

Abstract

Authors: Marie Hedengren and Katarzyna Szczesna

Title: “What is horrible feels really horrible at that age” – a qualitative study of resilience and risk factors for youth depression and the influence of family environment on treatment and recovery.

Supervisor: Alexandru Panican

Assessor: Mats Hilde

The worsening of psychical health issues among young people has widely been discussed over the last few years. Research shows for example that 9% of girls at the age of 16-24 reported anxiety problems in 1989 while 16 years later, in 2005, the same number was 30%. The purpose of this essay was to study and analyze psychiatrists', psychologists' and counselors' view on the resilience and risk factors for youth depression (age 16-24). Beside this, our aim was to study their view on the influence of family environment on treatment and recovery. Data were collected with qualitative interviews with eight informants within the psychiatric care. The sense of coherence frameworks was a useful theory in order to analyze the limits of resilience and risk factors and in order to present the salutogenic approach on health issues. We also found attachment theory applicable to our purpose and to family aspects in particular. Our conclusion was that our informants generally identified the same resilience and risk factors but we found significant differences in their angle of approach. Furthermore, we found that family environment factors were regarded as important for the recovery but our informants had different opinions when it came to the importance of family participation during the treatment.

Keywords: youth, depression, resilience, risk, family

Förord

Det här arbetet hade inte varit möjligt att genomföra om det inte hade varit för våra informanternas tid och engagemang och vi vill därför framföra vårt stora tack till dem. Vi vill också passa på att tacka vår handledare för vägledning och hjälp under processens gång.

Marie Hedengren & Katarzyna Szczesna
Lund december 2008

1 Inledning	1
1.1 Problemformulering.....	1
1.2 Syfte	2
1.3 Frågeställningar.....	2
2 Centrala begrepp	3
2.1.Skydds- och riskfaktorer	3
2.2 Depression	3
2.3 Avgränsningar.....	3
3 Metodologiska överväganden.....	4
3.1 Förförståelse.....	4
3.2 Arbetsfördelning.....	5
3.3 Val av metod.....	5
3.4 Urval	7
3.5 Analysmetod.....	9
3.6 Etiska överväganden	10
4 Tidigare forskning.....	10
5 Teoretiska utgångspunkter	12
5.1 Salutogenetiskt och patogenetiskt synsätt.....	12
5.2 Anknypningsteorins framväxt.....	14
5.3 Anknypning.....	15
6 Analys	17
6.1 Gemensamma skydds- och riskfaktorer.....	17
6.1.1 KASAM.....	17
6.1.1.1 Skolan som skydds- och riskmiljö.....	17
6.1.1.2 Nätverket som hjälper och stjälpes	20
6.1.1.3 Sämre ekonomi ökar riskerna.....	22
6.1.1.4 Familjen som resurs och belastning.....	23

6.1.1.5 Avgörande livshändelser och copingsmekanismer	28
6.1.2 Individknutna skydds- och riskfaktorer	30
6.1.2.1 Hereditet och biologiska faktorer	31
6.1.2.2 Samsjuklighet och missbruk	32
6.1.2.3 Temperament och personlighetsdrag.....	33
6.1.3.4 Begåvning som skyddar och utsätter.....	34
6.2 Specifika skydds- och riskfaktorer	35
6.2.1 Inlärd hjälplöshet.....	35
6.2.2 En känslig ålder?.....	36
6.3 Uppfattningen om familjeförhållandenas betydelse för behandling och tillfriskningsprocesser	38
6.3.1 Vikten av föräldrars delaktighet i behandlingen	38
6.3.2 Mamma, pappa eller båda två?	40
6.3.3 Att involvera nätverket i behandlingen.....	41
6.3.4 Vikten av att aktivera och stödja i relation till behandling och tillfriskningsprocesser.....	42
6.4 Slutsats	44

7 Slutdiskussion 47

Referenser

Bilaga 1: Intervjumall

Bilaga 2: Diagnoskriterier egentlig depression

1 Inledning

1.1 Problemformulering

Unga människors psykiska hälsa och mående har de senaste åren varit flitigt uppmärksammat i media och i den pågående samhällsdebatten. Forskare nämner troliga orsaker till den försämrade psykiska hälsan hos unga vuxna som bland annat brist på visioner, en ökad individualisering och stress. Psykiska problem bland ungdomar tros de senaste tjugo åren ha stigit, 1989 uppgav 9% av flickor i åldern 16-24 att de hade besvär av oro, ängslan och ångest. 16 år senare, 2005, var samma siffra 30% (SOU 2006:00). Depression hos ungdomar i Sverige är vanligare än man tidigare har trott och så kallad egentlig depression beräknas förekomma bland cirka 4-6% av tonåringarna (von Knorring et.al, 2000). Dessutom vårdas fler unga på sjukhus för ångest och depression. För flickor 15-19 år har antalet vårdtillfällen ökat åtta gånger och även för pojkar i samma ålder uppmärksammas en ökning. Även fler ungdomar i åldern 20-24 vårdas på sjukhus jämfört med tidigare p.g.a. ångest och depressioner(Bohlin et.al, 2007).

Uppmärksamheten kring unga vuxnas försämrade psykiska mående har runt om i landet resulterat i olika projekt (t.ex. Samverkansprojekt Unga Vuxna, Lund) för att fånga upp gruppen mellan cirka 15-25 år vars problematik riskerar komma i skymundan i den traditionella uppdelningen mellan Barn- och ungdomspsykiatri och Vuxenpsykiatri. En del av projekten har varit samverkan mellan bland annat kommun och landsting och andra har varit renodlade psykiatrisatsningar med speciellt fokus på den problematik som präglar tiden som ung vuxen. Trots sådana och liknande insatser pekars det på ett flertal möjliga orsaker (t.ex. stress och svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden) och förklaringsmodeller till förekomst av depression hos målgruppen vilket i sin tur resulterar i att behov av ett flerdimensionellt synsätt på depression understryks. Ett samspel mellan olika faktorer och perspektiv betonas då problematiken är invecklad och kan inte reduceras till enbart en enda infallsvinkel (Sandström, 2008, internet).

Med anledning av att fler ungdomar vårdas på sjukhus för depression ställs det också allt högre krav på en effektiv och lämplig behandling samt en mångsidig förståelse av

själva sjukdomen och dess tillfriskningsprocesser. Det faktum att det nämns ett flertal troliga orsaker till förekomst av depression bidrar till komplexiteten av denna problematik och det är just denna komplexitet som är både svårbegriplig och intressant. Vi upplever att det faktum att det gäller så pass unga personer som drabbas blir problematiskt också utifrån att dåligt psykiskt mående kan försena eller förhindra den unges etablering i samhället och vuxenvärlden. Därför vill vi få reda på vad som kan orsaka depression hos unga vuxna och vad som kan utgöra skydd mot densamma och vi har valt att närma oss ämnet från en praktisk yrkesvinkel snarare än en teoretisk. Fördelen med detta tillvägagångssätt är att vi får möjlighet att förstå det praktiska arbetssättet på ett sätt som vi inte hade kunnat göra genom exempelvis litteraturstudier. Med hjälp av professionella behandlares yrkesmässiga erfarenheter vill vi därmed belysa de faktorer som har betydelse för utvecklandet av depression hos unga vuxna. Dessutom vill vi även lyfta fram familjeförhållandenas vikt i relation till behandling samt tillfriskningsprocesser. Eftersom målgruppen unga vuxna är en stor grupp som oftast är i behov av speciella insatser från olika instanser är vår kunskap om deras psykiska välbefinnande en viktig beståndsdel i vårt framtida yrke som socialarbetare.

1.2 Syfte

Syftet är att belysa och analysera professionella behandlares uppfattning om skyddsfaktorer och riskfaktorer när det gäller depressioner hos unga vuxna (16-24 år) där tyngdpunkten läggs på familjeförhållandenas betydelse i relation till behandling samt tillfriskningsprocesser.

1.3 Frågeställningar

- Vilka skydds- och riskfaktorer kan urskiljas i samband med depressioner hos unga vuxna?
- I vilken utsträckning uppfattas familjeförhållandena ha betydelse för behandling samt tillfriskningsprocesser när det gäller depressioner hos unga vuxna?

2 Centrala begrepp

2.1. Skydds- och riskfaktorer

Med skyddsfaktorer menar vi i denna uppsats faktorer som skyddar individen mot ohälsa eller problem medan riskfaktorer är faktorer som istället ökar risken för dessa (Bremberg, 2008, internet). Dessutom intresserar vi oss främst för psykosociala skydds- och riskfaktorer och deras påverkan på depressioner hos unga vuxna. Med begreppet psykosociala faktorer menas i denna uppsats följande faktorer: uppväxtförhållanden, skolgång, kamratkrets, övrigt nätverk, traumatiska livshändelser samt tidiga separationer. Detta innebär inte att vi utelämnar biologiska eller socioekonomiska faktorer som har inflytande på depressioner hos unga vuxna men de kommer att uppmärksammas i mindre utsträckning.

2.2 Depression

Ordet depression väcker hos många av oss tankar och föreställningar som ryms inom ett brett spektrum. För en person innebär depression att "känna sig nere" och för en annan har ordet en mer sjuklig och klinisk klang. I den här uppsatsen menar vi med depression så kallad egentlig depression definierad enligt den amerikanska manualen DSM-IV. Depressionskriterierna enligt DSM-IV återfinns i bilaga 2.

2.3 Avgränsningar

I vårt arbete kommer vi att använda begreppen "ungdomar" och "unga vuxna" synonymt med varandra. Med detta menar vi åldersgruppen ca 16-24 år och vi är medvetna om att indelningen inte är oproblematisk. Definitionerna skiftar mellan olika studier beroende på om den har biologiskt eller sociologiskt fokus. Ett vanligt förekommande begrepp är engelskans adolescence som avser perioden 11-12 år hos flickor och 12-13 år hos pojkar och pågår upp till 18-20 år. Denna period avser den psykologiska mognaden till skillnad från puberteten vilken avser den biologiska utvecklingen (Lagerheim, 2004). Vi anser att denna indelning delvis lämpar sig för vårt syfte men är inte tillräcklig eftersom den omfattar de tidiga tonåren som ligger utanför vårt intresseområde och istället bortser från de åren mellan 20 och 24 som vi

menar att begreppet unga vuxna bör omfatta. I svenska studier är kategoriseringen 15-24 år vanlig som definition för ”ungdomar” (se SOU 2006:77). Vi anser emellertid att tiden som ung vuxen kan anses ha sin start runt den tid då tonåringen börjar gymnasiet.

John Bowlby (1994) kallar den person som barnet knyter an till under sina första levnadsår för en primär vårdnadshavare och enligt honom är det i allmänhet barnets biologiska moder. Den övervägande delen av all forskning som har bedrivits har barn och mor som deltagare. Vi vill dock undvika möjliga missförstånd i samband med olika syn på mammors respektive pappors engagemang under barnets första levnadsår samt deras påverkan på barnets utveckling. Därför har vi valt att använda i vårt arbete begreppet föräldrar för att beskriva både biologiska föräldrar, styvföräldrar eller andra vårdnadshavare som barnet kan skapa en nära känslomässig relation till.

Dessutom vill vi avgränsa vårt arbete till att enbart fokusera på behandlande professionella som är verksamma inom psykiatrin och deras uppfattning om depressioner hos unga vuxna. Anledningen är att verksamma inom psykiatrin utgår i sitt arbete från en klinisk diagnos på depression definierad enligt den amerikanska manualen DSM-IV, vilket i sin tur bidrar enligt oss till att utgångspunkten för det som vi menar med depression blir klarare.

3 Metodologiska överväganden

I detta avsnitt kommer vi att förklara närmare valet av metod, urvalsprocess, analysmetod för att slutligen resonera kring etiska frågor som är relevanta för denna uppsats.

3.1 Förförståelse

Under uppsatsens uppstartsskede och litteratursökning har vi diskuterat och resonerat kring vår egen förförståelse inför ämnet. Vi är båda av uppfattningen att familjeförhållandena i ursprungsfamiljen är en viktig faktor som både har betydelse för människans utveckling samt präglar hennes vuxenliv. Därför intresserar vi oss i vilken utsträckning våra informanter upplever att familjeförhållandena är av vikt för

behandling samt tillfriskningsprocesser när det gäller depressioner hos unga vuxna. Under arbetes gång har mycket av våra egna teorier allt mer fått lämna utrymme åt det material vi inhämtat och bearbetat. Vi har under arbetets olika skeden eftersträvat att sinsemellan hålla diskussionen levande om på vilket sätt vår respektive bakgrund och föreställningar kan ha betydelse för vårt sätt att tolka och förstå den erhållna informationen. Vi har inga illusioner om att vi helt lyckats frigöra oss från våra subjektiva uppfattningar men vi hoppas att vi genom att lyfta upp dessa har lyckats begränsa inflytandet avsevärt.

3.2 Arbetsfördelning

Båda uppsatsförfattarna har i lika stor utsträckning bidragit till den här uppsatsens färdigställande. En av uppsatsförfattarna har tagit ett större ansvar för teorikapitlet medan den andra uppsatsförfattaren tagit ett större ansvar för det praktiska förberedande arbetet med intervjuerna samt utformandet av uppsatsens layout. Övriga delar i uppsatsen har framarbetats gemensamt.

3.3 Val av metod

För att uppnå vårt syfte och försöka besvara våra frågeställningar har vi valt att använda oss av kvalitativa intervjuer med professionella behandlare som har en yrkesmässig erfarenhet av målgruppen. Dessa personer är verksamma inom Barn- och ungdomspsykiatri, Vuxenpsykiatri och en psykiatrisk samtalsmottagning för 16-25 åringar i södra Sverige. Vi har valt kvalitativ metod framför den kvantitativa eftersom vi ser den som bättre lämpad utifrån vårt syfte att belysa och skapa förståelse för problemområdet snarare än att söka generaliserbar kunskap om skyddsfaktorer och riskfaktorer när det gäller depressioner hos unga vuxna. Kvale (1997) sammanfattar den kvalitativa forskningsintervjun på följande sätt: ”Den kvalitativa forskningsintervjun söker förstå världen ur de intervjuades synvinkel, utveckla innebörden av människors erfarenheter, frilägga deras livsvärld för de vetenskapliga förklaringarna” (Kvale, 1997 s.9). Mot bakgrund av detta citat tänker även vi att söka förstå depressioner hos unga vuxna utifrån de professionellas upplevelser och yrkesmässiga erfarenheter.

Vi har valt att arbeta med det som Aspers (2007) kallar semistrukturerad intervjuform som innebär att vi utgår från ett visst antal angivna frågor. Utifrån de förbestämda frågorna kommer vi att följa upp de svar som informanter ger oss genom att medvetet arbeta vidare på de förgreningar som är relevanta för undersökning medan andra aspekter utelämnas. Vi har övervägt att i de fall det kan tänkas vara aktuellt att intervjua två informanter samtidigt men valt att inte göra det för att undvika att informanterna påverkar varandras svar (Aspers, 2007). Vi har också bestämt oss för att båda uppsatsförfattare ska närvara vid intervjuerna. Vi är medvetna om att det faktum att det finns två personer i rummet kan leda till att våra informanter känner sig iakttagna eller obekväma. Det hoppas vi dock försöka motverka genom att en av oss ska svara för själva genomförandet av intervjun medan den andra uppsatsförfattaren ska kontrollera tiden samt se till att alla frågor har besvarats. På så sätt anser vi att vi bör kunna upprätthålla en så naturlig samtalskontakt som möjligt.

