønstre i de depressive deltageres hidtidige tendens til ukritisk at give sygdommen skylden for mange af de problemer deltagerne kæmpede med i hverdagen (Zoffmann 2004: 35). I modsætning til Zoffmanns fund i diabetesklinikken, var jeg som forsøgsleder ikke domineret af det sygdomsspecifikke perspektiv, hvilket naturligvis lader sig forklare ved mit forhåndskendskab til metoden GEB (Zoffmann 2004:34). Arbejdet med at sætte sig ind i metoden havde på forhånd bidraget til mit nuancerede og bevidstgjorte perspektiv på sundhed og sygdom, hvilket gjorde det lettere for mig at arbejde konsistent med empowerment fra interventionens opstart.

Betydningen af forholdet mellem det personspecifikke og det sygdomsspecifikke perspektiv lader sig forklare gennem en udlægning af begreberne *illness* og *disease*. Ifølge den amerikanske psykiater og antropolog Arthur Kleinmann kan professionelle og patienters forklaringsmodeller på sygdom betragtes som kulturelle fænomener. Ligesom Zoffmann hævder han, at den medicinske kultur kan påvirke de professionelle, således at patienternes problemer overvejende identificeres som sygdomspecifikke. Kleinman definerer de forskellige forklaringsmodeller således (Kleinman 1981:72);

” A key axiom in medical anthropology is the dichotomy between two aspects of sickness: disease and illness. Disease refers to a malfunctioning

of biological and/or psychological processes, while the term illness refers to the psychosocial experience and meaning of perceived disease.”

Kleinmans hævder, at patienternes italesættelse af deres problemer med sygdom undergår en ”*biologisk reduktionisme*”, således at patientens ”*life world experiences*” af de professionelle opleves som symptomer af biologisk karakter isoleret fra alle følelsesmæssige og sociale faktorer (Kleinman 1981: 5-7, 31). Han fremhæver, at et reduktionistisk mønster i relationen mellem det professionelle behandlersystem og patienten, hæmmer patientens egen forståelse af de fænomener, der optræder i deres lidelse (*illness*). Dermed påvirkes patientens motivation for egenindsats i forhold til sundhedsfremmende aktiviteter. Patientens oplevelsesverden og forsøg på at skabe mening med sin lidelse bliver underordnet i forhold til de professionelles fokus på at afklare og få kontrol over sygdommens symptomer (*disease*). Kleinman hævder, at der i den sundhedsfaglige kontekst forventes, at patienten passivt indordner sig under den professionelles anvisninger (Kleinman 1981:57, 78). Heraf følger, at patienten ofte tilslutter sig den professionelles italesættelser, da patienten kan være bange for, at deres individuelle forklaringsmodel underkendes eller kritiseres af de professionelle. Derved opstår en risiko for at patienterne overtager de professionelles sygdomsspecifikke fortolkning af patientens beskrivelser og personspecifikke oplevelse af de fænomener, der optræder i lidelsen (Kleinman 1981:79, 105-106). Ved at skelne mellem begreberne *disease* og *illness*, og skabe forståelse for det indbyrdes forhold mellem disse begreber, kan fokus ifølge Kleinman, bibeholdes på patientens interesse for at skabe mening og få kontrol over livet med sygdom. Dette er en vigtig faktor i patientens udvikling og evne til at ændre på deres individuelle vilkår. Ingen af de mulige forklaringsmodeller må ifølge Kleinman underkendes i samarbejdet, da *illness* og *disease* ikke kan betragtes som to særskilte enheder, men som to begreber, der interagerer på kompleks vis og forudsætter hinanden i konteksten mellem den professionelle og patienten (Kleinman 1981: 71-84).

Kleinmans udlægning af begreberne *illness* og *disease* giver mening i forhold til resultaterne i nærværende undersøgelse. For det første er deltagerne i den første del af interventionsforløbet meget fokuseret på de sygdomsspecifikke forklaringsmodeller. Denne fokusering kan forklares ud fra deltagerens hidtidige interaktion med andre

professionelle, idet Kleinman henviser til, at patientens perspektiv traditionelt set underkendes af de professionelle, og patienten vil, ligesom det har vist sig i Zoffmanns studie, derfor prøve at italesætte deres problemer med sygdom i mere symptomatiske termer (Zoffmann 2004:42-44). I *Grib livet – nye muligheder og nye veje* var der på forhånd taget højde for denne barriere. Metodens arbejdsark (*Forløbsark, 2d – Billede, metaforer og talemåder for dit liv, 3d - Din virkelighed med diagnosen depression*) lægger op til, at det er patientens perspektiv på livet med sygdom, der er i centrum, hvilket gav deltagerne mulighed for at undersøge og italesætte egne individuelle forklaringsmodeller. Som det også viste sig i Zoffmanns studie, gav det anledning til nysgerrighed og en skærpet interesse hos deltagerne (Zoffmann 2004: 105). Undersøgelsen viser, at der i løbet af interventionen skete en bevægelse, hvor deltagerne flyttede sig fra et overvejende sygdomsspecifikt perspektiv på stort set alle de problemer de oplevede i hverdagen til en interesse for at undersøge, hvordan deres livsførelse påvirkede ubehagelige følelser af f.eks. træthed, hvilket var et element, som alle deltagerne var belastet af. Denne bevægelse i deltagerens fokus, kan ifølge Kleinman forklares med, at patienter har et iboende og naturligt behov for at forstå og have indflydelse på eget sygdomsforløb, hvilket kommer til udtryk, når patienten ikke domineres af det sygdomsspecifikke perspektiv i interaktionen med professionelle (Kleinman 1981:363-366). Udlægningen af Kleinmans *explanatory models* og forholdet mellem begreberne *illness/disease* samt det faktum, at der i GEB lægges vægt på og tages højde for deltagerens egen fortolkning af sygdommens mening, kan uddybe forståelsen af, hvordan metoden GEB bidrager til udvikling af mening hos de depressive deltagere.

Ifølge den jødiske sociolog Antonovsky kan der argumenteres for, at *oplevelsen af sammenhæng*, giver mennesket mulighed for at håndtere meningsløsheden og styrke oplevelse af kontrol i livet. Dette bidrager til en dybere forståelse af deltagerens fremadrettede udvikling hen mod mening og egen-kontrol, da resultaterne viser, at deltagerne i løbet af interventionen får øje på betydningsfulde sammenhænge mellem det som deltagerne hidtil har benævnt som kernesymptomer, men i stigende grad oplever som livsproblematikker opstået af personspecifikke handlemønstre.

Antonovsky definerer *sence of coherence* (SOC) som;

”The sense of coherence is a global orientation that express the extent to which one’s internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected.”

Antonovsky præciserer tre nøglebegreber i oplevelsen af sammenhæng; forståelse, håndterbarhed og meningsfuldhed (Antonovsky 1996: 11-25). **Forståelse** henviser til menneskets kognitive evne til at opfatte og forstå de stimuli man konfronteres med i det indre eller ydre miljø som ordnet, sammenhængende, struktureret og tydelig information. Ifølge Antonovsky har mennesker, der besidder en stærk oplevelse af forståelse, den forventning, at stimuli er forudsigelige eller at de uventede stimuli kan passes ind i en sammenhæng og derved lader sig forklare.

Håndterbarhed er menneskets unikke oplevelse opfattelse af, at have ressourcer til rådighed, der er tilstrækkelige til at klare de krav som man stilles overfor. Ifølge Antonovsky har mennesker med en stærk oplevelse af håndterbarhed, en mindre risiko for at opleve sig selv som et offer for omstændighederne og mindre tendens til at opleve uretfærdighed samt en oplevelse af, at man er i stand til at håndtere de uheldige ting, som forekommer i ens tilværelse. **Meningsfuldhed** henviser til i hvilken udstrækning mennesket oplever, at livet er forståeligt rent følelsesmæssigt og at mennesket oplever, at udfordringer, krav og problemer er værd at investere energi og engagement i. Mennesker med en stærk oplevelse af meningsfuldhed tager ifølge Antonovsky udfordringer på sig og er besluttet på at finde en mening med dem og gøre sit bedste for værdigt at klare sig igennem den. Det er ifølge Antonovsky styrken i menneskets oplevelse af meningssammenhæng, der er den afgørende faktor og motivation bag sundhedsfremmende aktivitet. Når mennesker udsættes for stressorer, er det afgørende, at individet ønsker at blive motiveret til mestring, har troen på, at udfordringen er forståelig og kan bevare håbet om, at aktuelle ressourcer rækker til mestring af situationen (ibid:33-47). Antonovskys SOC kan muligvis uddybe ovenstående forklaring på deltagernes fremadrettede bevægelse fra oplevelsen af meningsløshed og kaos hen mod en oplevelse af mening og egen-kontrol. I det følgende vil jeg diskutere mulige årsager til deltagernes succesfulde arbejde væk fra meningsløshed, ved at se på GEB’s virkemidler i lyset af Antonovskys begreber forståelse, håndterbarhed og mening.

