



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykologprogrammet*

## **Som en sköld runt hjärtat**

*Unga vuxnas erfarenheter av att medicinera mot depression*

**Hanna Bornäs & Erik Palm**

Psykologexamensuppsats. 2013

Handledare: Per Johnsson  
Bitr. handledare: Kerstin Sandell  
Examinator: Lars-Gunnar Lundh

## Sammanfattning

Syftet med denna kvalitativa studie var att genom halvstrukturerade intervjuer undersöka unga vuxnas erfarenheter av att medicinera mot depression, samt hur de förstår sitt tillstånd som deprimerade. Elva informanter mellan 20 och 30 år, som diagnostiserats med depression och använt SSRI eller SNRI, intervjuades, och materialet analyserades med hjälp av tematisk analys. Resultatet visade att informanterna använder flera olika förklaringsmodeller till depression, vilket skapade osäkerhet och en något fragmentarisk självframställning. En neurokemisk och genetisk syn fanns närvarande, liksom en KBT-diskurs, med stort fokus på beteenden, självarbete, ansvar och kontroll. Vidare fanns även samhällskrav som orsak till depression med, och en genusaspekt i synen på depressionens orsaker och uttryck. Det senare rörde främst dubbla roller, oro över utseende och självdestruktivitet som specifikt kvinnliga erfarenheter. Informanterna var något ambivalenta till antidepressiv medicinering, även om de flesta upplevt sig hjälpta av den, och föredrog generellt psykoterapi som behandlingsmetod. Att medicinera innebar ökad aktivitet och bättre vardagligt fungerande för informanterna. Samtidigt beskrevs en negativ upplevelse av känslomässig avtrubbning av flertalet. Informanterna tillskrev depressionen en mening, främst då den inneburit en ökad insikt i sig själv och andra.

*Nyckelord:* antidepressiva, depression, unga vuxna, erfarenhet, Foucault, Nikolas Rose, neurokemiskt själv, lyckodiskurs, SSRI, SNRI, regerandekomplexet

## **Abstract**

The purpose of this qualitative study was to explore how young adults experience depression and antidepressant medication, and how they understand their condition. Using semi-structured interviews, eleven interviewees between the ages of 20 and 30, who had been diagnosed with depression and had medicated with SSRI or SNRI, were interviewed, and the results were analyzed using thematic analysis. The result showed that the interviewees use different models to explain depression, which created uncertainty and a somewhat fragmented self representation. A neurochemical and genetic view was present, as well as a CBT-discourse, with a strong emphasis on behavior, self-work, responsibility and control. An explanation based on societal demands was also present, and a gender perspective on the causes and expressions of depression. The latter involved double roles, appearance anxiety and self destructive behavior as typically female experiences. The informants were to some extent ambivalent towards antidepressant medication, although most of them felt they had been helped by it, and generally preferred psychotherapy as a treatment method. The main effects of the medication was a rise in activity level and a better everyday functioning. At the same time, an emotional blunting was experienced by the majority. The interviewees ascribed a meaning to depression, in that it gave them increased insight in the self and in others.

*Keywords:* antidepressants, depression, young adults, experience, Foucault, Nikolas Rose, neurochemical selves, happiness discourse, SSRI, SNRI, governmentality

## **Förord**

Tack framför allt till våra informanter, utan vilka denna uppsats inte varit möjlig. Det har varit mycket lärorikt att ta del av era rika berättelser om era upplevelser! Till våra handledare Kerstin och Per vill vi också rikta ett stort tack, för tålmodig handledning och stöd under arbetets gång.

## Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	7
<b>Teori</b> .....	10
Olika förståelser av depression.....	10
Kognitiv och beteendeariktad förståelse.....	11
Psykodynamisk förståelse.....	11
Biologisk förståelse.....	13
Integration av olika föreståelser.....	13
Kritisk psykologi.....	14
Regerandet av själar.....	14
Makten och subjektet.....	15
Mot en biokemisk förståelse av oss själva.....	16
Kravet på skapandet av det autentiska självet.....	18
Lyckodiskursen.....	19
Kritik mot lyckodiskursen.....	20
<b>Tidigare forskning</b> .....	20
<b>Syfte och frågeställning</b> .....	22
<b>Metod</b> .....	23
Vetenskapsteoretisk utgångspunkt.....	23
Urval och rekrytering.....	24
Informanter.....	25
Material.....	26
Intervjuguide.....	26
Procedur.....	27
Intervjuplats.....	27
Information och samtycke.....	27
Konfidentialitet och nyttjande.....	27
Intervjuerna.....	28
Tematisk analys.....	28
Analys och tematisering.....	29
<b>Resultat</b> .....	30
Tabell 1.....	31
Att vara deprimerad och att söka lindring.....	32
Kroppen som det första slagfältet.....	33
Att fungera och bli aktiv med hjälp av medicin.....	34
Känslornas avtagande intensitet.....	36
Osäkerhet kring medicinen och det verkliga jaget.....	38
Medicin som ett sätt att anpassa sig till samhällets krav.....	40
Disparata diskurser om depression.....	42
Det biokemiska sipprar in – som tröst och ansvarsbefrielse.....	43
Individuella aspekter betonas, interpersonella faktorer nedtonas.....	45
Oöverstigligen krav som orsak till depression.....	47
Istället för medicin – självarbete.....	49
Depressionens relationella mening.....	53
<b>Diskussion</b> .....	56
Neurokemiska själv.....	56
Tanken och beteendets kraft.....	59
Att ha kontroll och att ta ansvar.....	61
En handlingsförklaringens patologi?.....	62
Depressionens kroppsliga slagfält.....	64
Medicinens avtrubbande effekt.....	65

Unga vuxnas utsatthet.....	67
Att handla utifrån de givna förutsättningarna.....	68
Mot en relationell förståelse av depression?.....	69
<b>Slutsats</b> .....	71
<b>Metoddiskussion</b> .....	73
Material.....	73
Intervjuer.....	73
Informanter.....	74
Intervjuplats.....	75
Tematisk analys .....	75
Etiska överväganden .....	76
Styrkor och begränsningar i föreliggande studie.....	76
Trovärdighet.....	77
Överförbarhet.....	77
Pålitlighet.....	77
Konfirmerbarhet.....	78
Förslag till vidare forskning.....	78
<b>Referenser</b> .....	79
<b>Bilaga 1</b>	
<b>Bilaga 2</b>	
<b>Bilaga 3</b>	

Denna studie syftar till att undersöka unga vuxnas erfarenheter av att medicinera med antidepressiva läkemedel mot depression och hur de förstår sitt tillstånd som deprimerade. Intresset som ledde fram till ämnesvalet är främst sprunget ur den stora ökning i förskrivning av antidepressiv medicin som ägt rum de senaste decennierna, och en nyfikenhet kring vilka eventuella konsekvenser detta kan få. Hur upplever användarna sitt tillstånd och medicinens verkningar? Hur förstår de sig själva i ljuset av depressionen och medicineringen?

Att det under de senaste tjugo åren skett en förändring som närmast kan beskrivas som en antidepressiv revolution inom den psykiatriska vården, är ett omskrivet faktum (Carlberg, 2008; Horwitz & Wakefield, 2007; Rose, 2006; Svenaeus, 2008). Utvecklingen kan bland annat spåras till det paradigmskifte i synen på psykisk sjukdom som inträdde i och med utgåvan av den tredje versionen av diagnosmanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 1980. I denna version ströks diagnosernas underliggande orsaker och ersattes av symptombeskrivningar, i ett försök att standardisera diagnostiseringen. I och med att inga riktlinjer för behandling tillhandahölls, blev möjligheten att behandla symptomen farmakologiskt större, varför starka incitament till läkemedelsforskning skapades. DSM III fick långt större spridning än alla de föregående versionerna av manualen tillsammans och kom att påverka både språket kring och förståelsen av psykisk sjukdom (Mayes & Horwitz, 2005).

I Sverige ökade försäljningen av antidepressiva läkemedel mellan åren 1992 och 2007 med 700 procent (Svenaeus, 2008), en ökning som trots viss avmattning verkar fortsätta.<sup>1</sup> Den stora förskrivnings- och försäljningsökningen tog sin början under tidigt 1990-tal, då den nya generationens antidepressiva läkemedel, de så kallade SSRI-preparaten,<sup>2</sup> lanserades. Det mest kända varunamnet Prozac godkändes i USA 1987 och lanserades 1995 i Sverige under namnet Fontex (Carlberg, 2008). Jämfört med tidigare antidepressiva läkemedel, såsom tricykliska preparat eller MAO-hämmare,<sup>3</sup> hade SSRI-preparaten lindrigare biverkningar, vilket delvis kan förklara den stora framgången de fick i depressions- och ångestbehandling (Svenaeus, 2008). Svensk psykiatri hade då länge dominerats av en läkemedelskritisk psykoanalytisk läkarkår, men kognitiv beteendeterapi mot depression, som importerats från USA till Sverige under 80-talet, började få ökat gehör. Forskare och kliniker inom denna terapiform var mer positivt inställda till medicinering parallellt med terapi. Samtidigt använde de sig av samma typ av forskningsdesign som läkemedelsstudier för att visa

<sup>1</sup> Konsumtion av läkemedel är komplicerat att redovisa på ett enhetligt sätt beroende på att konsumtion inom olika vårdinstanser och olika rabattsystem gör försäljningssiffror svårtolkade. Måttet DDD/TIND, som står för antal dygnsdoser per tusen invånare och dag i en viss grupp är användbart och relevant för föreliggande studie. Här visar statistik från Apotekens Service AB:s statistiksystem Concise att antalet DDD av SSRI och SNRI i den grupp som studiens urval tillhör (20-29-åringar) under den senaste tioårsperioden (2002-2012) ökat med 86 % hos både män och kvinnor (Apotekens Service AB, 2013).

<sup>2</sup>SSRI står för selektiva serotoninåterupptagshämmare (Selective Serotonine Reuptake Inhibitors)

<sup>3</sup> Monoaminoxidas-hämmare

behandlingens effektivitet, något som började få allt större betydelse inom vården (Carlberg, 2008).

En annan orsak till ökningen i användningen av dessa läkemedel bör sökas i det tillstånd som de används för att behandla. Depression ligger idag på tredje plats i World Health Organizations (WHO) mätning av olika tillståndsjukdomsbörda<sup>4</sup> och beräknas 2030 hamna på första plats i mätningarna (WHO, 2012). I Sverige beskrivs depression och ångest som stora folksjukdomar och idag förväntas 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män någon gång i livet drabbas av en behandlingskrävande depression (Socialstyrelsen, 2010). Kvinnor medicinerar med SSRI och SNRI i dubbelt så hög utsträckning som män fram till 70-årsåldern, då denna skillnad börjar plana ut (Apotekets Service AB, 2013).

Behandlingen bör enligt Socialstyrelsen (2010) huvudsakligen skötas i första linjens vård; på vårdcentraler och inom skolhälsovård och företagshälsovård. Rekommendationerna är avgörande för hur praxis och resursfördelning utformas inom vården och vid medelsvår depression bör hälso- och sjukvården i första hand erbjuda antingen läkemedelsbehandling med antidepressiv medicin, psykologisk behandling med KBT eller interpersonell psykoterapi. I Socialstyrelsens riktlinjer är symptomfrihet samt återgång till tidigare funktionsnivå, både i yrkeslivet och socialt, centrala punkter i behandlingsmålen (Socialstyrelsen, 2010).

Depression har således blivit en mycket vanlig diagnos i västvärlden och allt fler medicinerar med den nya generationens antidepressiva läkemedel. Samtidigt riktas det från vissa håll stark kritik mot de vidgade diagnoskriterier som gör att allt fler kan inkluderas och diagnostiseras. Tendensen att medikalisera tillstånd som tidigare bedömts tillhöra normalområdet för mänskliga känsloreaktioner, som sorg efter en förlust, har varit ett område för debatt (Horwitz & Wakefield, 2007; Wakefield & Schmitz, 2013). Kritik har även riktats mot att depression i stigande grad förstås som det som SSRI har effekt på, oavsett orsak eller symptom, och att den stigande konsumtionen av SSRI därför kan leda till att fler diagnostiseras (Pignarre, 2012). Vidare råder det sedan ett antal år tillbaka oenighet omkring SSRI- och SNRI-läkemedlens effektivitet. I en metastudie publicerad 2008 (Kirsch, Deacon, Huedo-Medina, Scoboria, Moore, & Johnson, 2008) som testade SSRI:s effekt på depression i förhållande till placebo, fastslogs att effekten låg under kriterierna för klinisk signifikans<sup>5</sup>, vilket skulle betyda att dessa läkemedel inte har större bevisad effekt än placebo. Vidare är den hypotes som ligger bakom SSRI-läkemedlens framgång – att det

---

<sup>4</sup> uttryckt i DALY (Disability Adjusted Life Years)

<sup>5</sup> Metastudien involverade fler studier än tidigare metaanalyser och inkluderade dessutom studier som tidigare inte publicerats. Endast vid de svåraste fallen av depression kunde klinisk signifikanta effekter fastslås, något som dock attribuerades till en minskning av placeboeffekt snarare än en ökad effekt av läkemedlet. Metaanalysen baserades på 47 kliniska studier kring effekt, som lämnats in till Food and Drug Administration för marknadsgodkännande. Läkemedlen var Fluoxetin, Venlafaxin, Nefasodon, Paroxatin, Sertralin och Citalopram; de vanligaste förekommande SSRI och SNRI-läkemedlen (Kirsch et al., 2008).



verksamma ämnet i läkemedlen selektivt kan hämma återupptagningen av serotonin i synapsklyftan och återställa en balans i nämnda neurotransmittor – starkt ifrågasatt (Horwitz & Wakefield, 2007; Mulinari, 2011). De studier som försökt påvisa låga serotoninivåer hos deprimerade har visat disparata resultat och har dessutom varit behäftade med stora metodologiska problem (Lacasse & Leo, 2005). Trots att det inte finns något fastställt samband mellan depression och låga nivåer av serotonin i hjärnan (Mulinari, 2011; Rose, 2006), beskrivs SSRI-läkemedlens verkan av både läkemedelsföretagen och i officiell svensk sjukvårdsinformation<sup>6</sup> på starkt reduktionistiska och missvisande sätt<sup>7</sup> (Mulinari, 2011; Zetterqvist & Mulinari 2013). En förenklad tankefigur om att depression beror på låga nivåer av serotonin väntas på liknande sätt ha tagit sig in i språket hos både vårdapparaten, personer som använder antidepressiv medicin och i den allmänna diskursen (Rose, 2006).

Unga vuxna mellan 20 och 30 år har växt upp under den period som den antidepressiva revolutionen pågått. Den förändring i synen på nedstämdhet och depression, och på läkemedelsbehandling för dessa tillstånd, som kan tänkas vara en konsekvens av den ökade förskrivningen av SSRI och medikaliseringen av depression, borde därför komma till tydligast uttryck hos denna grupp. Denna fas i livet förknippas med vuxenblivande, att hitta sin plats och etablera en identitet. Frågor och val som ofta blir aktuella under denna period kan röra arbete och utbildning, självständighet och beroende i relation till föräldrar, och att etablera vuxna relationer till andra. Vid sidan av den press som ett skifte från ungdom till vuxen kan innebära, sägs det att unga idag är särskilt utsatta för ett hårdnande samhällsklimat (Gillberg, 2010). För personer mellan 20 och 30 år har förskrivningen av SSRI och SNRI stigit med 86 % under de senaste tio åren (Apotekets Service AB, 2013). Studier visar att den psykiska ohälsan bland unga har försämrats, särskilt för unga kvinnor, och några knyter detta till att perioden mellan ung och vuxen idag blivit längre, mer diffus, samt präglad av osäkerhet (Gillberg, 2010; Socialstyrelsen, 2009; Åsbring & Hochwälder, 2009). Det kan vara så att denna grupp är särskilt utsatt för de krav på ett aktivt skapande av sig själv, som denna period i livet kan innebära, och som blivit beskrivet som utmärkande för vår tid och tidens unga generation (Petersen, 2009; Rose, 2003). Vidare är perioden mellan ungdoms- och vuxenliv intressant och givande att utforska, då kvalitativ forskning om antidepressiv medicinering och depression som berör just denna grupp är begränsad.

Trots att en halv miljon svenskar dagligen tar antidepressiv medicin (Svenaesus, 2008) har få empiriska studier fokuserat på SSRI-användares subjektiva upplevelser av att medicinera med

<sup>6</sup> Exempelvis på sidor som Apoteket.se, Patient-Fass, Fass.se och 1177.se

<sup>7</sup> Från bipackssedeln till SSRI-preparatet Seroxat från GlaxoSmithKline: ”Seroxat tillhör en grupp läkemedel som kallas selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI). Alla människor har en signalsubstans i hjärnan som kallas serotonin. De som lider av depression eller ångest har onormalt låga nivåer av serotonin”.

denna typ av läkemedel. Många kvantitativa studier har undersökt läkemedlens effekt, men dessa fångar inte de enskilda användarnas erfarenheter på något meningsfullt sätt. Därför fyller denna typ av kvalitativ studie en viktig roll.

Psykologexamensuppsatsen skrivs i anslutning till det pågående projektet *Efter succén med den nya generationens antidepressiva läkemedel - erfarenheter, praktiker, diskurser och jagets förändring*, som drivs av forskare vid Centrum för genusvetenskap i Lund, samt forskare vid Linköpings universitet. Projektets övergripande syfte beskrivs som följer:

Införandet av selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) har revolutionerat behandlingen av och synen på depressioner. Samtidigt finns nästan ingen forskning utanför ett begränsat biomedicinskt perspektiv som utforskar vad detta har inneburit. Projekts syfte är att utforska denna "SSRI-revolutions" vardagliga, kliniska och diskursiva konsekvenser. [...] Projektet bidrar med central kunskap om ett fenomen som är relativt utforskat i sitt samhälleliga sammanhang, trots den omfattande användningen av SSRI (Centrum för Genusvetenskap, n.d.).

Vår studie anknyter till den del i projektet som fokuserar på användarnas vardagliga erfarenheter och strategier. Urvalet har begränsats till personer mellan 20 och 30 år, som någon gång under de senaste fem åren medicinerat med antidepressiva läkemedel av antingen SSRI- eller SNRI-typ.

### **Teori**

I det följande redogörs för studiens teoretiska ramverk. Inledningsvis beskrivs olika teorier kring och förståelser av depression. Kritisk psykologi presenteras sedan, som det fält inom psykologi studien anknyter till. Härefter följer en genomgång av de teorier som ansetts passa studiens syfte och frågeställning.

#### **Olika förståelser av depression**

Tillstånd av nedstämdhet, melankoli och depression har förståtts på skilda sätt genom olika tider och kulturer. Idéhistorikern Karin Johannisson (2006) har förklarat denna historiska och kulturella aspekt av diagnoser med att sjukdomstillstånd och avvikelser alltid skapas i ett givet kulturellt sammanhang, genom förhandlingar mellan samhälle, kropp och ett givet kunskapsläge. Hur depression betraktats historiskt och tvärkulturellt är intressant, men utanför denna studies omfång att redogöra för. Utifrån diagnosmanualerna Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) och International Classification of Diseases-10 (ICD-10) ställs dagens olika depressionsdiagnoser utifrån en rad symptombaserade, dekontextualiserade och ateoretiska kriterier (Horwitz & Wakefield, 2007). Kriterierna rör psykiska och fysiska tillstånd, såsom känslor av

nedstämdhet och hopplöshet, minskat intresse eller glädje samt sömnsvårigheter, viktuppgång eller viktnedgång. Symptomen ska ha förelegat under en angiven period (American Psychiatric Association, 2002). I DSM-utgåvorna från 1980 och framåt har kriterierna och därmed diagnoserna rensats från etiologiska antaganden för att öka reliabiliteten och förena olika förklaringar till depression (Horwitz & Wakefield, 2007; Mayes & Horwitz, 2005). De olika teoretiska förståelserna är ändå relevanta att kort presentera, då de kan tänkas återfinnas i informanternas berättelser.

**Kognitiv och beteendeorienterad förståelse.** Den kognitiva förståelsen av depression fokuserar på de tankebanor och andra kognitiva funktioner som kan orsaka och vidmakthålla en depression. Det typiska bland deprimerade patienter anses vara låg självvärdering, självkritiska och självföretande tankar, en överbetoning av problem och motivationsbrist (Beck, 2008; Beck-Friis, 2005). I det kognitiva synsättet stammar depression från den deprimerades tankemönster, som i sin tur får inflytande över stämningläget. Negativt färgade, dysfunktionella tankar påverkar också den deprimerades beteenden, fysiska hälsa och syn på sig själv (Beck-Friis, 2005). I Becks (2008) depressionsmodell leder den systematiska kognitiva snedvridningen i informationsprocessen hos deprimerade till att positiva händelser och minnen blockeras. Samtidigt leds uppmärksamheten selektivt in på negativa aspekter av erfarenheter, och depressiva symptom uppstår. De dysfunktionella antagandena och den kognitiva förvrängningen i tolkningen av upplevelser och erfarenheter anses kunna behandlas exempelvis genom att terapeut och klient resonerar kring dessa och prövar giltigheten i klientens föreställningar om sig själv, andra och omvärlden (Kåver, 2006).

Ett beteendeterapeutiskt synsätt utgår istället från de beteenden den deprimerade ägnar sig åt eller underlåter att ägna sig åt. En strävan efter att höja den deprimerades aktivitetsnivå och på så sätt bryta den nedåtgående spiralen av isolering, undvikande och passivitet brukar vara ett av målen (Kåver, 2006). Ofta kombineras dessa två teoribildningar med tillhörande terapiformer och får då samlingsnamnet KBT, kognitiv beteendeterapi. Nyare former av KBT har införlivat österländska tekniker i teoribildningen och integrerat acceptans av känslor, tankar och upplevelser. Acceptans och medveten närvaro beskrivs av Kåver (2006) som ett sätt att få distans till och byta attityd till sina tankar, genom övningar i att förhålla sig öppet, tillåtande och icke-dömande till dem. Kåver (2006) talar om att välja acceptans och behovet av att ständigt göra det, för att kunna möjliggöra förändring. Exempel på metoder som använder sig av dessa tekniker är Acceptance and Commitment Therapy (ACT), dialektisk beteendeterapi (DBT) och Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT). Sammantaget fokuseras här på tankar och beteenden som öppna för förändring genom medvetna val, samtidigt som nya tekniker som fokuserar på acceptans införlivats inom samlingsbegreppet KBT (Kåver, 2006).