Den kritik som ibland framförs mot den kvalitativa intervjun som forskningsmetod är bland annat att den inte är generaliserbar och att den är alltför subjektiv och nära knuten till den forskaren som genomför studien för att kunna betraktas som vetenskaplig. Med hänsyn till de ovan angivna argumenten kan intervjuresultatets reliabilitet uppfattas som låg då den baseras på subjektiva tolkningar men enligt Kvale (1997) kan däremot en för stark fokus på reliabilitet motverka kreativitet och föränderlighet. Å andra sida menar metodens förespråkare att kvalitativa intervjuer möjliggör för intervjuaren att fördjupa de svar han/hon får och att subjektiviteten innebär att aktörernas upplevelser är avgörande för att kunna förstå handlingar och aktiviteter (May, 2001; Aspers, 2007). Därför bör det poängteras att vi är medvetna om att kvalitativ forskning kan leda till svagare former av mätning men dess unika möjlighet att kunna beskriva människors egen uppfattning av olika fenomen blir en avgörande aspekt för att denna metod väljs i vårt arbete.

För att höja kvaliteten och reliabiliteten på vår undersökning har vi valt att spela in de intervjuer som vi genomfört. Det finns för- och nackdelar med bruket av bandspelare. Informanten kan känna sig hämmade av bandspelaren och arbetet med transkriberingen av materialet är omfattande. Vi har tagit hänsyn till nackdelarna men ansett att fördelarna väger över då vi får ett bättre underlag för tolkningar samt att det i intervjusituationen är lättare att fokusera på samtalet istället för att föra anteckningar

(May, 2001). Transkriberingen tjänar också syftet att producera text som underlag för analys. Vi har i det transkriberade materialet valt att utelämna pauser och hummanden som vi inte anser vara meningsbärande då vi båda tycker att det underlättar läsningen och bearbetningen av materialet avsevärt.

3.4 Urval

Vi har valt att göra ett strategiskt urval dvs. vi har valt att intervjua åtta informanter som är verksamma inom fältet psykiatri då de i vår mening har den yrkesmässiga erfarenhet som vi efterfrågar för att kunna besvara våra frågeställningar. Genom att fokusera på psykiatriska verksamheter kan vi skaffa oss både kunskap om och förståelse av målgruppen unga vuxna med depressioner. En av uppsatsförfattarna har sedan tidigare haft kontakt med en av de aktuella mottagningarna, vilket underlättat tillgången till fältet. Det bör dock påpekas att den informant som intervjuats på den aktuella mottagningen inte tidigare haft kontakt med uppsatsförfattaren i fråga.

Våra informanter är: en psykiater på Vuxenpsykiatri, en psykiater med familjeterapeutisk påbyggnadsutbildning på Vuxenpsykiatri, en kurator på Barn- och ungdomspsykiatri med steg I utbildning med psykodynamisk inriktning, två kuratorer på Vuxenpsykiatri med steg I utbildning med inriktning på KBT respektive psykodynamisk steg I utbildning med kompletterande påbyggnadsutbildning inom KBT samt en psykolog på Vuxenpsykiatri med KBT utbildning, en psykolog på Barn och ungdomspsykiatri med psykodynamisk steg I utbildning samt en psykolog på en psykiatrisk samtalsmottagning i södra Sverige med psykodynamisk steg I utbildning. Den psykiatriska samtalsmottagningen i södra Sverige riktar sig mot vår målgrupp medan Barn- och ungdomspsykiatri tar emot ungdomar upp till 18 år och Vuxenpsykiatri från 18 år uppåt. Anledningen till att just dessa professionella har valts är det faktum att vi vill skaffa oss en bred förståelse av samt ett mångsidigt perspektiv på problembilden. Detta i vår mening kan uppnås genom mångfald när det gäller våra informanter och deras yrkesmässiga bakgrund då deras kunskap bygger på olika teoretiska ansatser. Detta innebär dock inte att vi strävar efter en helhetsbild på depression och dess aspekter utan snarare att vi är intresserade av att belysa samt därefter analysera de frågor som är relevanta för vårt syfte utifrån olika professionella behandlares egna yrkesmässiga erfarenheter samt uppfattningar. Alla dessa

professionella arbetar regelbundet med målgruppen och det är det enda kriterium som vi har ställt på våra informanter när det gäller deras yrkesmässiga erfarenhet. Det motiveras med det faktum att vi eftersträvar ett mångsidigt perspektiv på problembilden och enligt vår mening är både korta och långa yrkesmässiga erfarenheter lika intressanta för att besvara våra frågeställningar. Målet har även varit att få en jämn fördelning mellan dessa yrkeskategorier. Med anledning av att vi inte har lyckats få någon kontakt med psykiatern på Barn- och ungdomspsykiatri har en psykiater från Vuxenpsykiatri valts istället. Samtliga våra informanter har varit kvinnor men eftersom vår uppsats inte syftar till att jämföra olika yrkesgrupper eller könsskillnader anser vi att denna fördelning inte medför några metodologiska tveksamheter.

Vi har tagit kontakt med våra informanter via e-post. I mejlet har vi informerat om undersökningens generella syfte samt i stora drag har vi sammanfattat intervjuens upplägg. Informerat samtycke innebär även att intervjupersoner kan dra sig ur undersökningen när som helst samt att de får förbli anonyma om de så önskar. (Kvale, 1997; May, 2001) Dessa sist nämnda aspekter av informerat samtycke har vi dock valt att säga personligen till våra informanter vid själva intervjutillfället. Anledningen är att samtliga våra mejl har skickats till verksamhetschefer vilka i sin tur har informerat våra informanter om syftet med vår undersökning och dess upplägg. I vår mening kan detta leda till att viktig information inte har förts vidare och därför väljer vi att ånyo sammanfatta de viktigaste aspekterna av informerat samtycke vid intervjutillfällena. Vi är medvetna om att vi i och med det här urvalsupplägget tappat en del av kontrollen över urvalet och överlämnat det till respektive verksamhetschef. Det finns en risk att verksamhetscheferna väljer att tillfråga behandlare som de anser vara mer lämpliga utifrån andra premisser än vad vi skulle ha bedömt men för att på ett bra sätt nå kontakt med fältet har vi ändå valt ovanstående arbetssätt.

Alla våra intervjufrågor har skickats via mejl några dagar före själva intervjun. Det beror dels på en uttalad önskan från en del informanter och dels på att vi själva anser att fördelarna med detta tillvägagångssätt överväger nackdelarna. Med detta menar vi att informanterna får möjlighet att bekanta sig med vårt ämne och tänka igenom vilka aspekter de vill ta upp då problematiken är omfattande. På så sätt tycker vi att svaren blir mer genomtänkta, vilket i sin tur höjer kvaliteten på dessa. En vanlig kritik som å

andra sidan framförs när det gäller ett sådant tillvägagångssätt är att våra informanter också har fått tid för att förbereda sådana svar som de anser att vi efterfrågar. Att det har hänt kan vi förstås inte utesluta men enligt vår mening är vårt syfte samt våra frågeställningar av så pass generell karaktär att det åtminstone inte uppmuntrar till ett sådant tankesätt.

Samtliga intervjuer har genomförts på våra informanternas arbetsplatser. Valet motiveras med det faktum att på så sätt befinner sig våra informanter i sin arbetsmiljö där de förhoppningsvis känner sig trygga, vilket i sin tur höjer kvaliteten på deras svar. Ett byte av plats skulle dessutom innebära att mer tid måste tas i anspråk men eftersom det är vi som besöker våra informanter upptar vi inte mer tid än nödvändigt. Tiden för intervjuerna har hållits mellan 40-60 minuter.

3.5 Analysmetod

Först strukturerade vi upp det stora intervjumaterialet genom att transkribera alla intervjuer. Därefter läste vi igenom texterna som i sin tur skulle förbereda oss till att börja koda, det vill säga tematisera informanternas svar i olika kategorier (Aspers, 2007). Sedan läste vi igenom dessa texter en gång till och då grupperade vi vårt material i följande kategorier: skydds- och riskfaktorer, generella familjeförhållanden, familjeförhållanden i relation till behandling samt familjeförhållanden i relation till tillfriskningsprocesser. Därefter tittade vi på vilka skydds- och riskfaktorer som uppmärksammats av minst fyra av våra informanter. Dessa faktorer, som vi har funnit i svaren hos minst fyra av våra informanter kom att benämnas som gemensamma skydds- och riskfaktorer och de utgör vårt första tema i analysen. Detta innebär också att genom en sådan indelning får vi alltid en grupp informanter som består av minst fyra och högst åtta personer som hör till en viss kategori inom ramen för det första temat. Med andra ord handlar det om olika personer som kan hamna inom ramen för respektive kategori som dessutom kan belysa skydds- och riskfaktorer från olika synvinklar. På så sätt fick vi också vårt andra tema nämligen specifika skydds- och riskfaktorer där en till tre av våra informanter hade uppmärksammat de respektive faktorerna. När det däremot gäller det tredje temat kommer olika aspekter av familjeförhållandenas betydelse för behandling samt tillfriskningsprocesser att analyseras.

3.6 Etiska överväganden

Vi valde i ett tidigt skede att avstå från att närma oss ämnet via de depressionsdrabbade ungdomarna själva utan valde istället att söka informationen via de professionella behandlare som kommer i kontakt med målgruppen. Anledningen är att vi anser att det vore alltför etiskt problematiskt att utsätta unga människor för den press som det skulle innebära att behöva svara på frågor om sin egen och familjens situation under ett allvarligt sjukdomsförlopp. I och med att en del av de unga vuxna vi önskar undersöka är minderåriga hade även samtycke från vårdnadshavaren varit nödvändigt vilket kan leda till att hela familjen utsätts för onödiga påfrestningar med tanke på uppsatsens status inom forskarvärlden.

Inför den initiala kontakten med våra tilltänkta informanter diskuterade vi frågan huruvida vi skulle erbjuda dem konfidentialitet och anonymitet. Vi kom fram till att vi i uppsatsen kommer aidentifiera informanterna för att på så sätt skydda dem. Även om informanterna i dagsläget ger sitt samtycke kan det hända att de ändrar sig efter det att uppsatsen är framlagd och publicerad.

4 Tidigare forskning

Eftersom depressioner i stort är ett uppmärksammat fenomen finns det relativt mycket litteratur och forskning kring ämnet. Den forskning som presenteras nedan är vald för att ge en så bred bild så möjligt av det område vi vill undersöka.

En stor del av vetenskapliga texter som numera publiceras fokuserar på depressioner i relation till andra sjukdomar, syndrom eller beteenden såsom alkoholmissbruk, posttraumatiskt stressyndrom eller normbrytande beteende. Depression uppmärksammas också i samband med sådana aspekter som exempelvis genus, etnicitet, tonårsgraviditeter. Dessutom omnämns olika signalsubstanser däribland serotonin och deras vikt för människans psykiska välbefinnande. En omfattande forskning har också gjorts kring riskfaktorer som kan ge upphov till depressioner. I en longitudinell studie på unga kvinnor som inte har någon tidigare historia av

depression lyfts det fram att sociala faktorer i form av bristande interpersonella relationer förutsäger depressiva symptom inom loppet av sex månader. Med interpersonella relationer menar forskare bland annat sämre relationer med familj eller kompisar, svårigheter med att lita på andra samt att vara nära andra (se t.ex. Eberhart et.al, 2006). I en annan longitudinell studie som har gjorts på finska barn när de var 16 år och därefter 22 och 32 år gamla konstateras det att låg självkänsla, missnöje med sina studieresultat, föräldrars skilsmässa bidrar både till kortvariga och permanenta depressioner (se t.ex. Pelkonen et.al, 2008). En annan viktig riskfaktor som påpekas i olika vetenskapliga artiklar är det faktum att barn som har föräldrar som lider av depressioner visar en ökad känslighet för stress samt löper större risk för depressioner (se t.ex. Bouma et.al, 2008).

Det finns också ett flertal studier som har studerat depressioner hos ungdomar ur ett längre perspektiv. Studier visar att frekvensen av depression är avsevärt högre hos barn med deprimerade föräldrar och man har därför utöver genetiska faktorer också intresserat sig för samspelet mellan barn och deras deprimerade mödrar. Man har bland annat funnit samband mellan depression hos mödrar och typ av anknytningsmönster (Cederblad, 2003). När man i en studie sedan undersökte föräldraanknytning hos deprimerade tonåringar och jämförde med både en frisk kontrollgrupp och en psykiatrisk kontrollgrupp som inte haft depression fann man att tonåringar med depression rapporterade mindre trygg anknytning än kontrollgrupperna (se t.ex. Armsden i Cederblad, 2003).

En intressant forskning har också gjorts kring enäggstvillingar som påvisar att benägenheten att utveckla depression påverkas av den psykosociala och fysiska miljön i kombination med den genetiska uppsättningen hos individen ifråga. Denna typ av forskning har bland annat visat att även om det genetiska arvet är likartat och tvillingarna är uppvuxna i samma miljö kan tidpunkten för debuten av depression variera. Personer som är genetiskt predisponerade för depression behöver inte alls utveckla sjukdomen om de lever i tillräckligt gynnsamma miljöer för att kunna lära sig att hantera stress och andra påfrestningar i livet. Däremot när miljöer brister i socialt stöd visar dessa studier på enäggstvillingar att risken för egentlig depression ökar (se t.ex. Kendler & Gardner i Wasserman, 2003).

Att studera känsla av sammanhang (KASAM) på gruppen unga vuxna har genomförts utifrån olika perspektiv. I en avhandling från 2007 studerar Martin Olsson unga vuxna med uppförandestörning utifrån ett salutogent och ekologiskt perspektiv. Olsson (2007) följer upp hur det går för unga vuxna med beteendestörning i tonåren och använder både så kallad KASAM-29 och ekologiska skalor som utfallsmått. Han frågar sig också om riskfaktorer hämtade ur medicinska patientjournaler kan förklara hur det gått för ungdomarna fem år senare. Avhandlingen är en uppföljningsstudie som ingår i en betydligt längre huvudstudie. Olssons (2007) huvudstudie visade på ett negativt utfall hos unga vuxna med beteendestörning, jämfört med andra jämnåriga i normalpopulationen. Dock visar också resultaten i Olssons (ibid.) avhandling att de olika utfallsmåtten gav variationer i utfallet och att utfallet därmed styrs av vilket utfallsmått man som forskare använder.

5 Teoretiska utgångspunkter

I följande avsnitt introduceras de teorier och begrepp som vi kommer att använda oss av i vår analys. Inledningsvis presenteras en övergripande bild av Antonovskys (1991) salutogenetiska synsätt eftersom hans tankegångar betonar det som i stor utsträckning behandlas i vårt arbete nämligen skyddsfaktorer och riskfaktorer. Därefter vill vi även lyfta fram viktiga aspekter av anknytningsteorin. Med andra ord görs det inget anspråk på att ge en helhetstäckande bild av anknytningsteorin i vårt arbete. Eftersom vi har valt att fokusera på familjeförhållandenans betydelse i relation till depressioner hos unga vuxna känns det, enligt vår mening, naturligt att använda sig av denna teori som en möjlig förklaringsmodell. Mot bakgrund av Antonovskys resonemang samt anknytningsteorin vill vi skapa en grund för vår analys och senare diskussion kring skydds- och riskfaktorer när det gäller depressioner hos unga vuxna samt familjeförhållandenans betydelse för behandling och tillfriskningsprocesser.

5.1 Salutogenetiskt och patogenetiskt synsätt

1970 undersökte Antonovsky (1991) hur israeliska kvinnor i olika etniska grupper hade anpassat sig till klimakteriet. I undersökningen fanns det även en ja-nej fråga om kvinnorna hade varit i koncentrationsläger. Detta i sin tur ledde till att den psykiska

hälsan hos kvinnor som hade varit i koncentrationsläger jämfördes med den psykiska hälsan hos en kontrollgrupp. Resultatet visade att de överlevande hade en ganska god allmän psykisk hälsa. Ytterligare undersökning beträffande den fysiska hälsan hos dessa kvinnor hade visat lika bra resultat. Med andra ord, trots allt elände som dessa kvinnor hade erfärut hade de ändå lyckats bevara en allmän god hälsa. Detta fick Antonovsky (1991) att börja formulera det som kallas det salutogenetiska synsättet.