Som der er redegjort for ovenfor, er GEB konstrueret således, at der skabes bro mellem det levede liv og sygdom. Her ligger en mulig forklaring på deltagernes stigende erkendelse af sammenhænge, hvilket jo ifølge Antonovsky er afgørende for menneskets motivation for sundhedsfremmende aktiviteter (Zoffmann 2005a: 750-765). Den implicitte mulighed for at deltagerne kan erkende sammenhænge i deres liv via GEB, kan således opstilles som en af de væsentlige faktorer i deltagernes succes med at tilegne sig oplevelsen af mening og egen-kontrol i livet med depression

I forhold til deltagernes **forståelse**, er GEB konstrueret således, at deltagerne har mulighed for at få indsigt i og forståelse af deres problemer ved at arbejde i dybden med disse. *Forløbsark* og arkene *2b: Hvad finder du svært at leve med for tiden?*, *4a Problemløsning hidtil*, *4b Dynamisk problemløsning* og *4f Kortlægning af adfærd* er alle rettet mod at støtte deltagernes identificering, verbalisering og forståelse af personspecifikke problemstillinger. Ifølge Antonovsky har en stærk oplevelse af forståelse betydning for mennesket evne til at navigere hensigtsmæssigt i forhold til både ventede og uventede udfordringer, hvilket kan forklare, at deltagerne beskriver, at de føler sig stærkere og bedre rustet til i fremtiden at tackle udfordringer i deres liv efter at have deltaget i interventionen. I forhold til **håndterbarhed**, retter *action og feed back på action* i GEB sig i særdeleshed mod at deltagerne målrettet afprøver nye alternative måder at reagere på og derved håndterer deres problemer på en meningsfuld og rationel måde. Som det udlægges af Antonovsky har oplevelsen af håndterbarhed betydning for menneskets evne til at leve uden at opleve sig som et offer for omstændigheder og uretfærdigheder. Dette faktum kan muligvis forklare at deltagerne i løbet af interventionen bliver langt mere aktive i forhold til at håndtere egne problemer og i mindre udstrækning overlader dette ansvar til andre. I forhold til **mening**, så er især arbejdsarkene *2a Vigtige begivenheder og perioder i dit liv*, *4c For og imod*, *4d Mere af* og *4e Mindre af* konstrueret således, at deltagerens såvel kognitive som emotionelle forståelse af egen livssituation bringes frem i lyset. Af resultatet fremgår det, at deltagerne var langt mindre angste og meget mere positive overfor fremtidige udfordringer, hvilket med udgangspunkt i Antonovsky, kunne indikere, at GEB har en styrke i forhold til at inddrage deltagernes følelsesmæssige forståelse af livssammenhænge.

Udlægningen af Antonovskys *sense of coherence* bidrager således til en dybere forståelse af, hvordan nogle af GEBs virkemidler er særlig befordrende for de depressive deltageres fremadrettede bevægelse fra kaos og meningsløshed hen mod oplevelsen af mening og egen-kontrol.

Samlet nuancerer ovenstående diskussion problemformuleringens spørgsmål, ved at redegøre for hvordan GEB imødekommer de særlige udfordringer, der kan være forbundet med relationsarbejde med mennesker, som ofte er belastet af følelsen af meningsløshed. Diskussionen viser, at metoden støtter deltagerens undersøgelse af egne forklaringsmodeller, perspektiver og individuelle mening med lidelsen/sygdommen, hvilket teoretisk set kan forklare deltagernes fremadrettede bevægelse hen mod oplevelse af mening og egen-kontrol.

PROBLEMLØSNINGSFÆRDIGHEDER HOS DEPRESSIVE

Som det fremgår af resultaterne, mangler de depressive deltagere positiv erfaring med effektiv problemløsning. Tidligere negative erfaringer har medført en tendens til at undvige i situationer, hvor der skal træffes beslutninger, løses problemer og håndteres konflikter. Både faglitteratur og empiri fra internationale studier peger på, at depressives undvigelsesmønstre kan hæmme effektiv problemløsning, hvilket er en særlig udfordring i behandlingen af depressive. I det følgende argumenteres der for, at metoden GEB kan imødekomme de depressive deltagernes behov for træning i effektiv problemløsning. Argumentationen bygger på teoretisk og empirisk udlægning af de udfordringer, der er forbundet med at bryde de depressives undvigelsesmønstre.

Ifølge Hummelvoll er undvigelse et typisk fænomen, der optræder i forbindelse med sindslidelser. Mange sindslidende har lært at forsvare sig ved at forsøge at undgå ubehagelige og smertefulde oplevelser. Problemet er, at undvigelsen kan blive et generelt mønster, som patienten kan have svært ved at komme ud af (Hummelvoll 2006: 164-169). De vanskeligheder, som de depressive deltagere hidtil har oplevet i forbindelse med problemløsning, kan uddybes yderligere ved at inddrage nogle synspunkter fra den kognitive teori. Som allerede beskrevet, kan depressionsramte have

problemer med følgesymptomet angst. Angsten kan sætte ind i situationer, hvor deltagerne har negative forventninger til egen eller andres reaktion. Angsten kan hæmme den depressionsramte i aktiv problemløsning, fordi patienten kan være fastlåst i en dysfunktionel ide om et negativt udfald, hvorved handlekompetencen lammes. Dette kaldes af de kognitive terapeuter for forventningsangst. Den professionelle kan bidrage til, at patienten bliver mere bevidst om at være styret af forventningsangst, ved at anvende konfronterende teknikker, hvor patientens negative tankemønstre udfordres. Ved at undersøge patientens hypoteser, opdager patienten måske, at de negative tanker hæmmer patienten i at leve det liv, som han/hun ønsker. Ifølge den kognitive teori kan undvigelsesprocesser bearbejdes gennem exposure. Metoden handler om at udsætte patienten, for det som patienten typisk vil forsøge at undvige. Exposure har til formål at udfordre patientens negative forventninger således, at patienten erhverver sig nye positive erfaringer, der kan erstatte tidligere negative erindringer. Gennem exposure sker en omstrukturering af patientens negative forestillinger, som tidligere har været grobund for undvigelsen således, at patienten gradvis udvikler mod på alternative problemløsningsstrategier (Ostrich 2004: 75-80,130-136).

Den teoretiske udlægning af, de depressionsramtes særlige vanskeligheder ved at løse problemer på en effektiv måde, giver mening i forhold til undersøgelsens resultat. Den viser nemlig, at alle deltagerne havde problemer med angst og var hæmmet af negative erfaringer med problemløsning i deres livshistorie, hvilket havde medført undvigelsesadfærd.

I et større randomiseret kontrolleret studie, der inkluderer 150 forsøgspersoner, knyttes negative erfaringer med dysfunktionelle problemløsningsstrategier sammen med udviklingen af depression (Adams & Adams 1993: 743-747). Selvom undersøgelsen er rettet mod depressive og ikke-depressive unge menneskers evne til at håndtere stress og udfordringer, så underbygger resultaterne fra studiet væsentlige fund i nærværende undersøgelse. Studiet peger på, at der kan være sammenhæng mellem det enkelte menneskes individuelle oplevelse af kompetence i forhold til problemløsning og udviklingen af depression i forbindelse med nye livssituationer, hvor mennesket mangler problemløsningsfærdigheder. Dette giver mening i forhold til

undersøgelsesresultaterne, idet alle fire deltagere udviklede depression i forbindelse med en ny livssituation (et dødsfald, et parforholdsbrud, en fødsel, alvorlig sygdom i nærmeste familie/ny chef). Deltagernes tidligere tendens til at undvige i tilspidsede situationer, kan således hænge sammen med deres manglende positive erfaring med effektiv problemløsning og dermed deres individuelle oplevelse af kompetence. I andre RCT studier peges der på en reel risiko for, at depressionsramte, som ikke besidder effektive problemløsningsfærdigheder, heller ikke kan udvikle dem selvstændigt. Studierne viser, at depressionsramte er tilbøjelige til at have en mere negativ tilgang til udfordringer, end kontrolgrupper, der typisk ville afprøve forskellige positive alternativer, når de stod overfor svære udfordringer (Adams & Adams 1991:811-820, Rozensky, Rehm, Pry & Roth 1977). Dette giver ligeledes mening i forhold til resultaterne i denne undersøgelse, idet deltagerne udtrykker negative forventninger i forhold til egen formåen, og generelt var bekymrede for at afprøve nye strategier, når dette involverede andre mennesker.

En forklaring på, at alle fire deltagere i løbet af programmet trods ovenstående, erhverver sig nye positive erfaringer med vellykkede problemløsningsstrategier, kan måske forklares ved gennemgang af de fællestræk, der fremstår ved sammenligning af GEB's metodiske tilgang til problemløsning med eksisterende evidensbaseret viden om problemløsning indenfor depressionsområdet. Med udgangspunkt i et større litteraturstudie konkluderer psykiater og specialist i depressionssygdomme Arthur Nezu, at effektiv problemløsning i depressionsbehandlingen handler om træning af fem forskellige færdigheder (Nezu 1989:14). De fem færdigheder Nezu peger på beskrives i det følgende og knyttes til enkeltdele af GEB:

1. Problem orientation – set of generalized orienting responses regarding problems in living and one's ability to cope with such problems.

Gennem inkludering af de skriftlige arbejdsark i GEB, har deltagerne mulighed for at undersøge egne hypoteser, antagelser og reaktioner på deres liv med sygdom.

Værdiklargøringsrespons og kommunikations- og refleksionsmodellen kan ligeledes bidrage til at komme i dybde i forhold til forhåndsantagelser af egne evner.

2. Problem definition and formulation – ability to understand the nature of a problem, identify obstacles to goals, delineate realistic objectives, perceive cause-effect relationships.

I GEB støttes deltageres problemformulering blandt andet i *Forløbsarkene, 4a Problemløsning hidtil og 4b Dynamisk problemløsning*. Ligesom arkene *4e Mindre af og 4d Mere af* inkluderer målfastsættelse og diskussion af realismen i disse mål. I arbejdsarkene *4b Dynamisk problemløsning og 4f Kortlægning af adfærd* inkluderes årsag-effekt sammenhænge.

