

Recovery efter depression set fra et patientperspektiv. Et kvalitativt studie i depressive patienters oplevelse af depression og deres vej mod recovery

Recovery from Depression, a Patients' Perspective. A qualitative study on how people experience being depressed and turning towards recovery

► **Background:** It is argued that in the year 2020 depression will be one of the world's greatest health burdens. **Object:** The purpose of the study is to gain deeper knowledge on the depressive patient's experience of recovery and to understand what effort this process requires. **Method:** The study is a qualitative interview study including five adult informants with major depressive disorder. All informants have completed a course of psychoeducation and were interviewed through semi-structured interview guides. The empirical material has been analyzed and interpreted using a hermeneutic phenomenological approach. **Findings:** Four main themes were identified: (1) Experience of change, (2) Loss of integrity, (3) Redefinition of identity and (4) Coping of the future. **Conclusion:** Depression changes the individual and no simple procedure can lead to recovery. The informants struggle to keep their integrity intact and the most important factor in the recovery process is the relationship to others.

Keywords: major depressive disorder: patients' perspective: qualitative research: recovery: social recovery

Stine Leegaard Jepsen og Hanne Aagaard

Stine Leegaard Jepsen
VIA University College Sygeplejerskeuddannelsen, Silkeborg
Sygeplejerske, cand.cur., underviser
stlj@via.dk

Hanne Aagaard
Aarhus Universitetshospital
Sygeplejerske, cand.cur., ph.d., klinisk specialist
hanne.aagaard@skejby.rm.dk

Baggrund

Depression er et stigende problem i alle samfundslag. WHO betegner depression som en af verdens største sundhedsmæssige belastninger både socialt og økonomisk. Depression forårsager nedsat livskvalitet for den enkelte og de pårørende (1). En stor del af patienterne kommer sig ikke eller kun delvis efter en depression. Studier viser, at mere end 50 pct. af patienter med svær depression oplever manglende bedring i deres tilstand ift. de behandlingstiltag, der stilles til rådighed (2). Manglende tilbud om sufficient behandling betyder, at 20 pct. af patienterne overgår til en kronisk depressionstilstand (3). Omvendt viser forskning vedrørende recovery, at et betydeligt antal patienter med svære psykiatriske lidelser kommer sig. Dog kan forskningen ikke fastsætte eller standardisere, hvilken behandling der fremmer recovery (4).

Depression har sociale konsekvenser, der forårsager problemer med familiære og personlige relationer, sociale roller og materiel velstand. Det paradoksale er, at disse konsekvenser også forårsager depression og ofte bliver depression forbundet med svære indre kampe, eksistentielle problemer og marginalisering (5).

Flere studier hævder, at depressive patienters oplevelse og opfattelse af depressionen og dens opståen kan influere på resultatet af behandling og recovery (6). Det er uklart, hvilke behandlingskarakteristika der kan hindre recovery. Dette mangler at blive belyst fra patienternes perspektiv (2,7).

I 1993 præsenterede William Anthony sin internationalt anerkendte definition på recovery efter svær psykisk sygdom:

Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness (8)

Eksisterende forskning har fokuseret på de individuelle aspekter ved recoveryprocessen (8), men gennem de seneste årtier er recoverybegrebet ofte blevet diskuteret pga. de mange forskelligartede benævnelser. F.eks. bliver recovery både beskrevet som en rejse, en proces, en vision og et resultat (9). Desuden kan recovery ansues som en indre proces eller en subjektiv vurdering af livet, hvor recovery er en unik og personlig forandringsproces (8,10). Flere kritiserer recoverybegrebet for at inkludere en moralsk dimension, hvor den enkelte er ansvarlig for egen forandringsproces gennem selvkontrol. Dette perspektiv negligerer bl.a. sociale relationers og behandlingens betydning for at opnå recovery, hvilket skaber et unuanceret billede (7). Ridge & Ziebland finder, at mødet med behandlingssystemet kan skabe en arena, hvor forandring og første skridt mod recovery bliver mulig (11).

Tager man udgangspunkt i Anthonys definition af recovery, er der en risiko for at overse, at recovery foregår i en social kontekst. Topor fremhæver, at de sidste årtiers forskning omkring recovery efter psykiatrisk sygdom har bidraget til en ny og mere positiv forståelse af psykisk sygdom og de personer, der er ramt af

den. Nyere forskning har påvist, at de faktorer, der er af størst betydning for den enkeltes recovery, er sociale relationer til nær familie og sundhedsprofessionelle (5). I dette studie betragtes recovery som en individuel social proces, hvor den enkelte ser sig selv som aktør i eget liv, og hvor han eller hun finder metoder til at håndtere sin livssituation i individuelle og sociale kontekster (11). Eftersom litteraturen præsenterer flere divergerende vinkler på recovery efter depression, er det væsentligt at få indblik i, hvordan det opleves at opnå eller være på vej mod recovery efter depression. En af udfordringerne i recoveryprocessen er, at den professionelle har for stort fokus på egne mål i behandlingen af depression frem for patientens personlige mål (2). Manglende imødekommenhed af de depressives behov i behandlingstiltagene kan evt. skyldes et for snævert syn på patientens problemstilling (7).