Antonovsky (1991) menar att människor kontinuerligt ställs inför olika stressorer under livets lopp. Detta leder till spänningstillstånd som måste hanteras. Enligt det patogenetiska synsättet ses stressorer som riskfaktorer som ska begränsas, motverkas eller behandlas. Med andra ord ur det patogenetiska perspektivet ses stressorer som sjukdomsalstrande och därför ligger fokus på den specifika sjukdomsdiagnosen eller på förebyggandet av en viss sjukdom. Antonovsky (1991) påpekar dock att inte alla stressorer är av ondo. Hur kommer det sig annars att någon någonsin klarar det? Svaret enligt Antonovsky (1991) ger det salutogenetiska synsättet vilket betonar stressorer mot intresset för copingmekanismer (copingstrategier). På så sätt beroende på hur framgångsrik hanteringen av stressorer är kommer resultatet att antingen bli sjukdom, hälsa eller något däremellan. Med andra ord, det som intresserar Antonovsky är hur individer hanterar stressorer på så sätt att de samtidigt behåller sin hälsa. Antonovsky (1991) pekar på att stressorer kan vara hälsobefrämjande genom att mobilisera organismen. Allt detta ledde honom till att formulera KASAM (känsla av sammanhang) och dess betydelse för en framgångsrik problemhantering. Med andra ord kom han fram till att graden av KASAM är avgörande för om människor blir och förblir friska. Antonovsky (ibid.) urskiljer dessutom tre centrala komponenter i KASAM nämligen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. En stark styrka i KASAM, där upplevelserna av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet är höga, är avgörande för förmågan att hantera spänning på ett bra sätt, vilket i sin tur främjar individens hälsa. Begreppet KASAM definieras på följande sätt:

Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man skall kunna mäta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang. (Antonovsky, 1991 s.41)

Vidare menar han att genom att enbart fokusera på den patogenetiska förklaringsmodellen blir man specialist på en bestämd sjukdom, vilket samtidigt leder till att man går miste om chansen att lära sig något om ohälsa eller hälsa i stort. Anledningen är att sjukdom och hälsa ses som antingen-eller tillstånd istället för ett multidimensionellt kontinuum från hälsa till ohälsa. Antonovsky (1991) menar att trots att man är sjuk är man i visst avseende frisk och ur det salutogenetiska perspektivet undersöks var varje person befinner sig på detta kontinuum. På så sätt fokuserar det salutogenetiska perspektivet på de faktorer som vidmakthåller god hälsa genom att se till individens hela livshistoria. Med andra ord möjliggör detta synsätt frågan *Vilka faktorer bidrar till att upprätthålla ens position på kontinuitet eller till att skapa en rörelse mot den friska polen?* istället för *Vad orsakade (eller kommer att orsaka) att någon drabbas av en viss sjukdom?* Generellt sett, uppmärksammas copingsresurser istället för riskfaktorer. Slutligen menar han att både patogenetiskt och salutogenetiskt synsätt bör ses som komplementära modeller som tillsammans möjliggör att tillvarata på alla resurser som bidrar till tillfrisknandet (Antonovsky, 1991).

5.2 Anknytningsteorins framväxt

Anknytningsteorin härleds till Bowlbys forskning kring barn och ungdomar och i synnerhet de barn som befann sig i någon form av institutionsvård. Med hjälp av sina studier undersökte han vilka negativa effekter modersdeprivation hade på barnens och på sikt även ungdomarnas personlighetsutveckling. Resultaten visade på att de barn som befann sig på institutioner i åldern ett till fyra led av att vara separerade från sina mödrar på liknande sätt som vuxna när de sörjer förlusten av en anhörig. De barn som dessutom växte upp inom ramen för någon form av institutionsvård hade emotionella, intellektuella, psykiska samt sociala problem. Deras erfarenhet av långvariga separationer från sina mödrar ledde till att de i större utsträckning led av personlighetsstörningar samt valde en kriminell väg i livet. Generellt bidrog långvariga eller permanenta separationer till att skapa en oförmåga hos dessa barn att utveckla djupa och varaktiga känslomässiga relationer. (Broberg et.al, 2006 ; Howe, 1995) David Howe (1995 s.47) beskriver Bowlbys forskningsresultat på följande sätt: ”It seemed that the lack of a warm, intimate and continuous relationship with the mother during infancy, rather than middle or later childhood, was likely to lead to a

person with a disturbed personality who might also suffer cognitive impairment, anxiety and depression.”

Bowlbys forskning och nya resonemang kring negativa effekter av långvariga separationer från den primära vårdnadshavaren (i allmänhet barnets biologiska mamma) i tidig ålder lade grunden för det som idag kallas anknytningsteori. I detta sammanhang är det även viktigt att nämna en annan förgrundsfigur inom anknytningsteorin nämligen Mary Ainsworth som bland annat i samarbete med Bowlby gjorde en ny sammanställning av forskningsresultat gällande modersdeprivation. Dessutom genom sina egna studier i Uganda beträffande utveckling av mor-barn relationen under det första levnadsåret understödde och utvidgade hon Bowlbys slutsatser och tidigare rön (Broberg et.al, 2006).

5.3 Anknytning

Anknytningen är en primär biologisk funktion som gör sig gällande oberoende av tillfredsställelsen av fysiologiska behov såsom näringstillförsel. Att knyta an till någon innebär att söka dennes närhet det vill säga i enighet med anknytningsteorin betyder det att det nyfödda barnet utvecklar specifika känslomässiga band till föräldrar. Genom en nära känslomässig relation till sina föräldrar skapas det varaktiga mentala representationer hos barnet av barnet självt, viktiga närstående och samspelet dem emellan vilka lägger grund för barnets fortsatta utveckling av relationer till andra vuxna, jämnåriga, och även kärlekspartner. Dessa mentala representationer så kallade inre arbetsmodeller kommer också att bli en viktig beståndsdel i personlighetsutvecklingen (Bowlby, 1994 ; Broberg et.al, 2006). På så sätt beskriver Bowlby enligt David Howe (1995 s.50) anknytningen: ”The young child’s hunger for his mother’s love and presence is as great as his hunger for food. Attachment is a primary motivational system with its own workings and interface with other motivational systems” Med andra ord för att anknytningen ska kunna utvecklas krävs det både engagemang samt kontinuitet i relationen mellan barnet och anknytningspersonen.

Anledningen till att barnet söker sig till sina omvårdare och knyter an till dem är dess behov av trygghet och/eller tröst. Barnet signalerar sitt behov av närhet, tröst och

beskydd och föräldern svarar på barnets signaler genom olika omvårdnadsbeteenden exempelvis kramar, lugnande tal. Med andra ord utvecklas anknytningen som ett resultat av ett samspel mellan barnets behov av omvårdnad och föräldrarnas vilja att ge omvårdnad. På så sätt ökar barnet sina möjligheter att överleva i denna för barnets farliga värld, alltså anknytningen har en viktig skyddsfunktion vilken oftast aktiveras vid nödsituationer. ”Anknytningen handlar specifikt om hur människor (barn och vuxna) utvecklar och bevarar förmågan att använda sig av vissa utvalda personer som källor till trygghet och beskydd i stunder när fara hotar” (Broberg et.al, 2006 s.158).

Detta förutsätter dock att föräldrarna kan utgöra en trygg bas från vilken barnet kan både utforska världen och en säker hamn som de kan återvända till när fara hotar. Med detta menas att barnet måste känna sig välkomnat när det återkommer till den trygga basen och veta att det blir tröstat, och får fysiskt eller psykiskt stöd. Föräldrarnas funktion som en trygg bas och en säker hamn är avgörande för barnets optimala utveckling då det måste råda en balans mellan barnets anknytnings- och utforskandesystem. När barnet kommer upp i tonåren blir utflykterna längre men en trygg hemmabas är fortfarande av stor vikt för tonåringens mentala hälsa och personliga utveckling (Bowlby, 1994 ; Broberg et.al, 2006).

Beroende på om barnet får denna trygghet och det beskydd som det söker kommer olika anknytningsmönster att utvecklas. Om närhetssökande leder till ökad känsla av trygghet och beskydd kallas anknytningen för trygg medan när barnet inte kan använda sina föräldrar som trygg bas/säker hamn tvingas det att utveckla alternativa strategier för att få sina behov av närhet och trygghet tillgodosedda. Med andra ord kan det sägas att individuella skillnader i anknytningsmönstren beror på barnets omvårdnadserfarenheter, alltså anknytningen i stort bygger på barnets och anknytningspersonens gemensamma interaktion. När barnet litar på att dess omvårdare är tillgänglig och beskyddande när faran hotar kommer barnet att våga utforska världen samtidigt som det också får tilltro till sin egen förmåga att samspela med andra. Dessa barn ser sig själva som älskade och andra som pålitliga, vilket bäddar för ett gott självförtroende samt en god självkänsla. Ett barn som utvecklas tryggt skapar en flexibel relation till anknytningspersonen, vilken möjliggör för barnet att växla mellan trygghetssökande samt utforskande. Med andra ord främjas det trygga anknytningsmönstret av att föräldrar under de första levnadsåren är lyhörda,

lättillgängliga samt att deras reaktioner på barnets signaler är förutsägbara. Ett barn med en trygg anknytning kommunicerar genom ögonkontakt, ansiktsuttryck, vokalisering i samspel med sin anknytningsperson, vilket är ett resultat av dennes ständiga övervakning i försök att ge barnet trygghet, tröst och beskydd (Bowlby, 1994 ; Broberg et.al, 2006).

6 Analys

6.1 Gemensamma skydds- och riskfaktorer

I samband med detta tema behandlas KASAM samt individknutna skydds- och riskfaktorer. Känslan av sammanhang uppmärksammas i relation till skolgång, nätverk, socioekonomiska faktorer, familj och dess betydelse för förekomst och förlopp av depressioner hos unga vuxna för att därefter uppmärksamma avgörande livshändelser för utvecklandet av sjukdomen utifrån copingsmekanismer som också är en viktig komponent av känslan av sammanhang. Slutligen följer nästa avsnitt som en del av temat "Gemensamma skydds- och riskfaktorer" där de individknutna skydds- och riskfaktorerna lyfts fram. Dessa är hereditet och biologiska faktorer, samsjuklighet och missbruk, temperament och personlighetsdrag samt begåvning.

6.1.1 KASAM

Flera av våra informanter lyfter fram upplevelsen av KASAM som en skyddande faktor. Även de informanter som inte använt begreppet uttryckligen har tagit upp många av de aspekter som hör till människans upplevelse av känsla av sammanhang. En del av våra informanter påpekar även att bristande känsla av sammanhang kan utgöra en väsentlig riskfaktor för utvecklandet av depressioner hos unga vuxna. Nedan redovisas det som har framkommit i informanternas svar i relation till KASAM.

6.1.1.1 Skolan som skydds- och riskmiljö

Flera av våra informanter har påpekat skolans betydelse för att den unge ska uppleva att han eller hon ryms i ett sammanhang. Skolan erbjuder sysselsättning, stimulans och social tillhörighet. En av våra informanter lyfter fram exempel där skolan blivit en

motor till en positiv förändring i en för patienten mycket svår psykosocial situation. På så sätt beskrivs det:

Skolan var omhändertagande på ett sätt som föräldrarna inte var. Skolan täckte upp de här bitarna vilket gjorde att hon kunde bli bättre. [...] Jag vet inte vad som var orsaken men förändringen kom när hon bytte skola. [...] Så jag tänker absolut att det var mer eller mindre livsavgörande för henne, inte på liv och död, men avgörande för den riktning hennes liv skulle ta.

Flera av våra informanter diskuterar också svårigheterna när skolsituationen inte fungerar och det handlar då främst om de sociala aspekterna och kraven på prestation. Som riskfaktor nämns mobbning i det här sammanhanget. En av våra informanter uppmärksammar att till skillnad från mobbning på arbetsplatser där en vuxen person kan välja att sluta blir situationen mer komplicerad för en ung vuxen. Även om till exempel gymnasiet är frivilligt är många ungdomar medvetna om vilka konsekvenser ett beslut om att inte slutföra gymnasiet medför och kanske därför väljer att fortsätta sin skolgång trots att mobbning förekommer. Detta i sin tur kan leda till känslor av maktlöshet och utanförskap som kan försvaga den unges upplevelse av känslan av sammanhang. En annan informant påpekar att inte bara mobbning kan förorsaka detta utan att även utfrysning eller känslan av att inte få finnas med bland kompisarna kan vara lika viktiga riskfaktorer. Att inte finnas med bland kamrater kan ge upphov till känslor av annorlundaskap och av att ha ett avvikande beteende. Dessa i sin tur kan innebära ökad risk för depression. Nedan följer ett citat från en av våra informanter som beskriver det ovanstående:

Sen en annan sak är ju det här med upplevelsen av annorlundaskap, alltså att man är annorlunda än andra och det är ju både psykiskt och fysiskt, som dom här hyperaktiva ungdomarna, eller ätstörningar. Det här med att kroppen ser annorlunda ut, jag träffar en hel del ungdomar som kommer från andra kulturer och det här med att man ska se ut på ett visst sätt och här det är naturligt [med] en ökad hårbeväxt och som är helt förtvylade, de kan inte vara med på gympan, dom kan inte klä om.

Stress är en annan aspekt av skolan som flera av våra informanter lyfter fram som en viktig riskfaktor när det gäller depressioner hos unga vuxna. Även om de alla är ense om att stress är en riskfaktor betonar de olika infallsvinklar. En av våra informanter ser gymnasieskolans organisering som en del av stressproblematiken då de unga inte går i fasta klasser utan rör sig mellan olika grupper och sammanhang samtidigt som det är upp till dem själva att ta ansvar för sin egen skolgång. Stressen att välja rätt och

att bli framgångsrik kommer både från dem själva och från familj och kamrater. En annan av våra informanter lyfter fram konkurrensen som unga utsätts för som en stressfaktor men betonar snarare behovet för den unge att utveckla strategier för att hantera stress. Utöver den stress som kan uppstå i skolan menar flera av våra informanter att det ofta handlar om de unga vuxnas höga förväntningar på livet som kan vara svåra att uppfylla. De nämner bland annat att unga vuxna med depressioner ibland berättar om svåruppnåeliga mål gällande kroppsutseende, framtida karriärplaner och kärleksliv.

Som vi märker inom psykiatrin, är förväntningarna på livet kan vara väldigt höga, dom unga som växer upp idag märker vi har väldigt höga förväntningar på hur livet ska bli. Så där märker vi att vi faktiskt väldigt många gånger får gå in och berätta att när någon förlorar en flickvän eller liknande, så blir man ledsen, man får vara ledsen, ok ett tag, det är ok, det är inget psykiatriskt i det, det är inget fel i det utan det är en naturlig process och likadant hur livet ser ut, ja, det behöver inte vara ett lidande men smärta ingår faktiskt i livet. [...] Realistiska förväntningar på vad, att vi alla inte är popstjärnor på tv eller vad det nu kan vara utan att livet ser annorlunda ut och om man förlorar någonting är det ok att känna ledsenhet till exempel.