3. Generation of alternatives – ability to brainstorm multiple solution ideas.

Til generering og brainstorm af løsningsforlag er mange af arbejdsarkene konstrueret til at indfange forskellige løsningsmuligheder, som fælles dialog kan bidrage til nuancering af; *2e Plads til depression i dit liv, 3b Dine planer for ændring af levevis, 4a Problemløsning hidtil, 4b Dynamisk problemløsning 4c For og imod og 4f Kortlægning af adfærd*. Flere af deltagerne bad om kopier af disse ark og tog selvstændig initiativ til at arbejde med flere personspecifikke problemstillinger og finde alternative løsninger på fastlåste problemer igennem arkene.

4. Decision making – ability to identify potential consequences, predict the likelihood of such consequences and conduct a cost-benefit analysis of desirability of these outcomes.

GEB er konstrueret således, at deltagerne får trænet deres evne i at træffe beslutninger med udgangspunkt i at kunne gennemskue konsekvenser og vurdere fordele og ulemper ved de forskellige beslutninger. Især arkene *4a Problemløsning hidtil, 4c For og imod, 4d Mere af og 4e Mindre og 4f Kortlægning af adfærd* af kan indkredse ovennævnte ved, at der stilles direkte spørgsmål til deltageres overbevisninger i forhold til konsekvensen af forskellige valg af adfærd. Samtidig kan værdiafklaringen støtte deltageren i at identificere egne værdier og træffe beslutninger med udgangspunkt i disse.

5. Solution implementation and verification – ability to optimally carry out a solution, monitor effects, troubleshoot if solution is not effective and self-reinforce if outcome is satisfactory.

I GEB anvendes *action* som træning i forhold til at afprøve nye reaktionsmåder og problemløsningsstrategier. I *feed back på action* evalueres effekten af den nye reaktion eller strategi. Formålet er blandt andet at sikre effektive problemløsningsstrategier og bevidstgøre deltagerne om egne overvejelser i forhold til valg og fravalg. Den professionelle kan i første omgang støtte deltageren i selvforstærkning, og gradvis støtte deltagerne i at verbalisere egen succes, således at selvforstærkelsen implementeres i deltagerens eget udviklingsarbejde.

Med udgangspunkt i Nezu fremstilling af funktionel problemløsning hos depressive kan deltagerens fremadrettede bevægelse fra passiv og undvigende strategier hen mod mere aktive og rationelle problemløsningsstrategier forklares ved, at der i GEB er taget højde for træning af alle fem færdigheder.

Som allerede nævnt og i tilslutning til ovenstående tilføjes der i den kognitive litteratur, at effektiv problemløsning hos depressive med stærke undvigelsesmønstre bør inkluderes exposure (Oestrich 1998:49-51, 2004: 101-107). I gennemgangen af Nezu ses det, at effektiv problemløsning forudsætter færdighedsøvelser i form af *Solution implementation*. Nezu fremfører derved at effektiv problemløsning inkluderer en handlingsorienteret del. Som det fremgår af resultaterne, havde dette hidtil været et sårbart punkt hos deltagerne. Det underbygges i kognitive litteratur, hvori det beskrives, at depressives undvigeprocesser, især kan være årsag til ineffektiv problemløsning. Dette lader sig kun løse ved at støttepatienten til at opleve nye positive strategier, således at patientens angstniveau falder (Oestrich 2004: 101-107). Med udgangspunkt i resultaterne, som viser, at deltagerne i løbet af interventionen formår at slippe tendensen til undvigelse, kan der med rimelighed argumenteres for, at GEBs *action og feed back på action* matcher *Solution implementation* gennem den kognitive exposure i problemløsningsarbejdet med depressive.

Sammenfattende kan man af diskussionen udlede, at den individuelle GEB træning imødekommer de særlige problemstillinger med effektiv problemløsningsarbejde, der i såvel empiri som faglitteratur forbindes med diagnosen depression. I forhold til relationen som rammen om den depressives forandringspotentiale ses det, at GEB's

konsistens med empowerment og den *jeg-du sorterede gensidighed* imødekommer de problemstillinger, der er forbundet med at skabe en tillidsfuld og tryk relation mellem den professionelle og depressive deltager. Udlægningen af Kleinmans *explanatory models* og Antovovskys *sense of coherence* bidrager til en forståelse af, at integration af det personspecifikke perspektiv i relationsarbejdet kan være medvirkende til deltagernes fremadrettede bevægelser mod oplevelsen af mening og at oplevelsen af mening kan knyttes til deltagerens motivation for problemløsning. Udlægningen af Nezus problemløsningsmodel understøtter resultaterne som viser, at GEB bidrager til effektiv problemløsning og i den handlingsorienterede del kan gøre den kognitive exposure, hvilket samlet underbygger antagelsen om, at GEB har en berettigelse i den psykiatriske sygepleje til depressive.

DISKUSSION AF UNDERSØGELSENS VALIDITET

I dette afsnit vurderes resultaternes og undersøgelsens validitet.

Ifølge Kvale bør validitet vurderes ud fra de forskellige videnskabelige vinkler. Nærværende interventionsstudie hører ind under den kvalitative forklaring, hvor vurdering af validitet handler om, at metoden undersøger det den har til formål at undersøge (Kvale 1997:233). Validitetsbegrebet hænger sammen med spørgsmålet om sand viden og her er der tale om tre sandhedskriterier for vurderingen af validitet; Korrespondenskriteriet, der handler om vidneudsagnets sammenhæng med virkeligheden, sammenhængskriteriet, der handler om vidneudsagnets indre sammenhænge og logik samt det pragmatiske kriterium, der kæder sandheden af et vidneudsagn sammen med dets praktiske konsekvenser. De tre sandhedskriterier skal forstås som en samlet helhed i forhold til validering af forskningsresultater (Kvale i Lunde 1995: 295-313). Sandhedskriterierne viser kløften mellem objektivisme og relativisme og danner i dette speciale baggrund for mit valg af den tematiske analyse i bearbejdningen af data, da denne deduktive analysemetode gennem en struktureret og skematisk proces, er med til at sikre *"at resultaterne er i overensstemmelse med den virkelighed, de skal sige noget om, hvis analysen gennemføres korrekt"* (Bjerrum 2005:92-93), hvilket må anses som betydningsfuldt i forhold til validering af analyse-

resultaterne. Anvendelsen af metodetriangulering gennem interview og observation, kan uddybe det samlede billede af det undersøgte og styrker sammen med den tematiske analyse en større validitet af undersøgelsens resultater (Bjerrum 2005: 70-72, Holstein i Lunde og Ramhøj 2003: 329-338)

En typisk kritik af validiteten af data fra forskningsinterview er, at den interviewede måske ikke har udtalt sig i overensstemmelse med sandheden (Kvale 1997: 155-156, 214, 233). Da hensigten med interviewene har været at indfange deltagernes subjektive oplevelse, bliver det problematisk at diskutere sandhed, fordi det netop er en subjektiv tilkendegivelse på det stillede spørgsmål. Metodetriangulering, har i dette tilfælde bidraget til validering af data.

Da denne undersøgelse inkluderer fire informanter, kunne en yderligere kritik omhandle generaliserbarheden af resultaterne. Ifølge Kvale skal antallet af informanter være dækkende, for at man får svar på det undersøgte (Kvale 1997:108). Selvom der er inkluderet få deltagere, viste der sig tydelige mønstre og sammenhænge i resultaterne, som det endvidere har været muligt at validere gennem såvel observationer (dagbogsnotater og deltagernes arbejdsark), som resultater fra anden forskning. Et øget antal informanter bidrager ifølge Kvale ikke nødvendigvis med nye mønstre. Dette kan dog kun verificeres ved yderligere afprøvning, f.eks med RCT. I starten af projektet havde jeg den ide, at interviewe de pårørende, men fravalgte det pga. af de store mængder af data, som specialets omfang ikke giver mulighed for en grundig bearbejdning og fremstilling af. Da Borg Christensens og Jørgensens informanter viser samme effekt af GEB i en psykiatrisk kontekst, vurderede jeg, at værdien af metodetriangulering var konsistent med værdien af kildetriangulering, da det er deltagernes individuelle og subjektive egen-oplevelse af livsdygtighed, der er afgørende i denne undersøgelse.

Den kvalitative analyseproces kritiseres endvidere for at være subjektiv og personafhængig. Dette imødekommer flere forskere ved at lade andre analysere deres materiale. Nogle forskere mener, at der er flere ulemper end fordele ved at sikre validitet ved at lade andre analysere interviewdata. Ifølge Zoglowek er der størst fordel

ved at forskeren selv analyserer data. I min undersøgelse har jeg Zogloweks metode som forbillede, hvorfor jeg har valgt analysere hele materialet selvstændigt (Zoglowek 1999:60).

Kritikken er i dette speciale imødekommet ved dels at redegøre grundigt for forskerens forforståelse og ved at opstille en struktureret og gennemsigtig analyseramme ud fra Nutbeams definition af life-skills. Derved er det synligt, hvilke spørgsmål der stilles til interviewdata og en skematisk fremstilling af fortolkningsprocessen sikrer at interviewpersonernes citater kan læses og fortolkningen af data kan følges. Resultaterne er efterfølgende diskuteret op imod relevant psykiatrisk faglitteratur og anden empiri, hvilket styrker validiteten af resultaterne. Undersøgelsens konklusion hviler derved på andet end egne resultater.

KONKLUSION

Med udgangspunkt i problemformulerings spørgsmål, vil der i det følgende konkluderes på baggrund af resultater og diskussion.