Formålet med studiet er at opnå indsigt i, hvordan den enkelte opnår recovery efter depression. Vi ønsker indblik i, hvilke faktorer den enkelte oplever som betydningsfulde i recoveryprocessen, samt hvordan recoveryprocessen ændrer den enkeltes liv og tilværelse. Her er der tale om, at klinisk praksis kan opnå større indsigt i personers recovery efter depression og dermed opnå større forståelse af den enkeltes strategier og valg, hvilket kan danne grundlag for at optimere behandlings- og plejetilbud. Øget indsigt i patienters oplevelse af egen sygdom og møde med behandlingssystemet kan give sundhedsprofessionelle et bedre grundlag for at tilrettelægge et behandlingsforløb, der kan bidrage positivt til recovery (12).

Metode og design

Studiet har en hermeneutisk fænomenologisk forståelsesramme, og data er indsamlet gennem semistrukturerede individuelle forskningsinterviews med 5 personer diagnosticeret med depression, der alle havde gennemført gruppeforløb med psykoedukation i lokalpsykiatrisk regi i Midt- og Vestjylland. Den semistrukturerede interviewguide er udarbejdet med inspiration fra Kvale & Brinkmann (13) og på baggrund af teori vedr. depression og recovery med overordnede emner som: sygdomsforløbet og oplevelsen af depression, følelsen af depression og mestring, selvforståelse og identitet, behandling (medicin, psykoedukation) og at komme sig (recovery) (8,10,11,14).

Den åbne fænomenologiske tilgang i studiet er inspireret af Malterud, og målet er at udvikle viden om informanternes erfaringer og livsverden. Her søges efter essensen og de særlige kendetegn ved de studerede fænomener (15). I denne proces er der arbejdet bevidst og eksplicit med forskerens egen forforståelse. Fx er spørgsmål vedr. egen faglige erfaring om emnet samt den teoretiske referenceramme diskuteret (15). Den hermeneutiske forståelse er grundlaget i fortolkningen af informanternes redegørelser og fortællinger.

Informanter

Rekrutteringen af informanter foregik via brev fra lokalpsykiatrien til potentielle informanter. 6 af de 13 mulige informanter accepterede deltagelse; en meldte senere fra af pri-

vate årsager. De resterende 5 præsenteres i kommende afsnit med forkortelsen A, B, C, D og E. Informanterne i denne undersøgelse er udvalgt strategisk, og alle, der faldt inden for de opstillede kriterier (Figur 1), blev inkluderet (13). De inkluderede informanter befandt sig aldersmæssigt fra 53 til 63 år og havde en gennemsnit alder på 57,8 år.

- Taler og forstår dansk
- Har fået stillet diagnosen depression jf. ICD-10 diagnostiske kriterier for depressiv episode
- Har gennemført gruppeforløb med psykoedukation i lokalpsykiatrisk regi

Figur 1: Inklusionskriterier

I forbindelse med interviewene udfyldte informanterne en Beck's Depression Inventory-score (BDI), der måler graden af depression, som den enkelte har oplevet den igennem de foregående to uger. Denne screening skulle hjælpe med at karakterisere informanternes selvrapporterede vurdering af deres depression. Spørgeskemaet består af 21 grupper af udsagn. Informanternes besvarelser på BDI-scoren strækker sig fra 1 til 21 point (se Tabel 1 for beskrivelse af inkluderede informanter). Det interessante er her, at 4 ud af 5 informanter ikke vurderer, at de er kommet sig efter depressionen. Det betyder, at deres oplevelser og udsagn tager udgangspunkt i at være i en recoveryproces og ikke i at have opnået recovery. Det er derfor ikke et inklusionskriterium, at den enkelte informant har opnået recovery eller vurderer, at han eller hun er kommet sig efter depressionen.

Tabel 1: Beskrivelse af inkluderede informanter

Informant	Diagnose	Køn og alder	BDI-score	Sted for interview
A	Periodisk depression af svær grad uden psykotiske symptomer	Kvinde, 59 år	17	Eget hjem
B	Depressiv enkeltepisode af svær grad uden psykotiske symptomer	Kvinde, 52 år	21	Eget hjem
C	Depressiv enkeltepisode af svær grad uden psykotiske symptomer	Kvinde, 54 år	15	Lokalpsykiatriens lokaler
D	Periodisk depression af moderat grad	Mand, 59 år	14	Eget hjem
E	Periodisk depression af moderat grad	Kvinde, 63 år	1	Eget hjem

BDI Score: 14 ≤ 19: Let depression, 20 ≤ 28: Moderat depression, 29+: Svær depression

Det kvalitative forskningsinterview

I det kvalitative forskningsinterview besvarer informanten ikke blot spørgsmål, men formulerer gennem dialog med forskeren sin egen opfattelse af sin livsverden. Udarbejdelsen af den semistrukturerede interviewguide er opbygget ud fra den tidligere nævnte teoretiske referenceramme vedr. depression og recovery. Spørgsmålene er åbne, og målet med interviewet er at få skabt en dialog, der fokuserer på et eller flere særlige fænomener, i dette tilfælde depression og recovery (13).

Indsamling af data

De fem interviews er afviklet i sommeren 2009 og varede fra 45 minutter til 2 ½ time. De blev planlagt og afholdt på informanternes præmisser. Fire informanter ønskede interviews i eget hjem, og en informant ønskede at anvende lokalpsykiatriens lokaler. Alle informanter fik tilbudt at få tilsendt en transskriberet version af interviewet. Fire informanter takkede ja hertil.