**Psykdynamisk förståelse.** Inom den psykdynamiska traditionen finns en rad olika sätt att

förstå och förklara depression. Generellt betonas tidiga relationer till andra, och den sorg och de konflikter som separationer eller risk för separationer kan föra med sig. Tidiga erfarenheter tillskrivs genomgående stor betydelse i individers fortsatta liv. Det finns även en tradition inom den psykodynamiska teoribildningen att betrakta psykiskt lidande som livsproblem, utan nödvändigtvis patologisk karaktär (Reeder, 2010).

Depression förklarades i tidiga psykodynamiska teorier som en oförmåga att sörja ett förlorat objekt, vilken antogs leda till aggression som riktas inåt, mot jaget. Andra har menat att depressionen bär vittne om en inre konflikt mellan olika delar av det psykiska livet, som en slitning mellan överjagets jagideal och jaget, eller jaget och drifterna. Depression har också förklarats utifrån en brist på bekräftelse, som är nödvändig för att självkänsla och självkärlek ska kunna utvecklas (Beck-Friis, 2005).

Den äldre psykoanalytiska traditionen lyfte upp betydelsen av tidiga erfarenheter med nära omsorgsgivare (i första hand modern), men hur psyket utvecklas har inom denna tradition fram till relativt nyligen diskuterats i övervägande intrapsykiska termer, där uppdelningen mellan objekt och subjekt är central. Senare tiders spädbarnsforskning och anknytningsteori har börjat ifrågasätta denna uppdelning och rimligheten i att betrakta det individuella psyket som en isolerad entitet. Socialitet och en inriktning mot anknytningsrelationer ses i dessa senare teorier som en grundläggande mänsklig förutsättning, snarare än som ett sekundärt fenomen. Inom den relationella eller intersubjektiva traditionen betonas förmågan, och behovet av, att erkänna sig själv och andra som på en gång beroende och självständigt existerande. Att erkänna andra, liksom att själv bli erkänd som ett subjekt i egen rätt, är här centralt, liksom att människors grundläggande tillstånd är ett av relaterande till andra (Benjamin, 1988).

En teoribildning som vilar på psykodynamisk grund, men som integrerat forskning från olika områden i utvecklandet av teori och praktik för psykologisk behandling, är den mentaliseringsbaserade, vilken företräds främst av Anthony W. Bateman och Peter Fonagy (Bateman & Fonagy, 2012). I ett mentaliseringsperspektiv betonas de interpersonella aspekterna av depression, där det depressiva tillståndet förknippas med svårigheter inom detta område (Luyten, Fonagy, Lemma, & Target, 2012). Mentaliseringsförmåga handlar om att kunna sätta sig in i andra personers, liksom i egna, skiftande inre tillstånd. Brister i mentalisering antas vara sprungna ur brister i anknytningsrelationerna till de primära vårdnadshavarna. Utifrån detta perspektiv ses depression som ett svar på hot mot anknytningsrelationer, där det upplevda hotet drabbar även självet och innebär en risk för separation, förlust eller misslyckande. Detta leder till ökad stress och bristande mentalisering med sig själv och andra. Det deprimerade tillståndet orsakar i sin tur än mer stress, vilket resulterar i än sämre mentalisering och leder till en negativ spiral (Luyten et al., 2012).

**Biologisk förståelse.** Biologiskt grundade förståelser av depression har försökt söka orsaker till depression i hjärnans struktur och funktion. Särskilt neurotransmittorer, receptorer, gener och hjärnans neuroanatomi har studerats för att upptäcka dysfunktioner och avvikelser (Horwitz & Wakefield, 2007). En hypotes som bygger på en biologisk förståelse av depression är monoaminhypotesen, som för fram att låga nivåer av serotonin, noradrenalin, och dopamin är avgörande hos deprimerade (Lacasse & Leo, 2005). Serotoninbrist antas ge ångest och tvångsmässiga beteenden, brist på noradrenalin kopplas till problem med vakenhet och energi liksom ångest och uppmärksamhet, och dopaminbrist antas ge negativa följder för uppmärksamhet, motivation och njutning samt intresset för livet överlag (Werner & Coveñas, 2010).

Övriga biologiska teorier kring depression involverar störningar i HPA-axeln, störningar i olika typer av hormoner, samt genetiska hypoteser, där exempelvis en kort allell i 5-HTT-genen antagits vara en genotyp för depression (Horwitz & Wakefield, 2007). De nämnda biologiskt baserade hypoteserna gällande orsakssamband till depression har fått ett betydande diskursivt inflytande i förståelsen av depression (Rose, 2006), trots att de förkastats efter bristfälligt vetenskapligt stöd (Horwitz & Wakefield, 2007; Lacasse & Leo, 2005; Risch et al., 2009).

**Integration av olika förståelser.** I stigande grad integreras de olika förståelserna och förklaringarna med varandra inom forskning och psykiatri. Exempelvis har de biologiska hypoteserna fått stort genomslag i de psykologiska förklaringsmodellerna till depression, och det har gjorts och görs försök att koppla psykodynamiska eller kognitiva teoretiska konstrukt till förändringar i hjärnans neuroanatomi, endokrinologi eller genetiska predispositioner (Beck, 2008; Holmes, 2013). Många betonar också de multifaktoriella orsakssambanden, där olika faktorer antas samverka. Här kan stress- sårbarhetsmodellen för depression nämnas, som antar att förhöjda stressnivåer som ett resultat av påfrestande livshändelser ökar sannolikheten för depression bland personer som har en genetisk sårbarhet (exempelvis en kort allell i 5-HTT-genen), medan de med en lång allell har ett slags skydd. Flera studier inriktar sig på denna typ av interaktion mellan genetik och miljö (exempelvis Sjöholm, Lavebratt, & Forsell, 2008; Sjöholm, 2010). Dessa modeller, som kallas multifaktoriella, innebär att depression antas bero på flera hos individen samverkande faktorer, med grund i både arv och miljö. I andra fall där begreppet används kan det vara ett uttryck för att man trots omfattande forskning faktiskt inte vet vad som är (den mest avgörande) orsaken till depression (Brante, 2006).

Hur dessa begrepp används inom vården varierar sannolikt. I en undersökning av psykiatrikers syn på orsak till depression fanns en tydlig tendens att ange flera faktorer, men det slående var också att det fanns en mycket stor spridning mellan de olika läkarna i vilka orsaker som tillskrevs störst betydelse (Baillie, McCabe, & Priebe, 2009). Det kan alltså antas att den

multifaktoriella synen präglar sjukvården, men att den inte representerar en enhetlig och tydlig linje, utan att synen varierar mycket mellan enskilda personer, och att vad som förmedlas till vårdtagare därför varierar.

### **Kritisk psykologi**

Teoretiskt knyter studien an till kritisk psykologi, som har rötter i kritisk teori. Kritisk psykologi kan ses som ett inter- och transdisciplinärt fält inom psykologi, eftersom argument hämtas från en rad discipliner och professioner samtidigt som gränserna mellan psykologi och andra discipliner ifrågasätts och överskrids. Kritisk psykologi kan också ses som ett paraplybegrepp för poststrukturalistiska, postkoloniala, marxistiska, radikala, fenomenologiska och feministiska perspektiv på psykologi (Parker, 1999). Teoretiker och kliniker inom detta fält tenderar att vid sidan av en allmän samhällskritik ställa sig kritiska till individfokuset i konventionell psykologi, som riskerar att skymma de sätt som maktrelationer mellan olika sociala klasser eller grupper kan komma till uttryck på. De kan också lyfta fram psykologins möjlighet att bidra till samhällelig förändring och ökad rättvisa istället för att bidra till att upprätthålla status quo (Prilleltensky, 1999).

En av de mest inflytelserika teoretikerna inom kritisk psykologi, Ian Parker, pekar på vikten av att studera former av övervakning och självreglering i vardagslivet, vilket ligger nära de senfoucauldianska teorier som denna studie utgår från i synen på subjektet. Med övervakning och självreglering avses här de mekanismer genom vilka människor deltar i förtryckande institutioner och relationer och därigenom medverkar till att skapa och återskapa makt. Parker lyfter också upp att studier i hur en psykologisk eller terapeutisk kultur verkar och tar sig uttryck utanför akademien och den kliniska verksamheten, är centrala för den kritiska psykologin (Parker, 1999). Det ligger i linje med hur regerandekomplexet använts av sociologerna Nikolas Rose (2006) och Sam Binkley (2011), vars teorier redovisas nedan, för att beskriva samspelet mellan individ och samhälle.

### **Regerandet av själar**

Den teoretiska utgångspunkten för denna studie är förankrad i en senfoucauldiansk förståelse av hur det nyliberala samhället fungerar, hur makt och kunskap verkar och hur subjekt formas i relation till detta. Kunskap och erfarenheter ses som avhängiga av den historiska, materiella och diskursiva kontext som de är sprungna ur. Ett centralt begrepp i detta teoretiska ramverk är regerandekomplexet<sup>8</sup> (Foucault, 2010).

Filosofen Michel Foucault utvecklade sina tankar om regerandekomplexet under en föreläsningsserie på Collège de France mellan 1977 och 1978, vilket i viss mån innebar en

---

<sup>8</sup> Gouvernamentalité (Foucault, 2010)

brytpunkt i hans teoretiska tänkande kring makt (Rose, O'Malley, & Valverde, 2006) Från att ha fokuserat på samhällens disciplinerande karaktär, lyfte nu Foucault fram regerandet av befolkningen som en viss typ av rationalitet, som mindre bygger på övervakning och mer handlar om kalkylerandet av risk och bevarandet av statens säkerhet (Foucault, 2010). Reagerandekomplexet handlar i stora drag om tekniker och strategier för att styra mänskligt beteende; individers såväl som familjers och staters. Det som är i fokus för undersökningen är liberalismens födelse, där liberalism inte förstås som ett visst sätt att styra, utan en kritik av överdrivet styrande och ett sätt att styra mindre. Likväl innebär den en viss regerandeteknik (Rose et al., 2006). Utgångspunkten för regerandet är inte individuella människor utan befolkningen, och målet är inte perfektion utan optimering med hjälp av sannolikhetskalkyler. I centrum för detta står även befolkningen som ett biologiskt faktum, där kunskap om och manipulering av biologin blir viktiga verktyg för styrning och kontroll (Foucault, 2010).

### **Makten och subjektet**

I synen på subjektet anknyter vi främst till filosofen Judith Butler i *The psychic life of power* (1997), där hon vidareutvecklar en foucauldiansk förståelse och använder sig av bland andra Nietzsche och Freud för att utveckla frågan om maktens psykiska verkningar. I likhet med Foucault förstås subjektet inte bara som underkastat makten, utan även som format av och beroende av den för sin existens som subjekt. Genom att inta en identitet görs makten till en del av subjektet, och makten verkar genom den psykiska form den får då den blir en del av jaget (Butler, 1997). Butler fortsätter i en del som Foucault lämnade relativt obehandlat, i en undersökning av maktens psykiska verkningar, vilket gör det till en lämplig utgångspunkt för en undersökning av hur diskurser kring psyket, jaget och psykiskt lidande uttrycks av unga personer.

När det kommer till subjektets agens i relation till makten landar Butler (1997), efter lång diskussion om det mycket komplexa, ambivalenta och motsägelsefulla i frågan, till en syn som medger visst handlingsutrymme och möjlighet till motstånd:

Agency exceeds the power by which it is enabled. One might say that the purposes of power are not always the purposes of agency. To the extent that the latter diverge from the former, agency is the assumption of a purpose unintended by power, one that could not have been derived logically or historically, that operates in a relation of contingency and reversal to the power that makes it possible, to which it nevertheless belongs (Butler, 1997, s. 15).

Som Butler visar blir en förståelse av psyket nödvändig för att kunna närma sig det som sker när

subjektet vänder sig mot sig självt och aktivt medverkar till sin egen underordning, vilket är en förutsättning för själva subjektskapet. Psykiska funktioner som samvete och självklander samspelar med processer av social reglering (Butler, 1997). I dessa sammanhang har sociala affekter som skam och skuld, vilka ofta är centrala i den deprimerades känsloliv, en stor roll, och kan hos den deprimerade få extrema proportioner (Luyten et al., 2012). Att subjekt eftersträvar att underkasta sig normer kan förstås då ett socialt liv förutsätter en tillhörighet till sociala kategorier, vilka i sin tur kräver underkastelse. Butler lyfter upp den mänskliga bekräftelsesökande belägenheten, och den sårbarhet som den medför, som central i hur makt och normer kan få denna skapande kraft (Butler, 1997). Subjektet söker och uppnår således erkännande och existens genom att anta yttre namn och etiketter, som det inte själv skapat. Vidare menar Butler (1997) att subjektets inre, med normativa självregleringar, utvecklas på bekostnad av en levd social tillvaro. Detta påminner om den freudianska tanken om utvecklingen av ett överjag och inträdet i kulturen, på den direkta driftsutlevelsens bekostnad.

För att förklara hur olika diskurser kring ett så komplext begrepp som depression, samt hur neurokemiska och andra förklaringsmodeller som omgärdar den antidepressiva medicineringen, verkar och får en betydelse i människors sätt att förstå och tala om sig själva, är Butlers (1997) syn användbar.

### **Mot en biokemisk förståelse av oss själva**

Sociologen Nikolas Rose (2006) tar Foucaults regerandekomplex som utgångspunkt, då han undersöker hur kunskap om och behandling av psykiskt lidande kan utgöra ett regerande av själen och på olika sätt involvera individers självövervakning. Enligt Rose (2006) förstår människor i stigande grad sig själva som somatiska och biologiska individer. I *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century* (2006) argumenterar Rose för att de senaste decenniernas medicinska utveckling skapat ett "neurokemiskt själv". Landvinningar inom hjärnabbildningsmetoder, neurovetenskap, psykofarmakologi och beteendegenetik tillsammans med läkemedelsföretagens nya sätt att marknadsföra psykofarmaka, samt olika patientorganisationers arbete med att minska stigmat kring psykisk ohälsa genom att somatisera diagnoser, har bidragit till detta. Rose (2006) menar att denna utveckling är ett tydligt avsteg från den självuppfattning som tidigare genomsyrat västerländska samhällen, där psykoanalytiska förståelser var centrala. Psyket och självet uppfattades då som något djupt i människors inre, där drifter och konflikter stod i relation till tidiga erfarenheter. Nu, menar Rose (2006), har självet med dess kognitioner, stämningslägen, känslor och begär öppnats upp för interventioner, och kopplas i allt högre utsträckning till biologin och det specifika organet hjärnan. Resultatet är att självet plattas



ut, och att biologin inte längre uppfattas som ett ofrånkomligt öde, utan som något som kan förändras och manipuleras.

Rose (2006) menar att en milstolpe för denna utveckling ägde rum under åren mellan mitten av åttiotalet och mitten av nittiotalet och att ett nytt sätt att tänka etablerade sig bland psykiatriker, och i förlängningen allmänheten, under denna tid. Det handlar om att varje psykiskt sjukdomstillstånd helst förstås utifrån hjärnan och dess neurokemiska sammansättning. Diagnoser anses som mest exakta när de kan härledas till onormal funktion i neuroner, synapser, enzymer och liknande. Biografiska data finns fortfarande med i förståelseramen, men enligt Rose endast i betydelsen av hur de påverkar neurokemin i hjärnan. Livserfarenheter anses kunna sätta prägel, men inte i den tidigare psykologiska meningen, utan som observerbara skillnader i den organiska hjärnan. Rose (2006) lyfter också fram hur läkemedelsföretagens ekonomiska intressen med dess komplexa förbindelser till läkarkåren och American Psychiatric Associations (APA) diagnostiska diagnosmanual DSM delvis ligger bakom den utveckling han beskriver.

Idén om att vi i varje given kultur och tidsperiod har ett säreget sätt att relatera till och förstå oss själva är felaktig enligt Rose (2006). Istället argumenterar han för att olika förståelselager läggs på varandra, och att specifika kontexter och förkroppsliganden ger upphov till nya sätt att konstruera självet. En neurokemisk förståelse av oss själva kan alltså finnas parallellt med tidigare förklaringar, där vi uppfattar oss som präglade av omedvetna önskningar, neuroser eller trauman.

Utifrån filosofen Gilles Deleuzes och den sene Foucaults analys av det kontrollerande samhället, där individers självkontroll är ständigt pågående och fullt integrerad i samtliga aktiviteter, drar Rose (2006) paralleller till hälsovården av idag. Där uppmuntras den ansvarstagande och aktiva medborgaren att ständigt övervaka sin hälsa, samt modifiera, anpassa och förbättra den utifrån de förändrade krav och rön som uppkommer. De psykiatriska och farmakologiska tekniker som syftar till att regera över själen tvingar på samma sätt individen att ständigt granska och övervaka sitt mående. Rose menar att denna förskjutning i uppfattning av oss själva gjort att vi blivit *mer* biologiska, men att denna biologi inte ses som ett fastslaget öde utan öppnar upp för möjlighet till förändring på molekylär nivå. Rose (2006) tar även upp att denna möjlighet till manipulation gjort att vi börjat betrakta vår kropp utifrån, med klart åtskiljda och utbytbara delar. Detta kan delvis ha återinfört en cartesiansk dualism, med en tydlig uppdelning mellan kropp och själ (Rose, 2006).

Rose (2006) menar vidare att autenticitetens etik genomsyrar marknadsföringen och användningen av de nya antidepressiva läkemedlen, liksom den funnits och finns hos annan psykologisk och psykodynamisk behandling. Genom löften om självförverkligande och om att bli en aktör i sitt eget liv, fungerar antidepressiv medicin snarare som ett komplement till annat

självarbete, än som ett enkelt lyckopiller. Rose (2006) pekar på att det som utlovas med medicinen är kontroll; över sig själv och de emotionella tillstånd som medicinen dämpar. Genom att ägna sig åt självreglerande aktiviteter och kemisk finjustering kan individen bli sitt sanna jag och utforma sitt liv i enlighet med det. Livsuppgiften för den samtida biologiska individen blir att oupphörligen övervaka, styra över och omforma sin kapacitet (Rose, 2006).

### **Kravet på skapandet av det autentiska självet**

Subjektets sökande efter bekräftelse och erkännande i en process av social reglering beskrivs, liksom hos Butler (1997), i sociologen Anders Petersens artikel *Depression - a social pathology of action* (2009). Här argumenterar Petersen för att det samtida depressionstillståndet måste ramas in i en social och samhällelig förståelse. En ny anda i det kapitalistiska systemet, i vilken ett aktivt skapande av det autentiska självet blivit ett krav, har enligt Petersen (2009) gett upphov till en depressionsepidemi. Petersen (2009) hävdar att depressiva personer saknar precis det som premieras i dagens samhälle, nämligen förmågan att inom samtida normativa värdesystem förverkliga sig själva, varför den depressiva individen och individen som aktivt skapar sitt autentiska själv kan ses som varandras antiteser. Att skapa ett autentiskt själv genom aktiv handling förstås här som en moralisk idé om att individen bör forma och kultivera sin särart i linje med föreställningar om vad ett gott liv innebär. Depression, menar Petersen (2009), kan inte ses som en subjektiv patologi för sig, utan måste tolkas som en social aktivitetspatologi. Aktivitet är den måttstock som används för att värdera människor, och den som lyckas vara aktiv även utanför en specifik jobsituation, exempelvis i socialt nätverkande eller projekt vid sidan av arbetet, ses som mest lyckad. Den innovativa, sociala, risktagande, autonoma och flexibla personen sätts här som norm (Petersen, 2009).

I likhet med Rose (2006) hävdar Petersen (2009) att det nu är upp till individen att regera över sig själv och ständigt utvärdera sina handlingar. Enligt Petersen har förståelsen av depression skiftat från att ha setts som en betydelsebärande produkt, viktig för att kunna konfronteras med sin biografiska historicitet och påbörja en separationsprocess, till att uppfattas som en defekt eller ett funktionshinder som bör botas (Petersen, 2009). Detta går i linje med Roses (2006) argument om att det djupa, inre psykologiska utrymme som människans psyke tidigare upplevts som, nu ersatts av en platt neurokemisk yta, där psyket öppnas upp för manipulation och intervention.

Försök att uppnå sitt autentiska jag genom ständig handling och aktivitet riskerar enligt Petersen (2009) att till slut leda till utmattning och depression. Han menar att den allmänna synen är att de underliggande orsakerna inte bör ägnas tid, utan antidepressiva läkemedel kan åtgärda symptomen för att möjliggöra en återvändo till den aktiva världen. Petersen (2009) beskriver att den

freudianska terapeutiska processen med introspektion som ett medel i behandlingen mot depression bytts ut mot tankar om defekter som bör botas. Om individens "mentala motor" repareras kan ett fullgörande av förpliktelser inom ramen för kapitalismens nya anda möjliggöras. Petersen (2009) pekar även på att den tidigare psykodynamiska förståelsen av depression nu ersatts av diagnoskriterier som beaktar framför allt aktivitet och passivitet (Petersen, 2009).

### **Lyckodiskursen**

De krav på aktivitet Petersen (2009) beskriver återkommer i Sam Binkleys undersökning av hur teorin om regerandekomplexet kan användas för att förstå den starka ställning en diskurs kring lycka, där inspiration och legitimitet hämtats från positiv psykologi, fått i den samtida kulturen. I *Happiness, positive psychology and the program of neoliberal governmentality* (2011) använder sig Binkley, liksom Rose (2006), av regerandekomplexet, men fokuserar inte på biologin utan på teknologier för lycka som en sätt att styra människor och skapa subjekt i ett nyliberalt samhälle. Binkley (2011) menar att en analys av regerandekomplexet som involverar emotioner gör det möjligt att se och undersöka mikronivån i självstyrningen. Genom att skifta fokus från det rationella till det emotionella ansluter sig Binkley (2011) till Butlers (1997) analys av makt och subjektsskapande.

Binkley (2011) visar hur lycka blivit ett centralt begrepp inom allt från ekonomi och politik, till ledarskap och organisationsteori. Inom den lyckodiskurs som etablerats spelar utvecklingen inom positiv psykologi en roll, och har enligt Binkley börjat genomsyra hur människor förstår sig själva och andra. Lyckodiskursen präglas av tanken att lycka beror på den egna kognitiva inställningen, och att individen kan lära sig att tolka och se på sig själv, sina färdigheter och omständigheter i ett fördelaktigare ljus (Binkley, 2011). Binkley (2011) menar att den därför är effektiv när det gäller att skapa självständiga subjekt med agens inom en nyliberal ordning, eftersom optimismen och den positiva synen på självet blir ett ständigt pågående projekt som kan bedrivas i vardagslivets intima sfär. Den psykoanalytiska synen på tankar som ett uttryck för underliggande emotionell dynamik, grundade i psykobiografiska erfarenheter, ställs här på ända. Istället betonas att tankar påverkar sinnesstämningen, och att individer har förmågan, och därmed ansvaret för, att påverka sitt emotionella välmående. Då lycka beror på egna handlingar och val, blir nedstämdhet eller depression synonymt med individens oförmåga att agera på egen hand. Att ta ansvar för sig själv, att vara aktiv och företagsam är både medel och mål för lycka (Binkley, 2011). Precis som hos Petersen (2009) är handling och aktivitet här centralt för välmående. Vikten av ansvar och kontroll över självet känns även igen från Rose (2006), men där Rose (2006) talar om självkontroll med hjälp av psykofarmakologiska metoder, omfattar möjligheterna för kontroll inom

lyckodiskursen även beteenden, kognitioner och emotioner (Binkley, 2011). I vissa populariserade former av positiv psykologi och nyandlighet, ses självet som allenarådande, då tankar och känslor anses dra till sig önskade eller fruktade händelser (Madsen, 2010).