Undersøgelsen viser, at deltagerne i *Grib livet – nye muligheder og nye veje* øgede deres livsdygtighed igennem individuel træning. Deltagerne opnåede en dybere indsigt i egne reaktioner/modreaktioner på sygdommen, de benævnte og identificerede problemer. Deltagerne kunne identificere uoverensstemmelser mellem følelser, holdninger og handlinger. De afprøvede alternative måder at reagere på, udviklede problemløsningsstrategier og kunne håndtere konflikter på en balanceret egenbesluttende måde. De oplevede større sammenhænge og succes med nye problemløsningsstrategier og havde lettere ved at træffe beslutninger i hverdagen. De satte nye mål for fremtiden, hvor der var taget højde for deres individuelle ressourcer og begrænsninger, hvilket påvirkede deltagerens oplevelse af egen-kontrol og retning i livet. Som det fremgår af diskussionen vurderes metoden, at have den anbefalede styrke i forhold til de særlige problemstillinger, der kan knyttes til sygdommen depression. *Guided Egen-Beslutning* konkluderes derfor at være egnet i sygeplejen til depressive med det forbehold, at internationale forskningsresultater (kilde), samt analyseresultatet i

nærværende undersøgelse peger på, at depressive patienter har brug og ønsker vedligeholdende forløb.

PERSPEKTIVERING OG ANBEFALINGER

Anbefalinger vedrørende udviklingen af evidensbaserede metoder i behandling og pleje af depressionsramte, hviler på integrationen af klinisk evidens fra systematisk forskning, klinisk erfaring og patientpræferencer (WHO 2006, Kristensen 1997). Patientpræferencer bør inddrages i den evidensbaserede forskning og i praksis, idet undersøgelser indikerer, at patientens motivation for behandling har betydning for patientens udbytte (Århus Amt 2000). Perspektiveringen har derfor sit udgangspunkt i deltagernes anbefalinger i forhold til metodens tilpasning til den psykiatriske sygepleje til depressive.

Når det gælder metoden GEB og kombination med anden behandling, peger samtlige deltagere på betydningen af, at den medicinske intervention ikke må stå alene og at metoden GEB vurderes til at have den anbefalede styrke i forhold til at støtte patienternes egen-indsats overfor sygdommen. Deltagerne anbefaler, at samtaleforløbene startes op samtidig med den medicinske behandling og at det skal være egen læge, der ordinerer programdeltagelsen således, at patienter med få ressourcer ikke undlader at deltage. Da international forskning peger på, at medicinsk intervention i depressionsbehandlingen ikke bør stå alene, er deltagernes anbefaling i tråd med allerede eksisterende anbefalinger på området.

Deltagerne peger samstemmende på, at det er af betydning, at ordet depression ikke indgår i teksten på forsiden af arbejdsmappen. Deltagerne henviser til, at nogle patienter måske oplever deres sygdom som tabu eller blot har svært ved at tilslutte sig tanken om, at de lider af en sygdom. En deltager fortæller; *”Navnet er lyst og let og fremadrettet og det kan jeg godt lide. Man får lyst til at åbne mappen og kigge ind”*. Set i forhold til Kleinmans udlægning af begreberne illness/disease, giver denne anbefaling mening i forhold til empowerment af deltagerne.

Deltagernes anbefalinger vedrørende justering af arbejdsmappen inkluderer forslag til en mere kolonneagtig livsline, idet arket opleves svært at gå til. Deltagerne foreslår derfor, at årstal indføres i én kolonne og oplevelsen/hændelsen i en anden kolonne. *Livsline* giver ifølge deltagerne et godt overblik og anledning til at tænke over sammenhænge mellem det levede liv og udvikling af sygdom. Deltagerne var meget begejstrede for *Dynamisk problemløsning* og det anbefales derfor, at der fra starten vedlægges flere ark i mappen af dette skema. Det samme gælder for arket *Kortlægning af adfærd*, da dette ark ifølge deltagerne tvinger dem til at identificere egne ressourcer. Hvis deltageren flere gange vælger at kortlægge negativ adfærd, anbefales det, at den professionelle anmoder deltageren om at finde en situation, hvor deltageren havde en positiv oplevelse af egen adfærd. Dette foreslås af deltagerne med udgangspunkt i egen erfaring med at fokusere på negativ adfærd og således glemme den positive adfærd. En deltager fortæller; *"Måske skulle man tvinges til både at lave en negativ og positiv. For det er så sjældent, at man fokuserer på alt det, man ikke kan og alt det svære. Måske skulle arbejdsarkene også fokusere på de ressourcer og de gode ting man kan. Netop fordi man er depressiv og i forvejen er så negativ omkring, hvad man kan..."*

Endvidere kunne arbejdsmappen med fordel inkludere arbejdsark, hvor deltagerne i dagbogsform kunne skrive alle deres huskeregler ned. Huskereglerne omkring egne automatiserede mønstre blev af deltagerne identificeret som et særdeles stærkt værktøj i forhold til at huske alle de indsigter de havde erhvervet gennem samtaler og øvelser.

Deltagerne oplevede generelt, at de gennem arbejdet med arbejdsarkene opdagede mange negative ting ved dem selv. Dette anerkendes som en nødvendig del af interventionen; *"For man kan ikke ændre adfærd, uden at have alt det negative med. Det kunne afbødes af ark hver fjortende dag, hvor man fokuserer på alt, hvad den depressive har lært og kan mestre nu, indenfor de seneste 14 dage... hvor man minder sig selv om, hallo, du huskede lige det der. Nu kan du også lige det her"*.

Med udgangspunkt i patientpræferencerne anbefales det, at GEB implementeres i den psykiatriske sygepleje til depressionramte. I forhold til de nye tendenser i regionerne, hvor ikke-psykotiske patienter primært behandles i egen hjem, kan det desuden

anbefales, at metoden GEB afprøves som en del af ”Shared Care”, hvor arbejdspapirerne eventuelt kan fungere som en slags journal, som patienterne medbringer, når han/hun skal samarbejde med de forskellige professionelle.

Det ville endvidere være oplagt, at måle effekten af GEB i et randomiseret kontrolleret studie, der inkluderer en større gruppe af depressive patienter. Man kunne for eksempel måle effekten ved, at sammenligne almindelig praksis, hvor behandlingen udelukkende bygger på den medicinske intervention og samtaler hos egen læge med et tilbud hvor metoden GEB indgår i dette behandlingstilbud. Ligesom det ville være interessant at afprøve effekten i to almenpsykiatriske afdelinger med det formål at vurdere forskelle i den kliniske effekt af miljøterapien sammenlignet med GEB. Her er det væsentligt at være opmærksom på hvilke effektmål, der skal være genstand for undersøgelsen. Derudover må det anses som væsentligt at finde relevante måleinstrumenter, som kan måle de ønskede effektmål.

Ud over at den kvalitative evaluering har underbygget hypotesen om, at metoden GEB er anvendelig og øger patienternes livsdygtighed, er der opstået nye spørgsmål. Eksempelvis er det endnu uklart, hvilken betydning en øget livsdygtighed har for patienter med depression. Vil den øgede livsdygtighed have indflydelse på patientenes behov for medicin og indlæggelse, oplevelse af autonomi og funktionsniveau og tilknytningen til arbejdsmarkedet? Med udgangspunkt i disse spørgsmål anbefales derfor yderligere forskning i metoden GEB’s anvendelighed i den psykiatriske sygepleje til depressive.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1 – Arbejdsarkene tilpasset til patienter med depression

Bilag 2 – Skriftlig deltagerinformation

Bilag 3 – Skriftlig samtykkeerklæring

Bilag 4 – Grib livet – nye muligheder og nye veje. Inf. til deltagerne

Bilag 5 – Interviewguide

LITTERATURLISTE

Abraham I.L & Neese J.B & Westerman P.S. 1991, "Depression: Nursing implications of a clinical and social problem". *Nursing Clinics of North America*. Vol 26:527-544

Adams, J & Adams M. 1991, Life events, Depression and Perceived Problem Solving Alternatives in Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* Vol 32:811-820

Adams, J & Adams M. 1993, Effects of a Negative Life Event and Negative Problem-solving Alternatives on Depression in Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol 35 No 5: 743-747

Afdelingen for sundhedsfremme, udvikling og forskning. 2002, *Empowerment. Professionel læring i praksis. En sundhedsfremmende intervention i en socialpsykiatrisk døgninstitution*. Århus Amt

Andersen, M.L. 1997, *Empowerment i praksis. Et sundhedsfremmeprojekt for arbejdsfrie*. Afdelingen for Sundhedsfremme, udvikling og forskning. Århus Amt

Appelbaum, P.S & Grisso, T & Frank, E & O'Donnell, S & Kupfer, D. 1999, "Competence of depressed Patients for Consent to Research". *The American Journal of Psychiatry*. Vol 9: 312-314

Barker, P & Jackson, S & Stevenson, C. 1999, "The need for psychiatric nursing: towards a multidimensional theory of caring". *Nursing Inquiry*. 6: 103-111

Barker, P & Rolfe, G. 2000, "Peering through the darkness: The subjective experience of clinical depression". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* .7: 277-283

Barker, P. 2001, "The Tidal model: the lived-experience in person-centred mental health nursing care". *Nursing Philosophy*. 2: 213-223

Barker, P. 2001a, "The Tidal Model: Developing a Person-Centered Approach to Psychiatric and Mental Health Nursing". *Perspectives in Psychiatric Care*. Vol 37 No 3: 79-83

Barker, P. 2001b, "The Tidal Model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 8: 233-240

Barker, P & Rolfe, G. 2000, "Peering through the darkness: the subjective experience of clinical depression". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 7: 277-283

Bech, A. 1987, Cognitive Models of Depression. *Journal of Cognitive Psychology*. Vol 1