Analyse

Analyseafsnittet tager udgangspunkt i en systematisk tekstkondensering, som den udlægges af Malterud. Metoden er inspireret af Giordis fænomenologiske analyse og modificeret af Malterud (15). I analysen bliver der lagt vægt på fordomsfrie beskrivelser som en

forudsætning for at udøve fortolkninger, der gerne skal lede til ny viden. Data er bearbejdet i softwareprogrammet Nvivo 8 med henblik på at skabe overblik over mønstre og temaer i den store mængde af data (16). Data er kodet med relevante begreber fra de overordnede interviewtemaer og med nye og mere nuancerede begreber, der er udviklet undervejs i analysen.

Der ses på selve tekststykket i første trin af analysen. Fokus er udelukkende på det sagte, sådan som det er formuleret af informanten. Her foregår ingen anden fortolkning end den, der er foregået via transskriptionsprocessen. I den intuitive gennemlæsning af teksten fremkom de første indlysende temaer. Analysens andet trin er en identificering af meningsbærende enheder, som bliver systematisk kodet. Fx udtaler en af informanterne: «Altså, jeg kunne jo så arbejde videre som social- og sundhedsassistent, men det havde jeg problemer med pga. dårligt knæ [...] og jeg vidste, at der ikke var andre karrieremuligheder der. For nu var jeg jo stempet». Denne udtalelse kategoriseres som værende en oplevelse af at være sat i bås på egen arbejdsplads, hvor kollegerne kender til informantens depression. Den tildelte kode blev «oplevelse af stigmatisering» (15) (se yderligere eksempel på trin i analysen i Tabel 2).

Tabel 2: Analyse

Tekststykke	Meningsbærende enheder	Tema
<p>F: Har depression påvirket dig og den opfattelse, du har af dig selv?</p> <p>I: Det ved jeg egentligt ikke. Jo man er blevet mere skrøbelig. Man har jo også mange bebrejdelser. Jeg har bebrejdet mig selv mange gange, at pigerne ikke fik noget hjælp dengang. De ville ikke [...] Jeg tror nok, at jeg mere nu bebrejder mig selv. At det er min skyld, nogle af de ting, der er sket[...] Jeg er nok mere utilfreds med mig selv, tror jeg.</p>	<p>Informanten ser sig selv som mere skrøbelig end tidligere. Er mere utilfreds med sig selv i dag. Negativt selvbillede. Føler skyld over for familien.</p>	<p>«Oplevelse af eget selv»</p>

Tredje trin i analysen indeholder en sortering af de i alt 48 løst opstillede koder. Disse bliver sammensat til bredere kategorier, hvilket reducerer materialet til 18 omfangsrige meningsbærende enheder som fx «tab af kontrol», «konsekvenser af depression» og «vigtige ting i livet». Processen bidrager til at fokusere på de spørgsmål, man stiller til teksten, og samtidig bevare åbenheden i forhold til nye perspektiver (13,15).

Analysens fjerde trin inkluderer rekonkretualisering, hvor de meningsbærende enheder bliver gjort mere abstrakte, og der søges efter mønstre og overordnede temaer. Dette resulterer i fire overordnede kategorier med tilhørende koder. På dette trin skal fundene valideres og igen stilles op imod den sammenhæng, de oprindeligt var indhentet fra. I processen arbejdede vi med forskningsspørgsmålene i Figur 2 (15).

Det overordnede fund, der omhandler «oplevelse af forandring», blev udforsket med følgende 5 spørgsmål:

1. Hvad kendetegner situationen?
2. Hvilke positive følelser forbindes med denne periode?
3. Hvilke negative følelser forbindes med denne periode?
4. Hvilke personer og relationer er involveret i denne periode?
5. Er der tale om konflikter eller forventninger?

Figur 2: Forskningsspørgsmål

Etiske overvejelser

Studiet blev godkendt af Datatilsynet, og den lokale videnskabetiske komité blev oriente-

ret ved opstart. Studiet er gennemført i overensstemmelse med De Etiske Retningslinjer for Sygeplejeforskning i Norden (17). Samtli-

ge informanter gav skriftligt informeret samtykke og blev oplyst om, at datamaterialet blev behandlet fortroligt. Desuden blev informanterne underrettet om muligheden for til enhver tid at trække sig fra studiet jævnfør Helsinki-deklarationen (18).

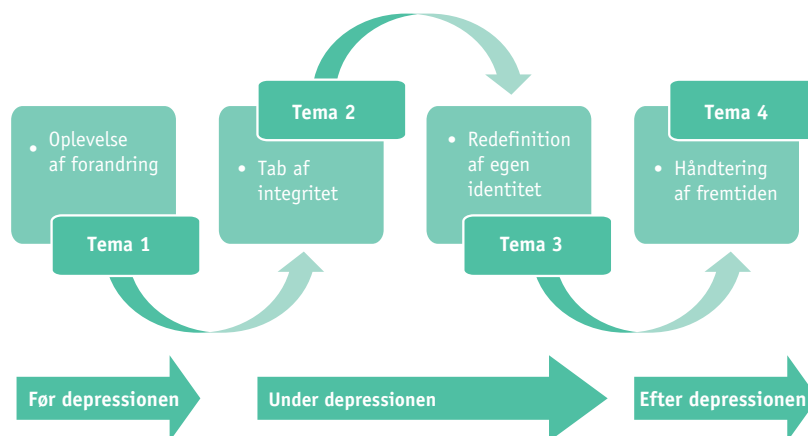
Opmærksomheden var rettet mod, at mennesker med depression kan være kognitivt forstyrrede og kan have sænket stemningsleje. Disse faktorer kan gøre det svært for informanterne at opfylde de krav, der normalt stilles til informanter (13). I dette studie

vurderede vi, at informanterne selv ville være i stand at melde til og fra og dermed ikke blev udsat for unødige gene.