**Kritik mot lyckodiskursen.** En hel del kritik här riktats mot den samtida upptagenheten av positivt tänkande och lycka. Journalisten Barbara Ehrenreich har beskrivit hur den kollektiva potentialen i dåligt mående undermineras som en följd av positivt tänkande. Då allt psykiskt lidande individualiseras, kan missförhållanden eller orättvisor aldrig utmanas (Ehrenreich, 2010). Binkley tar även upp hur det byråkratiska samhällets fokus på lycka långt tidigare kritiserats för att skapa ”cheerful robots” (Mills, 1959, refererad i Binkley, 2011). Det finns vidare en humanistiskt färgad kritik, som går ut på att lyckodiskursen ignorerar den kreativa potential som finns i livets inneboende spänning mellan glädje och sorg (Wilson, 2008, refererat i Binkley, 2011).

Lyckodiskursen saknar enligt Binkley (2011) det fokus på ökad empati, självförståelse och emotionell ömsesidighet som tidigare terapeutiska paradigmen betonat. Inom en lyckodiskurs ses sådana sociala influenser som hindrande för frihet och eget ansvar och dessutom som ett uttryck för en alltför styrande teknologi (Binkley, 2011).

### **Tidigare forskning**

I det följande redogörs för tidigare forskning som sökt svar på hur människor upplevt depression och efterföljande antidepressiv läkemedelsbehandling. Omfattande sökningar i databaser som PsychInfo och Pubmed gjordes med relevanta sökord utifrån teman som rörde unga vuxna, depression, antidepressiv läkemedelsbehandling och regerandekomplexet.

I tidigare studier som kvalitativt undersökt upplevelser av depression beskrevs tillståndet innan medicinering i vissa fall som en oförmåga att leva upp till krav från samhället eller den sociala omgivningen (Fullagar, 2009; Knudsen, Holme Hansen, Morgall Traulsen, & Eskildsen, 2002; Svaneus, 2008; Sykes, 2011; Teal, 2009). I andra fall upplevdes depressionen som ett förlorat själv (Cornford, Hill, & Reilly, 2007; Knudsen et al., 2002; Teal, 2009; Woodgate, 2006). Ett återkommande drag var även informanternas beskrivningar av att medicinen gjorde det möjligt att återgå till yrkesliv och sociala sammanhang. Att kunna fungera i det vardagliga livet och leva upp till sociala och samhällsliga krav verkade för många varit en välkommen effekt av den antidepressiva läkemedelsbehandlingen (Fullagar, 2009; Garfield, Smith, & Francis, 2003; Knudsen et al., 2002; Svaneus, 2008; Teal, 2009).

Förståelsen av depressionen i neurokemiska termer samexisterade i studierna med sociala och psykologiska förklaringsmodeller, men den förstnämnda var viktig för att begripliggöra medicineringen (Fullagar, 2009; Knudsen et al., 2002; Sykes, 2011; Teal, 2009). Den neurokemiska

förklaringsmodellen fungerade för några som en lättnad och gav ökad acceptans för deras tillstånd (Knudsen et al., 2002). I tre av de nämnda studierna ledde stigmatiseringen av psykiska sjukdomar till en ovilja att medicinera med antidepressiva läkemedel (Garfield et al., 2003; Knudsen et al., 2002; Sykes, 2011). Möjligheten att hantera ett vardagsliv och kunna leva upp till förpliktelser verkar i många fall ha vägt upp för de emotionella biverkningarna i form av avtrubning eller upplevd distans till omvärlden. En del studier har lyft fram att informanterna sökt lösa sina problem genom eget arbete med sig själv, exempelvis med hjälp av samtalsterapi eller ändrade beteenden i vardagen (Badger & Nolan, 2007; Cornford et al., 2007; Fullagar, & O'Brien, 2012; Sykes, 2011).

Känslomässig avtrubning eller likgiltighet som följd av medicinering med SSRI och SNRI är relativt outforskat, men har lyfts fram i några studier under senare år (Fullagar & O'Brien, 2012; Opbroek, Delgado, Laukes, McGahuey, Katsanis, Moreno et al., 2002; Price, Cole, & Goodwin, 2009; Sansone & Sansone, 2013; Sykes, 2011, Teal, 2009). Hur denna effekt upplevdes av användarna skiljde sig åt mellan och inom studierna. En del upplevde minskningen i affektiva reaktioner som positiv, då tidigare okontrollerbara och intensiva känslor eller ältande tankar fått styra handlingarna (Cornford et al., 2007; Price et al., 2009; Sykes, 2011). Andra var negativa till det de upplevde som en ökad distans eller minskat engagemang i förhållande till existentiella, kroppsliga, sociala och emotionella områden i deras liv (Fullagar & O'Brien, 2012; Price et al., 2009; Teal, 2009). Bland informanterna fanns beskrivningar av att känna sig som åskådare snarare än deltagare i livet (Price et al., 2009; Teal, 2009), och som en robot eller zombie (Price et al., 2009). En tendens att intellektualisera eller förstå känslor kognitivt, som det som borde kännas i en situation utan att känslan fanns med, beskrevs av vissa vara en följd av medicineringen (Price et al., 2009; Sykes, 2011; Teal, 2009). Några tog upp en upplevelse av att vara avskärmad eller att inte bry sig i sociala relationer (Opbroek et al., 2002; Price et al., 2009; Sykes, 2011).

Tidigare forskning som fokuserat på hur skillnaden i depressionsförekomst mellan kvinnor och män kan förklaras har använt sig av biomedicinska, psykologiska och sociokulturella modeller och teorier, men resultaten pekar i olika riktning och är ibland motsägelsefulla (Lager, 2009). Kvinnors högre utsatthet för sexuellt våld har lyfts upp som en delförklaring (Astbury & Cabral, 2000), medan andra pekat på hur begränsande könsroller för kvinnor och krav från omgivningen spelar in (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Känslor av kontrollförlust till följd av kvinnors sociala situation har lyfts fram, med konsekvenser som låg tilltro på den egna förmågan att påverka sin situation, inlärld hjälplöshet och i förlängningen depression (Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999). Objektivisering av kvinnors kroppar har också undersökts som orsak till skillnaden i depressionsprevalens (Frederickson & Roberts, 1997), då studier visat att tonårsflickor i betydligt högre grad än tonårspojkar upplever missnöje med den egna kroppen (Nolen-Hoeksema & Girgus,

1994). En studie som utgick från Fredricksons och Roberts objektifieringsteori (1997) visade att självobjektifiering hos unga kvinnor (internaliserad blick på kroppen som objekt) korrelerade starkt med ätstörningar, men även med depression. Självobjektifiering beskrevs leda till självövervakning, vilket i sin tur ledde till skam över kroppen och oro för utseendet. De sistnämnda var medierande variabler för ätstörningar och depression (Tiggemann & Williams, 2011). Andra studier som pekat på ett samband mellan ätstörningar och depression hos unga kvinnor, har lyft upp betydelsen av socialt påbjuden perfektionism (García-Villamisar, Del Pozo, & Dattilo, 2012) och problem med emotionsreglering (Svaldi, Griepenstrohm, Tuschen-Caffier, & Ehring, 2012). Problem med emotionsreglering har även visat sig förekomma vid självskadebeteende, vilket har kopplats samman med både ätstörningar och depression hos unga kvinnor (Muehlenkamp, Peat, Laurence, & Smits, 2012).

En annan skillnad som lyfts upp är hur mödrar pratar med sina söner respektive döttrar. Här har studier visat att flickor i högre grad än pojkar dras in i diskussioner som handlar om rädslor eller ledsenhet, och därigenom utvecklar ett språk och en medvetenhet omkring dessa känslor. Pojkar uppmuntras istället att tränga undan denna typ av känslor, vilket leder till en sämre medvetenhet omkring känslorna och en mindre välutvecklad förmåga att beskriva dem. Förmågan att uppmärksamma och beskriva negativa känslor har kopplats ihop med deprimerade kvinnors större benägenhet att ruminera, vilket är en tendens att fokusera på tillståndets symptom och dess möjliga orsaker och konsekvenser (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001). Danielsson och Johansson (2005) lyfte upp genuskodade beteenden i förhållande till depression i sin studie och menade att mäns sätt att tala om emotionella tillstånd framstår som kargare och inte lika rikt som kvinnornas, även om detta har nyanserats (Danielsson, Bengs, Samuelsson, & Johansson, 2011; Emslie, Ridge, Ziebland, & Hunt, 2006).

Sammantaget ger ovanstående en övergripande bild över tidigare forskning med fokus på upplevelser och erfarenheter av depression och antidepressiv läkemedelsbehandling och mer ingående på den forskning som undersökt depression ur ett genusperspektiv. I förhållande till tidigare forskning fyller föreliggande studie en lucka framför allt när det gäller åldersgrupp.

### **Syfte och frågeställning**

Studien syftar till att undersöka unga vuxnas erfarenheter av att medicinera mot depression samt hur de förstår sitt tillstånd som deprimerade. Detta ter sig intressant att undersöka i ljuset av den förändring som ägt rum i hur depression diagnostiseras och behandlas. En annan central aspekt är således de olika diskurser kring depression som finns, och hur erfarenheterna av depression och medicinering beskrivs i förhållande till dessa diskurser.

Utifrån statistik som visar att kvinnor diagnostiseras och medicineras i dubbelt så hög utsträckning som män, inom denna åldersgrupp liksom i de flesta andra (Apotekets Service AB, 2013), är det även relevant att undersöka användarnas tankar kring hur kön och genus spelar in.

Studiens frågeställningar är:

*Hur förstår unga vuxna mellan 20 och 30 år, som diagnostiserats med depression och behandlats med antidepressiv medicin, sitt tillstånd?*

*Vilka är deras erfarenheter av att medicinera med SSRI eller SNRI mot depression?*

### **Metod**

Här redogörs för uppsatsens metodologiska och vetenskapsteoretiska utgångspunkt, varpå en beskrivning av urval- och rekryteringsprocessen följer. Vidare ges information om informanterna, materialet och proceduren och avslutningsvis en beskrivning av analysmetoden.

I studien har en kvalitativ metod med halvstrukturerade intervjuer använts för att söka svar på frågeställningen. Kvalitativ metod lämpar sig väl för att undersöka hur människor skapar mening i sina upplevelser och för att på ett detaljerat och ingående sätt beskriva och tydliggöra mänskliga erfarenheter. Metoden passar även för att undersöka fenomen och ämnen som är svåridentifierbara och relativt outforskade (Morrow, 2005). Den halvstrukturerade livsvärldsintervjun beskrivs av Kvale och Brinkman (2009) som ett sätt att genom informanternas utsagor tolka meningen i deras beskrivningar av de fenomen de upplever i sin livsvärld. Kvalitativ metod med halvstrukturerade intervjuer ansågs därför som bäst tillvägagångssätt för att besvara frågeställningarna.

### **Vetenskapsteoretisk utgångspunkt**

Studien utgår från ett konstruktivistiskt och tolkande vetenskapsteoretiskt paradigm, förankrat i en poststrukturalistisk ontologi och epistemologi. Det innebär att den kunskap som studien får fram betraktas som en produkt av interaktionen mellan informanter och forskare, och att förståelsen för informanternas levda erfarenheter och för meningen i dessa bygger på tolkning (Ponterotto, 2005). Tolkningen tar stöd i de teorier som anses belysande, men kan aldrig frikopplas helt från forskarnas förförståelse och subjektiva utgångspunkter. Ambitionen är att komma fenomenen, och informanterna, så nära som möjligt och den semistrukturerade intervjun, som ger utrymme för en dynamisk interaktion mellan intervjuare och intervjuperson, är därför passande (Ponterotto, 2005).

## Urval och rekrytering

Informanter söktes genom att sätta upp lappar i Stockholm, Malmö och Lund, och genom att information skickades till bekanta via Facebook, som de i sin tur spred vidare. Utifrån detta förfarande förutsågs att majoriteten av informanterna med stor sannolikhet skulle tillhöra en utbildad medelklass, och att det eventuellt skulle bli en övervikt av kvinnor. Detta visade sig vara en korrekt gissning. Då antalet informanter var så litet som det var (målet var 8-12) ansåg vi att det inte var en nackdel att urvalet var homogent på dessa punkter, då det ändå skulle bli svårt att säga något om skillnader vad gäller exempelvis etnicitet, ålder och klass utifrån ett så litet antal intervjuer. Däremot eftersträvades viss spridning då det gäller kön, och även om det skulle bli en övervikt av kvinnor, var målet att fördelningen åtminstone någorlunda skulle avspegla den verkliga skillnaden i förskrivningen av SSRI och SNRI som finns, där kvinnor är överrepresenterade (Apotekets Service AB, 2013). Då vi trots denna förutspådda homogenitet i urvalet ville ha en variation eller bredd inom gruppen, valde vi att använda oss av några olika tillvägagångssätt för att rekrytera informanter i tre olika städer i Sverige. Lappar sattes upp där många unga människor vistas; främst på bibliotek, universitet/högskolor, caféer och hälsomottagningar. Information skickades ut via Facebook till 228 (115 respektive 113) bekanta, där den flyer vi satt upp och en länk till projektets hemsida bifogades, för att detta skulle kunna föras vidare till eventuella intervjupersoner. Vi var tydliga med att vi inte skulle känna, ha träffat, eller ha mer än en avlägsen koppling till de vi intervjuade och var noggranna med detta i svaren till dem som hörde av sig. Kravet var att intervjupersonerna skulle vara minst 2-3 steg bort i bekantskapskedjan, och att risken för att vi i framtiden skulle komma att träffas i sociala sammanhang var i princip minimal. För att chansen att finna dessa informanter skulle vara större, skickades information främst till yngre avlägsna bekanta. Detta ansågs även som ett gott förfarande utifrån ambitionen att uppnå viss spridning inom gruppen, då bekantas bekanta med mindre sannolikhet skulle vara lika oss själva, än vänners vänner. Att rekrytera genom Facebook hade en fördel i och med att personer tillfrågades direkt av någon de var bekant med och litade på, och inte själva behövde ta steget att kontakta oss, vilket troligen skulle ha krävt en större motivation. För validiteten i en kvalitativ studie är det också viktigt att öka förutsättningarna för tillit, som ger större försäkran om att informanterna berättar så ärligt som möjligt (Morrow, 2005).

Utfallet av denna kombinerade rekryteringsmetod blev att tio av de intervjuade rekryterades via Facebook-bekanta, och bara en genom svar på lapp. Ytterligare fyra personer hörde av sig efter att ha sett en lapp om studien. Av dem var det en som inte svarade igen efter vårt svar, en stämde inte in på eftersökt ålder och två hörde av sig när vi redan hade bokat in eller genomfört de intervjuer vi behövde. De sista tre tackade vi för visat intresse, och de två som passade in på kriterierna bad vi få återkomma till om det visade sig behövas mer material eller vid eventuellt



avhopp.

Utöver de nio som rekryterades via bekanta och intervjuades, var det fem som anmälde intresse via bekanta men sedan föll bort; tre svarade aldrig, en blev sjuk och ställde in intervjun, och en hörde av sig när vi redan hade tillräckligt antal intervjuer bokade. Informanterna rekryterades av totalt sju olika Facebook-kontakter, som sinsemellan inte hade någon kontakt. En Facebook-kontakt ledde fram till tre informanter, en till två, och fem andra till en vardera. Vi hade inga på förhand uppsatta kriterier, utan svarade på alla kontakter vi fick och intervjuade i den mån de kom in och vi hittade en tid som passade. Den sista som intervjuades (svar på lapp) intervjuades dock trots att vi avböjt tidigare på grund av tillräckligt antal (tio), då det var en man och vi sökte en jämnare könsnämnig fördelning i gruppen. Vidare intervjuades fem personer i Stockholm, fem personer i Lund och en person i Malmö. Härigenom säkrades en viss geografisk spridning, även om samtliga informanter var bosatta i storstadsområden.

**Informanter.** Av de elva informanter som intervjuades var åtta under utbildning på olika högskolor och universitet, med utbildningsprofiler som spände mellan sociala/humanistiska ämnen till tekniskt/naturvetenskapliga. En av informanterna hade ingen sysselsättning vid tillfället för intervjun, en arbetade som anställd och en drev ett eget företag. Informanterna var mellan 21 och 28 år gamla med en medianålder för gruppen på 24 år. Av informanterna var sju kvinnor, en var född som biologisk kvinna men var nu under transutredning, och tre var män. Könsspridningen speglar i grova drag den skillnad i förskrivning mellan män och kvinnor som finns, där ungefär dubbelt så många kvinnor som män medicinerar mot depression (Apotekets Service AB, 2013). Vidare bodde samtliga i tätort eller storstadsområde. När det gäller klassbakgrund uppgav åtta av informanterna att de hade en medelklassbakgrund, varav två uppgav en övre medelklassbakgrund. En av informanterna uppgav arbetsklassbakgrund, en identifierade sina föräldrar som låginkomsttagare och ytterligare en sade inte någonting om sin klassbakgrund.

Typiskt för gruppen var stora omvälvningar i livet i samband med övergången till vuxenlivet. Många hade flyttat nyligen, antingen hemifrån, utomlands, eller tillbaka från utlandet. De flesta hade påbörjat och avbrutit studier eller arbeten under de senaste åren. Även det sociala livet befann sig för många i omvälvning, antingen i samband med flytt eller då omständigheterna gjort att de velat skapa nya sociala sammanhang omkring sig.

Inklusionskriterier för studien förutom ålder var att någon gång under de senaste fem åren ha medicinerat med SSRI eller SNRI mot depression, vilket samtliga informanter hade gjort, eller fortfarande gjorde. Utöver depression fanns flera andra diagnostiska områden representerade bland informanterna, såsom ätstörning, ångest, sömnstörning, agorafobi, panikångest och bipolaritet. Ett fåtal utreddes också under tiden för intervjuerna för olika typer av neuropsykiatriska diagnoser,

såsom Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Två av informanterna var osäkra på om de fått en diagnos eller ej. Fyra av informanterna tog fortfarande SSRI eller SNRI vid tidpunkten för intervjun och en av dem hade påbörjat SSRI-behandling två månader innan intervjun ägde rum.

Informanterna skilde sig åt vad beträffar när och hur de hade kommit i kontakt med vården, hur länge de behandlats och om de fortfarande hade vårdkontakter eller inte. Flera av dem hade träffat skolpsykolog, kurator eller behandlare inom Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) redan som barn eller ungdomar. Ungefär hälften av dem hade varit under olika typer av behandlingar under en längre tid, eller under återkommande perioder, medan den andra hälften hade haft en mer avgränsad kontakt under en kortare antidepressiv behandling. Av de elva informanterna hade alla utom en vid något tillfälle haft någon typ av samtalskontakt eller gått i psykoterapi, även om omfattningen och typen av kontakt skiljde sig mycket åt. Tre av informanterna gick i eller hade gått i KBT, en hade enbart gått i psykodynamisk terapi, två i både psykodynamisk terapi och KBT, en gick i Acceptance and Commitment Therapy (ACT), och tre beskrev erfarenheter av samtalskontakt, uppföljningssamtal eller ospecificerad terapi. En av informanterna, som inte haft någon form av samtalskontakt tidigare, stod vid tiden för intervjun i kö för KBT.

Sammantaget kan informanterna beskrivas som välutbildade, storstadsboende, övervägande av medelklassbakgrund, med erfarenheter av psykoterapi samt en god inblick i, och tillgång till, det svenska sjukvårdssystemet.

## **Material**

**Intervjuguide.** Frågorna i intervjuguiden konstruerades utifrån både teoretiskt intresse och önskan om att på ett explorativt sätt utforska informanternas erfarenheter (se bilaga 3). Syftet var att ge utrymme för möjligheten att finna nya områden genom vad informanterna själva lyfte upp och att kunna täcka in så många områden som möjligt som var relevanta för frågeställningen. Samtidigt fanns genom eget intresse och ingång i ämnet en inriktning på frågor som rör just jagets förändring i relation till en biokemisk förklaringsmodell av depression. Utformandet av intervjuguiden föregicks av en viss inläsning på forskningsfältet.

Med forskningsfrågorna i åtanke strukturerades intervjuguiden utifrån olika övergripande temaområden såsom mötet med vården, diagnostisering, känslor och tankar kring depressionen, läkemedlets upplevda effekt och relationella och samhällsliga aspekter av att vara deprimerad. Frågorna formulerades så att de var öppna och tydliga, med möjlighet att anpassa dem efter informanternas eget språkbruk och begreppsval. Exempelvis användes ordet tillstånd istället för depression under intervjuerna, för att undvika att placera ett begrepp hos informanterna som de inte själva valt. I sammanställningen av materialet var det inte möjligt att använda det breda spektrum av

begrepp som informanterna använde för att beskriva sina erfarenheter, utan depression eller nedstämdhet används genomgående och utbytbar. En genomgång av alla frågor utfördes tillsammans med en person som passade in på studiens inklusionskriterier, för att undersöka om frågorna var begripliga och hur de fungerade. Efter kommentarer från denna person ändrades vissa frågor i intervjuguiden. Vi valde att inte göra provintervjuer, då vi ansåg att intervjuguiden skulle kunna modifieras något under intervjuförfarandets gång. Vidare ansågs att den flexibilitet och variation som är önskvärd i halvstrukturerade intervjuer med två olika intervjuare inte skulle vara behjälpt av en alltför fast intervjuguide, och att intervjuerna ändå oundvikligen skulle komma att skilja sig åt en hel del. Att tillåta vissa förändringar i intervjuguiden innebär en känslighet för det framväxande materialet (Morrow, 2005).