Mot bakgrund av det ovan nämnda betraktas skolan av våra informanter som både skydds- och riskfaktor. Den skapar möjligheter till att finna sin plats i ett sammanhang såväl som den utsätter en ung vuxen för stress, mobbning och känslor av annorlundaskap, utanförskap och maktlöshet. Den dubbla roll som skolan har för förekomst och förlopp av depression kan förstås med hjälp av Antonovskys känsla av sammanhang. Eftersom KASAM handlar om den individuella upplevelsen av den utsträckning i vilken händelser betraktas som begripliga, hanterbara och meningsfulla kan detta förklara de skillnader som våra informanter nämner. Med andra ord beroende på hur ungdomen ifråga upplever det som händer omkring henne eller honom i skolan kan dessa händelser antingen leda till utvecklandet av depression eller inte. Det som enligt Antonovsky (1991) är avgörande för att klara sådana och liknande påfrestningar i skolan med hälsan i behåll är själva förmågan till att se dem som förnuftsmässigt gripbara, sammanhängande, strukturerade snarare än otydliga och kaotiska. Individerna bör dessutom uppleva en hög känsla av hanterbarhet istället för att känna sig som ett offer för omständigheterna samt betrakta sådana händelser som utmaningar värda engagemang och investering av krafter. Eftersom alla ungdomar är olika upplever de också olika hög grad av känslan av sammanhang, vilket kan leda till utvecklandet av depressioner hos vissa av dem medan andra inte kommer att drabbas alls.

6.1.1.2 Nätverket som hjälper och stjälper

Alla våra informanter tar på ett eller annat sätt upp vikten av ett fungerande nätverk. Med nätverk avses då släktingar utanför den direkta kärnfamiljen, vänner och bekanta, kompisar och sociala kontakter i samband med fritidsaktiviteter. En av våra informanter inkluderade även professionella kontakter såsom socialtjänst i begreppet men den huvudsakliga tyngdpunkten ligger här på civila kontakter. Flera av våra informanter lyfter just fram bristen på ett fungerande nätverk som ett kännetecknande drag hos unga vuxna med depressioner. En av våra informanter beskriver också att det är själva kvaliteten på nätverket som är avgörande för att inte drabbas av depression.

Man kan ha ett stort nätverk men som i huvudsak utövar kontroll. Tajt, med mycket regler, där är inte nätverket en tillgång för att få barnet att må bättre utan tvärtom. [...] Annars är ju nätverk något positivt som kan erbjuda stöd, som kan erbjuda avlastning.[...] Det är en styrka om det finns andra vuxna, som en moster eller en faster man kan ringa till. Slakten är ett större stöd än kamraterna. Kamraterna kan vara ett jättestöd [...] men när det gäller barn som kommer så här i gungning [...] är de ändå inte på den nivån att de kan hjälpa medan nätverket kan det.

Det som en av våra informanter uppmärksammar i samband med kvaliteten på nätverket beskrivs även på ett mycket intressant sätt av Lilja et.al (1998) där han sätter kvaliteten av nätverket i relation till känslan av sammanhang samt copingsmekanismer (copingstrategier). Enligt den forskning som han nämner tycks förekomsten av depression ha svagare samband med antalet nära vänner än omfattningen och kvalitén på nätverket. Personer med få men nära relationer är alltså mindre depressionsbenägna än personer med många vänner men med vilka de sällan pratar om sina personliga angelägenheter och problem. Vidare förklarar Lilja et.al (1998) att ett socialt nätverk som är empatiskt och inte påträngande kan vara av stor betydelse när det gäller att bryta ett socialt tillbakadragande och påskynda tillfriskningsprocesser. Den typen av stöd kan dessutom bidra till individens självförtroende och känsla av sammanhang samt utvecklandet av funktionella copingsmekanismer. Med andra ord kan ett väl fungerande socialt nätverk skapa och upprätthålla ett bra självförtroende och minska risken för depression.

Avseende kompis- och vänskapsrelationer menar flera av våra informanter att vänner kan bidra till att den unge finner sin plats i ett sammanhang och skapar en känsla av

tillhörighet. Detta hjälper den unges personliga utveckling och är särskilt viktigt i de tidiga ungdomsåren när hennes eller hans behov av frigörelse från föräldrar och strävan efter autonomi börjar ta form. En ytterligare informant tar också upp de risker som kamratrelationer kan innebära för den unge beroende på hur umgänget ser ut. ”Man kan ha vänner men när man mår dåligt är det ju stor risk att man träffar på andra ungdomar som också mår jättedåligt och idag med datorer och chatt och så väldigt snabbt [...] hittar man... Det är bra med vänner än inga vänner alls men ibland kan det vara en vidmakthållande faktor”. Kamratrelationerna kan också leda till destruktiva levnadsmönster, såsom missbruk, som det tas upp i samma intervju. När man är i 16-årsåldern och kommer in på gymnasiet och träffar nya kamrater kan viljan att höra till kamratkretsen leda till att den unge får svårt att stå emot gruppträck.

På samma sätt som graden av KASAM är tillämpligt på skolan i relation till skydds- och riskfaktorer menar vi med hänsyn till vår empiri att även nätverkets dubbla roll kan förstås på samma sätt. Ett empatiskt och välfungerande nätverk erbjuder samhörighet med gruppen och därmed bidrar till en starkare känsla av sammanhang medan ett svagt nätverk kan leda till en känsla av utanförskap och på sikt även isolering. För att uttrycka det i enighet med Antonovskys tankegångar kan ett fungerande nätverk vara avgörande för att flytta en deprimerad ungdom närmare mot den friska polen (Antonovsky, 1991). Dessutom genom att veta att det finns omtänksamma personer i den närmaste omgivningen kan detta påverka den unges upplevelse av mening, vilket i sin tur kan bädda för att hon eller han utvecklar funktionella copingstrategier. Genom att utveckla funktionella copingstrategier hanterar man enligt Antonovsky stressorer på så sätt att den goda psykiska hälsan bibehålls, det vill säga fokus läggs på det salutogenetiska synsättet. För att dessutom kasta ett annat ljus över problematiken kan anknytningsteorin användas i detta sammanhang. Enligt Broberg et.al (2006) har nämligen den tidiga omvårdnaden och trygga anknytningen betydelse för hur en ung vuxen fungerar i nära känslomässiga relationer, exempelvis kamrat- och/eller kärleksrelationer. Den unges sätt att fungera i sådana situationer kan enligt vår mening påverka kvaliteten på hans eller hennes nätverk. Genom att kunna förhålla sig till det motsatta könet och andra personer i omgivningen samt genom att känna tillit i kärleksrelationer kan detta bidra till att antingen utöka den unges nätverk eller bibehålla dess kvalitet.

6.1.1.3 Sämre ekonomi ökar riskerna

Våra informanter ger inte de socioekonomiska aspekterna någon framträdande roll när de diskuterar skydds- och riskfaktorer när det gäller depression hos unga vuxna, men i dessa fall när de förekommer i vårt material kopplas de socioekonomiska faktorerna samman med känslan av utanförskap och upplevelsen av omvärlden d.v.s. med känslan av sammanhang. En informant uttrycker:

Jag tror risken är större att utveckla en depression i ett segregerat bostadsområde. Du upplever mer saker, du hör mer saker, kanske grannar som slåss eller bråkar, det är klart att det påverkar även om det i sig själv inte orsakar en depression, men det kan förvärra känslan av att världen är ond, att allt är negativt.

Bristen på ekonomiska resurser kan också innebära att känslan av att inte höra till kamratgruppen förstärks, som samma informant uttrycker det: ”Barnet inte kan få det som alla andra har, att barnen står utanför samhället”, vilket ytterligare ökar känslan av utanförskap. Bohlin et.al (2007) nämner också att en av troliga orsaker till depression hos målgruppen är försämrade ekonomiska villkor. Hon menar att andelen fattiga unga 16-24 år, som inte bor kvar hemma fördubblades under perioden 1982-2002 där den stora ökningen skedde från början av 90-talet. Dessutom fortsätter allt fler ungdomar att bo i föräldrahemmet och de som är 18-29 år gamla utgör 40% av de som erhåller försörjningsstöd. Alla dessa ovan nämnda faktorer påverkar den unges känsla av sammanhang i negativ riktning då hon eller han dels inte känner någon större samhörighet med det övriga samhället och dels inte får tillräckligt med utrymme för att kunna skapa sin egen identitet utanför ursprungsfamiljen.

En annan av våra informanter påpekar att på samma sätt som en brist på resurser kan innebära en riskfaktor kan goda ekonomiska förhållanden utgöra skydd för ungdomar avseende risken att utveckla depression. Hon nämner att föräldrar med ekonomiska möjligheter kan ordna och finansiera aktiviteter för sina ungdomar på ett sätt som mindre bemedlade föräldrar inte kan, något som i sin tur skulle kunna öka känslan av samhörighet med andra ungdomar samt av acceptans i stort.

6.1.1.4 Familjen som resurs och belastning

Anknytning

De flesta av våra informanter uppmärksammar en trygg anknytning som en skyddande faktor mot depression och annan psykisk ohälsa. En av våra informanter beskriver det på följande sätt:

Om man har en trygg anknytning då har man så att säga [...] en god sats [...] har en stabilitet i relationer som man skapar under livet då blir [...] har man så att säga... inte bara tilltro till andra människor runt omkring sig utan också en tilltro till sig själv och att man åtminstone i grund och botten litar på sin egen förmåga att klara av problem och att kunna stå på sina egna ben

Samma informant menar också att ”en trygg anknytning är [en förutsättning] att klara sig bättre genom livet med olika påfrestningar”. Just hur man hanterar påfrestningar är en komponent som vi diskuterar vidare i avsnittet 6.1.1.5. En annan informant lyfter upp att ungdomar där man kan misstänka en otrygg anknytning inte bara visar sedvanliga symtom såsom känsla av meningslöshet och uppgivenhet utan också ofta uppvisar en tomhet i kontakten och har svårt att verbalisera sina känslor gentemot föräldrarna. Hon förtydligar: ”Ibland får man direkt känslan att det funnits brister tidigt i anknytningen, jag tänker då att anknytningen är något som sker under de första åren av ens liv [...] både i relation till dem är allra närmst och i andra relationer”. Samma informant vidareutvecklar att en otrygg anknytning påverkar barnets sätt att närma sig andra och att hon därför drar slutsatsen att på det sätt en ungdom närmar sig henne sannolikt överensstämmer med det sätt den unge närmar sig andra nya personer. Hon tillägger dessutom att hon ofta märker att ungdomar med en otrygg anknytning inte är lika öppna och nyfika inför nya kontakter som ungdomar som beskriver en trygg anknytning till sina föräldrar.

En annan av våra informanter som tar upp en trygg anknytning som en skyddande faktor menar att de tre första åren i varje individs liv är så viktiga att om det är möjligt bör mamma vara hemma de tre första åren av barnets liv. Hon menar att det är dessa år som lägger grunden för den fortsatta utvecklingen. Därefter förklarar hon att om man under de första levnadsåren lyckas bygga upp en stark struktur i familjen, som är tillåtande för barnet att dela med sig av sina tankar och känslor, och som är hjälpsam och varm, ger det barnet en styrka och kraft att senare i livet möta de stressfaktorer

som den unge kommer att bli utsatt för. Utifrån informantens svar ser vi tydliga kopplingar till anknytningsteorin där det fastslås att de tre första åren i varje individs liv är grundläggande för barnets optimala personlighetsutveckling (Bowlby, 1994).

Liksom informanten ovan lyfter fram är relation föräldra-barn av stor betydelse för den fortsatta utvecklingen. Wasserman (2003) påpekar att när föräldrar är förebilder för barnet och därefter även ungdomen samt uppfostrar dem, lär de på så sätt sina barn eller ungdomar att hantera både motgångar och påfrestningar i livet men även framgångar. Hon förklarar vidare att om föräldra-barn relationen fungerar på ett tillräckligt bra sätt upplever sig barnen/ungdomarna som uppskattade, sedda och älskade. Genom en bra kommunikation och kärleksfulla relationer skapar föräldrarna nämligen fasta gränser med klart uttalade värderingar och normer, förutsättningar för att de ska må bra och utvecklas harmoniskt samt för att de ska få en god självkänsla. Misslyckade relationer å andra sidan kan sänka självförtroendet och leda till depression hos de unga vuxna som har de förutsättningar som våra informanter lyfter fram. En annan av våra informanter påpekar även att många unga människor är oerhört upptagna av relationen till sina föräldrar, oavsett om den är god eller dålig. Detta kan leda till att de blir väldigt beroende av sina föräldrar även i ung vuxen ålder vilket kan visa sig vara problematiskt för den unge att hantera. Vi menar att detta skulle kunna innebära en stor påfrestning framförallt för ungdomar i 20-24 årsåldern då man i högre utsträckning förväntas ha tagit ett kliv in i vuxenvärlden vid den här åldern.

Nästa informant påpekar också att adoption kan vara en riskfaktor utifrån anknytningsteorin. Vi tolkar detta på så sätt att man som adopterad kanske inte haft möjlighet att utveckla nära känslomässiga relationer till sin anknytningsperson under de första levnadsåren. Därutöver kan själva modersdeprivationen enligt anknytningsteorin (Bowlby, 1994 ; Broberg et.al, 2006) innebära svårigheter i den känslomässiga utvecklingen, vilket kan resultera i dåligt självförtroende eller utgöra en väsentlig riskfaktor för förekomst av depression eller andra psykiska besvär under ungdomstiden.

Samma informant berättar dessutom att hon upplever att deprimerade ungdomar i högre utsträckning har deprimerade eller nedstämda mödrar. Vi frågade om hon ansåg

att nedstämdheten kom sig av att den ungdomen mådde dåligt men informanten menade att hon snarare såg den unges depression som en konsekvens av föräldrarnas mående. På så sätt beskriver hon det:

[...] ofta är det mamma, [...] att mamma är nedstämd, deprimerad till och med men inte går i någon behandling för det men ändå får det att fungera och klarar av att sköta jobbet och så men inte har orken och inte har energin att engagera sig i sitt barn. Och så tar det ett tag och så blir ungdomen nedstämd, men det är ju inte bara den enda faktorn men det tycket jag är slående.

Cederblad (2003) uppmärksammar det som nämns ovan genom att peka på en del studier som gjordes med fokus på samspelet mellan barn och deras deprimerade mödrar. En studie visade exempelvis att barn till deprimerade mödrar var tryggt anknutna i 57% av fallen när de var 12 månader medan en uppföljning vid 18 månaders ålder visade att inget av barnen var tryggt anknutet.

Mot bakgrund av det ovan nämnda kan relationen mellan unga vuxna och deras föräldrar betraktas både som skydds- och riskfaktor. Beroende på hur samspelet de sinsemellan ser ut och har sett ut under uppväxttiden kan detta bädda för en optimal personlighetsutveckling eller öka risken för misslyckade relationer, sänka självförtroende samt på sikt leda till depressioner. Anknnytningsteorin, som vi utgår från i denna uppsats, förklarar varför nära känslomässiga relationer till föräldrar är av så pass stor betydelse för barnets och senare även för den unges personliga utveckling. Genom att interagera med föräldrar skapar nämligen barnet varaktiga mentala representationer av sig självt, viktiga närstående och samspelet dem emellan. Dessa mentala representationer så kallade inre arbetsmodeller i enlighet med anknnytningsteorin lägger grund för barnets fortsatta utveckling av relationer till andra vuxna, jämnåriga och även kärlekspartner. Om barn-förälder relationen inte fungerar på ett tillräckligt bra sätt kan detta leda till att barnet utvecklar en negativ bild av sig självt samt upplever en lägre känsla av värde. I sådana fall när anknnytningsspersonen har varit avvisande eller inkonsekvent i förhållande till barnets signaler kan detta leda till svårigheter med att känna tillit till andra personer som en ung vuxen. Detta i sin tur kan sänka den unges benägenhet för att vända sig till andra personer för stöd i situationer där detta behövs, exempelvis vid depressioner. Med andra ord tack vare gynnsamma omständigheter i barndomen kan inre arbetsmodeller av trygghet och tillit återetableras vid kriser i ungdoms- och vuxenåren (Bowlby, 1994 ; Broberg et.al,

2006) och detta menar vi, mot bakgrund av vår empiri, kan antingen skydda mot utvecklandet av depression eller påverka tillfriskningsprocesser.