- Bechgaard, B. 1992, *Miljøterapi*. Hans Reitzels Forlag. Kbh.
- Birkelund, R. 2006, "Evidensideologi og forskningsstrategi. Udvikling eller afvikling. *FASIDs Tidsskrift For Akademiske Sygeplejersker*. Okt: 11-17
- Bjerrum, M. 2005, *Fra problem til færdig opgave*. Akademisk Forlag. Kbh
- Boolsen, M. 2004, *Kvalitative analyser i praksis*. Forlaget Politiske Studier. Kbh
- Boolsen, M. 2006, *Kvalitative analyser. At finde årsager og sammenhænge*. Hans Reitzels Forlag. Kbh
- Borg, B. 2005, *Guided Egen-Beslutning - i psykiatrisk sygepleje. Et kvalitetudviklingsprojekt*. Afdelingen for sygeplejevidenskab. Aarhus Universitet. Aarhus
- Buus, N. 2005, *Communication among mental health nurses: A field study of mental health nursing practices*. Ph.d –afhandling. Faculty of Health Sciences. University of Southern Denmark
- Bydam, J. 2006, "Evidens – Åbenbaring eller kejserens nye klæder". *FASIDs Tidsskrift For Akademiske Sygeplejersker*. Juli: 7-9
- Callewaert, S. 2006, "Evidens". *FASIDs Tidsskrift For Akademiske Sygeplejersker*. Juli: 10-13
- Clark D.A, Beck A.T & Brad, A.A. 2001, "Scientific foundations of cognitive theory and theory of depression". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Vol 35 (1): 141-142
- Crafoord, C. 1994, *Udviklende fortrolighed – tanker om kontaktpersonsfunktionen*. Hans Reitzels Forlag. Kbh.
- Cullberg, J. 1993, *Dynamisk psykiatri*. Hans Reitzels Forlag. Kbh.
- Dam, L. 2001, *Psykiatrisk miljøterapi blandt depressive og skizofrene patienter*. Masterafhandling. Master of Public Health, Aarhus Universitet. Aarhus C
- Day Poulsen, H, Munk-Jørgensen, P & Bolwig T.G. 2004, *Psykiatri – en grundbog*. Munksgaard Danmark. Kbh.
- Dey, I. 1993, *Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists*. Routledge. London. Kap 5
- Dobson, K. 1989, "A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 57: 414-419

- Edward, K. 2005, "Resilience: a protector from depression". *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. Aug-Sep 11(4): 241-243
- Egerod, I. 2007, Evidensbaseret praksis: Lost I translation. *FASIDs Tidsskrift For Akademiske Sygeplejersker*. Januar: 5-12
- Emery, G & Tracy N.L. 1987, Theoretical issues in the cognitive-behaviour treatment of anxiety disorders. In: *Anxiety and Stress Disorders: Cognitive Behavioral Assessment and Treatments*: 3-38. The Guildford Express. New York
- Falk, W & Svarre, D. 1994, *Psykiatrisk sygepleje*. Nyt nordisk forlag. Kbh.
- Fog, J. 2001, *Med samtalen som udgangspunkt – det kvalitative forskningsinterview*. Akademisk Forlag. Kbh.
- Fog, J. 2004, *Med samtalen som udgangspunkt – det kvalitative forskningsinterview*. Akademisk Forlag. Kbh.
- Ford, R & Ryan, P & Beadsmoore, A & Craig, T & Muijen, M. 1997, "Intensive case management for people with serious mental illness". *Journal of Mental Health*, Apr 6(2): 181-190
- Gortner, E.T, Gollan, J.K, Dobson, K.S & Jacobsen, N.S. 1998, "Cognitive-Behavioural treatment for depression – relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 66: 377-384
- Hoeck, B. 2002, "Evidensbaseret sygepleje – kan evidensbegrebet rumme sygeplejen?" *Klinisk Sygepleje*, 16 årgang, No 1.
- Holmes, C.A. 2006. "The slow death of psychiatric nursing: What next?" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. No 13: 401-415
- Holstein, B. 2001, "Triangulering – metoderedskab og validitetsinstrument". I *Humanistisk Forskning indenfor sundhedsvidenskab*, I.M Lund & P. Ramhøj. Akademisk Forlag. KBH, s.329-338
- Hummelvoll, J.K. 2006, *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sygepleje og sundhed*. Hans Reitzels Forlag. Kbh.
- Hybholt, L. 2002. *Det miljøterapeutiske morgenmøde – En hermeneutisk-fænomenologisk undersøgelse*. Kandidatspeciale. Det sundhedsvidenskabelige Fakultet. Aarhus universitet. Århus C
- Jacobson N.S. Dobson K.S. & Truax P.A. 1996. "A component analysis of cognitive-Behaviour Treatment for Depression". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 64: 295-304

- Jørgensen, R. 2007, En ny begyndelse med Skizofreni – Et interventionsstudie bygget på Metoden Guidet-Egen-Beslutning. Kandidatspeciale. Aarhus Universitet. Aarhus
- Kristensen, F.B. 1997, *Evidensbaseret sundhedsvæsen; Rapport fra et symposium om evidensbaseret medicin, planlægning og ledelse*. DSI Institut for sundhedsvæsen. Kbh.
- Kronsted, L & Petersen-Bønding, C. 2007, ”Målrettet miljøterapi skaber sammenhæng for patienterne” *Sygeplejersken* No. 2, s. 34
- Kvale, S. 2002, *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag. Kbh.
- Law, K.K.P, Yau, S.B, Wan D.L.Y & Chan C.C.H. 2002, Relationship between perceived quality of life, social functioning and life skills performance of patients with chronic psychiatric conditions in a long stay care home. *Hong Kong Journal of Psychiatry*. Jun 12(2): 2-7
- Lewinsohn P, Zeiss P.M, Duncan E.M. 1989, Probability of relapse after recovery from an episode of depression. *Journal of abnormal Psychology*. Vol 2: 231-234
- Lewis, S.E. 1995, “A search for meaning: making sense of depression”. *Journal of Mental Health*, Oct 4(4): 369-382
- Lorensen M, Hounsgaard L, Østergaard-Nielsen G. 2003, *Forskning i klinisk sygepleje 2. Metoder og udvikling*. Akademisk Forlag. Kbh K
- Martinsen, Øyvind. 2005, *Lederskab – spiller det noen rolle?* Forskningsrapport. Handelshøyskolen BI.
- McCabe, S. 2002, “The nature of Psychiatric Nursing: The Intersection of paradigm, Evolution and History. *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol.16, No 2: 51-60
- Nezu, A.M & Nezu C.M & Perri M.G. 1989, *Problemsolving Therapy for Depression – Theory, Research and Clinical Guidelines*. John Wiley and Sons. New York
- Nielsen, K.B & Lunde, I.M. 2001, ”Teoriers betydning i forskningsprocessen”. I *Humanistisk Forskning indenfor sundhedsvidenskab*, I.M Lund & P. Ramhøj. Akademisk Forlag. KBH, s. 75-99
- Nutbeam, D. 1986, “Health promotion glossary”. *Health Promotion International*. 1:113-127
- Nutbeam, D. 1998, “Health promotion glossary”. *Health Promotion International*. Vol 13. No 4
- Nyatanga, L & Dann, K. 2002, “Empowerment in nursing: the role of philosophical and psychological factors”. *Nursing Philosophy*. Vol 3: 234-239

- Oestrich, I.H. 1998, *Selvtillidstræning og udvikling af sociale færdigheder*. Psykiatrifondens Forlag. Kbh Ø
- Oestrich I.H. 2004, *Tankens kraft. Kognitiv terapi i klinisk praksis*. Dansk Psykologisk Forlag. Virum
- Oestrich, I.H & Sumbundu, A. 2004, *Livskraft – og hvordan du kan bruge den positive psykologi*. Psykiatrifondens Forlag. Kbh Ø
- Parsons, S & Barker, P. 2000, "The Phil Hearne course: an evaluation of multidisciplinary mental health education programme for clinical practitioners". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol 7: 101-108
- Peden A.R. 1996, "Recovery from depression: a one year follow up". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Oct, 3(5): 289-295
- Ramhøj, P & Egerod, I & Taleman, J. 2004, *Klinisk sygepleje. Praksis og udvikling 2*. Akademisk Forlag. Kbh K.
- Robertson, L & Connaughton, J & Nicol, M. 2006, "Life skills programmes for chronic mental illness" *Cochrane Library*
- Rozensky R.H, Rehm L.P, Pry G & Roth D. 1977, Depression and self-reinforcement behaviour in hospitalized patients. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*. Vol 8: 35-38
- Rubin, S.E, Chan, F & Thomas D.L. 2003, Assessing Changes in Life-skills and Quality of Life Resulting from Rehabilitation Services. *Journal of Rehabilitation*. 69(3): 4-9
- Ryttov, O & Vendelsborg, P. 2003, Ny struktur på plads. *Sygeplejersken*. No 33:21
- Sackett D.C, Rosenberg, W.M, Gray, J.A, Haynes, R.B & Richardson W.S. 1996, "Evidensbased Medicine – what it is and what it isn't" *BJM* Vol 312, No 7012: 71-72
- Scogin. F, Welch.D, Hanson. A, Stump.J & Coates.A. 2005, "Evidence-based Psychotherapies for depression in Older Adults". *Psychology Science Practice*. Vol 12: 22-237
- Schreiber, R. 1996, "(Re)Defining My Self: Women's Process of Recovery From Depression". *Qualitative Health Research*, Nov 6(4): 469-491
- Simonsen, C. 2006, *Psykiatrisk sygepleje til depressive*. 3. semesteropgave. Institut for Sygeplejevidenskab. Aarhus Universitet
- Sines, D. 1994, The arrogance of power: a reflection on contemporary mental health nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 20:894-903