## **Procedur**

**Intervjuplats.** Vi valde att låta informanterna själva få välja den plats de ville intervjuas på utifrån alternativ som vi gav; antingen i deras hem eller i ett samtalsrum på ett bibliotek (för dem i Stockholm) eller i ett samtalsrum på Institutionen för psykologi i Lund (för dem i Malmö och Lund). I Stockholm valde två att intervjuas på bibliotek och tre i hemmet, och i Malmö/Lund valde en av informanterna intervju i hemmet i Malmö, medan fem valde att intervjuas i samtalsrum vid institutionen i Lund. Anledningen till att vi lät dem välja var att vi prioriterade deras möjlighet till inflytande över situationen, så att de skulle känna sig så bekväma och trygga som möjligt med intervjun. Det var också viktigt med en lugn plats där man kunde tala ostört, ett kriterium som samtliga intervjuplatser uppfyllde.

**Information och samtycke.** Information omkring studien gavs i förväg genom den flyer (se bilaga 1) som informanterna fått ta del av. Här framgick syfte och i vilket sammanhang uppsatsen skulle skrivas inom. Information om resultatet av studien när uppsatsen färdigställts lovades för de som önskade. Innan intervjuerna påbörjades fick informanterna skriva på ett informerat samtycke (se bilaga 2) där syftet med uppsatsen beskrevs. Det framgick också hur länge intervjun kunde tänkas ta samt att deltagandet var helt frivilligt, och kunde avbrytas när som helst utan förklaring. Förfarandet med det inspelade materialet redogjordes likaledes för och informanterna var således varse om att inspelningarna och deras personliga uppgifter skulle hanteras konfidentiellt och sedan raderas efter att uppsatsen färdigställts några månader efter intervjutillfället. De fick också veta att den färdiga uppsatsen skulle läggas upp på Lunds universitets hemsida, samt att delar av den eventuellt kunde komma att publiceras.

**Konfidentialitet och nyttjande.** I skriften *God forskningssed* från Vetenskapsrådet (n.d.) beskrivs konfidentialitet som forskarens strävan efter att skydda informanternas integritet och rätt

till skydd mot insyn i privatlivet. För att beakta detta och omöjliggöra att ett visst svar skulle gå att härleda till en viss individ i studien utformades alias för samtliga informanter. Dessutom redovisades inte uppgifter som skulle ha kunnat avslöja informanternas identitet. Råmaterialet förvarades på ett sådant sätt att obehöriga omöjligt kunde få tillgång till det, och personuppgifter fanns inte med på vare sig utskrifter eller bandinspelningar. Nyttjandekravet beaktades också i och med att materialet ej användes till annat än forskningsändamål.

**Intervjuerna.** Intervjuerna var halvstrukturerade och mellan 70 och 130 minuter långa. Längden varierade på grund av informanternas svarsstil och hur mycket de tog upp som låg utanför intervjuguidens förutbestämda områden, och på grund av intervjuarens frågestil och antal följdfrågor. De flesta av informanterna svarade fullödigt på frågorna och hade mycket att säga. Intervjuaren såg till att alla de förutbestämda frågorna berördes under intervjuens gång, men frågornas ordning under intervjun och hur de ställdes varierade något. Intervjusituationerna upplevdes i samtliga fall som avslappnade och intervjupersonerna föreföll angelägna att dela med sig av sina tankar och erfarenheter.

**Tematisk analys.** För att identifiera, analysera och rapportera teman i det insamlade empiriska materialet användes tematisk analys. Denna analysmetod är enligt Braun och Clarke (2006) flexibel och lättillgänglig för forskare med begränsad erfarenhet av kvalitativ metod, men samtidigt etablerad. Metodens förmåga att fokusera och sammanfatta stora mängder data, samtidigt som likheter och skillnader i empirin kan skildras, samt det att metoden kan generera oförutsedda insikter (Braun & Clarke, 2006), ansågs passa studiens syfte väl. Braun och Clarke (2006) menar att tematisk analys lämpar sig både för essentialistiska och realistiska frågeställningar, där informanternas erfarenheter, meningsskapande och realitet rapporteras, och för en konstruktivistisk hållning, som söker svar på de sätt olika samhällsdiskurser fått effekt på händelser, verkligheter, mening, och erfarenheter i informanternas berättelser. Här ligger vår teoretiska position mot det konstruktivistiska, i det vi ser mening och erfarenhet som socialt producerade och reproducerade (Braun & Clarke, 2006).

I de fall där teman redan utarbetats av forskarna används en deduktiv eller teoristyrd tematisk analys, medan en induktiv, empiristyrd tematisk analys, där temana analyseras fram utifrån empirin också är möjlig (Langemar, 2008). Med tanke på frågeställningen och den halvstrukturerade intervjumetoden, ansågs en deduktiv analys baserat på intresseområden, förkunskaper och ingång i ämnet genom det övergripande projektet, i kombination med induktivt drivna teman som lämpligast.

I vårt val av teman gick vi således från ett induktivt förfarande på semantisk nivå i systematiserandet av materialet för att sedan tematisera utifrån mer latent, implicita teman. Detta

förfarande, som Braun och Clarke (2006) kallar för latent tematisk analys, innebär att teoretiserande och tolkande kommer in redan i detta skede.

**Analys och tematisering.** Två av de elva intervjuerna transkriberades. De två som transkriberades valdes ut då de ansågs representativa för urvalet utifrån de yttre kriterier som satts upp, således ej vad beträffar innehållet. Längden på intervjuerna varierade mellan 70 och 130 minuter med en medellängd på 90 minuter, och ett kriterium var att de transkriberade intervjuerna skulle vara ungefär medellånga (de valda var 87 resp. 95 min). Vi ville också ha en intervju från varje intervjuare, och en intervju från början och en från slutet av intervjuperioden, då intervjuguiden och intervjuförfarandet modifierades något under arbetets gång. De intervjuer som valdes var de enda som matchade alla dessa kriterier.

En skriftlig kodning, som kan beskrivas som en form av meningskoncentrering, genomfördes av de övriga intervjuerna, då det var nödvändigt för att kunna orientera sig i dem. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är meningskoncentrering en av fenomenologin inspirerad analysmetod där utsagorna i intervjuerna förkortas till mindre utsagor med fokus på den huvudsakliga innebörden. Meningskoncentreringen utfördes på så vis att innebörden av alla uttalanden som på något vis var relevanta för studiens respektive teman kortfattat skrevs ned för varje intervju. En ordagrann transkribering av alla intervjuerna ansågs dock inte optimal för studiens syfte.

Att vi valde att transkribera två intervjuer berodde på att vi utifrån dessa skulle välja teman att koda de andra intervjuerna utifrån. Därför eftersträvades så stor tillgång till och förutsättningslös inblick i materialet som möjligt. Att transkribera dem för att sedan lyssna igenom dem igen samtidigt som transkriberingarna lästes, och med stöd av både de transkriberade och inspelade intervjuerna skriva ner teman, ansågs som det mest grundliga förfarandet. Risken med att transkribera samtliga intervjuer hade varit att vi i alltför stor utsträckning begränsat oss till att analysera det utskrivna materialet, vilket hade blivit för stort för att enkelt överblicka i förhållande till den givna tidsrymden. En skriftlig kodning med vissa ordagranna citat i kombination med upprepade genomlyssningar ansågs därför som den mest adekvata metoden för vårt syfte. Som Kvale och Brinkmann (2009) påpekar finns det inte något korrekt och sant sätt att omvandla muntlig information till skriftlig, utan varje sätt blir ett slags tolkning och den metod man väljer bör motiveras utifrån vad som bäst tjänar forskningssyftet. Utifrån det omfattande intervjumaterialet, där informanternas uttalanden var intressanta både på en semantisk och en latent nivå, och då undersökningen fokuserade bland annat på hur de pratade om sig själva och sina erfarenheter, ansågs lyssningen ge den närmaste tillgången till materialet. Genom att analysera enbart ett transkriberat material hade intonation, betoningar och andra nyanser i talet försvunnit, som är

viktiga aspekter av kvalitativa intervjuer (Polkinghorne, 2005).

Efter transkribering av de två intervjuerna delades informanternas utsagor upp enligt teman. Ur ett sextiototal teman reducerades antalet till slut till följande tio övergripande teman, med underrubriker: Självbild, Depression, Medicin, Relationer, Autenticitet, Känslornas förändring, Samhälle, Terapi, Vård och Krav/ansvar/skuld. Samtliga intervjuer lyssnades sedan igenom av oss båda och kodades i stil med ovan beskrivna meningskoncentrerings utifrån temata. Efter detta följde arbetet med att i en del av temana lyfta upp det semantiska innehållet till en mer analytisk, latent nivå. Detta arbete mynnade ut i följande teman, som presenteras närmare nedan: Att vara deprimerad och söka lindring, Att fungera och bli aktiv med hjälp av medicin, Disparata diskurser om depression, Istället för medicin – självarbete och slutligen Depressionens relationella mening.

Vårt förfarande delades upp i fem steg enligt Braun och Clarkes (2006) modell för tematisk analys, med det undantag att vi utgick från två av intervjuerna i de första tre stegen:

- 1 Genomlyssning av intervjuerna för att fånga helheten, antecknande under tiden.
- 2 Generering av initiala koder på ett systematiskt sätt. Kodning av intressanta delar av datan, det vill säga koncentrerings av meningsbärande enheter i mindre utsagor.
- 3 Temabearbetning. Omarbetning av koder till potentiella teman och insamling av all relevant data.
- 4 Omprövning av teman. Jämförande av de initiala koderna med de valda temana.
- 5 Definiering och namngivning av teman. Avgränsning av temana från varandra med definitioner och namn.
- 6 Producerande av rapporten.

## **Resultat**

Det rika intervjumaterialet innehöll en mängd teman och aspekter rörande informanternas upplevelser av att vara deprimerade och att använda antidepressiva läkemedel. Utifrån studiens syfte och frågeställning och med hjälp av de mönster som framträdde vid analysen valdes teman ut som fångar de mest väsentliga av dessa, vilka presenteras i tabell 1. Först behandlas upplevelsen av att vara deprimerad och att komma i kontakt med vården. Efteråt följer ett avsnitt om medicinens upplevda effekt och påverkan på känslolivet. Detta kopplas sedan till utifrån kommande krav och hur informanterna förstår sig själva. Vidare lyfts olika förklaringar till depression fram, och slutligen synen på depressionens mening.

Tabell 1

*Studiens resultat tematiskt presenterade i tabellform*

Tema	Undertema
Att vara deprimerad och söka lindring	Kroppen som det första slagfältet
Att fungera och bli aktiv med hjälp av medicin	Känslornas avtagande intensitet  Osäkerhet kring medicinen och det verkliga jaget  Medicin som ett sätt att anpassa sig till samhällets krav
Disparata diskurser om depression	Det biokemiska sipprar in – som tröst och ansvarsbefrielse  Individuella aspekter betonas, interpersonella faktorer nedtonas  Oöverstigliga krav som orsak till depression
Istället för medicin – självarbete	
Depressionens relationella mening	

## **Att vara deprimerad och att söka lindring**

Informanterna talade om perioden som föregick medicineringen, och hur det dåliga måendet på olika sätt ledde fram till de första vårdkontaktarna. Sättet de beskrev sitt tillstånd som deprimerade på och hur de upplevde vården, behandlas i följande avsnitt.

I beskrivningarna av det depressiva tillståndet före medicineringen talade många av informanterna om ångest som en mer eller mindre central del av problemet. För en av dem handlade det främst om svåra sömnproblem. Vidare beskrev många motivationsbrist, passivitet eller svårigheter att göra saker, antingen på grund av oförmåga eller ovilja. Flera knöt det dåliga måendet till svårigheter att fungera i vardagen, som att gå till skolan. Återkommande var beskrivningar av olust, passivitet, minskad ork och svårigheter att ta sig ur sängen. En person uttryckte en stark skam över bristen på aktivitet, och några kopplade det till en rädsla för att misslyckas och ständig självkritik. Några tog upp ätstörningar som en central del av problematiken, vilket hade lett fram till en vårdkontakt.

I informanternas berättelser om hur det var att komma i kontakt med vården fanns vissa tydliga gemensamma drag. Genomgående var en upplevelse av att antidepressiv medicin skrevs ut väldigt lätt och snabbt och de flesta beskrev en i deras ögon alltför lättvindig förskrivning, medan ett fåtal inte lade någon värdering i det snabba förfarandet. Några uppgav att de inte erbjudits någon annan behandling när de inte velat medicinera, och att de då lämnats utan hjälp. Alla informanter sade att de åtminstone någon gång blivit erbjuden medicin vid ett första möte inom vården.

Ett annat genomgående drag i erfarenheterna av vården var att man inte fått någon eller mycket lite information om depression eller om medicinen som skrevs ut. I de fall information gavs menade de intervjuade att den var allmän och inte särskilt ingående. Vid sidan av en kritik mot vårdens knappa resurser, medicinska syn eller opersonliga bemötande, uttryckte samtidigt de flesta en förståelse för den vård som kan erbjudas. Nils lakoniska svar är talande:

### **Upplever du att du fått den vård du behöver?**

Ja, jag har fått den hjälp som de förmår att ge mig, tror jag. – Nils

Återkommande i beskrivningarna av mötet med vården var att det var relativt tomt på innehåll och att förskrivningen av antidepressiv medicin gick snabbt. I några fall svarade informanterna att de inte kom ihåg så mycket alls av mötet. En annan aspekt av vårdpersonalens inställning som några lyfte fram var att det fanns ett uttalat fokus på att klara av vardagen och sysselsättningen, och att detta i sig motiverade medicinering. Bilden som målades upp av flertalet var att deras tillstånd av nedstämdhet och ångest hade mötts av pragmatisk och funktionsinriktad vårdpersonal som snabbt och i många fall utan att ge några alternativ föreslog läkemedelsbehandling.



**Kroppen som det första slagfältet.** De flesta av de intervjuade hade försökt finna sätt att hantera sin situation innan de sökte vård, oavsett om det rörde sig om medvetna strategier eller mer tillfälliga sätt att slippa den svåra tillvaron. Flera av informanterna som var kvinnor pekade på sambandet mellan kvinnliga erfarenheter och sätten att hantera dåligt mående.

Utmärkande och återkommande för försöken att må bättre innan medicineringen var uttryck som riktades mot den egna kroppen. Vanligt förekommande var ätstörningar och självsvält, men även självskadebeteende, missbruk av alkohol eller olika typer av droger fanns med i beskrivningarna. Av de informanter som nämnde att de haft någon typ av ätstörning och/eller uttalat självdestruktivt beteende var samtliga kvinnor, och dessa utgjorde mer än hälften av kvinnorna i studien.

Det är en väldigt kvinnlig erfarenhet att kroppen blir det första slagfältet för såna här känslor. Det blir ju nånting som vår kultur ändå premierar eller tillåter på nåt sätt, att det är där det ska synas.  
– Petra

Petra lyfte i uttalandet fram kopplingen mellan kvinnors erfarenheter, de kroppsliga symtomen och hur dessa är samhälleligt sanktionerade. Här blir symptomens kommunikativa sida tydlig, och även i andra informanters beskrivningar var viktproblemet det synliga, som ledde fram till att de fick hjälp.

Någon menade att ätstörningen var ett symptom på ångest, och andra talade om det som ett sätt att hantera måendet och att utöva kontroll, då känslan av att sakna kontroll var överhängande. Oavsett om problem kring ätande fanns med eller ej, beskrev flera av kvinnorna ett allmänt missnöje med eller obekvämheter i den kvinnliga kroppen. Flera av dem kopplade denna erfarenheter till kvinnorollen och de utseendekrav som finns. En av informanterna talade om destruktiviteten som ett sätt att få uppmärksamhet, och att den förstärktes i och med den bekräftelse den lett till.

Utöver ätstörningar var det flera kvinnor som beskrev allmänt självdestruktiva beteenden, som att skära sig eller dricka för mycket alkohol. Petra var en av flera som pratade om ätstörningar som kopplat till könsroller, och hon menade att det lätt bagatelliseras eftersom det är så vanligt. Missnöje med kroppen var också något Erika beskrev, då hon talade om att hon varit deppig över sin vikt, och menade att det är en ”klassisk tjejgrej”. Samtidigt sade hon att detta var ett symptom på, snarare än en orsak till, depressionen, och att det hade varit ett annat om hon varit kille. Hon beskrev också att hon sökte tillfällig närhet och bekräftelse hos män på ett sexuellt plan, vilket även fanns med i en annan kvinnas berättelse.

Sätten att hantera det depressiva tillståndet innan medicineringen framställdes av

informerarna som kortsiktiga och i många fall desperata och destruktiva. Återkommande uttryck som beskrevs av kvinnorna i studien var destruktiva handlingar riktade mot den egna kroppen, ibland som ett sätt att komma tillrätta med upplevelsen av kontrollförlust. Vissa menade att försöken att kontrollera eller skada den egna kroppen var kopplat till en specifik kvinnlig erfarenhet.

### **Att fungera och bli aktiv med hjälp av medicin**

Följande del berör informanternas upplevelser av att börja ta medicin, där förändringar i känsloliv och i vardagligt fungerande är centrala. Skillnaderna i förhållande till det deprimerade tillståndet var tydligt för samtliga, men många upplevde även negativa konsekvenser av medicinen.

Då informanterna talade om hur de upplevde medicinens verkan, beskrev de detta mot bakgrund av den passivitet och det ångestpräglade tillstånd som ofta föregått medicineringen. Samtliga informanter talade om en inledningsvis stark positiv upplevelse av medicinen, även om det fanns vissa skillnader i vad man menade att denna upplevda effekt bestod i. Genomgående var dock en upplevelse av att kunna göra saker och att fungera bättre. Karin talade om att hon efter två veckor ”såg ljuset”. Att ”ta tag i saker”, ”mer energi” och ”mindre eftertanke” var återkommande uttryck för att beskriva den förändring som medicinen åstadkom.

Flera informanter beskrev att sociala sammanhang blev lättare, några kände att de blev lugnare och andra att ångesten minskade eller att saker upplevdes mer hanterbara. En del beskrev tillfredställelsen i att fungera igen och befrielsen i att kunna ta tag i saker på ett annat sätt än tidigare, som i detta citat:

Jag började göra saker. Det var så jag märkte det, jag gjorde saker istället för att inte göra saker helt enkelt.

#### **Vad kunde det vara för saker?**

Typ gå utanför dörren, handla mat. Jag kommer ihåg att jag var jättestolt för att jag hade gått och köpt god frukost till mig själv. För att jag blev glad för det och inte tyckte att det var bara nonsens utan att jag blev så här ”Åh vad roligt det är, att göra det här”. – Karin

Att kunna gå upp ur sängen var vanligt förekommande i beskrivningar av vad som förändrades med medicinen. Christian beskrev bilden av att vara deprimerad och hur den förändrades på följande sätt:

En bild på dig själv, ta mig, och så tänker du att du ligger i en säng. Och så tänker du att du har

femton olika armar eller händer som håller ner dig i sängen så att du inte kan röra dig. Men alla dina händer är dina egna. Det är så jag skulle beskriva det.

### **Den här bilden, hur förändrades den när du började ta medicin?**

Alla armar släpper, det är så verkligen. Skillnaden mellan att inte gå och att gå på föreläsning.

– Christian

I denna bild blir det tydligt hur frustrerande tillståndet som deprimerad upplevs, då det är den egna personen eller oförmågan som tycks hålla fast och hindra från aktivitet och att fungera i vardagen. Kontrasten till medicinens upplevda effekt är slående, och lättnaden därmed också tydlig.

Flera av informanterna beskrev att det blev lättare att ha rutiner när de medicinerade, och några menade att detta även innebar att det fanns mindre utrymme för spontanitet. Nils upplevde att medicinen gjorde det enklare att kontrollera sitt beteende i förhållande till studierna. Där han tidigare kunde sitta djupt försjunken i en bok i flera timmar, eller helt tappa studielusten, kunde han med SSRI bättre planera sin tid, vilket gav honom en ökad känsla av kontroll.

Många av informanterna beskrev även förändringar i socialt och relationellt hänseende, som de såg som en konsekvens av medicinen. Några talade om ett ointresse i andra människor eller en likgiltighet inför att engagera sig i nära relationer under medicineringen. Vissa beskrev att det blev lättare att vara ensam, då de tidigare använt sociala relationer och fester som ett slags flykt. Andra menade tvärtom att det blev lättare att vara i sociala situationer, eftersom medicinen mildrade den plågsamma självmedvetenhet eller självkritik de tidigare upplevt i sådana sammanhang.

Vanja var en av flera som talade om att det blev lättare att vara i sociala sammanhang när hon medicinerade, och kopplade detta till att hon inte tänkte så mycket på hur hon framstod. Hon menade samtidigt att hon är en person som uppskattar att vara mycket ensam, men reflekterade över vad som är hennes egentliga vilja, och vad som beror på förväntningar och det samhälleligt värderade.

Jag vill ju inte bara behöva anpassa mig.

### **Upplever du det, att det är det som förväntas?**

Ja, men alltså delvis är det ju det. Att jag känner att jag har jobbat väldigt väldigt mycket för att anpassa mig, och det har ju också gjorts på många sätt att jag har mått bättre när jag har gjort det. Mycket det här med det sociala och så. Det är klart att jag mår ju mycket bättre av att komma ut och träffa mer folk, och att jag inte behöver bli helt kallsvettig i ett socialt sammanhang, och att jag kan föra mig liksom... men samtidigt är det ju det vart samhället... alltså hur lite annorlunda ska man egentligen få lov att vara? – Vanja

Senare funderade Vanja på om det var den tidigare ensamheten som inte varit självvald. Frågan om medicinens påverkan på det sociala livet blev för flera en fråga om att inte behöva låta ångest styra valet av umgänge eller ensamhet.

Generellt förefaller det ha varit så att de som före medicineringen sökt sig till sociala sammanhang, exempelvis genom festande, slutade eller minskade med detta under medicineringen. De som å andra sidan tenderat att undvika sociala sammanhang innan de börjat medicinera, talade om en minskad oro och anspänning i detta avseende. Utmärkande för upplevelserna av hur medicinen verkade var att de var initialt positiva, där möjligheten att fungera i sociala sammanhang och att klara vardagen förhöjdes markant.

**Känslornas avtagande intensitet.** Då informanterna talade om den antidepressiva medicinens inledande verkan, menade flera att den fungerade genom att ta bort, snarare än tillföra något. Lugnet och utjämningen av känslolivet var välkomna effekter till en början, men många sade att de efter hand upplevde en saknad efter att känna starka känslor, som sorg eller glädje.

Det var inte så här ”nu blev jag glad”, utan det var snarare så att nånting annat försvann. Det var inte som att jag fick en glad känsla utan det svarta försvann istället, det var nån som lyfte bort det där molnet från huvudet.