Fund

Analysen resulterede i fire overordnede fund: «oplevelse af forandring», «tab af integritet», «redefinition af egen identitet samt «håndtering af fremtiden».

Studiets fund ses i relation til hinanden i nedenstående Figur 3.



Figur 3: Studiets fund. Temaernes indbyrdes relation illustreret via en omskiftelig proces, hvor overgangene mellem temaerne skal opfattes som flydende og interagerende over tid.

Fundene fremstilles i et før, under og efter depressionen tidskontinuum. Denne fremstilling har til hensigt at tydeliggøre, hvilke milepæle og udfordringer den enkelte oplever på forskellige tidspunkter i sit sygdoms- og recoveryforløb. Tidsperspektivet omfatter tillige tiden efter depressionen, hvor den enkelte ikke nødvendigvis betegner sig som værende rask. Her er der tale om, at den enkelte har

gennemgået den akutte behandling i form af indlæggelse på psykiatrisk afdeling og efterfølgende har gennemført gruppeforløb med psykoedukation. Fremstillingen af fundene gøres i én sammenhængende sekvens med successive overgange, da flere temaer er aktuelle i samme tidsperiode.

Temaet «oplevelse af forandring» viser, hvordan informanterne oplevede selve tids-

punktet, da de første gang fornemmede, at noget var galt. En kvinde følte for mere end 30 år siden, at noget ikke var, som det burde være. En anden kvinde erindrede et kort forløb på tre dage, der endte med depressionens udbrud. Eksempelvis forklarede en informant årsagen til sin depression således: «Jamen, det var uretfærdighed [...] Jeg tror virkelig, jeg blev trådt sådan på min, ja, jeg ved ikke engang, hvad det hedder sådan noget, retfærdighedssans, tror jeg» (B). Informanternes uensartede forløb har angivet, at de alle blev påvirket i en negativ retning af udefrakommende faktorer. Ressourcekrævende begivenheder såsom skilsmisse og sygdom i den nærmeste familie viste sig at have indflydelse på, at depressionen brød ud på netop det konkrete tidspunkt. Tidsforløbet, fra informanterne blev bevidste om, at noget var alvorligt galt, og til de kom i kontakt med det psykiatriske system, var kendetegnet af frustrationer, manglende overblik, afhængighed og et ambivalent forhold til medicin og behandling.

Selve oplevelsen af at gennemleve en depression viste sig via individuelle symptomer af forskellig karakter, fx generende fysiske og psykiske symptomer. Nogle af de altoverskyggende symptomer var manglende overskud til at være sammen med andre mennesker og oplevelse af stress og tab af kontrol i forbindelse med kravsituationer:

Jeg får jo angst, og koncentrationen er der ikke. Altså éns energiniveau er jo også enormt faldende eller er der slet ikke. Og det går jo ud over det hele [...] Bare sådan noget som hygiejne, éns personlige hygiej-

ne. Jeg får ikke barberet mig, jeg kommer ikke i bad. Og isolerer mig meget. Vil ikke udenfor. Hvis jeg går ud, så er det om aftenen, når det er mørkt. Så der er ingen, der kan se mig (D)

De subjektive oplevelser af at være i depressionstilstanden var forskelligartede, og nogle af oplevelserne bliver beskrevet via metaforer: «[...] at være faldet ned i en dyb mørk brønd, og du forsøger hele tiden at få dine arme lukket ud, så du kan kravle op af den lange skakt, for så får du det godt» (E).

Informanternes arbejdsrelationer til ledere og kolleger havde både positiv og negativ indflydelse ift. depressionens gennembrud. Familiemedlemmers velbefindende havde stor påvirkning på informanternes sindstilstand og kunne både fremme og hindre udvikling af depression. Relationer til familiemedlemmer og nære venner blev anset som styrkende, og disse var ofte en medvirkende årsag til, at informanten søgte hjælp.

Det var hovedsagelig i denne tidsperiode, under selve depressionen, at tema 2 vedr. «tab af integritet» viste sig. Og til trods for modstand og negative oplevelser vedr. indlæggelse på psykiatrisk hospital anerkendte informanterne, at deres indlæggelse var nødvendig. Psykiatrisk hospital var forbundet med noget trygt, et sted uden krav og var præget af et vist fællesskab. Informanterne oplevede også tab af relationer i denne periode:

Ja, jeg vil sige, at det var, ligesom jeg fandt ud af, hvem der virkelig er éns venner. Og hvem der et eller andet sted smutter, når

der er problemer. Og jeg oplevede da også, hvem der virkelig er venner med stort V [...] For det er jo virkelig en ven, ikke. Der kunne rumme og have mig, selv om jeg var så dårlig (C)

Alle informanter oplevede en periode med dyb afhængighed af andre, særligt ægtefæller og nær familie. Indlæggelser på psykiatrisk hospital var tillige forbundet med negative følelser. Fx fortalte en informant om flere ubehagelige episoder med sundhedspersonalet under indlæggelsen, hvor hun følte sig ignoreret og ydmyget.

Frustrationerne var mange efter udskrivelse fra psykiatrisk hospital, og flere informanter understregede, at man ikke var rask, blot fordi man blev udskrevet fra psykiatrisk hospital. Her opstod et tomrum og et øget ansvar, som bl.a. var svært at varetage på grund af formelle procedurer omkring sygemelding og fyring.