- Skärsäter, I, Dencker, K, Bergbom, I, Häggström, L & Fridlund, B. 2003, "Women's conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative salutogenic approach". *Issues in Mental Health Nursing*, 24:419-439
- Snoek, J.E & Engedal, K. 2003, *Psykiatri. Viden-Forståelse-Udfordringer*. Gads Forlag, Kbh.
- Spradley, J.P. 1979, *The ethnographic interview*. Thomson Learning inc. Belmont, USA
- Spradley, J.P. 1980, *Participant observation*. Thomson Learning inc. Belmont, USA
- Steen, M. 1995 "Essential structure and meaning of recovery from clinical depression for middle-adult women: A phenomenological study". *Issues in Mental Health Nursing*, 17(2): 73-92
- Sundhedsstyrelsen 1995, *Målsætninger for kvalitet i voksen-psykiatrien*. Komiteen for Sundhedsoplysning. Kbh.
- Sundhedsstyrelsen 2004, *Referenceprogram for skizofreni*. Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering. Kbh
- Sundhedsstyrelsen 2005, *Behandling af depressionssygdomme. Kommentering af: Behandling af depressionssygdomme. En systematisk litteraturoversigt. Volm 1-3. Statens beredning for medicinsk utvärdering*. Kommenterede udenlandske MTVer (KUMTV)
- Sundhedsstyrelsen 2005a, *Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning – en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter*. Kbh.
- Sundhedsstyrelsen 2006, *Forebyggende ambulant behandling ved svær affektiv lidelse (Depression og mani) – en medicinsk teknologi vurdering*. Kbh.
- Sundhedsstyrelsen 2007, *Guide til patientuddannelse – lær at leve med kronisk sygdom*. Kbh.
- Undervisningsministeriet 2006, *Samlet analyse af fremtidens krav til sundhedsprofessionelle*. Muusmann research & Consulting. Kbh.
- Vinther-Jensen, K. 1999, *Empowerment: Visioner I praksis – et kvalitativt studie af en sundhedsfremmende borgerstyret lokalsamfundsintervention*. MPH. Göteborg
- Wackerhausen, S. 2002, *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse – I sundhedsområdet*. Hans Reitzels Forlag. Kbh.
- Williams J.M.G. 1989, Cognitive treatment for depression. In: *Depression: an integrative approach*. Heineman Medical Books: 163-178. Oxford

Willman, A & Stoltz, P. 2004, *Evidensbaseret sygepleje – En bro mellem forskning og klinisk virksomhed*. Gads Forlag. Kbh.

Zoffmann, V. 2004, *Guided self-Determination – a life skills approach developed in difficult Type 1 diabetes*. PhD thesis. Faculty of Health Sciences. University of Aarhus. Aarhus

Zoffmann, V. 2005, Life versus Disease in Difficult Diabetes Care: Conflicting Perspectives Disempower patient and professionals in Problem Solving. *Qualitative Health Research*. 15: 750-765

Zoffmann, V. 2007, Relationships and Their Potential for Change Developed in difficult Type 1 Diabetes. *Qualitative Health Research*. 17:625-639

Zoglowek, H. 1999, Tematisk analyse – en framgangsmåte for å analysere kvalitative intervju. *Nordisk pedagogik*. Vol 19, Nr 3: 156-167

WHO 1998. Division of Health Promotion – Education and Communication. Geneva

WHO 2000, WHO ICD-10 – *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. Munksgaard. Århus

Internet-henvisninger:

WHO 2006. "Management of depression in specialist care",
<http://www.euro.who.int/Document/E866002.pdf>

Aagaard, J. 2004, "Psykoedukation og Depression",
<http://www.Syd/Lpsyd/felles/Lone/Jørgen Aagaard/Psykoedukation og depression/Pjece psykoedulativt program.sxw>

Oestrich, I.H. "Kognitive arbejdsark",
<http://www.pdf.dk/kognitivterapi/Skemaer>.

Psykiastrifonden. "Fakta om depression".
<http://www.psykiatrifonden.dk/sygdomme/fakta/depression.html>

Grib livet - nye muligheder og nye veje!

-Refleksionsark

Arbejdspapirer, der er udfyldt og drøftet

1. Samarbejdsaftale		Markér
1a.	Invitation til samarbejde	<input type="checkbox"/>
1b.	Aftaleark	
	▪ Problemlister	<input type="checkbox"/>
	▪ Problemer, der arbejdes med nu	<input type="checkbox"/>
	▪ Afslutningsaftale	<input type="checkbox"/>

2. Dit liv lige nu		Markér
2a.	Vigtige begivenheder og perioder i dit liv	<input type="checkbox"/>
2b.	Hvad finder du svært for tiden?	<input type="checkbox"/>
2c.	Ufuldendte sætninger - dine behov, værdier, vaner og muligheder	<input type="checkbox"/>
2d.	Billede, metafor eller talemåde for dit liv.	<input type="checkbox"/>
2e.	Plads til depression i dit liv	<input type="checkbox"/>

3. Imellem ideal og virkelighed		Markér
3a.	Dine erfaringer med anbefalede leveregler	<input type="checkbox"/>
3b.	Dine planer for ændring af levevis	<input type="checkbox"/>
3c.	Egne erfaringer med forskellige typer behandling	<input type="checkbox"/>
3d.	Dine oplevelser af og forklaring på depression	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

4. Forandringsarbejde		Markér
4a.	Problemløsning hidtil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4b.	Dynamisk problemløsning	<input type="checkbox"/>
4c.	For og imod	<input type="checkbox"/>
4d.	Mere af	<input type="checkbox"/>
4e.	Mindre af	<input type="checkbox"/>
4f.	Kortlægning af adfærd	<input type="checkbox"/>

Invitation til samarbejde

En til en regi

Hvad skal vi samarbejde om?

- Vi vil udvælge noget som for tiden volder dig problemer i hverdagen med depression.

Hvilken rolle har vi hver især?

- Både din og min viden og erfaring er nødvendig.
- Vi skal begge være aktive og bruge tiden bedst muligt på noget, vi finder vigtigt.
- Noget af tiden vil vi arbejde hver for sig, noget af tiden vil vi arbejde sammen.

Hvordan skal samarbejdet være?

- Det er OK, at vi ser forskelligt på situationen
- Det er OK, at vi er uenige
- Det er OK, at vi har svære følelser og at vi viser dem i forløbet.
- Det er nødvendigt at vi kender hinandens opfattelser.

Hvad er fordelene ved arbejdsopgaver - og hvad skal de bruges til?

- De kan bruges til refleksion og til at fordybe dig i dine hverdagsproblemer med depression.
- De kan bruges til at skabe et overblik over, hvad der er vigtigt i din livssituation.
- De kan gøre det lettere at få snakket om det, der ellers kan være svært at snakke om.
- De kan hjælpe dig med at tage beslutninger, der passer til dig og derfor holder.
- Efter programmet kan opgaverne måske hjælpe dig med at holde fast i de aftaler du har indgået med dig selv, så du bedre kan nå dine mål for fremtiden.

Arbejdsark

Henvist fra dato: _____ til dato: _____

Samarbejdspartnere:	Under forløbet med mobilteam.	Efter forløbet med mobilteam.
Sygeplejerske:	_____	_____
Egen læge:	_____	_____
Andre:	_____	_____

Patientens problemliste	Professionelles problemliste
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Arbejdsaftale for forløbet:	Ønsket ændret senere:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Afslutningsaftale: vil til den / år _____ stille efter:

1. _____
2. _____
3. _____

Patient - indsats	Professionel og anden støtte
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2a. Vigtige begivenheder og perioder i dit liv

Label:

Vigtige begivenheder og perioder i dit liv med depression på livslinien

Angiv det årstal, hvor **du** mener at opleve de første tegn på at du havde en depression.

Angiv det årstal, hvor **du** blev diagnosticeret med depression.



Angiv det, du selv mener har påvirket din depression positivt eller negativt:

Begivenheder, oplevelser, leve- og arbejdsforhold, medicinpræparater el. lign.

2d. Billede, metafor eller talemåde for dit liv.

Label:

Ufuldendte sætninger - dine behov, værdier, vaner og muligheder

De, som kender min måde at leve på, synes at jeg

Den lykkeligste dag i mit liv var, da

Den mest triste dag i mit liv var, da

Det, jeg er bedst til angående min depression, er

Det værste ved at have depression er

Det, jeg er dårligst til, er

Depressionen har forhindret mig i

Depressionen må ikke forhindre mig i

Om et år vil jeg

Jeg bør ikke give min depression skylden for

Når jeg er sygemeldt pga depression, tænker jeg

2d. Billede, metafor eller talemåde for dit liv.