#### **Och det där molnet, vad innehöll det?**

Nån slags konstant ifrågasättande av ”Vad gör jag här? Vem är jag? Varför det?” Var aldrig nöjd med vardagen. Jag slutade sitta och tänka jättenegativa tankar dygnet runt. Eller om det var negativa känslor. – Karin

Liksom Karin beskrev även Lovisa förändringen med hjälp av en bild av att slippa något obehagligt överhängande, i hennes fall uttryckte hon det som att en våt filt försvann. Hon sa också att hon inte hade fler glada dagar med medicinen, men färre tunga.

Den positiva upplevelse som inledningsvis hade varit stark försvann eller avtog för de flesta, för att i flera fall leda till en avtrubning av känslolivet som främst beskrevs som negativ. Oftast rörde det sig om att medicinen dämpade även positiva känslor. Robin berättade om upplevelsen av att hamna på en *för* balanserad nivå, där hjärnan beskrevs som ”lite avtrubbad”. Tillståndet liknades vid att bli som en maskin, med Robin uttryckte samtidigt funderingar kring att det kanske var bättre att inte känna så mycket än att må jättedåligt.

Denna typ av ambivalens inför avtrubningen återkom i andras berättelser. Några menade att det initialt inte fanns så många positiva känslor som medicinen kunde påverka, och att avsaknaden av dessa därför kom först senare. Nils sade sig uppleva isolering eller distans till

omvärlden, som gjorde att han kände sig ”lite omänsklig”. Känslorna beskrevs som svagare än han mindes dem, och mindre ”spetsiga”. Detta välkomnades först men efter ett tag började han känna en längtan efter de positiva känslor som hade mattats av. Erika talade om att hon kunde vara ensam hemma när hon börjat medicinera, vilket tidigare hade varit svårt, och att hon var mer distanserad till och kunde ignorera de negativa tankarna. Eli sammanfattade tillståndet på följande sätt:

Medicinerna gjorde att jag blev lugnare och mer fokuserad att ta tag i mitt liv och göra det som behövdes. Det var det jag kände att de gjorde bäst. Sen rent känslomässigt mådde jag klart mycket bättre, inte på ett sätt som gjorde att jag plötsligt mådde bra men det blev inte lika mycket i huvudet. På gott och ont, jag blev väldigt, väldigt dämpad, jag mådde inte dåligt men jag mådde inte bra heller, jag mådde väldigt... jag bara var på något vis. – Eli

Att ”bara vara” beskrevs här som ett tillstånd utan riktning, utan känslor som guidar. Känslor som förutsättning för att få tillgång till sina behov och sin vilja beskrevs av flera. Samira menade att känslolivet i viss mån utgjorde vem hon var och beskrev känslorna som sina ”juveler”. Som en konsekvens av det avmattade känslolivet upplevde hon att både hennes vilja och karaktär försvann och att hon blev en foglig ”trasdocka”, utlämnad åt andras vilja. Christian beskrev å andra sidan hur han inte berördes eller brydde sig om omgivningen då han medicinerade. Han beskrev även känslor som viktiga för motivation och vilja, vilka saknades då medicinen ledde till apati och en upplevelse av att inte vara riktigt närvarande.

Du får en fuck off-mentalitet, där är som att gå med en sköld runt hjärtat, för den skyddar dig, det är ingenting som riktigt når dig. [...] Inget spelar nån roll, vilket är skönt ibland, men nu när jag börjar bry mig om saker och personer igen vill jag gå av det. – Christian

Denna medicinens dubbla roll; att både ge skydd men också oåtkomlighet, fanns på olika sätt hos flera av de intervjuade.

Ett par av informanterna talade även om att de saknade förmågan att känna sorg över verkligt sorgliga saker, som en nära anhörigs död, eller beröras av omvärlden som de tidigare gjort. Att på en kognitiv, intellektuell nivå förstå vilka känslor som borde finnas, men inte kunna känna dem eller bara förnimma dem svagt, beskrevs av flera. En av informanterna uttryckte att han i samband med hemska händelser försökte frammana känslor men inte lyckades, vilket gjorde att han upplevde sig hämmad. Andra talade om att inte kunna känna några starka känslor för andra:

Kunde inte känna någon kärlek [...] det gjorde mig så jävla olycklig, det är inte värt nåt slutbetyg i hela världen. – Samira

Samira ställde känslolösheten i relation till att klara sin utbildning, och såg båda som en konsekvens av medicinen. Bristen på starka känslor upplevdes som ett för högt pris att betala för det senare. Vanja menade att hon inte berördes på samma sätt av det som händer i världen, men resonerade också kring behovet av att finna en balans där hon varken blir överväldigad eller likgiltig inför det som händer runt omkring.

Upplevelsen av känslomässig avtrubbning framstod i flera av berättelserna som motsatsen till att vara mänsklig. Ord som maskin, robot eller trasdocka användes för att beskriva tillståndet där känslor inte längre var vägledande. Den initiala lättnaden över att få tillbaka sitt normala fungerande socialt och vardagligt, och en andningspaus från ångest och andra svårhanterliga tillstånd, vägdes i många berättelser mot den avtrubbade effekten på känslolivet. Generellt fanns en dubbel eller kluven inställning till medicinens upplevda verkningar och det att medicinera mot depression.

**Osäkerhet kring medicinen och det verkliga jaget.** Medicinens påverkan på känslolivet kopplades i berättelserna på olika sätt till den egna personligheten, där förändringar upplevdes i relation till det verkliga jaget. Osäkerhet kring medicinens effekt kom upp på flera sätt.

De allra flesta av informanterna beskrev sig själva på ett eller annat sätt som personer som har nära till både positiva och negativa känslor. Oftast uttrycktes en sådan självbild explicit, men i några fall kunde det mer anas i självframställningen. De flesta sade sig uppskatta att vara en person som känner mycket, men vissa talade även om ett samband mellan depressionen och detta personlighetsdrag. Många beskrev även hur det känslomässiga förändrades i och med medicineringen. Nathalies kommentar i anslutning till varför hon ville sluta medicinera när hon börjat må bättre är typisk:

[...] för då kände jag att jag mådde mycket bättre, och jag vill ju ändå va mig själv, jag är ju så, jag är väldigt antingen jättejätteglad eller väldigt väldigt ledsen, alltså jag är väldigt så dramatisk och det är ju jag, så det ville ju jag på nåt sätt ha tillbaka. – Nathalie

Vissa av de intervjuade uttryckte att de blev mer sig själva när de medicinerade, medan andra menade att något av de själva försvann eller förändrades genom medicinen, i likhet med Nathalie ovan. Ibland förekom båda aspekterna hos en och samma person. Det flera beskrev som viktiga delar som förändrades var aspekter av personen som rör vilja, känslor, det sociala livet och aktivitet.

Samira var en av dem som talade om en stor personlighetsförändring under tiden hon medicinerade. Hon menade att hon blev sig själv först efter att hon slutat medicinera. Christian och Erika beskrev å andra sidan att de blev mer sig själva eller som de ska vara med medicinen:

Ja, allt ändrades, det var inte samma, jag var inte samma person [...] Medicinen har ju bara gjort att världen är som den ska vara igen.. för mig. Alltså jag är som jag ska vara. – Erika

Samtidigt talade både Erika och Christian om upplevelser av förändringar som de inte uppskattade. Erika trodde att hon var gladare och mer spontan förut, och inte lika kontrollerad. Hon beskrev också sig själv som mer social tidigare och att hon hade en outsinlig energi och kärlek för de många vänner hon hade, men att hon idag endast orkar upprätthålla ett fåtal relationer. Samtidigt uttryckte hon osäkerhet kring om förändringen hade att göra med ålder och livsomständigheter eller om den berodde på medicinen, och hon sade att hon börjat tänka att hon kanske inte är den personen längre. Osäkerhet kring vad som var en effekt av medicinen och vad som snarare hängde ihop med andra livsomständigheter eller den egna viljan återkom i materialet. Några pratade också om att den symtomlindring de upplevde även kunde ha att göra med att de gått eller gick i psykoterapi, och hade svårt att skilja mellan de båda effekterna.

Osäkerheten tog sig uttryck även på andra, mer indirekta sätt i informanternas berättelser. Ofta handlade det om en svårighet att svara på frågor om medicinens verkan. En av informanterna hade svårt att säga om den positiva förändringen berodde på medicinen eller på det faktum att hon var på en uppskattad resa under samma period. Några tog upp att effekten de upplevde helt eller delvis kunde vara av placebokaraktär, men att det inte gjorde någon större skillnad om så var fallet eller ej. Hos en informant tycktes en alternativ tolkning av ett händelseförlopp uppenbara sig under intervjuens gång:

**Hur har det förändrats med relationer; känslor av förälskelse, kärlek, lust?**

Det där är jättesvårt så jag vet inte. Eftersom jag var så himla ung... Jag har inte haft några sexuella biverkningar, däremot så tänker jag sådär: åå man var så förälskad när man var liten, men det var man ju, det är ju svårt att säga... Fast jag blev jättekär i den vevan och då hade jag precis börjat. Åå tänk om jag blev kär bara för att jag hade mediciner! Usch vad hemskt!

**Ja, du berättade det att du träffade någon i samband med att du...?**

Ja. Verkligen samma vecka som jag började ta mediciner träffade jag nån. Nej men gud tänk om det var därför jag blev glad? Nu vände jag på det istället. Oh vad jobbigt! Antingen så blev jag kär i honom för att jag åt mediciner eller så blev jag glad för att jag träffade honom. Så kan det ha varit också, man vet aldrig. – Karin

Denna osäkerhet rörde även kroppen, och ett par av de intervjuade lyfte upp en förlorad kroppstillit, som att kroppen inte längre var ens egen eller inte längre gick att lita på. Samira beskrev sin kropp som en ”sertralinmarinerad köttbit” och Christian upplevde att han slutade lita på sig själv och istället satte sin tilltro till läkemedlet, som han hoppades ”visste vad det gjorde”.

Osäkerheten och ambivalensen omkring vad som kunde tillskrivas medicinen och vad som kom från informanterna själva eller omständigheter runt dem gick igen i berättelserna. Genomgående beskrev de intervjuade sig själva som personer som känner mycket, och några kopplade detta personlighetsdrag till depressionen. Många upplevde att den de var förändrades då de tog medicinen; vissa menade att de blev mer sig själva genom att medicinera, medan andra sade att något av de själva försvann. Vissa uttryckte motsägelsefulla eller ambivalenta inställningar till medicinens koppling till det verkliga jaget. Att vara sig själv och att känna sig själv fanns genomgående med som något viktigt. Samtidigt upplevde de flesta medicinens effekt som både positiv och avtrubbande, trots att den i flera fall förändrade den känslosamma sida som de sade sig uppskatta.

**Medicin som ett sätt att anpassa sig till samhällets krav.** Medicinering innebar för många en möjlighet att bli fri från depressionen och åter kunna fungera socialt och samhälleligt, men flera problematiserade samtidigt användningen av medicin för att uppnå detta. Gränsen mellan friskt och sjukt och mellan individuella problem och samhällseliga var något som flera reflekterade över.

På frågan om var de ansåg att gränsen mellan normal och sjuklig nedstämdhet går, hade svaren övervägande att göra med om man fungerar och klarar vardagen eller inte. Att gå upp på morgonen, få saker gjorda och klara av att umgås med människor utan att få panik återkom i beskrivningar av normalt fungerande. Flera menade att depressivitet varit ständigt återkommande i deras liv, eller att perioder av dåligt mående funnits med länge. Utmärkande var att de sett det som en del av personligheten. Flera berättade att de betraktat sig själva som ”depressivt lagda” eller ”mörka” personer, och vissa såg det fortfarande delvis så. Andra menade att det gått upp för dem i efterhand att det egentligen rörde sig om en sjukdom eller ett onormalt tillstånd. Flera av informanterna uttryckte en osäkerhet kring om deras tillstånd skulle betraktas som en depression eller ej, huruvida det är en sjukdom och om det bör medicineras eller inte.

När jag är deprimerad så tänker jag att ibland kanske det är sorg, och det ska man väl inte medicinera? Jag märker att jag inte har någon klar bild av det här, jag bara äter medicin för att en läkare säger att jag ska göra det. Man kanske måste medicinera mot sorg?

**Hur tänker du kring att läka sorg?**

Att det kanske är nödvändigt. I det här samhället vi lever i, med all stress och prestationskrav...



Idealet vore väl att om man har ett trauma eller sorg att man ska få läka ut det i lugn och ro. – Karin

Liksom Karin kopplade flera medicineringen till de möjligheter som finns för att hantera dåligt mående i dagens samhälle. Andra tog upp samhällsfaktorer som något som snarare orsakat det depressiva tillståndet, eller att det inte finns utrymme för nedstämdhet i dagens samhällsklimat. Några beskrev försök att anpassa sig till vad de ansåg var samhällets och omgivningens förväntningar på en normal, fungerande individ. Samhället beskrevs av en del som kravfyllt, stressigt och inte ämnat för alla människor. Beskrivningen av idealet i form av en stark, rationell, socialt begåvad och ångestbefriad individ fanns hos vissa av de intervjuade och ifrågasattes av dessa som en önskvärd norm.

Så som vi lever, jag tror att det är ett extremt ångestframkallande samhälle som vi har att göra med just nu, generellt. Det är kopplat till extrem konkurrens hela tiden. Och massa olika saker som jag tror kan framkalla den här sortens känslor. Men att också inte riktigt kunna ta ansvar för det. [...] Kopplat till normalitet tänker jag att man förväntas att inte ha så starka känslor. Och att jag kan tycka att det är nånting i sig som gör att jag kanske kan vara lite emot mediciner allmänt, för att jag tänker att det är en dimension av det mänskliga känslolivet som tas bort. Samtidigt när man själv har ångest så tänker man inte ”åh det här är en del av det mänskliga tillståndet, det är bara att välkomna!”.

– Petra

Här pratade Petra både om samhällets roll och individens oförmåga till ansvar, och om det paradoxala i att å ena sidan se ångest som en allmänmänsklig erfarenhet, men å andra sidan lida av det på en individuell nivå. Denna pendling mellan samhälls- och individplanet var återkommande både i hennes och i andra informanternas berättelser, och innebar ofta en ambivalens i inställningen till både depressionen och medicinen. Karin pratade om ett upplevt förbud att känna efter i ett samhälle som går väldigt fort, vilket enligt henne leder till att människor blir deprimerade. Även Vanja menade att det förväntas att man ska lösa sina emotionella problem snabbt och ”skynda sig för att må bättre”. Om man inte klarar det återstår att spela en roll eller låtsas.

Jag skulle säga att jag har en sorts syn på världen som inte är kompatibel med andras, samhällets. Ibland undrar jag om jag medicineras bara för att bli normal, eller om jag medicineras för att faktiskt må bättre. – Christian

Återkommande hos flera var en spänning mellan att å ena sidan inte se sig själv som

normalfungerande och att å andra sidan ifrågasätta vad ett normalt fungerande är, och vad som främst innebär en anpassning efter samhällets krav. En osäkerhet kunde skönjas i vad som skulle patologiseras; informanterna själva eller det samhälle som omger dem. Hos andra uttrycktes inte detta ifrågasättande, och där blev medicinen snarare ett bevis för att det var de själva det var fel på, och inte samhället:

**Vad tänkte du om andra och omvärlden innan du medicinerade?**

Har varierat lite. I början kunde man inte riktigt skilja mellan sjukliga känslor och vad som är normalt. Min livsupplevelse har sagt åt mig att världen suger, så varför tycker inte resten av världen det? [...]

**Hur förändrades det sen när du började ta medicin?**

Då var det ganska uppenbart att det var mig det var fel på, men kanske inte nödvändigtvis på det sättet man tänkte. [...] Det är mina känslor det är fel på, det är inte så att resten av världen är ansvariga för det, det är helt omöjligt, så kan det ju inte funka. – Nils

Sammantaget beskrevs medicinen leda till att informanterna lättare kunde fungera socialt och samhälleligt, samtidigt som många problematiserade medicinering som ett sätt att uppnå normalt fungerande. Det problematiska i att anpassa sig till ett hetsigt samhällsklimat med stränga krav och förväntningar på individen berördes av flera. Hos andra fanns inte alls denna samhällskritik, och där tenderade problemen istället att enbart tillskrivas individens oförmåga eller dysfunktion.

**Disparata diskurser om depression**

Hur informanterna förklarade att de hamnat i det tillstånd som gjort att de börjat medicinera skilde sig kraftigt åt med avseende på hur de resonerade kring bakomliggande orsaker och utlösande faktorer. Den förklaring som var mest genomgående, och vid sidan av andra förklaringar fanns närvarande i så gott som allas berättelser, var den genetiska eller neurokemiska.

Det som förenade berättelserna var att orsakerna tillskrevs vitt skilda områden, såsom genetik, beteende, kognition, tidiga erfarenheter, relationer och samhällsfaktorer, och att dessa förklaringsmodeller kunde samexistera utan större problem. Ibland hamnade dock de olika förklaringarna eller diskurserna i konflikt med varandra, och informanterna kunde uttrycka osäkerhet och förvirring kring orsak och verkan. Förklaringsmodellerna rangordnades sällan explicit utifrån vad man ansåg mest avgörande, utan fanns med parallellt i berättelserna, men var tyngdpunkten lades varierade något från person till person. På en direkt fråga om orsaken till depressionen fanns en grupp som pekade på tidiga erfarenheter i barndomen som avgörande. Trots

det fanns hos dem, liksom hos de allra flesta, inslag av genetiska förklaringsmodeller och resonemang om ärftlighet. Många av informanterna uppgav att släktingar eller familjemedlemmar kämpat med liknande svårigheter och bekymmer som de själva, eller att det fanns andra typer av psykisk sjukdom i slakten. Ibland var det den miljömässiga påverkan som betonades och ibland den genetiska, och i flera fall fanns en osäkerhet kring hur sambandet såg ut.

**Det biokemiska sipprar in – som tröst och ansvarsbefrielse.** Så gott som samtliga informanter resonerade kring att depressionen kunde ha genetiska och ärftliga orsaker, även om det varierade hur mycket detta betonades som förklaring och hur stor säkerhet som fanns kring ett sådant samband. Även uttryck som rörde en kemisk obalans i hjärnan fanns med hos flera, men inte explicit uttryckt i samma utsträckning som tankar kring ärftlighet.

För Petra, som i övrigt starkt betonade samhällets roll i orsaken till depressionen, kunde den biologiska förklaringsmodellen fungera som en tröst. Till synes helt disparata förklaringar förekom här samtidigt, med den skillnad att en enkel lösning fanns när det gällde det biologiska synsättet.

Ibland kan jag tänka att då blir det lättare för mig, då blir det mer följdriktigt att ta medicin, då blir det som att det är något hormon som inte stämmer. Då är det mina gener, det är väl det också men det är svårt att veta var gränsen går. Nu håller jag på och höjer min serotoninhalt, var det inte mer än så? Vad skönt. Så kan jag nog tänka ibland. – Petra

Lovisa resonerade kring att konsekvensen om det är biologiskt skulle vara att man inte kan göra något åt det, medan man har ett större ansvar för att inte föra över beteenden på sina barn om de är en produkt av uppväxtmiljön:

Vet inte om jag ärvt någon slags depressionsgen eller om jag bara ärvt ett beteende. [...] Om det är så att man ärver det beteendemässigt lägger det stort ansvar på mig när jag får barn och se till att det inte får för stor plats i mitt eget liv så att de kan märka och ta efter. Men om det är rent genetiskt då är det väl inte så mycket att göra åt saken egentligen. Då får man hoppas på det bästa bara. – Lovisa

Nathalie resonerade kring huruvida en fastslagen genetisk orsaksmodell skulle göra depressionen till en ”riktigare” sjukdom och därmed lättare att acceptera. Nils berättade att han tidigare hade en ”karaktärsbaserad” syn på psykisk sjukdom och att han då i viss mån lade ansvaret på den enskilde personen. Han menade att han senare, i och med att han själv diagnosticerats och medicinerat, snarare börjat betrakta depression som en sjukdom man behöver hjälp med att ta sig ur, än karaktärsdefekter som bör arbetas bort. Han menade att det blir mer normalt och överkomligt om man ser det som en sjukdom man drabbas av, och att det då handlar om otur. På liknande vis

kopplades genomgående depressionen som somatisk sjukdom, i vissa fall orsakad av en genetisk ärftlighet, till att individen befrias från ansvar och att depressionen ses som något slumpartat eller determinerat.

Starkt förenklade och reduktionistiska förklaringsmodeller till depression fanns parallellt med mångfacetterade berättelser. Depressionen likställdes ibland med ett brutet ben, en trasig hjärna, halsfluss, en åkomma eller en influensa, samtidigt som samma informanter vid senare tillfällen i intervjuerna gav uttryck för betydligt mer komplexa resonemang.

För mig personligen så tror jag att min depression är bara skapad av nån slags... nånting i hjärnan säger åt mig att vara jätteledsen istället för att vara liksom.. känna mig nöjd. – Erika

Även informanter som angav specifika händelser i barndomen diskuterade dock genetiska eller biologiska förklaringsmodeller, eller hade funderingar som liknade en stress-sårbarhetsmodell. Bland de informanter som tydligt omfamnade flera förklaringsmodeller, märktes hos vissa en förvirring eller osäkerhet kring orsak och verkan och vad som var mest sant eller verkligt. Här fanns funderingar kring vad som kom först, depressionen eller det ”konstiga” i hjärnan. Robin pratade först om att obalanser i de ”glada hormonerna”, bland andra serotonin och noradrenalin, låg bakom depressionen, men lade sedan märke till att argumentationen stötte på problem i resonemanget omkring marginaliserade grupper och deras större utsatthet för depression. Till slut anslöt sig Robin till en modell där förklaringen låg i att alla har olika neurokemiska förutsättningar att hantera motgångar och negativa händelser och att en del är sämre rustade än andra och därför ”dukar under”. Även den egna inställningen beskrevs som viktig.

Jag antar att det måste finnas nånting kemiskt, nånting i huvudet, men jag tror att det måste handla om personligheten också eller hur man förvaltar det man känner. Man kan inte styra det man känner men man kan försöka att liksom se det på olika sätt som är kanske mer hälsosamma, bra för en. Det är nog nånting som finns i kroppen och hur man förvaltar det. – Robin

Enligt ett par informanter innebar liknelsen vid en somatisk sjukdom att även depression kan behandlas framgångsrikt med medicin. Vanja menade å andra sidan att hennes nedstämdhet har att göra med bristande självkänsla, med delvis grund i tidiga erfarenheter av utanförskap. Hennes uppfattning var alltså att tillståndet inte har en medicinsk orsak, men att det ändå kan *behandlas* medicinskt, och att det kan vara bra att ”tillföra kroppen nånting.”