Forholdet til den antidepressive medicin var ambivalent. Den var et gode, som gav informanterne tryghed, samtidig med at de havde et ønske om at være den foruden.

Grupperforløb med psykoedukation i lokalpsykiatrien var positivt for samtlige informanter, og det blev især understreget, at det at tale med ligestillede bedrede den enkeltes selvværd og havde en antistigmatiserende effekt. Psykoedukation gav en grundlæggende sikkerhed, og tilknytningen til lokalpsykiatrien udfyldte tomrummet efter udskrivelsen.

En informant udtalte: «[...] altså jeg synes, det har været virkelig forfærdeligt. Og jeg plejer at sige: Du mister din hjerne. Du kan ikke

selv styre det» (B). Alle informanter oplevede i vekslende grad angst, som kunne virke handlingslammende og begrænsende:

[...] det kan godt være svært, der hvor man er nødt til at få hjælp fra andre, for det magter man ikke selv. Man har lettere ved at blive slået ud, hvis folk ikke er imødekommende. Men der er det jo vigtigt, at man så har nogle pårørende, som kan tage over [...] Og det er jo sådan set rart, men man føler jo også, ja, jeg vil ikke kalde det et nederlag, men alligevel (D)

At være tilknyttet arbejdsmarkedet spillede en central rolle i informanternes hverdag, og flere beskrev, at deres identitet var tæt forbundet med jobbet:

Jeg har jo altid arbejdet før. Jeg føler nok også, at det med at man har et arbejde, det er lig med ens identitet, ikke. Og det var selvfølgelig sværere i begyndelsen end det er i dag [...] man skal sadle om og så finde ud af, hvad pokker skal du nu bruge alle de her mange ekstra timer til? (D)

For alle informanterne var depression tabu, og de fortalte ikke om deres diagnose i sociale sammenhænge. Flere informanter oplevede en vis berøringsangst fra omgivelserne, hvilket nærrede informanternes bekymringer om, hvad andre mennesker tænkte om dem og deres depression:

Men et eller andet sted, så havde jeg det sådan, at jeg ville sgu gerne have været tilba-

ge. Så de kunne se, at jeg var altså ikke helt skør, eller hvad de nu har forestillet sig. At jeg kommer tilbage som et normalt menneske igen og fungerer normalt. Det ville jeg gerne have gjort (E)

I den sidste periode af sygdomsforløbet inkluderede temaerne «redefinition af egen identitet» samt «håndtering af fremtiden». Disse omhandler den enkeltes syn på sig selv som en person, der har gennemlevet en depression og de forandringer, det har medført, samt et indblik i den enkeltes tanker og holdninger omkring livet efter depression, og hvordan recovery kan opnås.

Fælles for informanterne var, at depressionen havde store konsekvenser fx i form af en ændret arbejdssituation, mistet arbejde, manglende overskud og nedsat tempo. Vejen mod et optimalt funktionsniveau medførte en ændret selvopfattelse og inkluderede emotionelle reaktioner som skyldfølelse og utilfredshed:

[...] jeg har fundet nogle ting, som jeg tænker, at jeg kan gøre anderledes. Men det er også hårdt, fordi jeg tænker, jamen, for søren da. Det burde jeg jo kunne have gjort anderledes (C)

Gruppeforløb med psykoedukation udviklede informanternes forståelse ift. egne reaktioner på depression, som de forsøgte at integrere i deres egen identitet. Ved at acceptere egne styrker og svagheder og inkorporere nye tankegange og tænke positivt, ændrede informanterne deres selvbillede: «Det er mig selv,

der skal laves om, ikke» (E). Og: «Måske vil jeg prøve at gøre tingene på en lidt anden måde. Så jeg stadig føler, at jeg ikke svigter. Men så jeg også tænker lidt på mig selv» (B).

De informanter, der stadig var tilknyttet arbejdsmarkedet, omtalte denne som ekstremt væsentlig for deres recoveryproces:

[...] og det har hjulpet mig meget at få meget opbakning i mit job. For jeg jo har nogle nederlag med mig [...] Så det har været lækkert for mig at finde ud af, at jeg faktisk godt kan nogle ting igen [...] det er helt klart. Det bliver jeg glad for (C)

De pårørende var patienternes livline og spillede en vigtig rolle i den enkeltes håndtering af hverdagen og livet både under og efter depressionen. En informant ytrede: «Men hvis ikke jeg havde haft min mand, så havde jeg ikke siddet her i dag. Det er jeg 100 pct. sikker på» (B). Men familiære relationer var også forbundet med noget mørkt og dystert, hvor svigt over for børnene specielt trådte i forgrunden som en konsekvens af depressionen. En informant udtalte: «[...] den der skyldfølelse, altså, den gør jo dagene lidt, altså den tager glæden. Rent ud sagt» (C).

Alle informanter frygtede en ny episode med svær depression, men nutiden var også præget af glæde over at være på denne side af depressionen og igen føle et overskud: «[...] lige nu føler jeg mig jo som et helt menneske. Jeg kan gøre ting på lige vilkår med andre. Jeg føler mig ikke specielt påvirket af det» (D).