Familjeliv

En klar majoritet av våra informanter tar upp skydds- och riskfaktorer som hänger samman med familjen och familjens sätt att organisera sig och sina relationer. Här ryms uppfostringsstil, engagemang från föräldrar, vardagliga familjerutiner samt den generella stämningen som präglar familjen. En informant menar till exempel att föräldrars engagemang kan utgöra en skyddsfaktor och att föräldrarna måste hjälpa sina ungdomar att våga berätta om sina tankar och känslor då de på så sätt lär sig att klä sina känslor i ord och tala om sina problem med andra. De barn/ungdomar som däremot stänger inne det som de känner eller har problem med riskerar i högre utsträckning att drabbas av depression (Wasserman, 2003). En annan informant lyfter upp den mer praktiska aspekten av föräldrarnas engagemang och menar att föräldrar ska ta sig tid för sin ungdom när han eller hon mår dåligt och till exempel underlätta en behandling genom att skjutsa den unge till psykiatrimottagningen. Ytterligare en informant menar att föräldrar kan hjälpa sina barn genom att se till att vardagliga rutiner upprätthålls och på så sätt kan motverka att den unge till exempel vänder på dygnet när han eller hon upplever känslor av nedstämdhet. En annan informant uppmärksammar att det finns ett samband mellan det psykiska måendet och omvårdanden och skötseln av kroppen och att föräldrar kan hjälpa sina barn/ungdomar även ur den aspekten. Hon menar vidare att misskötsel av kroppen och dess behov kan innebära direkta negativa konsekvenser på det psykiska måendet.

Som vi nämnt innan kan en välfungerade och stödjande familj utgöra en viktig skyddsfaktor för att motverka depression hos unga vuxna. Enligt våra informanter kan ett familjeliv präglat av konflikter och osämja utgöra en avsevärd riskfaktor för att utveckla depression. En informant beskriver till exempel att ungdomar med depression ofta har varit utsatta för upprepade kränkningar där föräldrar regelbundet agerat nedlåtande mot dem. Barn och ungdomar måste därför uppleva att deras föräldrar ställer upp för dem även i de svåraste situationerna. Föräldrarnas viktiga position i detta sammanhang kan också förstås med hjälp av anknytningsteorin där föräldrarna utgör en trygg bas från vilken barn/ungdomar kan utforska världen och en

säker hamn som de kan återvända till när fara hotar (Broberg et.al, 2006). Detta är generellt viktigt för alla barns och ungdomars optimala utveckling och enligt vår mening blir detta ännu mer av betydelse när en ungdom mår psykiskt dåligt. Då särskilt i dessa fall när faran i form av depression hotar måste ungdomen känna sig välkommen när hon eller han återkommer till den trygga basen och veta att hon eller han blir tröstat och får fysiskt eller psykiskt stöd av sina föräldrar. Föräldrarnas förmåga till att stödja sin unge kan i sin tur antingen skydda mot förekomst av depressioner eller visa sig mycket betydelsefull för den unge för att kunna kämpa med sin sjukdom.

Förutom att våra informanter pekar på vikten av en god stämning inom familjen som en viktig skyddsfaktor har en intressant forskning bedrivits av Kjell R Nilzon (1996) som just behandlar dessa aspekter av familjeliv i relation till depressioner hos barn och tonåringar. Kjell R Nilzon (1996 s.8 study IV) har i sin avhandling bland annat kommit fram till följande när det gäller stämning inom familjen:

The major finding is that there are significant differences between DA (depressed anxious) and non-DA families. In agreement with other research (Reynolds, 1992) there were more open conflicts and more major family problems in the DA-group than the non-DA group. The DA families indicated that they were less happy and were less able to solve conflicts than the non-DA families. Adolescents raised in an environment of conflict or divorce would be more vulnerable for depression (...).

Han vidareutvecklar att även andra kliniska studier visar att depressiva symptom hänger samman med vissa dysfunktionella mönster inom familjen såsom överkontroll, äktenskaplig osämja och upplevelse av otillfredsställelse. Tonåringar som har vuxit upp i miljöer som har präglats av konflikter och avvisande attityder från omgivningen är mer benägna att utveckla depressiva symptom.

En annan av våra informanter lyfter även fram att en auktoritär uppfostran sammantaget med temperamentfulla personligheter hos både föräldrarna och den unge kan utlösa familjekriser i tidiga tonåren när föräldrarna måste börja kompromissa med den unge som ett led i självständighetsutvecklingen. Med hjälp av anknytningsteorin förstår vi att en auktoritäruppfostringsstil kan begränsa den unges möjlighet av utforskande och trygghetssökande under uppväxten, vilket i sin tur i tonåren riskerar innebära att den unge inte känner trygghet i att söka föräldrarna när han eller hon

ställs inför misslyckande. När ungdomen å andra sidan upplever att hans eller hennes föräldrar accepterar att andra individer väljs för en rad aktiviteter men samtidigt känner att föräldrarna är bekväma med rollen som trygg bas söker han eller hon i högre utsträckning stöd och tröst hos föräldrarna (Broberg et.al, 2006). Vi menar därmed, utifrån vårt material och med hjälp av anknytningsteorin, att en auktoritär uppfostringsstil riskerar att innebära att den unge kommer ur tonåren med en dåligt balanserad förmåga till att vara självständig relaterat till förmågan att söka föräldrarna för stöd och trygghet vid motgångar. På liknande sätt som vi tidigare har resonerat kan detta i sin tur ge upphov till psykiska besvär däribland depression.

6.1.1.5 Avgörande livshändelser och copingsmekanismer

Begreppet copingsmekanismer har bara en av våra informanter använt uttryckligen. Däremot har många uppmärksammat själva hanterandet av påfrestningar vilket är mer svenskt uttryck för begreppet copingsmekanismer. Som nämnt innan ingår copingsmekanismer som en viktig komponent i människans känsla av sammanhang. Alla människor drabbas av olika påfrestningar och förändringar i livet som tvingar de att lösa dessa problem eller anpassa sig till förändrade levnadsvillkor. Påfrestningarna kan vara långvariga eller kortvariga men de innebär alltid en ansträngning såväl psykiskt som fysiskt. Våra informanter lyfter fram följande påfrestningar samt livshändelser som kan ha inflytande på förekomst och förlopp av depression hos unga vuxna. Dessa är tidiga separationer, förlust av en anhörig eller pojkvän respektive flickvän, förlust av ett husdjur eller en kroppsdel i samband med en sjukdom, förlust av hälsa i stort samt flytt till en annan ort, arbetslöshet i familjen eller traumatiska upplevelser i form av psykisk och/eller fysisk misshandel, sexuella övergrepp. En annan viktig aspekt som uppmärksammas av en övervägande del av våra informanter är en skilsmässa. Alla påpekar att det framför allt är osämjan och konflikterna mellan föräldrarna som leder till skilsmässan och som är skadliga för barnen/ungdomarna. En informant berättar att:

Inte så sällan tycker jag att unga människor beskriver, en besvärlig sak har varit föräldrars skilsmässa och då är det ju inte så heller att en skilsmässa i sig är en särskilt stor riskfaktor, det är inte det, men hur har det gått till, vad hände? Och de här skilsmässorna där den ena blivit lämnad och där barnet eller den unge tagit parti för den lämnade föräldern och den andra föräldern har försvunnit ut, hur ska man förhålla sig till en förälder som varit otrogen eller så och det är ett dilemma för många unga personer.

Att en av barnets anknytningspersoner försvinner på grund av exempelvis en tidig skilsmässa innebär en form av tidig separation. Den tidiga separationen och dess påverkan på psykisk ohälsa kan förstås utifrån anknytningsteorin. Bowlby (1994) fann nämligen belägg för sambandet mellan tidig separation från moder och barnets emotionella, intellektuella, psykiska samt sociala problem. Han menade att moderdeprivation hade negativa effekter på barnets personlighetsutveckling och senare skapandet av nära känslomässiga relationer till andra personer. En aspekt som är intressant i detta sammanhang är det faktum att moderdeprivation i tidig ålder gör individen mer sårbar för senare negativa upplevelser, som Bowlby (ibid.) uttrycker det. Fokus i anknytningsteorin läggs dock på de tre första åren i varje individs liv och det är under den perioden som viktiga livshändelser, såsom skilsmässa uppmärksammas som betydelsefulla för fortsatt utveckling. När våra informanter å andra sidan lyfter fram sådana händelser specificerar de inte vilken tidsperiod som är mest kritisk för barnets eller den unges utvecklande av depression utan talar mer generellt om uppväxttiden. Våra informanter problematiserar däremot Bowlbys tankegångar kring sambandet mellan tidig separation från moder och barnets personlighetsutveckling. De nämner att när en tidig separation inträffar är både moderns likaså faderns försvinnande ur barnets eller den unges liv lika påfrestande och därmed en lika viktig riskfaktor när det gäller förekomst av depression. Utifrån våra informanternas svar tolkar vi materialet på så sätt att till följd av stress i samband med till exempel skilsmässa, förluster och tidiga separationer riskerar både barn och unga vuxna att utveckla symtom som ångest eller depression.

Alla de ovan nämnda påfrestningarna kräver att ungdomen ifråga handlar på något sätt och det antingen sker med hjälp av omedvetna försvarsmekanismer eller med hjälp av så kallade copingmekanismer. Förmågan att hantera påfrestningar på ett effektivt sätt, med andra ord på så sätt som hjälper människan att utvecklas och gå framåt i livet, har i sin tur en stor betydelse för individens psykiska mående. Ju bättre ungdomar kan handskas med olika situationer desto lägre symtombelastning. (Antonovsky, 1991 ; Cederblad, 1995) Därmed innebär det inte att ungdomar ska skonas alla påfrestningar och svåra situationer eftersom så som en av våra informanter påpekar behövs det en lagom dos av påfrestningar för att kunna träna sin förmåga att

hantera dem och på så sätt kunna utveckla funktionella copingstrategier. Vår informant uttrycker det på följande vis:

Sen tänker jag också om man tänker på den andra motpolen är det inte heller bra att man är alltför inlindad i bomull liksom och aldrig stöter på några motgångar eller tvingas lösa problem på egen hand så att man till slut kommer ut i livet och inte vet hur man hanterar motgångar så det känns om att en lagom dos av bekymmer är väl det bästa.

En del av våra informanter pekar i detta sammanhang på personlighetsdrag och temperament (temperament och personlighetsdrag behandlas i avsnittet 6.1.2.3.) som en viktig utgångspunkt för att kunna utveckla funktionella copingstrategier. I enighet med den information som vi har fått menar de att beroende på om en ung vuxen har en mer optimistisk grundsyn, om hon eller han har positiva förväntningar om framtiden samt en förmåga till att i viss utsträckning hålla distans till påfrestande situationer kan allt detta utgöra en skyddsfaktor som kompenserar mot riskfaktorer i form av påfrestande livshändelser. En av våra informanter uttrycker det på följande sätt:

I en total uppenbar kris är det självklart att en människa som är väl balanserad när i det man kallar psykisk hälsa, klarar sig bättre. Det finns ju så mycket som hotar människans balans och så är det ju med ungdomar. Ungdomstiden är speciell eftersom det är så många andra saker som händer då. Kommer man över den så är det en riskfaktor som är borta. Hormonerna kommer igång och man är väldigt mycket i rörelse... existentiella grubblerier osv. Man klarar ju tonårstiden också bättre om man har en trygghet i sig.

Cederblad (1995) bekräftar den information vi fått av våra informanter och anger att en god samarbetsförmåga, öppenhet, vänlighet, självständighet, humor samt en förmåga att ta itu med och lösa problem är de temperaments- och personlighetsdrag som vidmakthåller god hälsa och gynnar funktionella copingstrategier. Andra väsentliga skyddsfaktorer som främjar ett effektivt hanterande av påfrestningar och skapar en rörelse mot den friska polen, som Antonovsky (1991) uttrycker det, är det faktum att ungdomar har ett intresse, meningsfulla fritidsaktiviteter eller "en känsla av tillhörighet någonstans" som en av våra informanter beskriver det.

6.1.2 Individknutna skydds- och riskfaktorer

Förutom de skydds- och riskfaktorer som finns i en ung vuxens omgivning har våra informanter även tagit upp ett antal faktorer som kan knytas till varje specifik individ

och det är dessa som vi behandlar nedan. Vi gör inte anspråk på någon komplett sammanställning utan detta är de individuella faktorer som våra informanter har valt att lyfta fram.

6.1.2.1 Hereditet och biologiska faktorer

Övervägande del av våra informanter nämner att förekomst av tidigare depressioner i familjen är en viktig riskfaktor när det gäller depressioner hos unga vuxna. Enligt dem är hereditet en väsentlig beståndsdel i förståelsen av depression hos unga vuxna. Genom att se på familjens anamnes kan behandlarna identifiera tidigare depressioner hos exempelvis mamma, pappa, syskon och moster. På så sätt får de en bild av hur familjemedlemmarna har hanterat sin depression, vilken behandling de har fått samt hur sjukdomen har påverkat stämningen inom familjen. Med andra ord får våra informanter en bild av familjens livsmönster när det gäller förekomst och förlopp av depression. Detta i sin tur ligger till grund för behandling och vidare kontakter mellan behandlare och patient. En av våra informanter svarar nämligen på följande sätt när en av uppsatsförfattarna frågar om hon bemöter en patient annorlunda om hon känner till att det finns en tung hereditet: "Ja, det gör jag, jag bemöter...inte hur jag är, men jag tänker annorlunda, det gör jag. Jag tänker att här finns en tung hereditet, en tyngre riskfaktor för att det här barnet ska ha depression, än i andra fall där det inte finns samma hereditet, det gör jag." Wasserman (2003) vidareutvecklar att om någon av föräldrarna är eller har varit deprimerad ökar risken för depression fyrfaldigt för att barnet också ska utveckla den. Samma risk ökar tiofaldigt om båda föräldrar lider av depression. Bouma et.al (2008) konstaterar också i en forskningsrapport att hereditet utgör en viktig riskfaktor när det gäller tonåringars känslighet till stressfyllda livshändelser. Deras resultat bekräftar dessutom resultat av tidigare studier som har gjorts på området trots att Bouma et.al (2008) använder sig av en annan metod än den som använts i tidigare forskning.

Furthermore, we found that adolescents whose parents had a history of depression reported more depressive problems after the occurrence of stressful life events than adolescents whose parents did not have such history. (...) Children from parents who have a history of depression may be at risk for developing emotional problems not only because of a genetically predisposed sensitivity to stress but also because of the possibility that they experience more stressful events than children from parents without such history. (Bouma et.al, 2008 s.190)

En intressant aspekt när det gäller hereditet är det som en av våra informanter har påpekat nämligen att hereditet även kan utgöra en skyddsfaktor när det gäller depressioner hos unga vuxna. Hon menar att när en ung vuxen får reda på att hans eller hennes mamma led av depression i tonåren men att hon lyckades hantera sjukdomen och därefter har hon klarat sig bra i livet kan en sådan positiv utveckling leda till att även ungdomen får extra kraft för att kämpa med sin sjukdom. På så sätt menar vår informant att hereditet kan förstås som en skyddande faktor mot depressionens utveckling eller till och med förekomst då ungdomen lär sig att effektivt hantera sin depression tack vare i detta fall mammans positiva förebild.

Flertalet av våra informanter har jämte genetiken lyft fram biologins betydelse för utvecklandet av depression men ingen av dem har valt att ge mer ingående svar. Vi har däremot i litteraturen (se t.ex. Wasserman, 2003) funnit att det förekommer vissa hormonella störningar och rubbningar i hjärnan som kan utlösa depression. Eftersom problematiken är komplex har vi bestämt oss för att inte utförligare förklara de biologiska faktorernas betydelse för depressioner.