Även utanför beskrivningarna av depressionens biologiska grund eller genetiska orsaker

förekom i informanternas berättelser uttryck som präglades av biokemiska termer. Hormoner och signalsubstanser beskrevs påverka deras beteende och mående på olika sätt och att tillföra kroppen något för att påverka sågs ibland som en följdriktig lösning. I något fall tog resonemanget omvänd väg: eftersom depression behandlas med signalsubstanser måste det vara brist på signalsubstanser som definierar tillståndet.

Någon pratade om problem med pms, andra om en kemisk obalans i hjärnan, och en tog upp träning som ett sätt att släppa ut endorfiner som ger välmående. Brister, fel och underskott i hormoner och signalsubstanser var en del av många informanternas förklaringsmodeller. En av informanterna menade att han "borde" känna ångest men att medicinen bedövade ångestsignalerna längs med ryggraden. Samma informant pratade om att han kunde känna stresshormonerna nå hjärtat men att han inte upplevde den stress som i normala fall skulle bli följden. Ytterligare en menade att depression kan bero på problem med sömnen och att en "melatoninstimulerande grej" i många fall kunde vara lösningen.

Sammanfattningsvis verkade informanterna gjort sig mycket tankar omkring utlösande faktorer och orsakssamband till sin depression. En blandning av, och ibland förvirring kring, hur gener, miljö och samhälle samspelar med individens personlighet och sätt att hantera sina känslor fanns i de flestas berättelser. De olika förklaringsmodellerna kunde samexistera trots motsägelser, även om det ofta skapade viss osäkerhet hos informanterna.

**Individuella aspekter betonas, interpersonella faktorer nedtonas.** Omkring hälften av informanterna nämnde olika typer av svåra interpersonella upplevelser, som utdragna relationsuppbrott eller separationer från föräldrar, när de beskrev sin bakgrund. Vissa pekade på dessa upplevelser som bidragande orsaker till depressionen, medan andra inte gjorde den kopplingen eller uttryckte en ambivalent inställning till betydelsen av dessa erfarenheter.

Tre av informanterna uppgav specifika händelser i barndomen som direkt kopplade till deras tillstånd av dåligt mående senare som unga vuxna. Det kunde handla om trauman som exempelvis grav omsorgssvikt, sexuella övergrepp och föräldrar som av olika skäl inte kunde erbjuda en trygg uppväxtmiljö. Relationella förklaringar stod dock aldrig ensamma utan kompletterades genomgående av andra, som biologiska, samhälleliga och/eller beteendemässiga. Nathalie var en av dem som hade en tidig separation bakom sig men inte ville tillskriva den någon större betydelse, då hon menade att det skulle ha varit "det lätta" att göra en sådan koppling. Hon menade även att det var svårt för henne att acceptera att hon kunde må så dåligt som hon gjorde av en senare separation från pojkvännen. Trots att hon inte betraktade det som enda förklaringen, såg hon separationen från pojkvännen som en av anledningarna till att depressionen utlöstes.

Vanja talade om upplevelser av att ha blivit mobbad, ätstörningar, blyghet och

undandragande i skolåldern, men var tveksam till att dessa tidigare erfarenheter var allvarliga nog för att fortfarande kunna påverka hennes mående i dagsläget. En osäkerhet inför och tendens att nedtona de eventuella biografiska och relationella orsakerna till depressionen fanns även hos andra:

Förmodligen kan det vara väldigt kopplat till saker som hänt under uppväxten, men det var också väldigt längesen. Borde inte effekterna ta slut nån gång? – Nils

Flera av informanterna menade att depressionen snarare kunde förstås utifrån individuella beteenden, och även om detta inte alltid lyftes fram som en direkt orsak, fanns det ofta med i tankarna kring att må bättre framöver.

När det kommer till det egna beteendet som orsak till depressionen, menade en av informanterna att han inte tagit ansvar för sitt mående då han inte sovit tillräckligt, eller inte levt tillräckligt hälsosamt generellt. Han beskrev vidare hur han tidigare tänkt att det räcker att vilja något tillräckligt mycket för att åstadkomma det. Även om han nu menade att han såg hur mycket arbete som krävs, sade han sig fortfarande tro att vem som helst kan bli i princip vad som helst.

Kraven på hälsa och aktivitet upplevdes av en annan informant i efterhand som en del av de orimligt höga krav hon ställt på sig själv. Hon beskrev det som att hon kämpat för att bocka av alla hälsofrämjande faktorer så som att inte röka, att träna fysiskt, samt att ha ett socialt sammanhang. Samtidigt talade hon om att hon först i efterhand insåg att hon haft höga krav på sig själv:

Jag trodde nånstans att nyckeln låg där, att om man gör tillräckligt många saker så att man blir nöjd med sin prestation, då kommer man inte heller att ha ångest. Och det var ju en helt felaktig tanke, den har inte hjälpt mig alls. Det var ju bara massa höga förväntningar. Men jag trodde att jag skulle må bra om jag gjorde en massa bra saker så att jag uppfyllde mina egna förväntningar, för då skulle jag bli nöjd och när man är nöjd så har man inte depression.

#### **Och hur tror du det är nu då, när du tänker på det?**

I den tanken så gav jag mig själv mer ångest. [...] Har man sjukt låga krav då kan man vara nöjd när som helst, men har man jättehöga krav då kommer man aldrig att vara nöjd. Det där med att aldrig vara nöjd, det gjorde mig nog sjuk. – Lovisa

Hon beskrev vidare att den KBT-behandling hon går i fått henne att ändra synen på sig själv:

I och med att det har gått att identifiera vissa beteenden så känner jag att det kanske inte är så mycket jag, utan det kanske är mer saker som jag gör. Och det har liksom lite grann lyft depressionen ur mig och istället ser jag kanske det som nånting jag har nån gång börjat med och sen

förstärkt under en lång tid. [...] Jag känner mindre att jag är en depressiv person och mer: jag har ägnat mig åt depressionsalstrande beteenden. – Lovisa

Synen på depressionen som någonting utanför en själv, som matas av negativa tankar återkom i en annan informants bild av tillståndet:

Svart, ruttet, rökigt, slem, som en hög, som ett monster som det bara droppar ifrån, som kommer och sätter sig på hela hjärnan och livnär sig på negativa tankar, så att den fortsätter att generera negativa tankar så att du ger den mer energi och så matar den på sig själv tills du går under, eller når botten. – Samira

Trots att inte alla på detta tydliga sätt beskrev individuella tankar och beteenden som en orsak till depressionen, gav många uttryck för en tro på individens förmåga att genom att ta ansvar för sina val och sitt beteende kunna påverka sin situation av dåligt mående framöver.

I de fall där informanterna beskrev sin uppväxt som perfekt, eller att de hade alla förutsättningar för att lyckas, fanns än mindre benägenhet att peka på uppväxtförhållanden eller interpersonella faktorer, trots att flera menade att de led av uttalade eller outtalade krav, från sig själva eller omgivningen. Detta föreföll snarare skapa en känsla av skuld, och depressionsdiagnosen kunde då innebära en ansvarsbefrielse.

**Oöverstigitliga krav som orsak till depression.** Flera av informanterna talade om depression som en konsekvens av hur samhället ser ut, eller om krav från de själva eller omgivningen som avgörande. Flera pekade även på hur könade erfarenheter kan spela in i hur depression utvecklas, samt i vilka symtom som uttrycks.

Egna krav på sig själv blandades med tankar omkring krav och förväntningar från samhället, vilket vissa menade drabbar dagens unga och kvinnor särskilt hårt. Tre av informanterna uppgav krossade illusioner omkring den egna förmågan att klara av det mesta i samband med påbörjade studier eller arbetsliv.

När det gäller de förklaringsmodeller som hade att göra med hur samhällsfaktorer påverkat, lyfte vissa av informanterna fram en trygg uppväxt och goda förutsättningar som något som kunde skapa förväntningar som var svåra att leva upp till. Skamkänslor över att inte ha lyckats bättre trots de goda förutsättningarna beskrevs, liksom sorg över att inte ha något att skylla sin depression på. En informant talade om att hon hade upplevt det som orättvist att hon var deprimerad, för att hon annars hade kunnat bli vad som helst. En annan pratade om upplevelsen av föräldrarnas förväntningar:

Mamma och pappa har alltid varit väldigt sådär, vilket är fantastiskt, vilket jag älskar dem för: ”Du kan göra allt Erika, du fixar allt, du skulle kunna liksom, ja, vad du än vill göra så ska du, så fixar du det”. Och de har också varit liksom ”Du är så pass smart och duktig så det är onödigt om du inte har högsta betyg i allt och du är så fantastisk du borde verkligen utnyttja det du har fått”. Och det är fantastiskt... men det var ju också väldigt mycket under väldigt många år när man då inte lever upp till den bilden av sig själv så blir det ju väldigt jobbigt. – Erika

Erika menade vidare att det var skönt att få en diagnos som deprimerad, eftersom hon inte längre kände att hon borde anstränga sig hårdare. Även andra beskrev depression i termer av ansvarsbefrielse. I citatet märks även en tydlig ambivalens inför föräldrarnas förväntningar.

Några tog även upp de obegränsade möjligheter man ställs inför som ung vuxen idag, och vissa menade att denna människans gränslöshet är något som kan ge upphov till lidande. Att prestera, jämföra sig med andra, vara stark och rationell beskrevs som faktorer som kan leda till ett dåligt mående. Tre av informanterna pratade om att deras psykiska mående gjort att de till slut sett sig tvungna att sänka kraven på sig själva.

På frågan om vad hon tycker om att många tar antidepressiv medicin idag, svarade Erika att det är ”jävligt dåligt” att det inte finns bättre hjälp att få på ”andra sätt”.

#### **Vad skulle det vara för andra sätt då tänker du?**

Terapi, ett sätt att få den typen av hjälp. Två: att ändra om hela vårt samhälle efter att personer inte kommer kunna vara djur eller arbetsmaskiner. Så att vi ändrar samhället efter oss, sänker kraven på nåt sätt. Det känns ju väldigt långt bort, så då får man väl pumpa folk fulla med antidepressiva så de pallar. – Erika

Hon gav här uttryck för omöjligheten att ändra om samhället utifrån hur människor är beskaffade, eller att en sådan lösning är avlägsen. Genomgående var att samhället inte uppfattades som påverkbart, och oftast berördes inte alls möjligheten att lösa samhällliga problem på denna nivå.

I beskrivningar om samhällets påverkan kom även tankar kring betydelsen av kön fram. Några talade om dubbla krav på kvinnor att prestera inom utbildning och yrkesliv och samtidigt sköta hem och familj. Traditionella förväntningar på kvinnor beskrevs hänga kvar parallellt med förväntningar på den moderna kvinnan, som teoretiskt sett har alla möjligheter att bryta med föregående generationers kvinnoroll. Svårigheterna med att befria sig från dessa internaliserade krav, liksom från krav på konsumtion och utseende, berördes av ett par av informanterna, och detta beskrevs som stressande. Andra talade om svårigheter och förvirring som uppstått i samband med



att passa in i ett heteronormativt sammanhang, då de själva upplevde att de överskred binära föreställningar om genus och sexualitet. Flera informanter var kritiska till att nedstämdhet formuleras som individens problem i sjukvården och en uttryckte önskemål om feministiskt inriktad terapi, som förväntades lyfta dessa aspekter mer explicit.

Lovisa var osäker på om de krav hon upplevde på sig kom från samhället, från hennes familj, hennes genetiska arv eller från det att vara kvinna. Hon kopplade även upplevelsen av att i vissa hänseenden tillhöra en privilegierad grupp som något som bidrog till en viss press, och menade att hennes generation är särskilt utsatta för krav.

Jag växer ju upp mitt i det där [...] jag tror definitivt att min generation lider av kraven, eller förväntningarna att man kan göra vad som helst yrkesmässigt och intressebaserat, man kan vara vem man vill, men samtidigt är det ju också det att man blir bedömd väldigt mycket utifrån att man är tjej. Är man tjej då ska man behaga, och man ska se bra ut. Och så har man samtidigt: ”Ta vara på dina möjligheter, du bor i Sverige så du kan bli vad du vill!” – Lovisa

Två av de manliga informanterna upplevde det som lättare att prata om sitt mående bland tjejer än bland killar och pratade om mansrollen som något som hindrat dem från att prata om sin nedstämdhet eller våga erkänna att de inte mår bra. En av dem lyfte det faktum att män tar livet av sig i dubbelt så hög utsträckning som ett resultat av machokulturen.

Omgivningens och samhällets krav lyftes upp av många som bidragande orsaker till depressionen. Flera talade om höga förväntningar och oändliga möjligheter för unga vuxna idag som något stressande. Vissa menade att kraven särskilt drabbar kvinnor, och andra lyfte upp svårigheter för män att tala om problem och söka vård.

### **Istället för medicin – självarbete**

Trots att den antidepressiva medicinen av de flesta beskrevs ha initialt god effekt, var det många som var kritiska till att medicinera och tog upp andra sätt att hantera problemen, där de vanligaste alternativen var psykoterapi eller att arbeta med sig själv på egen hand.

Då informanterna talade om hur de såg på medicinen användes ofta uttryck som ”en krycka”, ”ett stödben” eller en ”quick fix”, vilket antydde att de inte betraktade medicinen som en heltäckande eller långsiktig lösning, utan först och främst som ett komplement eller ibland ett nödvändigt ont.

Så gott som samtliga informanter uttryckte sig positivt till psykoterapi som ett alternativt sätt att hantera nedstämdhet, och de flesta hade någon gång varit i psykoterapeutisk behandling.

Många önskade att det vore lättare att få terapi eller en samtalskontakt, och vissa menade att medicin och samtal bör komplettera varandra. Återkommande beskrevs terapi som det som hjälper på lång sikt, som ”ordentlig hjälp”, medan medicin lindrar men inte löser problemen. Samira talade om DBT och ”mindfulness” som önskade sätt att framöver hantera sitt mående, Christian gick i privatfinansierad psykodynamisk terapi och menade att det är sättet att ”gå till botten” med problemen. Han sade också att han föredrar psykodynamisk terapi framför KBT, för att han där arbetar tillsammans med sin terapeut, och för att de arbetar med att han ska kunna komma i kontakt med sina känslor. Lovisa hade å andra sidan valt att gå i KBT för att hon menade att det har vetenskapligt stöd. Flera uttryckte också att det hade varit bättre om de först fått träffa en psykolog, för att sedan ta ställning till medicinering, samt att de velat ha mer terapi eller samtalskontakt. Generellt var informanterna kritiska till att det är svårt att få träffa en psykolog. Ingen sade sig föredra medicin framför terapi, även om en lyfte fram att terapi som primär behandlingsmetod för henne skulle vara uteslutet i nuläget av ekonomiska skäl. Återkommande var synen på psykoterapi som mer långsiktig eller varaktig hjälp och ett sätt att arbeta aktivt med eller acceptera de känslor som finns. Lovisa hade tankar kring varför SSRI är så vanligt:

Det hade inte varit lika vanligt med antidepressiv medicin om fler erbjöds alternativ terapi, alltså samtalsterapi i någon form. Det är nog så populärt för att det är det man blir erbjuden. Det är inte så många som kommer till läkaren och säger ”hej jag vill ha medicin”. Man kommer väl dit och säger ”jag vill ha hjälp”, och så tar man den man blir erbjuden. Min åsikt är att de allra flesta som får medicin borde ha fått terapi istället. Jag tror att det är mer långsiktigt. – Lovisa

Många av informanterna uttryckte vidare att det är viktigt att aktivt ägna sig åt sig själv och sina problem, vilket många beskrev som att ”jobba med sig själv”. Att jobba med sig själv framstod som centralt i berättelserna, även om det sällan definierades eller fick olika definitioner i olika sammanhang. Det kunde handla både om psykoterapeutiskt arbete och självarbete på egen hand, som att lära känna sig själv bättre, och att bättre kunna hantera känslor.

Detta och att ha lärt sig av sina erfarenheter sågs ofta som en förutsättning eller strategi för att inte må dåligt framöver eller kunna hantera svårigheter. Samtidigt hängde det ihop med att känna sig själv; sina behov och sina gränser. Vissa beskrev medicinering som en motsats till att jobba med sig själv, medan andra menade att det kan vara en förutsättning för att orka göra det.

Sen jag börjat jobba med mig själv ensam, ser jag igenom paniken för vad den är, det är egentligen bara en reaktion på nånting, och man behöver inte alltid reagera, ibland kan man bara observera. [...]

Känns viktigt att jag tar mig tid att lära känna mig själv och ta hand om mig själv först, för oavsett vad jag än tar mig till i livet kommer jag inte ta mig nån vart om det alltid slutar med att jag mår jättedåligt och blir deprimerad och får ångest. Så det känns ganska friskt att jag har tagit mig själv i hornen. – Samira

Samira såg självarbetet som en bättre strategi än medicin, och kopplade det till ansvar och ökad självinsikt, vilket var en förutsättning för att må bra på längre sikt. Vanja resonerade mycket kring vikten av att jobba med sig själv och menade å andra sidan att hon genom att medicinera kan få den extra energi som behövs för att orka göra det. Samtidigt pratade hon om risken för att medicinen blir ett sätt att slippa jobba med saker, som man måste göra i terapi, då medicinen erbjuder en enkel lösning.

Några av informanterna talade vidare om att det är viktigt att ha erfarenhet av svårigheter, bland annat för att kunna uppskatta att må bra och förstå att livet kan vara tufft ibland. Vissa kopplade detta till vuxenblivandet och att mogna; att få erfarenhet och en mindre naiv inställning till livet och världen. Andra beskrev vuxenhet i termer av att ta ansvar och ha kontroll till skillnad från en tidigare ungdomlig spontanitet och obryddhet.

Jag måste hitta nåt sätt för att få saker att rinna av mig, för att inskolas som en vuxen person. Man tycker inte att folk är vuxna som inte kan fungera i livet. Om jag går in i nåt väldigt mycket så kommer det in nåt överjag, att man ska rationalisera bort saker, att man inte får känna så starkt i vissa situationer. Jag jobbar lite med det, det ligger nåt i det, samtidigt som jag försöker acceptera att jag är en sån person. Det kan bli en tvångstanke: att man inte får bli ledsen, men då blir den så mycket större. – Petra

En balans mellan att försöka förändra sina känslomässiga reaktioner och att acceptera dem som en del av sig själv, speglas i citatet ovan. Där märks också en ambivalent inställning till att bli vuxen och att anpassa sig efter andra, vilket var återkommande. Flera nämnde en saknad av den person de var innan de började medicinera, och kopplade ihop detta med en ungdomlighet präglad av starka känslor och en frigörande ansvarslöshet:

Jag saknar lite att ha den där känslan att gå all in för saker och ting, bara bestämma sig för nåt och så kör man. [...] Jag hade inget koncept om kropp och själ och sinne, att det är en trädgård, du behöver göra rent den. Men den ovissheten är ju också en gåva, du fattar inte bättre, du bara kör och du mår bra ändå... men man måste växa upp nån gång och gå vidare. – Samira

Flera beskrev känslor som något de haft svårt att hantera, eller att de stängt av dem tidigare. Eli sa att han inte hade något sätt att hantera motgångar, Christian att han stängt av alla känslor, och Nathalie att hon haft svårt att hantera ilska och upplevelser av att bli lämnad. Många menade att de för att må bättre framöver behöver hitta ett bra sätt att hantera känslor. Flera uttryckte det i termer av att observera sig själv, sina känslor och kroppsliga reaktioner, utifrån. Andra talade om att känna av signaler om att något är fel. Att hantera känslor beskrevs ofta i termer av att få distans till dem, och att bättre kunna skilja ut vad som är vad. Lovisa talade om att hon blivit mer ärlig mot sig själv och lärt sig förstå när det är ”ängesten som talar”.

En del informanter talade om negativa känslor eller tankar som irrationella eller överkliga, i motsats till hur verkligheten är beskaffad. Erika beskrev det som att hon inte hade någon anledning att känna eller tänka på det sätt hon gjorde i förhållande till sig själv eller sina studier, och att hon därför visste att det inte var sant. Hon menade att det hon upplevde var irrationellt men att hon ändå kände det. Återkommande i flera av informanternas berättelser om att komma ur det depressiva tillståndet fanns idén om en positiv syn på sig själv och världen som mer sann eller verklig än en negativ. Ibland fanns ett inslag av att välja ett positivt synsätt, vilket ofta var kopplat till att ta ansvar för sig själv, sitt mående och sin omgivning. En person beskrev hur han tidigare resonerat kring motsägelsen i att hans livserfarenheter sagt honom att världen är dålig, samtidigt som andra människor inte såg det så. I och med diagnosen och medicinen kunde han se att det var hans känslor, och inte världen, det var fel på. På liknande sätt kunde även i andras berättelser en negativ syn på världen och tillvaron beskrivas som felaktig, irrationell eller åtminstone ofördelaktig.

Flera av informanterna pratade om vikten av att på ett eller annat sätt ta ansvar för och kontroll över sitt mående, och hade olika tillvägagångssätt för att må bra framöver. Samira sade att hon ägnade sig åt meditation och yoga och att hon blivit ”bättre på att ta mitt ansvar för vilken vibb jag skickar ut till min omvärld”. Hon menade att deprimerade har svårt att ta ansvar i livet, eftersom de upplever det som en börda att överhuvudtaget leva. Men ansträngning från ens egen sida är en förutsättning för att må bra menade hon, och hon sade att hon nu har för stor ansvars känsla för att hamna i depression igen. Hon gjorde en skillnad mellan att ta till utifrån kommande hjälp i form av antidepressiv medicin och att själv arbeta för att se till att ”lyckan kommer inifrån och ut”. Inbegripet i det att ta ansvar fanns i några fall en tanke om att behöva sänka kraven eller förväntningarna på sig själv, eller acceptera och införliva en annan självbild än den som funnits tidigare. Den nya synen innebar ofta att inte vara så hård mot sig själv, utan att acceptera viss svaghet.

**Du pratade om hur du upplevde att du förändrades som person då du medicinerade. Finns det**

### **något som har förändrats som är kvar, även efteråt?**

Ja det måste ju vara bara själva insikten om att jag är inte så stark som jag trodde att jag var, och det är ju lite sorgligt också. Det var väldigt länge, både när jag mådde dåligt och när jag tagit medicinen, som jag var jätteledsn över att jag inte var den jag trodde att jag var. Jag kan inte fatta att jag är med om det här, jag borde ju klara mig eftersom jag är så himla stark och självständig. Så det var jag ju jätteledsn över, men nu... det är en del av mig, så är det ju. Ja, det sitter kvar men jag är okej med det. Jag tror inte att nån är så pass stark egentligen, i grund och botten. Jag hade gärna velat vara det, men jag tror inte att nån är det. – Nathalie

I likhet med Nathalie menade många att erfarenheten av depressionen innebar en förändrad syn på sig själv, vilket hos Nathalie framställdes som en typ av mognads- och sorgprocess.