Informanterne vurderede enslydende, at fremtiden så lys ud til trods for en konstant ri-

siko for tilbagefald. Denne risiko medførte, at informanterne ændrede livsførelse og etablerede en mere selvcentreret livsstil. Det stod i kontrast til informanternes tidligere livsførelse, hvor de ofrede meget energi på andre mennesker og ikke sansede, at deres eget mentale overskud manglede:

Og det er ikke, fordi jeg synes, jeg bliver trådt på eller føler mig mindre værdig. Det er slet ikke det. Men jeg har været dårlig til at se det, der var skidt for mig selv. Og det er grænser, jeg gerne vil lære at sætte rigtigt (E)

Informanterne havde forskellige ønsker og håb for fremtiden, hvilket kunne medføre en hensigtsmæssig håndtering af livet fremover. Det drejede sig fx om et ønske om at kunne værdsætte de små glæder i hverdagen, at kunne grænsesætte og være åben om skyldfølelse og selvbebrejdelser, da disse følelser stjæler glæden. Håb for fremtiden vurderedes forskelligt hos informanterne, såsom: «[...] at alt bliver som før» (A), «[...] at kunne stoppe med den antidepressive medicin» (B). For informant C handlede det om at få vished om og indblik i de hændelser og detaljer, som hun ikke erindrede fra de foregående 5 år pga. depressionstilstanden.

Informanternes definition på recovery inddrager bl.a.: «[...] man skal føle sig mere hel, og ens angst er væk» (D). «Jamen, så skulle jeg jo ikke have de der dage, hvor alting det krymper sig inden i mig, og hvor det er ligesom at gå i vand» (A). Fuldstændig recovery kunne ifølge informanterne opnås via en kombination af tid, medicin, opbakning fra familien og

terapi, der gav redskaber til at håndtere de svære situationer. En informant udtalte: «Der er ikke noget som helst inden i mig, der indikerer, at det er altså ikke helt godt [...] der er ikke noget herinde, der gør mig særligt glad, jeg ER bare glad» (E).

Diskussion

Studiets begrænsninger

Studiet er baseret på deltagelse af fem informanter, der opfyldte de opstillede inklusionskriterier. Til trods for at fem informanter er et begrænset antal, har deres oplevelser bidraget med mangeartede og komplekse erfaringer med oplevelsen af depression og recovery.

Gennem hele processen er der efterstræbt transparens, så den processuelle udarbejdelse tydeligt er kommet til udtryk. Dette er bl.a. sket via flere grundige gennemlæsninger af interviews med henblik på udvælgelse af de mest udtrykksfulde citater til brug i analyse og diskussion. I forbindelse med udarbejdelsen af interviewguiden kom flere perspektiver vedr. førsteforfatterens egen forforståelse på banen, samt hvorvidt disse kunne have påvirket interviewsituationen og analyse af data (15). Disse aspekter er drøftet indgående med andenforfatteren samt fagfæller undervejs i processen.

Kvalitativ forskning vil altid være kontekstafhængig, og flere faktorer kan påvirke udsagnene såsom graden af depression og oplevelsen af recovery, køn, alder, livsfase, tid og sted for interview (13). Dette studies fund er i overensstemmelse med fund fra andre undersøgelser omhandlende det at komme

sig efter svær psykisk sygdom. Dermed kan der argumenteres for, at studiets fund eller dele heraf er overførbare til patienter med anden psykisk lidelse end depression (11,14,19). Dermed kan informanternes oplevelser med depression bidrage til at få indblik i deres liv med depression samt få viden om, hvad der er vigtigt i disse sygdomsforløb. Flere undersøgelser bekræfter, at der er positiv effekt ved anvendelse af psykoedukation som i behandling af psykiske sygdomme som depression og bipolar affektiv lidelse (20). Dermed kan de positive oplevelser fra deltagelse i psykoedukation med stor sandsynlighed overføres til andre behandlingsmæssige kontekster, hvor fx personer med skizofreni også kan have effekt af psykoedukation i en distriktspsykiatrisk eller socialpsykiatrisk sammenhæng.

Diskussion af resultater

Diskussion af «oplevelse af forandring» og «tab af integritet»

Informanterne i dette studie beskriver mange nuancer ift. det at gennemleve en depression. Her er tale om fysiske og psykiske symptomer, der farver oplevelsen af den enkeltes situation. Depression og andre affektive lidelser repræsenterer en særlig sygdomskategori, hvor social tilbagetrækning både er en konsekvens af tilstanden og et af de væsentligste karakteristika (5,21). Samtlige studiets fem informanter har oplevet social tilbagetrækning, hvor de ikke har overskud til samvær med andre mennesker. Det er en paradoks situation, idet mennesker med depression i høj grad ønsker kontakt og tilhørsforhold til andre

mennesker, men de formår ikke at udleve dette behov.

Arbejdsidentiteten er en stor del af den enkeltes identitet, og teori om recovery fremhæver netop tilknytning til arbejdsmarkedet som et af de væsentligste tilhørsforhold i denne proces (5,21). Informanterne i dette studie hævder, at arbejde er centralt, da det er forbundet med en stor social værdi, og uden arbejde føler mange folk sig rodløse og marginaliserede (21). Dette studie indikerer, at selv få timer ugentligt på en arbejdsplads kan bringe en følelse af tilknytning og kan højne selvværdet hos den enkelte. Mennesker med depression er i højere eller lavere grad præget af nedtrykthed og manglende lyst og interesse, og det er disse symptomer, der dominerer tanker, forståelse og handlinger (19,22,23). I dette studie er de pårørende vigtige for informanterne ift. støtte og opretholdelse af integritet. Men de pårørende er også kilde til skyld, skam og selvbebrejdelser. Informanterne udtrykker, at det er svært at bede om hjælp og træde ind i en rolle som en person, der er afhængig af hjælp. Det kræver styrke at vise, at man er svækket, og at acceptere egne fejl og mangler.