Label:

Jeg vil gerne lære noget mere om

Noget, der kan give problemer derhjemme, er

Jeg synes, at mine venner/kolleger

Jeg oplever, at min familie

Noget, jeg forsøger at forandre ved mig selv, er

En vane, jeg har svært ved at blive af med, er

Jeg har svært ved at modstå pres fra

Jeg får en god støtte af

Jeg får for lidt støtte af

Trods min depression kan jeg

Det, jeg ønsker mig allermost, er

Når jeg står ved afslutningen af mit liv, vil jeg gerne se tilbage på, at jeg har

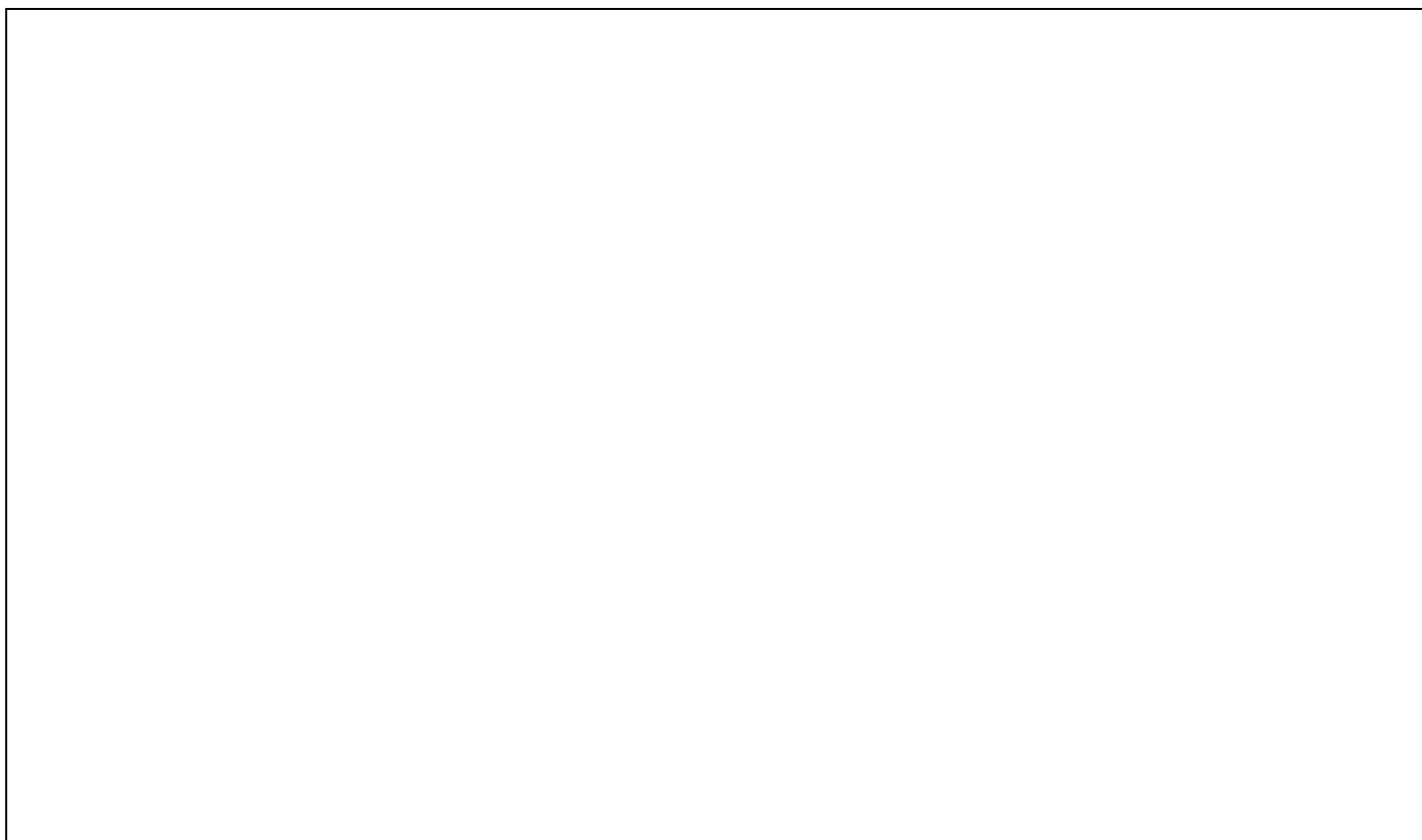
2d. Billede, metafor eller talemåde for dit liv.

Label:

_____ Billede, metafor eller automatiske tanker
om dit liv med depression.

Hvilket billede forbinder du med det at skulle leve med depression?

- Lav en tegning, skriv en historie, nævn en metafor, vælg et eventyr eller skriv nogle ord som du synes beskriver dit liv med depressionen (Kan også laves særskilt på et andet stykke papir, collage, lærred ell. computer).



Label:

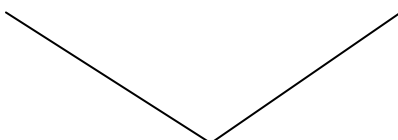
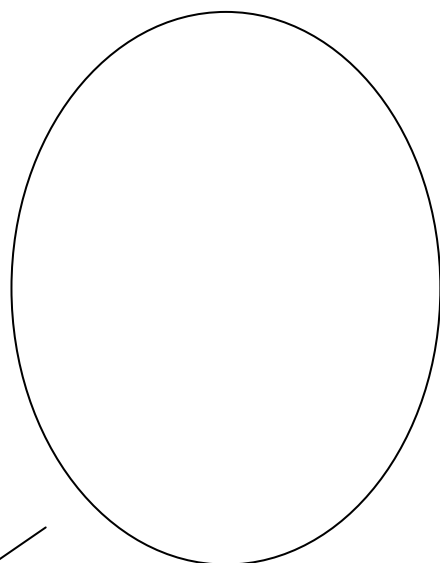
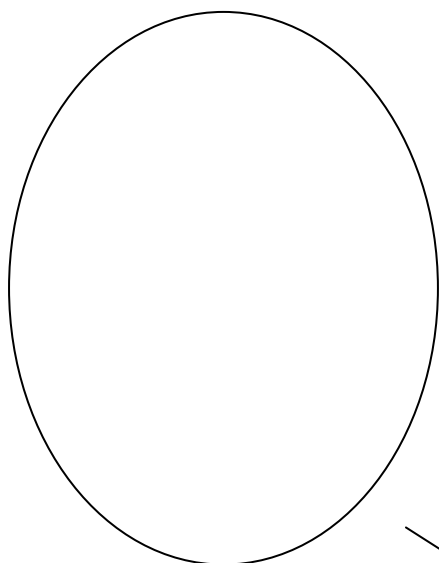
Plads til depression i dit liv

Så meget har min depression fyldt indtil nu

Så meget skal min depression fylde fremover

(skraver det felt, som dep. fylder)

(skraver det felt, som dep. skal fylde)



Hvori består forskellen?



Label:

Dine erfaringer med anbefalede levereregler

Mange af de levereregler, man får anbefalet, når man skal komme videre i livet efter en depression, kan være svære at komme i gang med og fastholde i en hverdag. Hvordan er følgende levereregler indpasset i din hverdag?

Sæt ét kryds på hver linie!

Min hverdag er karakteriseret ved, at jeg:	Det har jeg gjort stabilt i:			Nej - jeg har forsøgt, men uden held	Nej - jeg har ikke forsøgt
	mere end 5 år	Mere end $\frac{1}{2}$ år og mindre end 5 år	Mindre end $\frac{1}{2}$ år		
... dagligt tager den medicin, jeg har fået ordineret for min depression					
... har struktureret min dagligdag på en konstruktiv måde					
... at jeg har en balance ml. at være sammen med andre og alene					
... sørger for en stabil døgnrytme, hvor jeg står op om morgenen og bliver i sengen om natten					
... kommer af sted til aktiviteter, som foregår væk fra hjemmet					
... dyrker en interesse eller hobby					
... undgår at blive udsat for skadeligt stress					
... bruger huskekort, når jeg får negative tanker som hæmmer mig					
... udfordrer/afprøver det jeg er bange for og let trækker mig fra					
... holder kontakt med dem jeg holder af					
... spiser til alle måltiderne og spiser sundt og varieret					
... dyrker den anbefalede motion hver dag					
... er opmærksom på min vægt og passer på ikke at veje for meget/for lidt					
... er ophørt med at ryge *					
... husker at tage anden ordineret medicin					

Sæt kryds her, hvis følgende gælder for dig:

- Rygning er ikke aktuelt for mig, da jeg ikke har røget i min tid med depression.
- Jeg får ikke anden medicin end antidepressiva.

Dine planer for ændring af levevis

Sæt kryds i venstre kolonne ud for alle de sætninger, du synes passer på din hverdag. Markér med kryds i kolonnerne til højre, om det er noget, du vil ændre eller fortsætte med.

Følgende kende-tegner min hverdag (sæt x)		Jeg vil lave om på det: (sæt kryds)			Jeg har ikke planer om at lave det om (sæt kryds)
		Inden for den første måned	Inden for det første $\frac{1}{2}$ år	Efter det første $\frac{1}{2}$ år	
	Jeg tager ikke den medicin, jeg har fået ordineret regelmæssigt				
	Jeg får ikke struktureret min dagligdag				
	Jeg isolerer mig derhjemme				
	Jeg har en døgnrytme, hvor jeg sover i løbet af dagen og har problemer med at sove om natten/tidlig morgen				
	Jeg tager ikke af sted til aktiviteter uden for hjemmet				
	Jeg dyrker ingen interesse eller hobby				
	Jeg udsætter mig selv for skadeligt stress				
	Jeg bruger ikke mine huskekort når jeg har negative tanker				
	Jeg undlader at udfordre/afprøve det, jeg er bange for eller har let ved at trække mig fra				
	Jeg får ikke holdt kontakt til dem jeg holder af				
	Jeg springer måltider over og spiser usundt.				
	Jeg dyrker ikke den anbefalede motion				
	Jeg er over/undervægtig				
	Jeg ryger				
	Jeg glemmer eller undlader nogle gange at tage anden ordineret medicin				
Total:					

3c. Egne erfaringer med forskellige typer behandling

Label:

Egne erfaringer med forskellige typer behandling

Behandlingstype:	Periode:	Fordele:	Ulemper:
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Forslag og idéer:

Label:

Din oplevelse af og forklaring på depression

Tanker	Hvor ofte er tankerne til stede? (sæt kryds)					Er tankerne til stede i bestemte situationer?		
	Konstant	Flere gange dagligt	Én gang dagligt	Et par gange om ugen	Én gang ugentligt	Nej	Ja	Nævn hvilke
1) _____ Tanker nævnes i rækkefølge, hvor den mest generende står først.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

3d. Din virkelighed med diagnosen depression.