6.1.2.2 Samsjuklighet och missbruk

En majoritet av våra informanter tar upp att egentlig depression är vanligt förekommande i samband med andra diagnoser som exempelvis ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) och ADD (attention deficit disorder) när det gäller flickor. Andra informanter pekar även på ett samband mellan ätstörningar, ångest och depression. En informant beskriver utförligare att det inte handlar om det neuropsykiatriska tillståndet som sådant som gör att risken för depression är större utan det handlar om att:

Man själv känner tillkortakommande, känner att man inte funkar och man blir ledsen över att man inte funkar. Sedan också att man inte anpassats för det... man stöter på hela tiden problem, man har misslyckats gång på gång på gång... och kanske om då omvärlden inte har förstått att man inte kan ta sig i kragen eller man kan inte sitta stilla och man kan inte låta bli att prata rätt ut och allt det här utan man blir tillsagd hela tiden och det blir negativ kommunikation hela tiden, så tappar man ju självkänslan och riskerar att utveckla en depression.

En annan form av samsjuklighet är deprimerade unga vuxna som parallellt med sin sjukdom också har ett alkohol- eller narkotika missbruk. Missbruksaspekten har så

gott som alla våra informanter tagit upp ur något perspektiv. Antingen beskriver informanterna att missbruket kan ses som en form av självmedicinering av den psykiska ohälsan men även att missbruket som sådant kan frammana depressivitet. En av dem beskriver att: ”[Det] tycks vara så ofta att depressionen är primär och att missbruket är ett sätt att försöka lösa ett lidande och försöka få en lösning på en lidande situation. Det är ju också så att missbruk av alkohol - särskilt alkohol, men även en viss typ av droger bäddar ju också för depressiva reaktioner.” Utifrån dessa svar som vi har fått är det dock inte klarlagt om depression leder till ökad alkoholanvändning eller det omvända när det gäller målgruppen 16-24 år.

Både missbruk och svårigheter vid samsjuklighet menar vi kan förstås utifrån den unges upplevda grad av KASAM (Antonovsky, 1991). Som nämnt ovan handlar det inte om själva sjukdomen utan snarare om känslan av inte rymmas i ett sammanhang. Vi menar då att en ung vuxen som drabbas av till exempel ADHD känner sig annorlunda jämfört med sina jämnåriga och att detta i sin tur påverkar upplevelsen av att inte känna samhörighet med gruppen. När det gäller missbruk finns det grupper som har en stark sammanhållning kring just alkohol och narkotika konsumtion. En ung person som har låg känsla av sammanhang i övrigt kan tilltalas av den sammanhållning som finns inom dessa grupper och därför söka sig dit och därmed riskera att utveckla ett missbruk. Med andra ord handlar det om en upplevelse av att inte känna tillhörighet och önskan om att någonstans finna den känslan av tillhörighet.

6.1.2.3 Temperament och personlighetsdrag

En av våra informanter beskriver de medfödda aspekterna på följande sätt: ”Vi föds med olika temperament och känslighet. Det finns robusta barn och det finns väldigt känsliga barn och det kan man egentligen se redan hos nyfödda [...] man kan se temperament och man kan se lite av tryggheten och det är egentligen väldigt avgörande.” En annan av våra informanter resonerar om varför olika individer utvecklar olika former av psykisk ohälsa på följande sätt:

[Jag] kan inte riktigt säga vad som ger den ena problematiken och vad som ger den andra men det kan vara lite personlighetsbaserat också, om man är lite mer introvert och lite mer grubblande i sin läggning kanske man lättare blir deprimerad och är man lite mer utåtriktad, extrovert, så kanske det blir mer ångest, utan att ha några belägg för det men det kanske kan vara så...

En dålig självkänsla är en annan återkommande riskfaktor som våra informanter tar upp som kännetecknade för gruppen unga vuxna med depression. Enligt en av våra informanter uppstår låg självkänsla genom upprepade känslor av misslyckande i kombination sårbarhet hos den unge. Hon menar att vissa personlighetstyper är mer benägna att uppleva misslyckanden och motgångar som personliga nederlag vilket ständigt undergräver den unges självkänsla.

Vi menar att man kan diskutera temperament och personlighetsdrag utifrån både anknytningsteori och KASAM om utgångspunkten är att temperament och personlighet utvecklas i samspel med omgivningen. Våra informanter har emellertid lyft de medfödda förutsättningarna och då handlar det om biologiska faktorer snarare än samspel med omgivningen och därmed finner vi inte det relevant att diskutera de nämnda teorierna i detta sammanhang.

6.1.3.4 Begåvning som skyddar och utsätter

En god begåvning kan utgöra en skyddsfaktor mot depression menar en majoritet av våra informanter, på samma sätt som en låg begåvning kan vara en riskfaktor. Att ha en god begåvning ger individen möjlighet att verbalisera och därmed ofta kanalisera den upplevda nedstämdheten. På så sätt beskriver en av informanterna: ”Barn och ungdomar som har svårt att kanalisera och verbalisera negativa risker har ju en risk att hamna i negativa spiraler och utveckla depressiva tillstånd.” En annan aspekt av låg begåvning som riskfaktor är de krav som omgivningen ställer på den unge då de ofta inte är medvetna om den unges svårigheter. Så beskrivs det av vår informant: ”Barn med vissa funktionshinder [...] eller ADHD eller låg begåvning, [riskerar] att man ställer för höga krav och då reagerar individen med att uppleva stress och stressen blir värre och värre och till slut kan stressen gå över i något med depressivt tillstånd”

Olsson (2005) menar att framförallt gymnasieskolans höga målsättningar gör det svårt för barn med låg begåvning att uppleva att de lyckas i skolan. Olsson (ibid.) påpekar att bara de barn som vid psykologisk testning hamnar under 70 på intelligenskvotskalan får den extra hjälp, såsom särskola, som behövs för att tillgodogöra sig utbildningen medan ungdomar som hamnar strax där över förväntas

klara gymnasiet betydligt mer självständigt. Dessa överkrav riskerar sedan att leda till stress på grund av ständig känsla av misslyckande, vilket i sin tur kan resultera i depression. Bohlin et.al (2007) sammanfattar det ovan nämnda på så sätt att en god kognitiv förmåga skyddar mot psykisk ohälsa i stort. Att resonera med sig själv, slappna av, uttrycka känslor, söka stöd hos andra, motionera och att distrahera sig är olika framgångsrika vägar till att möta svårigheter på ett sådant sätt som främjar den psykiska hälsan och motverkar insjuknandet. Dessa förmågor behövs dock tränas eftersom människor använder sig av olika copingstrategier som ibland kan visa sig var mindre effektiva när det gäller hanterandet av livets svårigheter. Därför är det särskilt viktigt att unga vuxna som drabbas av depression får stöd i att öka just de ovan nämnda förmågorna då de får livsviktiga redskap för hur de i framtiden kan hantera sina depressiva symptom på så sätt som vidmakthåller en god psykisk hälsa. En sådan utgångspunkt när det gäller deprimerade ungdomar skapar också utrymme till att tänka i termer som befrämjar en rörelse mot den friska polen på kontinuitet, så som det uttrycks i det salutogenetiska perspektivet, vilket innebär att fokus läggs på de faktorer som är hälsobefrämjande i stället för sjukdomsalstrande. Dessutom kan begåvningsens dubbla roll som skydds- och riskfaktor när det gäller depressioner hos unga vuxna förstås på liknande sätt som vi har diskuterat i avsnitt 6.1.1.1. och 6.1.1.2.

6.2 Specifika skydds- och riskfaktorer

Som vi nämnt ovan går det att se många gemensamma nämnare i våra informanternas svar även om de lägger olika mycket vikt vid de respektive faktorerna. En del skydds- och riskfaktorer har vi dock bara funnit i svaren hos en till tre behandlare och dessa redovisas och diskuteras nedan.

6.2.1 Inlärd hjälplöshet

En av våra informanter nämner inlärd hjälplöshet som riskfaktor för att utveckla depression i ungdomsåren. Hon uppmärksammar den i följande sammanhang:

Ilskan är en stor känslomässig komponent som man har svårt att hantera när man, ja, det här med inlärd hjälplöshet alltså, kan inte använda ilskan den här... Jag hittar inte ordet riktigt men ilska ser jag som en kraft för att ta sig fram här i livet, att våga stå upp för sig och sitt. Det kan man använda ilskan till, på ett konstruktivt sätt. Att sätta gränser, att säga nej. ”Nej, jag vill inte och jag vill detta”. Det har man ju otroligt

svårt för om man har hamnat i en depression, det är ofta en inlärd hjälplöshet som finns.

Eftersom informanten inte förklarar vidare vad hon menar med inlärd hjälplöshet har vi undersökt vad detta begrepp innebär och hur det kan förstås i relation till depression hos unga vuxna. Kjell R Nilzon (1996) skriver att modellen för inlärd hjälplöshet härstammar från djurförsök på hundar. Hundarna gavs elektriska stötar när de befann sig på ett visst område i burarna. På så sätt lärde de sig att hoppa över till en annan plats i buren där de inte fick några stötar. Därefter i ett annat experiment placerades hundarna i en bur där de inte kunde undvika stötar. Sedan fick dessa hundar återkomma till de första burarna men de ansträngde sig inte alls för att undkomma stötar. Med andra ord har de lärt sig att bli hjälplösa. Försök i samma syfte har också utförts på människor. Modellen pekar på att depression är ett resultat av individens förväntan på förlorad kontroll över livshändelserna, vilket i sin tur påverkar hans eller hennes tankar, känslor samt motivation i en negativ riktning. Depressionen är i enlighet med denna modell ett resultat av dessa negativa tankar om sig själv, sin omgivning, samt sin framtid. Dessa negativa tankar kan i sin tur kopplas till den unges låga självkänsla och därefter kan även en koppling göras till upplevelsen av känsla av sammanhang, vilket vi redan har diskuterat i avsnitt 6.1.2.3.

6.2.2 En känslig ålder?

Ett par av våra informanter har lyft upp att tiden som ung vuxen i sig kan utgöra en form av riskfaktor för depression. Wrangsjö & Winberg Salomonsson (2006) beskriver att ungdomar har levt en kort men mycket händelserik tid av sitt liv samtidigt som den ringa åldern inte gett individen möjlighet att samla kunskap och erfarenhet om hur man ska hantera sina känslor i jämförelse med kriser som uppkommer senare i livet. Det är en tid som präglas av strävan efter frigörelse, autonomi, egen kompetens och identitet. Parallellt med frigörelsen från föräldrarna måste den unge socialiseras in i samhället, bli en del av vuxenvärlden och hitta ett sätt att förhålla sig till omvärlden. En sådan utveckling leder till en del viktiga förändringar i tonåringens liv då hon eller han måste börja omvärdera den bild av omvärlden som funnits som barn. Detta kan leda till ett visst mått av frustration när den tidigare bilden hotas och ska ersättas med den nya. En av våra informanter beskriver det problematiska i ungdomstiden på följande sätt: ”Känsligheten är

högre... [...]Man tar ju in mycket mer av världens lidande. [...] Man kan se världens onda på ett annat sätt och det är klart att det kan smärta mycket mer. Visst, det är en känslig ålder."

En annan av våra informanter påpekar att ungdomar förväntas bli vuxna "över en natt" när de blir 18 och att omstruktureringen av det egna jaget inte alltid följer i samma takt. Omstruktureringen kan framkalla tidigare ouppklarade kriser som gör att individen får svårt att komma framåt med sitt liv. Lilja et.al (1998) konstaterar att personer med en stor klyfta mellan sitt idealjag - hur de skulle vilja vara, och sitt aktuella jag - hur de är, riskerar att i högre utsträckning uppvisa depression- och ångestsymtom än individer vars idealjag och aktuella jag stämmer bättre överens. Samma informant utvecklar vidare att:

Man förväntas vara vuxen den dagen man fyller 18 som genom ett trollspö, dom här kriserna, för dom blir ju någon form av omstrukturering av jaget då, om man uttrycker det i dem termerna aktiverar ju sådana tidiga ouppklarade kriser, så kan man ju se det. Och att man inte riktigt förstår jag kommer inte vidare, att man i vissa fall är så kluven i detta att gå vidare och lämna familjen, och hur ska det bli för mig och har sprungit förbi något stadie tidigare och inte har löst det.

Vi menar att upplevelsen av KASAM är väl tillämpligt för att förstå varför tiden som ung vuxen kan uppfattas som känslig. Det är en period i livet när man genom att frigöra sig från sina föräldrar lämnar det sammanhang som hör till ursprungsfamiljen och de värderingar som den står för och istället i allt högre grad söker sig till nya grupper och sammanhang med kamrater och kanske även, så småningom, egen familj. Parallellt med de nya sammanhang som den unge skapar ska även barndomsminnen och ursprungsfamiljens värderingar integreras med de nya utan att någon konflikt uppstår som en viktig utgångspunkt för att den unge ska kunna vidareutveckla sin egen identitet. Allt detta kan leda till starka och ofta motstridiga känslor som måste bearbetas, förstås och därefter självregleras. Beroende på hur pass framgångsrikt den unge klarar av att integrera dessa olika sammanhang kan resultatet av processen antingen bli en dragning åt det salutogenetiska eller det patogenetiska perspektivet.

6.3 Uppfattningen om familjeförhållanden betydelse för behandling och tillfriskningsprocesser

I detta avsnitt diskuteras familjeförhållanden betydelse för behandling och tillfriskningsprocesser utifrån våra informanternas uppfattningar. Eftersom de aspekter som är viktiga för behandling i stort är ofta även av betydelse för tillfriskningsprocesser har vi valt att behandla dem gemensamt inom ramen för detta tema.

6.3.1 Vikten av föräldrars delaktighet i behandlingen

Ett effektivt och lämpligt sätt att behandla ungdomar med depression har länge diskuterats och vi har också funnit vitt skilda uppfattningar hos våra informanter. Valet står framförallt mellan en individuell kontakt med den drabbade ungdomen och en kontakt som omfattar hela familjen. Vi har kunnat urskilja tre inställningar till vikten av föräldrars delaktighet i behandlingen: den mer renodlat individualiserade kontakten, föräldrars aktiva deltagande i den unges behandling samt information och separat stöd till föräldrar. De behandlare som argumenterar för föräldrarnas mer aktiva delaktighet i behandlingen resonerar på följande sätt: ”Jätteviktiga, och som sagt vi tycker att det är jätteviktigt, vi har alltid föräldrarna med. [...] Jag tycker det är jätteviktigt, för om du drabbas av psykisk ohälsa så regredierar du. Och då behöver man åter sina föräldrar.” Samma informant förtydligar senare i intervjun att detta är extra viktigt så länge den unge bor hemma. En annan informant utvecklar resonemanget och menar att behovet av föräldrarnas engagemang i själva behandlingen avtar med åren och en faktor som påverkar denna utveckling är om den unge fortfarande bor hemma. På så sätt beskrivs det: ”Man kan väl säga att det avtar, lite beroende på hur det ser ut och så, men det har att göra med om man bor hemma, om man är i ett sammanhang, om man delar en samvaro med sin familj. Har man tagit det steget och har egen lägenhet kanske man sköter sånt här själv.” En annan informant ser det ovan nämnda ur ett annat perspektiv och menar att föräldrar är av betydelse även för de unga vuxna som flyttat hemifrån och skapat sig ett eget liv: ”På många sätt kan vi idag vara väldigt beroende av föräldrarnas stöd ända upp till 25-30 år idag, men om man har riktigt riktigt dåliga relationer till sina föräldrar kan det vara bättre att kopplas loss sig lite grann, utveckla en egen..., nya relationer, men det beror

på.” En annan informant lyfter fram att även om föräldrars delaktighet är att föredra kan ibland familjen bli en motverkande faktor och att man då måste hjälpa den unge att lämna dysfunktionella relationer bakom sig och istället gå vidare utan inblandning från familjen. I sådana situationer ska den unge få stöd i att koncentrera sig på sitt eget liv och hjälp med att skapa nya konstruktiva mönster för framtiden.