I informanternas syn på alternativa behandlingsmetoder framkom att de i stor utsträckning hade föredragit samtalsterapi framför läkemedel. Psykoterapi framstod i beskrivningarna som en mer långsiktig lösning. Detta kan kopplas till informanternas sätt att tala om sitt eget ansvar för att få en hälsosammare inställning till sina känslor och träda in i vuxenlivet. Ungdomlighet förknippade många med mindre reflektion och ansvar, vilket vissa menade att de kunde sakna. Att ta ansvar för sina känslor och acceptera sig själv framstod som viktigt för att må bättre, och för att undvika att må dåligt framöver. Samhällsfaktorer beskrevs av flera som en av orsakerna till depression, men när det handlade om att komma tillrätta med depressionen tycktes inte samhällsnivån erbjuda någon lösning. Det mest framträdande i informanternas berättelser var här att jobba med sig själv, vilket ibland definierades som att gå i psykoterapi men även beskrevs i termer av ett individuellt arbete med att ta ansvar för sig själv och sitt känsloliv.

### **Depressionens relationella mening**

De orsaksförklaringar som kom fram i informanternas berättelser innebar sällan en syn på depressionen som något meningsfullt eller betydelsebärande. På frågan om de ansåg att depressionen har någon mening svarade ändå de flesta att den på ett eller annat sätt har eller hade haft det. Vissa pekade på konstruktionen av depressionens mening, som skapad och tillskriven av dem själva, och att depressionen inte hade mening i sig. Att tala om depressionens mening blev ett sätt att aktivt skapa förståelse för depressionen och ge den en betydelse i deras liv. Vanligast var att mening likställdes med positiva konsekvenser, vilket ofta handlade om ökad insikt i sig själv och andra, mognad och empati; aspekter som lyftes fram av flertalet.

De flesta av informanterna berättade om en ökad självinsikt, och drygt hälften talade även om en större förståelse eller känsla för andra personer och deras svårigheter. Nathalie och Nils sade

att de är mer benägna eller har lättare att hjälpa andra som mår dåligt, och Lovisa menade att hon har lättare att knyta an till andra som haft liknande problem och att hon är bättre på att se det, både hos sig själv och hos närstående. Två av informanterna betonade även att depressionen fått dem att uppskatta och glädjas över det stöd de fick från vänner under tiden, och att den delvis inneburit att de väljer och värderar vänner på ett annat sätt nu jämfört med tidigare. Flera talade om att depressionen fått dem att inse vikten av att lära känna, och ta hand om, sig själv och andra.

### **Finns det någon mening i de här depressionerna?**

Jag vill ju gärna känna att det har det. Positiva saker skulle väl vara att jag känner mig ganska härdad. Nu för tiden när jag får psykiska problem blir det inte en katastrof, jag förstår att nu händer det här och att jag har mycket råd att ge till andra, det är ganska bra. Och så har jag väl behövt lära känna mig själv väldigt bra, jag vet inte om jag gör det men, jag har fått vara väldigt mycket med mig själv i alla fall, det är ju många som försöker undvika det, men jag tänker att det kommer slå tillbaka. Jag tror att det är bra att lära känna sig själv. – Robin

Ett mindre antal talade om depressionens kreativa potential, och hos dem beskrevs inte depressionens värde lika instrumentellt, utan snarare som en värderad känslighet eller förutsättning för skapande.

Jag tror att ur destruktivitet föds nåt nytt, det föds en ny sida av dig, du vågar tänka nya tankar. Många tankar ger dig ångest bara av att tänka på. Men jag tror att när man öppnar upp sitt sinne så mycket som jag har gjort [...] så har det hjälpt att rannsaka sig själv under den här tiden jag har haft depression. Man tänker mycket på sig själv och vilka värderingar man har. På det sättet har det hjälpt, att jag har tänkt mycket på det.. och försökt definiera mig. – Christian

Christian menade att det finns något skapande i det som han benämnde det destruktiva, och kreativitet kopplat till depression var något som kom upp även hos andra. Både Petra och Vanja kopplade skrivandet till depressionen och till ett sätt att samtidigt komma bort från sig själv och att bearbeta. Båda beskrev en positiv dimension av de svåra känslorna; Petra uttryckte det som att det finns något både förlösande och frustrerande i att vara ledsen. Det kunde vara som ett sätt att fly från sig själv eller bearbeta sina upplevelser, att uttrycka sig eller ha något att ägna sig åt som gav en känsla av att vara bra på något. Att gå igenom saker och att reflektera över det beskrevs också som något utvecklande och meningsfullt. Vanja sade att det krävs någon typ av dåligt mående eller ångest för att skapa, och talade också om den känslighet som hon såg som förknippad med en depressiv läggning som en tillgång eller källa till kreativitet. Rädslan hon uttryckte inför medicinens

eventuella avtrubbade effekt hade att göra med att hon inte längre skulle ha någonting att säga. Samtidigt framhöll hon den balansgång som krävs, där även ett för dåligt mående kan leda till en brist på all motivation.

Jag känner ändå nånstans att det är den känslan av att det är så jobbigt att leva, men att livet samtidigt är så himla omvälvande. Och ibland är det också just det att ur de här jättestarka känslorna så kommer ju också det här med det lilla. För jag kan känna mig jättefånig ibland just när jag har varit riktigt nere, att man går ut på gatan och ser en and och att det är såhär ”åh det här är så himla fantastiskt”, men samtidigt som det är det, så känner jag att det trycker över bröstet och allting det där, men på nåt sätt är ju allting så dubbelt hela tiden. Och samtidigt är jag ju inte så övertygad om jag klarar det, att det är också den biten...

### **Klarar, vilket?**

Klarar av livet, liksom. – Vanja

Dubbelheten i synen på depressionen, där depressionen både inneburit ett stort lidande samtidigt som den haft positiva konsekvenser eller förknippas med något värdefullt, som att vara en kännande person och kunna relatera till andra, kan sägas vara en central aspekt i intervjumaterialet.

Sammanfattningsvis visar resultatet att informanternas tillstånd som deprimerade präglades av ångest, passivitet och en oförmåga att fungera i vardagen. Medicinen bröt detta tillstånd och var inledningsvis verksam för samtliga. De flesta beskrev även en avtrubbning av känslolivet som en tydlig följd av medicineringen, och många hade en ambivalent inställning till detta, då de annars uppfattade sig ha nära till känslor. Det fanns även en osäkerhet kring medicinens effekt, hur den påverkar det verkliga jaget och samspelar med andra faktorer. Vidare talade några om medicin som ett sätt att anpassa sig till ett kravfyllt samhälle, och flera lyfte upp att kraven drabbar kvinnor hårdare. Självdestruktiva uttryck för dåligt mående kopplades ihop med en kvinnlig erfarenhet. Många uttryckte tveksamhet till medicinering som lösning, och menade att de föredrog psykoterapi eller andra sätt att jobba med sig själv för att må bättre. När det kom till förklaringar till depression, fanns en rad olika sätt att förstå tillståndet. De flesta tog på något sätt upp biologiska faktorer, men många andra diskurser kring depression fanns samtidigt. Generellt nedtonades biografiska och interpersonella aspekter, och individuella beteenden lyftes fram, särskilt då det gällde att må bättre framöver. Samhälleliga orsaker fanns med, men mycket sällan tankar kring att åtgärda problemen på en samhällsnivå. Slutligen menade många informanter att de givit depressionen mening, då den bland annat inneburit en ökad självinsikt och förståelse för andra, eller kopplades till en kreativ potential.

## Diskussion

De ovan redovisade resultaten diskuteras i det följande i förhållande till relevanta teorier, samt i relation till tidigare forskning. I fokus är särskilt de diskurser som genomsyrar förståelserna av depression och antidepressiv medicinering, och den känslomässiga avtrubbningen som beskrevs i förhållande till att fungera, vara aktiv och ta ansvar. Genusaspekter av depression diskuteras sedan, och slutligen lyfts interpersonella aspekter av informanternas upplevelser fram.

### Neurokemiska själv

Det neurokemiska själv som Nikolas Rose (2006) beskrivit, som en konsekvens av den förskjutning som skett i hur psykiska sjukdomar och tillstånd förklaras och behandlas, anses i materialet. Neurokemiska och genetiska förklaringsmodeller till depression är genomgående, men de står sällan ensamma utan finns parallellt med andra förklaringsmodeller, i linje med resonemanget om att förståelser sprungna ur olika historiska sammanhang kan läggas på varandra och existera samtidigt (Rose, 2006). Uttryck som ”en kemisk obalans i hjärnan” och ”brist på de glada hormonerna” är tydligt neurokemiska, men vid sidan av dessa finns förklaringar till psykisk ohälsa som betonar samhällsfaktorer, eller beteenden och livserfarenheter. Vanligare än uttryck för den kemiska obalansen är att peka på genetiska orsaker och ärftlighet, vilket kan sägas vara uttryck för en biologisk syn, men som inte helt stämmer överens med den bild av det neurokemiska själv som Rose beskriver. Rose (2006) pekar på att möjligheten att förändra den man är på neurokemisk väg leder till en syn på biologin som föränderlig och öppen för manipulation, snarare än att den skulle utgöra ett ofrånkomligt öde. Uppfattningen om den föränderliga biologiska kroppen märks dock inte i materialet, där biologiska uttryck och förklaringsmodeller främst beskrivs i deterministiska termer. När genetiska förklaringar till depression tas upp, resulterar det snarare i en syn på depression som en riktig sjukdom, eller som något man inte kan göra så mycket åt. Konsekvensen är ofta en befrielse från, snarare än ett ökat, personligt ansvar, vilket även Knudsens et al. (2002) studie visade. En neurokemisk förklaring kan fungera som tröst, och göra att medicineringen upplevs som mer följdriktig, då det finns ett tydligt samband mellan orsak och lösning. Den genetiska och somatiska synen på depression tycks innebära en utväg för informanterna, då den befriar både dem och omgivningen från ansvar och skuld. Samtidigt beskriver någon informant medicinering som ett sätt att ta tag i situationen, vilket kan ses som ett uttryck för det individuella ansvaret att förändra kroppen, i likhet med Roses (2006) resonemang.

En betoning av den neurokemiska aspekten finns även i vissa fall med i andra beskrivningar och uttryck, som i en förklaring av att träning är bra för att det utlöser endorfiner, eller genom att uttrycka sina kroppsliga upplevelser i form av signaler från hjärnan. Det kan inte påstås att den



neurokemiska förståelsen generellt har företräde framför andra diskurser hos den enskilde individen. Samtidigt finns genetiska eller neurokemiska förklaringar till depression med i så gott som alla informanternas berättelser, även om de betonas olika mycket. Ingen annan enskild förklaringsmodell är så genomgående i materialet. Rose (2006) menar att de nya sätt som idag finns för att omorganisera, förändra och förbättra kroppen har gjort oss *mer* biologiska, men pekar också på att det kan ha återinfört en typ av cartesiansk dualism; att vi betraktar kroppen utifrån och skiljer den från medvetandet, från jaget. Detta fenomen är märkbart i intervjumaterialet, där uttryck som ”att tillföra kroppen nånting” och ”någonting i hjärnan säger åt mig att vara ledsen” kan tyda på en sådan dualistisk förståelse.

Det som är karaktäristiskt i berättelserna om depression, är den lätthet med vilken olika förståelser, diskurser och jagframställningar existerar parallellt. I vissa fall lyfts en förvirring kring detta explicit upp av informanterna, som rör bland annat orsak och verkan och om och hur beteenden ärvs. Men i många fall får denna mångfald av förklaringar finnas parallellt utan att det påtalas eller att någon förklaring får företräde. Detta kan i någon mån tyckas orsaka viss splittring i jagframställningen, där olika delar av jaget skiljs ut och framställs som separata entiteter. Neurokemiska förklaringar och uttryck kan tyckas ha sipprat in i språket hos informanterna utan att ha fått status som överordnad eller självständig diskurs, men som en ständigt närvarande aspekt. På flera sätt framställer de sig själva som somatiska individer, där gener och signalsubstanser spelar viktiga roller, men alltid vid sidan av andra faktorer. Denna syn på depression skulle kunna vara påverkad av det multifaktoriella perspektiv som är vanligt förekommande inom vården och forskningen idag, men av flera anledningar framstår det inte som om informanterna på ett enkelt sätt tagit till sig en sådan diskurs. För det första påtalas det oftast inte att depressionen är orsakad av *flera* faktorer, utan det framstår snarare som om informanterna är osäkra eller förvirrade kring vad som är orsaken, eller att de byter förklaringsmodell under samtalet och att detta oftare orsakar själv motsägelser än en betoning av flera möjliga bidragande faktorer. För det andra menar informanterna att den information man fått från vården varit så gott som obefintlig. Ingen av informanterna nämner att de har fått höra från vården att depression kan orsakas av en kombination av flera faktorer, och ofta beskrivs informationen, i de fall någon information alls givits, som opersonlig eller vag. Möjligen präglar det rådande forskningsläget kring depression, eller bristen på en enhetlig syn på orsak, det allmänna samtalet kring depression i och utanför vården, som informanterna är en del av. Tydligt är hur som helst att denna syn är komplex, och att den oavsett om den ligger i linje med forskningen eller ej, inte verkar leda till en sammanhållen förståelse av jaget och vad det betyder att medicinera mot depression. Det att medicinera mot ett psykiskt lidande leder för vissa till en motsägelse då tillståndet inte upplevs som orsakat av en biologisk förändring,

medan det för andra innebär en tröst och ett avdramatiserande av tillståndet. Resultatet blir ändå en mångtydig och fragmentarisk bild, där berättelsen om depressionen och medicineringen saknar ett tydligt narrativ och kronologisk röd tråd. Det fragmentariska intrycket understryks i många fall av den osäkerhet kring orsak och verkan som finns, men även i osäkerheten kring vad som är medicinens effekt och vad som beror på andra faktorer. Det autentiska jag som medicinen enligt Rose (2006) ska återskapa, verkar det snarare splittra, och flera uttrycker hur medicinen innebär en svårighet att kunna lita på sig själv.

Det somatiska eller neurokemiska självet har enligt Rose (2006) ersatt den tidigare västerländska självuppfattningen som påverkats av den psykodynamiska traditionen, där självet har ett djupt inre psykologiskt utrymme. Det fragmentiserade själv som vi kan se vissa tecken på i detta intervjumaterial är ett tydligt avsteg från en sådan enhetlig självuppfattning, och kan vara en tänkbar effekt av att de olika pålagrade förståelserna i viss mån existerar samtidigt; förståelser som inte är helt kongruenta eller talar samma språk. Tankar, känslor, biografi, signalsubstanser och gener beskrivs på skilda sätt och med olika konsekvenser för de slutsatser som dras. Ofta framställs dessa delar utifrån, som något personen har distans till, och som hon eller han mer eller mindre har förmåga att separera.

Något tal om omedvetna konflikter eller ett starkt fokus på den egna livshistorien, i linje med en psykodynamisk syn, finns oftast inte i berättelserna. Generellt tonas interpersonella och biografiska omständigheter ned, eller så kommer en osäkerhet kring betydelsen av tidiga erfarenheter fram. Någon uttrycker en lättnad över att medicinen befriade omgivningen från ansvar att hjälpa och trösta. På liknande sätt kan diagnos och medicinering i några fall tyckas innebära en ansvarslettning på individuell nivå, men även för omgivning och nära anhöriga, då de inte längre kan ställas ansvariga. Detta märks framför allt i samband med en ambivalent inställning till föräldrars krav, i uttryck om att inte vilja att en tidig separation ska ha påverkat, eller i en ovilja att söka orsaker i det förflutna.

Ett fåtal av informanterna talar om enskilda eller upprepade trauman som en orsak till sina symtom (även om de sällan benämns som trauman), men parallellt finns alltid andra förklaringar. Någon sammanhållen livsberättelse utifrån vilken de förstår sig själva, märks oftast inte. En fråga om det depressiva tillståndets eventuella mening uppfattas inte i något fall som att de depressiva symptomen skulle vara meningsbärande i en psykodynamisk bemärkelse, där symptom kan tolkas och bli begripliga i sitt sammanhang och i ljuset av en individs livshistoria. Istället förstås mening genomgående i termer av positiva följder av depressionen, där tillståndet i bästa fall kan ge nyttiga erfarenheter, färdigheter eller insikter för framtiden. Således är en psykodynamisk syn till största delen frånvarande i informanternas utsagor, men utan att ha ersatts av en platt neurokemisk yta, som

Rose (2006) vill mena. Snarare är det ett splittrat och uppdelat subjekt som framställs, där olika förståelser av depression existerar parallellt.

### **Tanken och beteendets kraft**

Den psykodynamiska självförståelsen är alltså till stor del frånvarande i materialet, utan att den neurokemiska fått ett tydligt genomslag som ersättning, åtminstone inte som en enhetlig och samlande förståelseram. När det kommer till att förklara orsaken till depression finns genomgående en rad olika förklaringar med. Några av informanterna tar uttryckligen upp individuella beteenden och kognitioner som bidragande orsaker, men dessa utgör en minoritet av de intervjuade. Vanligare är dock en syn på beteenden, i vid mening, som en väg ur det depressiva tillståndet, då medicinen inte upplevs som en långsiktig eller hållbar lösning. För att förstå och hantera sig själv och sitt mående finns i stor utsträckning förståelser av depression som anknyter till den kognitiva och beteendeariktade synen på människan. Detta kan möjligtvis förklaras av att flera av informanterna gick eller hade gått i någon typ av KBT-inriktad psykoterapi, men är troligtvis inte någon förutsättning för en sådan syn. KBT har i stor utsträckning integrerats i det allmänna samtalet kring psykisk (o)hälsa, och har fått enormt genomslag i både kliniska sammanhang och i olika typer av självhjälpsmetoder (Carlberg, 2008). Även den strömning som kallas positiv psykologi har fått spridning och popularitet under de senaste decennierna, och fyller en viktig funktion i en numera stark lyckodiskurs. Både KBT och positiv psykologi är starka i olika vetenskapliga sammanhang, men finns också i en allmän, av media och populärvetenskap präglad syn som sprids, fångas upp, filtreras och genomsyrar samhällsdiskursen om det psykologiska självet, och om hur individer kan befria sig från psykiskt lidande (Binkley, 2011).

Många av de centrala idéerna i en KBT-inriktad syn på depression återfinns i informanternas berättelser om fungerande sätt att förhålla sig till sig själv och sitt mående. Tanken att depressionen till viss del kan ha sitt ursprung i, men framför allt påverkas och lösas med hjälp av individens kognitioner och beteenden, är återkommande. I större eller mindre grad finns en förståelse av att tankar föregår känslor och är öppna för bearbetning och därigenom välmående. I uttryck som: ”i den tanken så gav jag mig själv ångest”, kan skulden till depressionen tyckas ligga hos individen, men även ansvaret för och möjligheten till förändring. En av informanterna pekar uttryckligen på att KBT-terapi lyft depressionen ur henne, så att hon ser den som orsakad av beteenden hon börjat med och förstärkt. Här blir influensen från terapins teoretiska ram tydlig.

Andra uttalanden berör det irrationella eller överkliga i negativa tankar och känslor, och påminner snarare om Binkleys (2011) analys av en samtida lyckodiskurs. Det depressiva ses i vissa fall som en förvrängd bild av verkligheten, och den positiva synen på självet och livet anses

sannare. Känslor och tankar med negativt innehåll avvisas delvis som felaktiga, istället för att tolkas som meningsbärande i en psykodynamisk bemärkelse. Att välja positiva synsätt istället för negativa beskrivs av några informanter som en del i att ta ansvar för sitt mående och sin omgivning. Begrepp som "lycka" eller "glädje" används dock sällan i intervjumaterialet. Det kan inte sägas att informanterna strävar efter att maximera sin tillfredsställelse, då de snarare uttrycker som mål att fungera i vardagen och kunna acceptera dåligt mående eller sänka kraven på sig själva. Lyckodiskursen utgår främst från de redan fungerande, och sannolikt är det snarare KBT som påverkat informanternas självförståelse. Samtidigt är det troligt att den populariserade uppfattningen av KBT och positiv psykologi har många beröringspunkter, och inte så enkelt kan skiljas från varandra. Inslag som snarare tillhör en populariserad form av positiv psykologi återfinns exempelvis i uttryck om att skicka ut vibbar i världen, eller att uppnå något enbart genom att vilja det tillräckligt mycket. Dessa två uttryck kan kopplas till lagen om attraktion som Madsen (2010) beskriver, där självet med dess känslor och tankar är det som styr verkliga händelser. Uttryck av det slaget var dock inte utmärkande för materialet.

Inom en lyckodiskurs utgör aktivitet själva förutsättningen för lycka, men möjligheten till aktivitet försvann för de flesta av informanterna i och med depressionen och föregick ofta beslutet att börja medicinera. Här blir betydelsen av aktivitet tydlig, som också gör sig gällande i Petersens (2009) analys av kravet på självförverkligande. Utmattningen som följer av detta leder även till att förmågan att uppnå lycka inom en lyckodiskurs försvinner. Det att maximera sin lyckonivå framkommer dock inte i materialet. Snarare verkar informanternas upplevelser i vissa fall ha fått dem att överge en enligt dem orealistiskt ljus eller naiv syn på livet, vilket påminner mer om senare österländskt influerade KBT-terapiers fokus på acceptans (Kåver, 2006).

När det gäller lyckodiskursen har kritik som riktats mot den gått ut på att den kollektiva potentialen i dåligt mående undermineras som en följd av positivt tänkande (Ehrenreich, 2010). En tydlig tendens i informanternas berättelser är att de innehåller kritik av det samtida samhället och de krav som kan leda till depression, men nästan helt saknar uttryck för förändringsmöjligheter inom denna domän. Trots att vissa informanter uttryckligen kritiserar tendensen att individualisera och medikalisera psykiskt lidande, är det övervägande den egna inställningen som anses möjlig att påverka. Parallellt med kritik mot omgivningens krav, uttrycks en tro på individens gränslösa förmåga och möjligheter. Denna pendling mellan en kritik mot och ett internaliserande av samhällets påbudna förhållningssätt, blir begriplig utifrån hur Butler (1997) beskriver subjekt och makt, och hur Binkley (2011) analyserar kontrollen i den privata sfären. Individer kan förhålla sig till de sammanhang de ingår i och utöva viss agens i och med hur dessa medskapas, men är samtidigt beroende av de givna förutsättningarna.