Label:

(fortsat...)

Hvad tror du er årsagen til, at du har fået depression?

Din egen forklaring på, hvad depressionssygdomme er?

Hvordan reagerede du, da du fik diagnosen depression?

Hvad bekymrer dig mest ved at have fået en depression?

Anvender du andre navne for din depression?

Hvordan kommer depressionen til udtryk hos dig?

Label:

Problemløsning hidtil

Hvad er en dækkende benævnelse for det der volder dig problemer?

Dine iagttagelser

Hvor længe har du oplevet det?

Hvor tit oplever du det?

Er det blevet forstærket eller formindsket med tiden?

Hvornår bemærker du det mest?

Hvornår bemærker du det mindst?

Label:

Problemløsning hidtil (fortsat...)

Dine tanker og følelser

Hvad tror du problemet hænger sammen med?

Hvad gør det værre?

Hvad gør det bedre?

Hvad forhindrer det dig i?

Hvad opnår du ved det?

Hvor meget påvirker det dig?

Label:

Problemløsning hidtil (fortsat...)

Dine mål og intentioner

Hvad er vigtigt for dig? - Hvad stiler du efter?

Hvad kan du/andre vinde ved, at løse problemet?	Hvad kan du/andre tabe ved, at løse problemet?
På kort sigt?	På kort sigt?
På lang sigt?	På lang sigt?

Har du besluttet dig for at løse problemet fuldstændigt eller delvist?

Hvis delvist - hvilke dele?

Label:

Problemløsning hidtil (fortsat...)

Dine handlinger

Hvad har du hidtil gjort for med delvis succes for at løse at problemer?

Hvornår?

Hvor tit?

Hvad har du gjort uden held?

Hvem har du fået hjælp af?

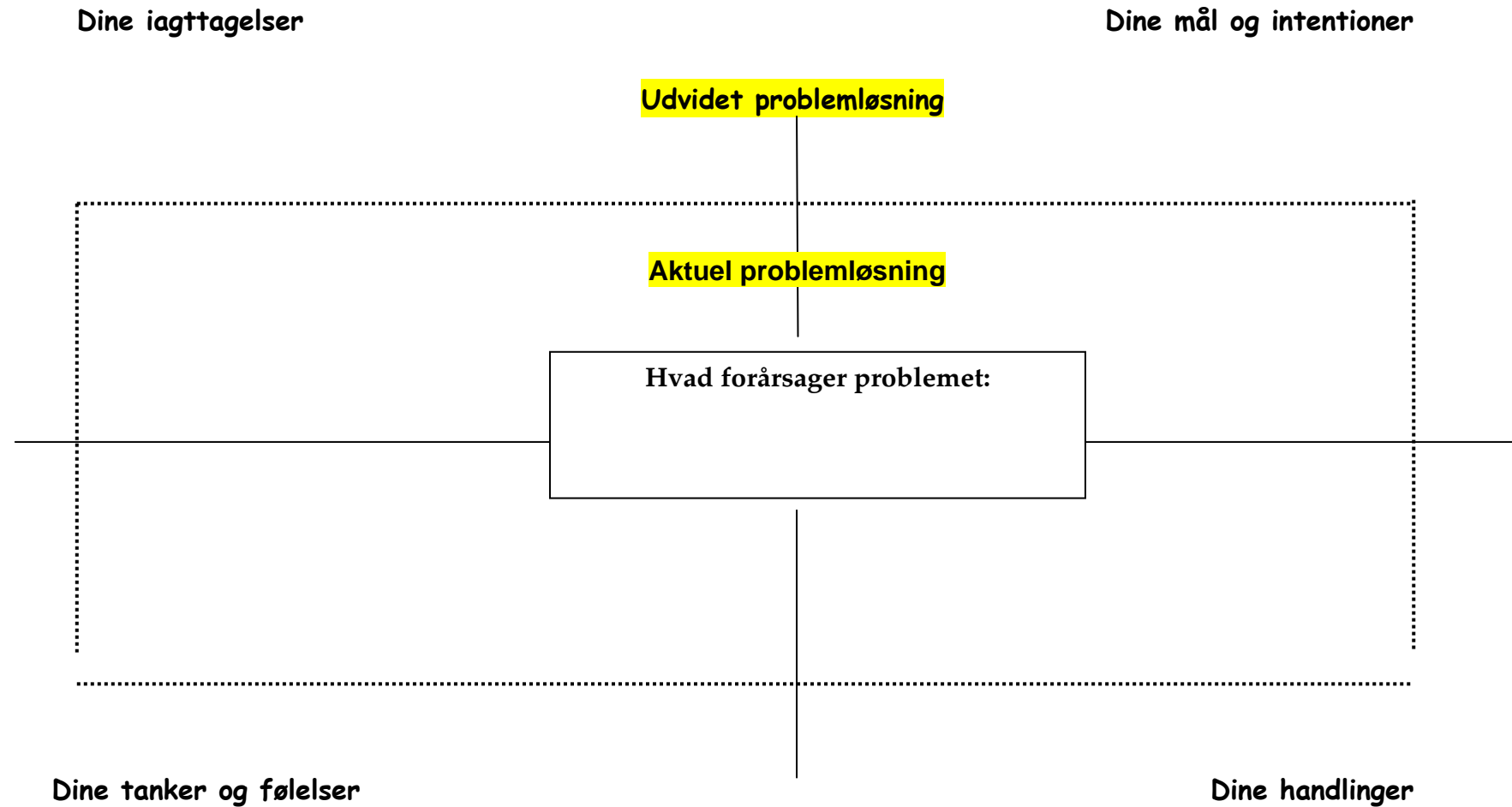
Hvem har du savnet hjælp fra?

Hvem har du bedt om hjælp?

Hvem ville du gerne have bedt om hjælp?

Label:

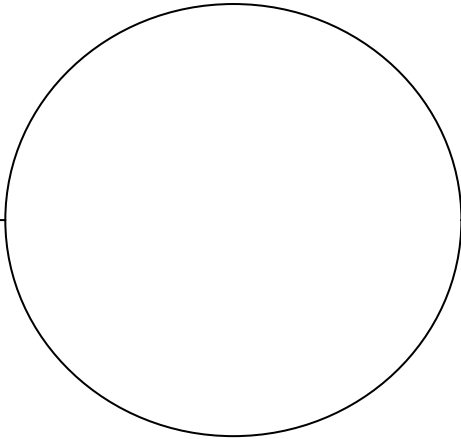
Dynamisk Problemløsning



4c. For og imod

Label:

For og imod

Meget godt	
Godt	
Mindre godt	
Dårligt	

(Kilde: Arborelius)

4d. Mere af

Label:

Mere af

**Jeg vil nå
dette niveau**



Dette gør det lettere

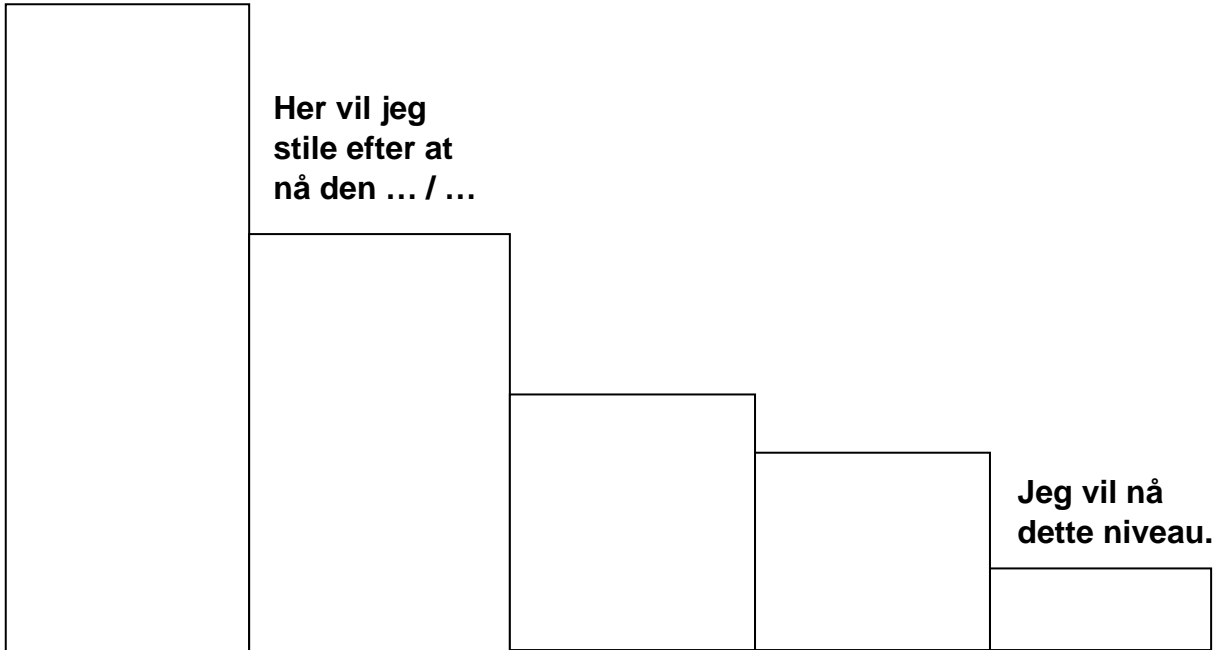
Dette gør det sværere

(Kilde: Arborelius)

Label:

Mindre af

Her står jeg nu



Dette gør det lettere

Dette gør det sværere

Kortlægning af adfærd