Den behandlare som tydligast argumenterar för de mer individualiserade kontakterna resonerar på följande sätt:

Här är det väldigt tydligt att det är du och jag som jobbar och ibland kan det vara en fördel för andra gånger har det varit föräldrarna som fört den unges talan, men när jag träffar dig istället så hör jag verkligen vad det är du vill och vad det är du behöver hjälp med, så då kommer man mer åt problemet på ett sätt men i tidigare ålder har kanske inte det varit möjligt för du har inte kunnat sätta ord på det, så det kan vara en fördel.

Vi ställde även frågan om det är ännu mindre viktigt med föräldrakontakt när den unge inte längre bor hemma. ”Ja, då tar vi in föräldrarna ens om de inte uttryckligen vill det och det är ok för den här personen så att säga, men det normala är att vi inte gör det.”

Samtliga våra informanter tycker att det på något sätt finns fördelar med att involvera föräldrarna, även om det inte sker i den direkta behandlingen. Flera framhåller vikten av råd och information till föräldrarna för att kunna stötta den unge. Även de behandlare som förordar en mer aktiv föräldrainsats i den unges behandling framhåller att om det inte är möjligt med ett familjearbete måste de anhöriga åtminstone erbjudas anhörigstöd och information. Det är nämligen av betydelse att både familjemedlemmar och anhöriga till den deprimerade kan få hjälp med att förstå den process som den unge går igenom då känslor av uppgivenhet, hopplöshet, hjälplöshet och ibland aggressivitet inte är ovanliga. De tillägger att anhöriga samt familjemedlemmar också behöver stöd för att de i sin tur ska kunna stödja den deprimerade att delta i den planerade behandlingen.

I enlighet med vår empiri menar vi att betydelsen av föräldrars delaktighet i behandlingen kan förstås utifrån anknytningsteorin som uppmärksammar vikten av föräldrars förmåga till att ge omvårdnad, tröst och beskydd till det nyfödda barnet.

Behovet av en trygg bas/säker hamn kan även visa sig outhärlig i ungdomsåren vid olika påfrestningar och kriser. (Broberg, 2006 ; Bowlby, 1994) Enligt vår mening kan därför vikten av föräldrars delaktighet i behandlingen förstås på så sätt att de under behandlingen återskapar den trygga bas som ungdomen hade tillgång till under barndomen. Att ha sina föräldrar med sig anser vi kan både ha betydelse för behandlingsresultat samt tillfriskningsprocesser, förutsatt att det handlar om välfungerande familjeförhållanden.

6.3.2 Mamma, pappa eller båda två?

En majoritet av våra informanter beskriver att i de fall när den unges föräldrar är delaktiga i behandlingen är det vanligare att det är mödrarna som deltar. Flera av informanterna förklarar detta med traditionella familjemönster där mammor tagit större ansvar för vårdkontakter och barnens fysiska och psykiska mående. En informant förklarar just mammornas betydelse för den unge med att mamma ofta varit den primära anknytningspersonen och att hon som sådan får en större betydelse när den unge på grund av sitt dåliga mående regredierar. Broberg et.al (2006) klargör att modern ofta betraktas som primär vårdare då nästan all forskning har utgått från att mammor är den primärt omvårdande personen i barnets liv. Trots att det numera finns fler pappor som tar hand om sina nyfödda barn saknas det forskningsstöd som möjliggör mer generaliserbara slutsatser avseende papparollen som primär vårdare. Vi menar att detta riskerar medföra att de traditionella föreställningarna om mammans nödvändighet som den huvudsakliga omsorgspersonen under barnets första levnadsår upprätthålls.

Av de behandlare som uppmuntrar föräldrars delaktighet i behandlingen förespråkar samtliga att båda föräldrarna bör delta om möjligt. På så sätt beskriver det en av våra informanter: "...det är egentligen väldigt viktigt att, det skulle ju vara bra för någon mår dåligt att känna att man har både mamma och pappa. Och det är lika viktigt." En annan behandlare påpekar att båda föräldrar har sin betydelse för den unges välbefinnande även i dessa fall när de är separerade. Det är dock viktigt i sådana fall att det finns ett fungerande samarbete föräldrarna emellan. Nästa informant beskriver att: "Det är viktigt för ungdomen att bli bekräftad av båda sina föräldrar. Gör den ena föräldern det men inte den andra kan det vara bra nog men det kan också finnas en

sorg över att den ena men inte den andra gör det.” Flera av informanterna lyfter även fram att ett dåligt fungerade samarbete mellan föräldrarna kan omöjliggöra deras medverkan även om den unge önskar det. En av informanterna menar nämligen att:

Det blir ju många gånger väldigt motsägelsefullt om inte föräldrarna är sams alltså om dom är så väldigt osams och skyller på varandra att ”det är ditt fel att det har blivit så tokigt och det är du och det är du och det är du...” Då hjälper det inte så speciellt mycket.

En annan viktig aspekt som påpekas av våra informanter är att genom att involvera båda föräldrar i behandlingen delar de på den bördan som en sjukdom av ett barn/en ungdom kan innebära. På så sätt kan de också tjäna olika syften för den unge. Så resonerar en av våra informanter:

Ibland kan det vara viktigt att få igång pappa och mamma koppla av lite, utan att vara konservativ, men många gånger, framförallt för unga killar men också för unga tjejer är pappa viktig och när han då inte är här så kommer man inte vidare så därför kan det vara viktigt att få in pappa så och lite så låta mamma koppla av från den här omsorgsbiten. Att få in den föräldern som inte är så delaktig...

En av våra informanter framhåller vikten av balanserade föräldrar för att underlätta tillfriskningsprocesser. Hon menar att föräldrar som blir allt för sammanblandande med barnets eller ungdomens mående riskerar att försvåra både behandlingen och tillfriskningsprocessen. Det är viktigt att föräldrarna tillåter barnet/ungdomen att vara en egen individ för att själva kunna behålla kraft att hjälpa henne eller honom. Samma informant vidareutvecklar att det finns en risk att när föräldrarna blir alltför symbiotiska med sitt barn/sin unge måste man först arbeta med att särskilja känslorna och risken är då stor att föräldrarnas oro och ångest dominerar hela behandlingen.

6.3.3 Att involvera nätverket i behandlingen

De flesta informanterna betonar att det är kvalitén på de relationer som den unge har med sina nära anhöriga som avgör om det är lämpligt att involvera dem i behandlingen. Omgivningens beredskap och ork att stödja är en av de viktigaste faktorer som bidrar till tillfriskningsprocesser hos deprimerade unga vuxna och därför är det väsentligt att på något sätt involvera dem i behandlingen, menar ett flertal av våra informanter. Om omgivningen inte orkar stödja tillräckligt länge och undandrar sitt stöd för tidigt kan depressionen förvärras.

När det gäller att involvera syskon och andra nära familjemedlemmar i behandlingen har våra informanter olika uppfattning som sträcker sig från att i så gott som aldrig involvera andra familjemedlemmar till att framhålla nätverksterapi som ett mycket användbart behandlingssätt. På så sätt resonerar våra informanter när vi frågar hur viktigt det är att andra släktingar deltar i behandlingen:

Det beror på vilken roll den nära anhöriga har. Ibland bor barn hos mormor eller farmor, då är den personen viktig. [...] Den som har föräldrarollen, mest psykologiskt, den är viktigast att få med. Annars kan det vara mer komplicerande att ta in andra anhöriga i en direkt behandling. Är det ”bara” någon att anförtro sig åt tänker jag att det är viktigare att låta det vara mer ostört, att den relationen inte dras in i en behandling. Att ett barn kan få ha en sån relation utan att den psykologiseras, utan att den blir den del av en behandling.

Nej, det händer inte, det har vi inte, vi har inte den strukturen alls. [...] Ibland vid utredningar då tar vi in bakgrundsanarnes [...] Vi har inte den strukturen här utan ser till individen.

Jag skulle blanda och samla hela familjen såsom man jobbar mycket i Finland [...] om nätverksterapi som familj och kompisar, alla som finns omkring, det är viktigt att man kan samla om man har utrymme för det tycker jag det är idealiskt” Samma informant framhåller att även kompisar, klasskamrater och pojk- och flickvänner, släktingar och ära viktiga att komma i kontakt med.

En annan informant pekar på fördelen med att ha syskon med i behandling om den unge själv efterfrågar det.

Men det händer att det är syskon som hör av sig och kanske vill följa med på något samtal. Det är jättebra i så fall. Dom har haft lite annan relation kanske än föräldrarna har... Det kan vara jätteolika. Men ibland kan de ju prata om lite andra saker och kanske umgås i vänskapskretsar, sånt här tillsammans... Och det kan ju vara lite annan ingång ju...

6.3.4 Vikten av att aktivera och stödja i relation till behandling och tillfriskningsprocesser

Flera av våra informanter tar upp vikten av stöd och engagemang från föräldrar och anhöriga som en viktig faktor i den unges tillfriskningsprocess. Det kan handla om rent praktiskt stöd likaväl som psykologiskt stöd. På följande sätt resonerar en av våra informanter: ”...och det de anhöriga skulle göra till exempel är ju att se till att den här personen inte är för inaktiv, att motivera personen till att ”ja, du vet att på kort sikt så

känns det här bra men på lång sikt så blir det ingen bättring av att du är hemma och sover”, till exempel”

Wasserman (2003) beskriver att unga deprimerade personer behöver uppmuntran och stöd för att orka aktivera sig och söka upp kompisar. Det är dock en svår balansgång hur mycket man ska tillåta den deprimerade unga individen att vara ifred och hur mycket man ska stimulera och trycka på. Wasserman (2003) menar vidare att ifall en förälder har svårt att involvera sitt barn i en gemensam fysisk aktivitet räcker det med att någon finns i samma rum. Man kan till exempel sitta tillsammans i soffan och titta på tv eftersom den kroppsliga närheten kan ge den deprimerade ungdomen både trygghet och kraft till att så småningom knyta en mer aktiv kontakt med sina föräldrar eller andra.

Nästa informant lyfter dessutom fram att även engagemang och samverkan från det professionella nätverket kan ses som en viktig faktor för tillfriskningprocesser. Hon nämner att hon och hennes kollegor samarbetar med skola och socialtjänst för att aktivera det nätverk som redan existerar och som kan hjälpa till att stötta den unge i vardagen utanför behandlingen. Hon menar till exempel att genom att engagera skolan ökar chansen för ungdomen att få realistiska krav på sig under behandlingstiden så att depressionen inte riskerar att fördjupas. På följande sätt förklaras det:

Sen har man ju alltid sitt eget ansvar, men jag tror det är väldigt viktigt att man känner det och jag tror också att det är bidragande faktor till att man tillfrisknar snabbare, bara det att man känner att här samarbetar man kring mig, det kan jag själv känna om man ringer till sin vårdcentral, det kan ju vara nästintill hopplöst, hur sjuk känner man sig inte då och när man väl kommer dit kan man känna sig lite ifrågasatt och så, det hjälper ju mitt tillfrisknande, det gör ju inte mig friskare, tvärtom.

En annan av våra informanter framhåller skepsis från den unges nätverk som en kraftigt försvårande faktor för behandlingen i stort och även för tillfriskningsprocessen:

Det som försvårar en behandling är ju om det finns en skepsis i nätverket, bland anhöriga och andra personer. Både en skepsis mot psykiatrin överhuvudtaget, att få hjälp, om det ses som ett misslyckande eller man är skeptisk och tycker att psykologer och psykiatri är bara humbug och så, det finns en del sånt. [...] Och då, i bästa fall går det att bjuda in anhöriga så man kan reda ut saker och förklara och så och få större förståelse.

Även andra informanter pekar på vikten av motivation både hos ungdomen själv och hos föräldrarna som avgörande för behandling och tillfriskningsprocesser. Mot bakgrund av det ovan nämnda är en positiv inställning till behandlingen samt övergripande motivation en viktig faktor, enligt våra informanter, som både har betydelse för en framgångsrik behandling samt som ger goda resultat när det gäller tillfriskningsprocesser.

Med hänsyn till de aspekter som våra informanter lyfter fram i det här avsnittet anser vi att rekommendationen att föräldrar ska försöka aktivera sina unga vuxna med depressioner kan ses som en ansats för att öka ungdomars känsla av sammanhang. Som vi tidigare nämnt har denna målgrupp ofta svagt socialt nätverk och föräldrars engagemang att försöka aktivera den unge kan bidra till att utöka nätverket. Detta i sin tur skulle kunna medföra att den unge upplever större samhörighet med sin omgivning och på så sätt kan graden av KASAM höjas. Exempelvis fritidsaktiviteter erbjuder en form av distraktion som är viktig för att skydda mot depression. Generellt menar majoriteten av våra informanter att goda familjeförhållanden med engagerade föräldrar möjliggör att den deprimerade ungdomen åter finner sitt sammanhang och sin samhörighet med andra grupper.

6.4 Slutsats

Under rubriken gemensamma skydds- och riskfaktorer har vi kunnat sortera in de faktorer som minst fyra av informanterna påpekat. Man skulle kunna säga att det finns inslag av likriktning i de svar de ger men det är också viktigt att uppmärksamma att även om informanterna benämner samma faktorer tar de upp olika aspekter av dem. Ibland handlar det om två helt motsägelsefulla sidor även om själva faktorn är gemensam för informanterna. För att förklara de skillnader som våra informanter nämner i relation till skydds- och riskfaktorer när det gäller unga vuxna med depressioner har KASAM-begreppet visat sig väl tillämpligt. Eftersom det handlar om den individuella upplevelsen av den utsträckning i vilken händelser betraktas som begripliga, hanterbara och meningsfulla kan detta förklara varför vissa skyddsfaktorer kan bli riskfaktorer och tvärtom. Som vi lyft i analysen i samband med skola och nätverk har samtliga berörda faktorer, förutom känslig ålder, belysts av våra informanter som både skydd och risk för depression. Man kan alltså säga att det

föreligger klart dubbla roller för skydds- och riskfaktorerna vilket vi har kunnat förklara med att det handlar om den unges upplevelse av sig själv och sin omgivning. Vi har i vårt material inte kunnat urskilja någon enda renodlad skydds- eller riskfaktor utan det som ligger närmst en sådan distinktion är vårt avsnitt avseende en känslig ålder. Även om tiden som ung vuxen präglas av ett antal psykologiska och biologiska processer har även andra perioder i livet sin säregna problematik och vi menar därför att det är svårt att konstatera om just åldern 16-24 år skulle vara en särskild skydds- eller riskfaktor när det gäller depression.

Vi har även funnit att anknytningsteorin har varit en lämplig och mycket användbar tolkningsmodell för att förstå de skydds- och riskfaktorer som våra informanter nämnt. Detta gäller i synnerhet de faktorer som fokuserar på familjen och relationerna familjemedlemmarna emellan. Även om anknytningsteorin som vi har utgått från i den här uppsatsen förklarar nära känslomässiga relationer under de tidiga levnadsåren är det just de som lägger grunden för människans fortsatta utveckling. Vi har därför funnit många paralleller till ungdomsåren och den unges förmåga att hantera påfrestningar i livet. Utifrån anknytningsteorin förstår vi att om en trygg grund har lagts i barndomsåren kan inre arbetsmodeller av trygghet och tillit återetableras vid kriser i ungdoms- och vuxenåren och på så sätt skydda mot utvecklandet av depression eller påverka dess förlopp. Dessutom är de gynnsamma omständigheterna i barndomen av betydelse för både den unges optimala personlighetsutveckling samt framgångsrika frigörelse från föräldrarna, vilka i samband med ogynnsamma omständigheter exempelvis kan resultera i en dålig självkänsla och bristande tillit som i sin tur kan bädda för depression.