Diskussion af «redefinition af identitet» samt «håndtering af fremtiden»

Det fremgår af fundene, at et af de centrale emner i recoveryprocessen er at opretholde eller genvinde egen identitet. Informanterne oplever, at de ser på sig selv med nye øjne, og beskriver, at der har fundet en irreversibel transformation sted, hvor de skal lære at håndtere livet med nye strategier og ressour-

cer. Informanterne betoner, at depressionen har konsekvenser for oplevelse af egen identitet, arbejdsevne, sociale kompetencer samt følelsen af kontrol. Det faktum, at informanterne har ændret syn på egne evner og identitet, kan nuanceres og diskuteres på baggrund af Afaf Meleis' transitionsteori (24).

Transition handler om, at gå fra én tilstand, status eller livsfase til en anden. Her refereres til både processen og resultatet af komplekse interaktioner mellem miljø og personer (25). Meleis opererer med fire transitionstypologier: en udviklingsmæssig, en situationel, en syg-rask- og en organisatorisk. Den udviklingsmæssige samt syg-rask-transitionen er særligt i fokus i her, hvor der er fokus på recovery, overgange inden for sundhedsvæsenet og det faktum, at den enkelte måske aldrig kommer sig fuldstændig efter svær depression. En af milepælene i transition er «awareness», der inkluderer, at den enkelte har viden om og indsigt i transitionen. Endvidere må den enkelte involvere sig og agere aktivt i transitionsprocessen (24,26). Selvtigma og selvdevaluering hindrer en redefinition af egen identitet, som er helt fundamental. Transitionen indikerer en forandring i helbredsstatus, roller, forventninger eller evner. Det kræver, at personen ændrer adfærd og syn på sig selv i sociale kontekster og opnår ny viden.

Recovery kan som nævnt ovenfor anskues fra mange forskellige perspektiver, bl.a. som udvikling af evner og viden om det, der tidligere manglede hos individet (27,28). Denne forståelse er i overensstemmelse med, hvordan informanterne beskriver recovery. Flere nævner, at de oplever, at de er blevet stærkere

og har fået ny selvindsigt. I et transitionsperspektiv er det fundamentalt, at personen ændrer adfærd og selvopfattelse i den sociale kontekst og inkorporerer ny viden. Samtlige informanter oplever, at de er blevet klogere på flere aspekter, såsom øget følsomhed og en klarere opmærksomhed på, hvad der er skadeligt for dem.

Dette studie bekræfter tidligere fund, hvor depression i visse tilfælde kan anskues som en kronisk tilstand, hvilket dog ikke udelukker recovery (8). I denne sammenhæng fremstår recovery som en subjektiv og individuel definition af egen tilstand. Zimmerman hævder, at patienter kan opleve sig i bedring eller som værende raske, til trods for at de ikke opfylder de objektive symptomkriterier (29). Både recovery og transition handler om at skabe en ny identitet. Denne transition kan hæmmes, når den enkelte ikke kan fravige tidligere identitet og derved har svært ved at tilpasse sig den nye rolle eller leve op til egne eller andres forventninger. Meleis fremhæver, at mennesker lærer nye roller i interaktionen med andre mennesker, og derfor er relationer vigtige i transitionen (26).

En ny depression vil skabe tvivl om tidligere personlig udvikling og kræver en ny transitionsproces, der skal indeholde mening, sammenhæng og identitetsopbygning. I den tætte forbindelse mellem transition og recovery ligger en reformulering af identiteten. En identitet, der for det depressive menneske kontinuerligt vil være under forandring (7,9,22,26).

Informanterne i dette studie oplevede, at skulle ændre sig for at kunne håndtere hver-

dagen og fremtiden. Det viste sig, at flere af informanterne følte, at denne ændring skulle ske på eget initiativ og skulle indeholde en holdningsændring og en redefinition af egen identitet, også som værende syg eller tidligere syg med depression.

Informanterne i dette studie gennemgik alle både en udviklingsmæssig og en sygdoms- og sund-transition i forbindelse med at komme sig efter svær depression. Recoveryprocessen er lang og vil svinge frem og tilbage (5). For de fleste vil depressionen være en tilstand, der skiftevis vil være mere eller mindre i forgrunden. Informanterne oplevede, at depressionsforløbet gav et større indblik i egen person og symptomer, hvilket har gjort, at han eller hun bedre kan håndtere hverdagen hensigtsmæssigt og kan økonomisere med sine kræfter på bedste vis.

Konklusion

Dette studie giver indblik i depressive patienters oplevelse af depression og recovery. Det fremgår, at informanterne arbejder hårdt med at opretholde egen identitet og integritet, hvilket må ses som en lang og omskiftelig proces. Recovery træder frem som en transition med personlig udvikling, der er opnået gennem behandling og støtte fra sundhedspersonale samt langvarig indsats fra eget sociale netværk. Desuden fremgår det, at den enkelte betragter sig selv som forandret efter depressionen, og flere understreger, at de efter depressionen er nødsaget til at erhverve sig nye strategier og kompetencer med henblik på at håndtere dagligdagen og fremtiden.