Våra informanter har skildrat hur olika faktorer kan kompensera varandra och att det därför inte är möjligt att säga att det bara handlar om förekomst och avsaknad av faktorer utan att samspelet dem emellan är betydligt mer komplext. Avseende både de faktorer som vi har kategoriserat som gemensamma såväl som de specifika frågor vi oss om det över huvud taget är relevant att diskutera depressioner i termer av skydds- och riskfaktorer när till och med professionella behandlare uppvisar svårighet att särskilja dem. Vi menar att diskussionen är relevant för att det skapar förståelse för den komplexitet som ligger till grund för utvecklandet av depression hos unga vuxna, vilket i sin tur är viktigt för att begripliggöra den unges fulla problematik och för att

därefter lägga upp en lämplig behandling. Risken å andra sidan med att diskutera depression utifrån skydds- och riskfaktorer är att det blir alltför ospecifikt och av en generell karaktär som kan skapa svårigheter med att förstå individens unika upplevelser av sig själv, sin omgivning och sin framtid.

När vi i arbetets slutskede har kunnat se det i sin helhet har vi också kunnat konstatera att informanternas uppfattning om skydds- och riskfaktorer i hög utsträckning kretsar kring individen och hans eller hennes förmåga att hantera synen på sig själv, sin framtid och sin omgivning på ett konstruktivt sätt. Utifrån de svar som vi har fått upplever vi att mycket ansvar läggs på individen. Individen har det övergripande ansvaret för att anpassa sig till rådande samhällsnormer för att inte drabbas av depression och det uppfattas som viktigt att en ung vuxen ska passa in genom att till exempel ha goda kompisrelationer, god kognitiv förmåga och optimistisk grundsyn. Ingen av våra informanter har i någon större utsträckning ifrågasatt samhället eller mer strukturella aspekter utan mycket fokus har varit på kraven för individen att finna ett fungerande förhållningssätt till verkligheten.

När det gäller vår andra frågeställning om familjeförhållandenas betydelse för behandling och tillfriskningsprocesser har vi funnit att även om behandlingsmetoderna varierar finns det en klar samsyn kring vikten av den deprimerade unges familj, förutsatt att det rör sig om någorlunda välfungerande familjerelationer som kan stödja honom eller henne under behandlingen och befrämja den unges tillfriskning utanför behandlingsrummet. Det har däremot förekommit skillnader i synen på i vilken utsträckning familj och nätverk ska involveras i själva behandlingsarbetet, vilket vi menar till viss del kan förklaras med våra informanters olika teoretiska bakgrund och yrkesmässiga erfarenhet. Majoriteten av våra informanter har också lyft fram att det är av vikt för den unges behandling och tillfriskningsprocesser i stort att båda föräldrarna är delaktiga. De understyrker dock att föräldrarnas samarbetsförmåga då måste vara ytterst välfungerande eftersom den stora utmaningen för föräldrarna är att även kunna omhänderta sin deprimerande ungdom utanför behandlingsrummet på ett tillfredsställande sätt. Det råder även bland våra informanter samsyn kring vikten av rimlig aktivering som betydelsefull för tillfriskningsprocesser när det gäller unga vuxna med depressioner.

Som vi diskuterat tidigare i avsnitt 6.3 menar vi att informanternas uppfattning om den unges familjeförhållandes betydelse för behandling och tillfriskningsprocesser kan förstås både med hjälp av anknytningsteoretiska ansatser såväl som med den unges upplevda grad av KASAM. Trots att det till stor del råder samsyn kring betydelsen av goda familjeförhållanden i stort finner vi intressanta skillnader avseende själva behandlingen som vi belyst i avsnitt 6.3.1. Det som vi upplever som något oroväckande är det faktum att det finns så mycket utrymme för personligt godtycke när det gäller utformning av behandling samt bemötande av patienters behov. Några av informanterna ger uttryck för att de använder sig av sin egen blandning av teorier, yrkesmässiga erfarenheter samt övertygelser när de arbetar i behandling med exempelvis deprimerade unga vuxna. Enligt vår mening kan detta visa sig problematiskt med beaktande av patienternas bästa samt kraven på kunskapsbaserade metoder inom hälso- och sjukvården i stort. Eftersom behandlare använder sig av de behandlingsmetoder och förhållningssätt som de själva upplever som bäst lämpade leder det till en del tveksamheter när det gäller till exempel förutsägbarhet och utvärdering av behandlingsmetoder med tanke på deras personliga prägel. Mot bakgrund av det ovan nämnda upplever vi också att själva behandlingen och dess resultat i hög utsträckning kan variera beroende på vilken behandlare patienten träffar och hur kompetent och professionell han eller hon är. Risker är enligt oss att patienter behandlas olika samt att behandlingen får en mer personlig än vetenskaplig prägel, vilket i sin tur kan leda till missförstånd mellan parterna samt sänka förtroende till hälso- och sjukvården.

7 Slutdiskussion

Inledningsvis vill vi påpeka att vi har lärt oss oerhört mycket om depressioner i stort och i synnerhet om depressioner när det gäller unga vuxna. Vi har också förstått att depression är en mycket komplex sjukdom som inte är möjlig att förstå utifrån ett perspektiv eller en förklaringsmodell. Med tanke på den information som vi har fått upplever vi att det är fördelaktigt med ett mångsidigt perspektiv på problembilden där hänsyn tas till både psykosociala och socioekonomiska faktorer såväl som biologiska och medicinska. Relationer till anhöriga, kompisar och vänner, pojkvänner eller flickvänner och inte minst till sin familj visar sig också ha betydelse för förekomst

och förlopp av depressioner hos unga vuxna. Även stämningen inom familjen kan påverka den unges psykiska välbefinnande och prägla hans eller hennes personliga utveckling. Mot bakgrund av den information som vi har fått är det dessutom nästintill omöjligt att enbart urskilja en eller ett par riskfaktorer som i de flesta fallen ger upphov till depression hos unga vuxna. Det handlar istället om ett intimt samspel mellan skydds- och riskfaktorer som i vissa konstellationer kan bädda för depressiva symptom. Resultatet behöver dock inte alltid vara depression då skyddsfaktorer kan kompensera mot riskfaktorer på så sätt att risken för depression minskar avsevärt. Därför har denna problematik så pass komplex karaktär att det inte är möjligt att enkelt konstatera vilka skyddsfaktorer kompenserar mot vilka riskfaktorer eller vilka riskfaktorer direkt påverkar förekomst och förlopp av depression.

Vi har under arbetets gång vid upprepade tillfällen uppmärksammat de skillnader som finns i informanternas svar trots att de tillhör samma organisation, psykiatrin. Som vi konstaterat i slutsatsen uppmärksammar många av informanterna samma skydds- och riskfaktorer även om de betonar vikten av respektive faktorer mycket olika. Avseende uppsatsens andra frågeställning vilken betydelse den unges familjeförhållanden har för behandlingen och tillfriskningsprocessen har svaren skilt sig ännu mer. Eftersom detta inte legat inom ramen för vårt syfte har vi inte valt att fördjupa oss eller tydliggöra vilka behandlare som uppvisat likheter respektive olikheter men vi har sinsemellan diskuterat och försökt hitta mönster och förklaringar till på vilket sätt man skulle kunna förklara och förstå skillnaderna. Vi har haft tankar om att respektive profession skulle ha en snarlik syn, att den teoretiska bakgrunden (såsom psykodynamisk eller kognitiv inriktning) skulle kunna vara vägledande och slutligen att skillnader och likheter skulle kunna förklaras med kulturer inom respektive enhet. Vi har inte kunnat finna sådan enhetlighet som kan förklaras utifrån någon av de tre nämnda faktorerna. Däremot har många av våra informanter gett uttryck för att de är väl medvetna om att man förhåller sig annorlunda till exempelvis föräldrars roll i behandlingen på andra enheter än den egna. De beskriver upplevda skillnader mellan enheter, professioner och teoretisk skolning men ger inte spontant uttryck för att det skulle innebära svårigheter i arbetet kring patienterna.

Vi menar inte att en fullkomlig samsyn är nödvändig för att kunna garantera en god vård men har ändå upplevt skillnaderna som intressanta och att studera skillnaderna

och problematisera utifrån ett patientperspektiv tror vi skulle kunna belysa och skapa ny kunskap på området. Vi inser att det också finns fördelar med att olika teorier och kunskapsmodeller används inom vården men samtidigt känner vi att detta möjligen borde ske under mer kontrollerade former som möjliggör förutsägbarhet och utvärdering av behandlingsarbetet. Några förslag till vidare forskning inom området skulle till exempel kunna vara: *Vad innebär det till exempel för en ung vuxen att gå från barn- och ungdomspsykiatrin till vuxenpsykiatrin?* eller *Vad innebär det att återkomma för vård av depression till samma enhet men beredas vård av en annan behandlare än förra gången?* och *Är det av betydelse för patientsäkerheten att skillnaderna i förhållningsätt är så pass omfattande?*

Referenser

Tryckta källor:

Antonovsky, Aaron (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur

Aspers, Patrik (2007). *Etnografiska metoder: att förstå och förklara samtiden*. Malmö: Liber

Bohlin, Maria, Fogelberg, Pia, Franssohn, Jill, Perry, Karin, Posse, Anna (2007) "Fokus unga vuxna." Rapport september 2007 från projektet Samverkan för unga vuxna

Bouma, Esther M.C, Ormel, Johan, Verhulst, Frank C, Albertine J. Oldehinkel, Albertine J. (2008) "Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: The influence of parental depression, temperament and family environment." *Journal of Affective Disorders* 105: 185 – 193

Bowlby, John (1994) *En trygg bas. Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Stockholm: Natur och Kultur

Broberg, Anders, Granqvist, Pehr, Ivarsson, Tord, Risholm Mothander, Pia (2006) *Anknytningsteori. Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och Kultur

Cederblad, Marianne (1995) "Barnfamiljer i Sverige" i Hansson, Kjell & Sundelin, Johan (red) *Familjeterapi - tillämpningar ut ett svenskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur

Cederblad, Marianne (2003) *Från barndom till vuxenliv. En översikt av longitudinell forskning*. Stockholm: Gothia

Howe, David (1995) *Attachment theory for social work practice*. New York: Palgrave

Lagerheim, Berit (2000) "Depression" i Gillberg, Christopher & Hellgren, Lars, *Barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur

Lilja, John & Larsson, Sam (1998) *Nya perspektiv på depression och ångest. En socialpsykologisk forskningsöversikt*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet

May, Tim (2005) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur

Nilzon, Kjell R. (1996) *Childhood depressive disorder: social withdrawal, anxiety and familial aspects*. Göteborg: Göteborg University, Department of Psychology

Olsson, Gunilla (2005) *Depressioner i tonåren - ung, trött och ledsen*. Stockholm: Gothia

Olsson, Martin (2006) *Unga vuxna med en historia av uppförandestörning - en långtidsuppföljning med ett salutogent och ekologiskt perspektiv*. Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan

SOU 2006:77 "Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder." Stockholm: Socialdepartementet

von Knorring, Anne-Liis (2000) "Depressioner hos barn och ungdom" i Wyeth, Lederle, *Om vanliga psykiska sjukdomar*. CNS Akademien. Solna: Nordiska AB

Wasserman, Danuta (2003) *Depression- en vanlig sjukdom. Symtom, orsaker och behandlingsmöjligheter*. Stockholm: Natur och Kultur

Wrangsjö, Björn & Winberg Salomonsson, Majlis (2006) *Tonårstid. Utveckling, problem och psykoterapeutisk behandling*. Stockholm: Natur och Kultur

Internetkällor:

Bremberg, Sven "Risk- och skyddsfaktorer – förebyggande och hälsobefrämjande." www.fhl.se/templates/Page_9518.aspx (hämtat 2008-08-15)

Sandström, Peter "Depression har blivit folksjukdom som kräver mångsidig behandling." www.abo.fi/meddelanden/forskning1998_16_depression.shtml (hämtat 2008-11-20)

Bilaga 1, intervjumall

Tema 1

Utifrån dina erfarenheter, vilka skyddsfaktorer anser du har betydelse för att förebygga depression hos unga vuxna?

- utveckla!

Vilka skyddsfaktorer anser du underlättar en behandling?

Tema 2

Utifrån dina erfarenheter, vilka riskfaktorer anser du har betydelse för att depression uppstår hos unga vuxna?

- utveckla!

Vilka riskfaktorer anser du försvårar en behandling?

Tema 3

Utifrån dina erfarenheter, hur viktigt är den unges familjeförhållanden för tillfrisknandet?

Hur viktigt tycker du föräldrars engagemang är för en framgångsrik behandling?

- är båda föräldrarna lika viktiga?

- är det viktigt att båda deltar i behandlingen?

- brukar den unge anse att föräldrarnas deltagande är viktigt under behandlingstiden?

Anser du att föräldrars engagemang är viktigt även när den unge inte längre bor hemma?

- utveckla?

Hur viktigt anser du att det är att andra nära familjemedlemmar/släktingar deltar i behandlingen?

- utveckla?

Anser du att det är intressant att veta hur den unges familjeförhållanden sett ut under uppväxten?

- utveckla!

- någon särskild aspekt?

Finns det något som kännetecknar ungdomar med depression i jämförelse med andra grupper inom psykiatrin?

Bilaga 2, diagnoskriterier egentlig depression

Egentlig depression definieras enligt DSM-IV som följande:

(Lagerheim, 2004)

A. Minst fem av följande symptom har förekommit under samma tvåveckorsperiod.

Detta har inneburit en förändring av personens tillstånd. Minst ett av symptomen (1) nedstämdhet eller (2) minskat intresse eller glädje måste föreligga. Obs: Inkludera ej symptom som uppenbart beror på somatisk sjukdom/skada eller på stämningsinkongruenta vanföreställningar eller hallucinationer.

(1) nedstämdhet under större delen av dagen, så gott som dagligen, vilket bekräftas genom antingen personen själv (tex känner sig ledsen eller tom) eller av andra (tex ser ut att vilja gråta) Obs: Hos barn och ungdomar kan irritabilitet förekomma

(2) klart minskat intresse för eller minskad glädje av alla eller nästan alla aktiviteter under större delen av dagen, så gott som dagligen (vilket bekräftas av personen själv eller av andra)

(3) betydande viktnedgång (utan att avsiktligt banta) eller viktuppgång (tex en mer än femprocentig förändring av kroppsvikten under en månad), eller minskad eller ökad aptit nästan dagligen. Obs: Ta också med i beräkningen om förväntad viktökning hos barn uteblivit

(4) sömnstöring (för lite eller för mycket sömn nästan varje natt)

(5) psykomotorisk agitation eller hämning så gott som dagligen (observerbar för omgivningen och inte enbart en subjektiv upplevelse av rastlöshet eller tröghet)

(6) svaghetskänsla eller brist på energi så gott som dagligen

(7) känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuldkänslor (vilka kan ha vanföreställningskaraktär) nästan dagligen (inte enbart självförebråelser eller skuldkänslor över att vara sjuk)

(8) minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet så gott som dagligen (vilket bekräftas av antingen personen själv eller av andra)

(9) återkommande tankar på döden (inte enbart rädsla för att dö), återkommande självmordstankar utan någon särskild plan, gjort självmordsförsök eller har planerat självmord.

- B. Symptomen uppfyller inte kriterierna för blandepisod mani/depression
- C. Symptomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden
- D. Symptomen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (tex missbruksdrog, medicinering) eller av somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypotyroidism)
- E. Symptomen förklaras inte bättre med sorgreaktion, dvs den depressiva symtomatologin har varat längre än två månader efter en närståendes bortgång eller karakteriseras av påtaglig funktionsförsämring, sjuklig upptagenhet av känslor av värdelöshet, självmordstankar, psykotiska symtom eller psykomotorisk hämning