Implikationer for praksis

Hvis recovery skal lykkes, er det væsentligt, at både sundhedspersonale og patient observerer, registrerer og samarbejder om, hvilke signaler der markerer, at den enkelte er klar til at arbejde hen imod recovery. Her er det den sundhedsprofessionelles ansvar at tilrettelægge behandling og tilbud, så de matcher patientens ressourcer og grad af recovery. Fuldstændig recovery er målet og allervigtigst er en positiv og velfungerende relation til nære pårørende, der er fundamentet for, at depressionstilstanden minimeres (4,5). Miljømæssige faktorer, sociale netværk og behandlingstilbud i både regionale og kommunale regi er væsentlige. Alle informanter finder det positivt, at behandlingen også foregår uden for psykiatrisk hospital, og alle havde glæde af at deltage i gruppeforløb med psykoedukation. Studiets fund kan med fordel udforskes i en større kontekst med deltagelse af flere informanter. Det kunne også være aktuelt at undersøge de sundhedsprofessionelles erfaringer og perspektiv på recovery, da det fremgår af studiet, at netop relationer, også til de sundhedsprofessionelle, er essentielle for recoveryprocessen.

Referencer

1. WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse; 2012: 12.09.2014.
2. van Grieken RA, Beune EJAJ, Kirkenier ACE, Koeter MWJ, van Zwieten MCB, Schene AH. Patients' perspectives on how treatment can impede their recovery from depression. *J Affect Disord* 2014; 10/1(167): 153–159.

3. van Randenborgh A, Hüffmeier J, Victor D, Klocke K, Borlinghaus J, Pawelzik M. Contrasting chronic with episodic depression: an analysis of distorted socio-emotional information processing in chronic depression. *J Affect Disord* 2012; 141(2): 177–184.
4. Schön U-, Denhov A, Topor A. Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *Int J Soc Psychiatry* 2009; 55(4): 336–347.
5. Topor A, Borg M, Di Girolamo S, Davidson L. Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *Int J Soc Psychiatry* 2011; 57(1): 90–99.
6. Winter SE, Barber JP. Should treatment for depression be based more on patient preference? *Patient Preference & Adherence* 2013; 7.
7. Romakkaniemi M, Kilpeläinen A. The Meaningful Elements in Recovering From Major Depression as a Basis of Developing Social Work in Mental Health Services. *Social Work in Mental Health* 2015; 13(5): 439–458.
8. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993; 16(4): 11–23.
9. Jaeger M, Konrad A, Rueegg S, Rabenschlag F. Patients' subjective perspective on recovery orientation on an acute psychiatric unit. *Nordic Journal of Psychiatry* 2015; 69(3): 188–195.
10. Deegan P. Recovery as a journey of the heart. *Psychiatr Rehabil J* 1996; 19(3): 91.
11. Ridge D, Ziebland S. 'The Old Me Could Never Have Done That': How People Give Meaning to Recovery Following Depression. *Qual Health Res* 2006; 10; 16(8): 1038–1053.
12. Houle J, Villaggi B, Beaulieu M, Lespérance F, Rondeau G, Lambert J. Treatment preferences in patients with first episode depression. *J Affect Disord* 2013; 147(1): 94–100.
13. Kvale S, Brinkmann S. Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3rd ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2015.
14. Skärsäter I, Rayens MK, Peden A, Hall L, Zhang M, Ågren H, et al. Sense of coherence and recovery from major depression: a 4-year follow-up. *Arch Psychiatr Nurs* 2009; 23(2): 119–127.
15. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
16. Kristiansen S. Kvalitativ dataanalyse og software: introduktion til Nvivo. København: Hans Reitzels Forlag; 2005.
17. Sykepleiernes Samarbeid i Norden. Ethical Guidelines for Nursing Research in the Nordic Countries. Ethiske retningslinier for sykeplejeforskning i Norden. Revidert opptrykk ed. Oslo: Sykepleiernes Samarbeid i Norden; 1995.
18. Bulger RE. The ethical dimensions of the biological and health sciences. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
19. Stigsdotter Nyström ME, Nyström M. Patients' experiences of recurrent de-

- pression. *Issues Ment Health Nurs* 2007; 28(7): 673–690.
20. Choe K, Sung B, Kang Y, Yoo SY. Impact of Psychoeducation on Knowledge of and Attitude Toward Medications in Clients With Schizophrenia and Schizoaffective Disorders. *Perspect Psychiatr Care* 2016 04; 52(2): 113–119.
 21. Karp DA. *Speaking of sadness : depression, disconnection, and the meanings of illness*. Oxford: Oxford University Press; 1996.
 22. Skärsäter I, Willman A. The Recovery Process in Major Depression: An Analysis Employing Meleis' Transition Framework for Deeper Understanding as a Foundation for Nursing Interventions. *Advances in Nursing Science* 2006; 29(3): 245–259.
 23. Nunstedt H, Nilsson K, Skärsäter I, Kylén S. Experiences of major depression: Individuals' perspectives on the ability to understand and handle the illness. *Issues Ment Health Nurs* 2012; 04; 33(5): 272–279.
 24. Meleis AI. Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company; 2010.
 25. Meleis AI, Trangenstein PA. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nurs Outlook* 1994; 42(6): 255–259.
 26. Meleis AI. *Theoretical nursing: development and progress*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
 27. Meleis AI, Sawyer LM, Im E, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science* 2000; 23(1): 12–28.
 28. Telford K, Kralik D, Koch T. Acceptance and denial: implications for people adapting to chronic illness: literature review. *J Adv Nurs* 2006; 55(4): 457–464.
 29. Zimmerman M, Martinez J, Attiullah N, Friedman M, Toba C, Boerescu DA. Why do some Depressed Outpatients Who are Not in Remission According to the Hamilton Depression Rating Scale Nonetheless Consider Themselves to be in Remission? *Depression & Anxiety* (1091–4269) 2012; 10; 29(10): 891–895.