Även kritik liknande den som riktats mot den positiva psykologins patologisering av negativitet och melankoli (Wilson, 2008, refererad i Binkley, 2011) framkommer hos några, som funderade i termer av att deras nedstämdhet kan ha en kreativ och estetisk potential, och ge insikter de annars inte fått. I samband med denna typ av funderingar talas intressant nog om jaget och psyket på ett sätt som påminner om ett djupt inre, i linje med en psykodynamisk tradition, vilken annars är en underordnad diskurs i materialet. Även då kritik mot medikalisering och frågan om man bör medicinera mot sorg lyfts, tycks en psykodynamisk förståelse skymta fram.

### **Att ha kontroll och att ta ansvar**

Att SSRI skulle användas som ett lyckopiller eller för att bli någon annan eller optimera sin potential, betvivlar Rose (2006), och det finns inte heller något som tyder på det i intervjumaterialet. Snarare beskrivs medicinen som ett försök att bli sig själv igen, eller återfå normalt fungerande. För de informanter som upplevde att den de var förändrades, var detta inte en välkommet, utan beskrevs snarare som en besvärande bieffekt. Autenticiteten är viktig i diskursen kring antidepressiv medicin och det som utlovas är främst att få kontroll över sig själv och sina känslor (Rose, 2006). Genom löften om självförverkligande och om att bli en aktör i sitt eget liv, fungerar medicin snarare som ett komplement till annat självarbete, vilket kommer fram i flera av berättelserna. Informanterna lyfter upp ökad kontroll som centralt i medicinens upplevda effekt, men kontroll är även något som i sig skulle kunna ersätta medicin, och leda till ett bättre mående framöver.

Rose menar att dagens samhällen inte längre karaktäriseras av disciplinär maktutövning, utan är samhällen av självkontroll (Rose, 2006). Det är en typ av kontroll som ingår i de flesta praktiker och sammanhang, liksom inom hälsoområdet, där samhällsmedborgare förväntas ta ansvar för sin hälsa och ägna sig åt ständiga förfinade förändringar och förbättringar av den. Denna syn på individens ansvar och aktiva engagemang i sin egen psykiska hälsa, återspeglas i stora delar av resultatet i denna studie. Inom flera områden återkommer uttryck som på ett eller annat sätt knyter depression och andra psykiska problem till individens oförmåga till eller försök att aktivt handskas med och kontrollera sig själv och sitt mående. Det handlar i något fall om en individs ständiga försök att göra allt rätt utifrån den enorma information kring hälsa som finns tillgänglig, och självkländer när detta misslyckas. I ett annat fall beskrivs just den egna oförmåga att reglera alla hälsobringande faktorer, att leva rätt och ta hand om sig själv, som det som lett fram till det depressiva tillståndet. Alltså beskrivs depressionen antingen som orsakad av de överdrivna kraven och försöken att kontrollera sig själv, eller som ett resultat av misslyckande i fråga om kontroll.

Gemensamt för de flesta är dock synen på det egna ansvaret för att framöver klara sitt mående, kontrollera sig själv och sina känslor och leva hälsosamt, även om detta ofta involverar att

sänka kraven på sig själv. Det individuella ansvaret finns bland annat i talet om att ”jobba med” och lära känna sig själv, oavsett om det handlar om egen introspektion eller att gå i terapi. Det beskrivs även i termer av att observera sig själv utifrån och inte agera på sina känslor, att välja att se saker positivt eller att se till att de yttre livsomständigheterna är sådana att de främjar ett psykiskt välmående.

Att ta ansvar och ha kontroll kan även i viss mån knytas till en syn på depression som påverkats av KBT. Det är tydligt att informanterna införlivat en förståelse av sig själva som delvis ansvariga för sitt mående, där beteenden och tankar är möjliga att själv aktivt påverka. Någon talar om att hon har för stor ansvarskänsla för att hamna i en depression igen, och andra anger olika strategier för självkontroll som kan hjälpa till att hålla depressionen borta. En annan talar om vikten av att ta ansvar för de känslor som samhället ger upphov till, och formulerar i och med detta den speciella kombinationen av samhällelig orsaksförklaring men individuellt ansvar som återkommer, fast mer indirekt, i flera av berättelserna. Att ta medicin upplevs av någon som att ta ansvar för situationen, vilket i sig gör att måendet förbättras, medan andra snarare beskriver medicinen som en ”quick fix”, där självarbetet är den hållbara lösningen.

### **En handlingsförlamningens patologi?**

Petersens tes om depression som en social aktivitetspatologi, där individen trötts ut i försök att ständigt vara aktiv i konstituerandet av självet, bekräftas delvis i informanternas berättelser. Dels uttrycks explicit en frustration över samhällets krav på prestation och konkurrens, samtidigt som en rädsla för misslyckade och beskrivningar av självklander vid brist på aktivitet finns. Frånvaron av aktivitet och handling präglade perioden som föregick medicinering, och var för många av informanterna en av anledningarna till att söka hjälp. Detta beskrivs också som en skiljelinje mellan sjukt och friskt, och depressionen blir på så vis tydligt en fråga om aktivitet eller icke-aktivitet. Enligt Petersen (2009) står ett institutionaliserat krav på aktivitet i stark kontrast till den passiva, självanklagande individen.

Detta perspektiv på depression som inbäddad i en specifik social och kulturell kontext saknas i såväl Roses (2006) teori om det neurokemiska självet som de psykodynamiska, kognitiva och beteendeariktade teorierna, men framkom tydligt i informanternas förståelse. Flera talade om hur de känt sig pressade att ta vara på sina möjligheter, då de upplevde att de kunde bli vad som helst. Oavsett om depressionen orsakats av denna press, som Petersen (2009) argumenterar för, eller kommer i vägen för möjligheten till självförverkligande, pekar flera av informanterna på sambandet, och att nedstämdheten inneburit ett personligt misslyckande. Diagnosen och medicinen kunde frånta informanterna ansvaret för misslyckandet och innebära lättnad. En möjlig tolkning är

att depression i detta sammanhang blir en godtagbar anledning att sänka de egna kraven, och att den på så vis kan erbjuda en gräns för den annars ohanterligt gränslösa människan.

Medicineringen beskrivs av de flesta som ett sätt att få tillbaka möjligheten att vara aktiv och fungera, och därigenom kunna komma upp ur sängen och leva upp till sina egna, omgivningens och samhällets krav. Att kunna vara i sociala relationer och orka sköta skola eller jobb, är återkommande teman i beskrivningarna av den förändring som medicinen innebar. Denna upplevelse av att den primära effekten av medicinen är återgång till aktivitet med hjälp av bättre fungerande socialt och vardagligt, liknar det som framkommit i tidigare studier (Fullagar, 2009; Knudsen et al., 2002; Sykes, 2011; Teal, 2009).

På olika sätt framkommer hur spänningen mellan de obegränsade möjligheter till självförverkligande som finns och kvarvarande föreställningar om kvinnor, bidragit till informanternas depression. Upplevelsen av att kunna göra vad som helst som kvinna, samtidigt som traditionella krav finns kvar, tar några av informanterna upp som pressande. Möjligen kan det imperativa självförverkligande Petersen (2009) talar om drabba kvinnor hårdare än män. I en förment jämställd kultur där kravet om självförverkligande gäller såväl kvinnor som män, men där kvinnor drabbas av dubbelarbete och rollkonflikter, kan depressionen tänkas bli en reaktion som speglar denna kvinnliga erfarenhet. Även om detta kan förstås utifrån Petersens (2009) teori, diskuterar varken han eller några av de andra teoretikerna genusaspekter av depression.

Hjälpen till aktivitet blir i några av berättelserna också avgörande för förmågan att "jobba med sig själv", vilket kan tolkas som ett arbete med att skapa det autentiska självet. Hos några informanter beskrivs medicineringen dock som en motsats till att arbeta med sitt autentiska själv. Det arbetet borde enligt de flesta ske antingen genom psykoterapi, som beskrevs som ett mer långsiktigt sätt att uppnå förändring, eller genom att på egen hand öka sin självinsikt, vilket påminner om vad tidigare studier visat (Fullagar & O'Brien, 2012; Sykes, 2011).

Många av informanterna funderar kring medicinens och depressionens förhållande till deras autentiska själv. Vissa beskriver en upplevelse av att ha blivit "sig själva" genom medicinen, medan andra vittnar om att det autentiska självet försvann eller förändrades då de medicinerade. Det finns dock genomgående en osäkerhet kring vad som kan tillskrivas medicinens effekt och vad som beror på dem själva eller livsomständigheterna. Informanterna beskriver sig genomgående som personer med nära till både negativa och positiva känslor, och menar att medicinen dämpade detta. Det framstår dock som att den hjälp medicinen erbjöd att återgå till aktivitet kompenserade för avtrubbningsen, åtminstone inledningsvis. Här beskrivs också en stark uppmuntran från vårdpersonal att fokusera på aktiva åtaganden som skola och jobb, och några talar om att starka känslor inte premieras i samhället. Även i andra studier har det centrala i att fungera lyfts fram (Fullagar, 2009;

Knudsen et al., 2002; Sykes, 2011).

Petersens (2009) tes om att vaga normativa krav på individens självförverkligande gör det allt svårare att leva upp till kravet på autenticitet, bekräftas delvis i materialet. Några informanter tar upp de obegränsade möjligheter människan har, och den vanmakt insikten om detta kan skapa. Att sänka kraven på sig själv och sin egen aktivitet hade varit avgörande för att tre av informanterna skulle börja må bättre, vilket kan tolkas som en eventuell möjlighet för individen att motstå det normativa aktivitetstvänet eller att utgå mer från den egna förmågan.

### **Depressionens kroppsliga slagfält**

Kvinnor diagnostiseras med depression i dubbelt så hög grad som män, vilket återspeglas i förskrivningen av SSRI och SNRI (Apotekets Service AB, 2013). I informanternas förståelse av depression i förhållande till kön, framkommer mycket som tidigare studier tagit upp, men som lämnats okommenterat i Roses (2006) beskrivning av det neurokemiska självet, Petersens (2009) självförverkligande och i Binkleys (2011) lyckodiskurs. I denna studie är de flesta av informanterna kvinnor, vilket speglar depressionsdiagnostiken och förskrivningen av antidepressiv medicin. Många av informanterna tar upp genusspecifika uttryck och förklaringsmodeller till depression, och det är därför intressant att undersöka dessa aspekter närmare.

Vissa studier inom området har lyft fram missnöjet med den egna kroppen som en möjlig orsak till skillnaderna i depressionsprevalens (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994), en aspekt som också förekommer bland informanterna. Att inte känna sig bekväm eller hemma i en kvinnlig kropp beskrivs, och självdestruktivitet i form av ätstörning eller självskada finns i flera av berättelserna, vilket några explicit kopplar till en kvinnlig erfarenhet.

Objektifieringen av kvinnokroppen har lyfts fram som ett skäl till denna typ av missnöje bland kvinnor (Frederickson & Roberts, 1997) och har visat sig korrelera med både ätstörningar och depression (Tiggemann & Williams, 2011). I ljuset av denna forskning, samt studier som visar hur socialt påbjuden perfektionism (García-Villamisar et al., 2012) och problem med emotionsreglering i självskadebeteende, ätstörningar och depression hos unga kvinnor (Svaldi et al., 2012; Muehlenkamp et al., 2012) blir i studien förekommande uttryck om kroppen som det första slagfältet för negativa känslor, begripliga. Utseendekrav kan tänkas ha bidragit till ångest, missnöje med kroppen och depressivitet, och ett sätt att hantera de negativa känslorna blir att skada eller kontrollera den egna kroppen. I relation till ätstörningar eller självskadebeteende nämns också känslan av att därigenom återta kontrollen över känslolivet, vilket kan kopplas till studier som visat att kontrollförlust och en känsla av att inte styra över sitt liv kan förklara könsskillnaderna i depression (Nolen-Hoeksema et al., 1999). Även erfarenheter av fysiskt och sexuellt våld har



kopplats samman med den högre depressionsförekomsten hos kvinnor (Astbury & Cabral, 2000). I materialet framkommer detta hos en av de kvinnliga informanterna, som berättar att hon utsatts för sexuella övergrepp som barn, vilket hon menar bidragit till depressionen.

Två av de manliga informanterna talar om en generell oförmåga bland män att prata om känslor. De pekar båda på att samtal och öppenhet omkring psykiskt mående verkar vara lättare mellan kvinnor. Danielsson och Johansson (2005) lyfter upp denna aspekt av genuskodade beteenden i förhållande till depression. En studie som visat skillnader i hur flickor och pojkar uppmuntras till samtal om ledsenhet eller rädslor (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001), pekar i samma riktning.

### **Medicinens avtrubbade effekt**

Utmärkande för informanternas berättelser är en känslomässig förändring som ett resultat av medicineringen med SSRI eller SNRI. Återkommande är en beskrivning av att medicinen dämpar både negativa och positiva känslor, vilket till en början kunde upplevas som något positivt, men efter hand sågs som en oönskad följd. I likhet med vad tidigare studier på området funnit (Price et al., 2009; Sykes, 2011; Teal, 2009) uttrycker informanterna att de kognitivt kunde förstå vad de borde känna utan att känslorna fanns där. Beskrivningar av att känna sig som en robot eller maskin förekommer, liksom en upplevelse av att inte vara riktigt närvarande eller att inte känna någonting alls. Vidare uttrycker några av informanterna ett minskat intresse för sociala och intima relationer under den medicinska behandlingen, vilket även beskrivits tidigare (Opbroek et al., 2002; Price et al., 2009; Sykes, 2011). Minskad ångest och oro upplevdes av många, främst som något positivt. En saknad av vissa negativa känslor och känslouttryck, som att vara ledsen och kunna gråta åt något sorgligt, beskrivs å andra sidan av ett par informanter, i likhet med Price et al. (2009) och Opbroek et al. (2002).

Flera av informanterna pekar på kopplingen mellan medicinens dämpande och normaliserande verkan, vilket även Svenaeus (2008) lyft fram. I samband med beskrivningen av den känslomässiga förändringen, eller i andra sammanhang, framkommer att de intervjuade ser sig själva som personer som känner mycket och har nära till både positiva och negativa känslor. Denna självframställning är så gott som genomgående i informanternas berättelser, och påminner om det Svenaeus iakttog hos dem han intervjuade (Svenaeus, 2008). Den kännande sidan var något som flera sa sig sakna under tiden med medicin, och för några var detta en anledning att sluta medicinera.

Trots att den stora framgången för SSRI-preparat delvis förklarats med att det är ett smart preparat som fokuserar på endast en neurotransmittor och har få biverkningar jämfört med tidigare

antidepressiva läkemedel (Rose, 2006), tycks SSRI och SNRI kunna leda till oönskade och i vissa fall svåra konsekvenser för känslolivet. Samtidigt blir det när det gäller känslor och stämningsslagen mycket svårare att göra uppdelningen mellan medicinens önskade effekt och biverkningar, en uppdelning som generellt kan tyckas något godtycklig och missvisande. Samtliga effekter är trots allt en del av hur medicinen verkar. Just när det handlar om en känslomässig avtrubning kan denna glidning bli särskilt intressant. Det är mycket möjligt att medicinen verkar just *genom* att avtrubba känslorna, och att detta är en del av den önskade effekten.

Flera av informanterna beskriver hur den initialt upplevda effekten av medicinen var en av stor lättnad, då den nedstämdhet och ångest som föregått medicineringen lindrades. Då känslolivet domineras av negativa affekter är det förståeligt att en medicin som dämpar detta välkomnas. Upplevelsen av de negativa sidorna med avtrubningen tas också upp som en senare och sekundär upplevelse, efter den initiala lättnaden. Flera menar att avtrubningen blev en anledning att sluta medicinera. De upplevelser av känslomässig förändring som beskrivs påminner mycket om det som tidigare studier visat, där en ambivalens inför avtrubningen varit vanlig (Knudsen et al., 2002; Sykes, 2011; Teal, 2009).

Det som informanterna pekar på som en primär positiv följd av medicinen är möjligheten att fungera och att bli mer aktiv igen, och detta kan kopplas samman med upplevelsen av känslornas avtagande intensitet. I flera av beskrivningarna anas en föregående upplevelse av att ha varit överväldigad eller närmast förlamad av ångest eller andra negativa affekter, som gjort det praktiskt taget omöjligt att fungera i vardagliga situationer. Flera beskriver att medicinen gjorde det enklare att ta sig upp ur sängen på morgonen och fungera normalt igen; vilket även var det primära för informanterna i Knudsens et al. (2002) och Fullagars (2009) studier. Att känslorna dämpas tycks alltså vara en förutsättning för att kunna fungera normalt, och flera av informanterna pekar direkt på detta som ett sätt att anpassa sig till vissa yttre krav. Flera uttrycker sitt obehag inför denna effekt av medicinen i termer av att känna sig omänsklig eller robot-lik. Om depressionen ses som en aktivitetspatologi, och SSRI och SNRI dämpar de känslor som på ett eller annat sätt passiviserat individer, kan både funktionen och populariteten av dessa medel i ett produktionsivrande samhälle förstås. Den deprimerade personen är onyttig ur marknads- och samhällssynpunkt, och en aktiv robot är ur ett krasst ekonomiskt perspektiv, både mer effektiv och välanpassad. Binkley (2011) tar upp kritik som riktats mot hur ett kapitalistiskt och byråkratiskt samhälles fokus på lyckliga medborgare skapar narcissism och en "cheerful robot" (Mills, 1959, refererad i Binkley, 2011) och Petersen (2009) använder sig av en maskinmetafor då han liknar depressionsbehandling vid en reparation av den mentala motorn. I regeringstermer är glada robotar troligen både mer välfungerande och nyttiga samhällsmedborgare, som följer de linjer för arbete och aktivitet som de

politiska ledarna med tydlig hand ritat upp. Utan besvärande känslor eller passiviserande nedstämdhet är de lättare att styra, och fungerar genom internaliserade kontrollmekanismer och kravet på frihet och aktiv självkonstruktion i linje med statens bästa.

Kritik mot medikalisering av nedstämdhet och medicinering av psykiskt lidande tas explicit upp av några av informanterna, som pekar på ångest som en del av ett mänskligt villkor, och lyfter fram dessa känslors kreativa potential. Samtidigt talar de om svårigheten att som individ förhålla sig till ångest på detta sätt, och pekar på behovet av att kunna hitta en balans mellan att påverkas och inte överväldigas av känslor.

Trots att så gott som samtliga informanter i studien uttrycker att de upplevt en initialt positiv effekt av medicinen, menar det övervägande antalet att denna effekt avtog eller att den negativa tog över, eller att lösningen som medicinen kan erbjuda av annan anledning endast var tillfällig. De flesta föredrar ett annat sätt att hantera negativa känslor och upplevelser framöver, och här pratar många om att ”arbeta med sig själv”, antingen genom psykoterapi eller på egen hand.

### **Unga vuxnas utsatthet**

De intervjuade i denna studie är alla mellan 20 och 30 år. Många var deprimerade och kom i kontakt med vården redan som tonåringar, medan andra började må dåligt och sökte hjälp först som unga vuxna. De problem som många upplevt, och hur de förstår sina erfarenheter, kan ändå i viss mån kopplas till denna specifika tid i livet. Flera beskriver processen att ta sig ur depressionen som en mognadsfas, där ökat ansvar och kontroll ersatt en tidigare ungdomlig spontanitet och obryddhet. Några talar om en ökad insikt i livets mörka sidor och att de tidigare var naiva eller klarade allt bra. Genomgående är en förståelse av depressionen som något som givit ökad självinsikt och förståelse för andra, vilket flera beskriver i termer av att utvecklas och lära känna sig själv och sina gränser bättre. Samtidigt menar vissa att de saknar den ungdomliga spontaniteten, och anpassningen till vuxenlivets krav och villkor kunde beskrivas i termer av att utveckla ett kontrollerande överjag, eller lägga band på sina känslor. Utifrån Butlers (1997) analys av hur makt och normer internaliseras av subjekt, där en identitet uppnås på bekostnad av att underkasta sig vissa yttre krav, kan detta psykets mognadsprocess förstås. I likhet med hur överjagsutvecklingen beskrivs i en psykoanalytisk idétradition, både vinner och förlorar individen något i detta socialiseringsarbete.

Flera av informanterna menar att de tidigare varit självdestruktiva eller att de inte tagit ansvar för sin hälsa. Just genom de psykiska mekanismer som Butler (1997) beskriver, där självförebåelse har en central roll, och genom kraven på individens frihet, aktivitet och självkontroll (Petersen, 2009; Rose, 2006) blir de sätt som vuxenblivandet här tar sig uttryck begripliga.

Värt att nämna är även att den stigmatisering av att medicinera för psykiska besvär som tidigare studiers informanter nämnt som orsak till motstånd mot medicin (Knudsen et al., 2002; Sykes, 2011) inte finns i detta material. En tänkbar orsak skulle kunna vara en ökad acceptans och minskat stigma bland yngre personer i förhållande till medicinering för psykiskt lidande. Möjligtvis hänger detta även samman med att en ökande somatisering av psykiskt lidande tycks leda till mindre skuld och ansvar för den enskilda individen, vilket berörts tidigare i diskussionen.

### **Att handla utifrån de givna förutsättningarna**

Det som kan gå förlorat i en analys som med hjälp av poststrukturalistiska teorier *endast* fokuserar på hur informanternas uttalanden kan ses som uttryck för en biomedicinsk självframställning, eller på hur språket har korrumpierats av en nyliberal lyckodiskurs, är hur försöken att leva ett liv inom de givna ramarna faktiskt tar sig ut hos de personer som intervjuats, och hur de själva är aktörer i sina liv. Den levda erfarenheten är alltid situerad i ett visst socialt sammanhang, men det förkroppsligade och emotionellt drivna självet äger trots detta viss agens genom hur det samspelar i och medskapar sociala relationer (Butler, 1997).

Informanterna i denna studie uttrycker i hög utsträckning en syn på att strukturella och samhälleliga villkor spelat in, både i de bakomliggande orsakerna till depressionen och i processen som lett fram till att de fick medicin för sina symptom. En skepsis till den snabba förskrivningen inom vården finns, och en önskan om psykoterapi istället för medicin, för att på så vis komma åt det som upplevs som det verkliga problemet. Samtidigt uttrycks en förståelse för vårdens förutsättningar och för den hjälp som är möjlig att få.

Trots att den medicinska behandlingen upplevdes ha haft effekt för så gott som samtliga informanter, valde ändå de flesta att sluta medicinera och att söka andra vägar för att må bättre. De strategier för att må bättre som informanterna lyfter upp utgår ofta från individen och olika sätt att bemästra och kontrollera problematiska känslor eller tankar. Många talar om vikten av att känna och arbeta med sig själv. Som tidigare berörts i diskussionen är det tydligt att den samhällskritik och strukturella förståelse av problem som finns hos flera av informanterna inte uttrycks när det handlar om hur problemen kan åtgärdas, förutom då en informant uttrycker önskan om feministiskt inriktad terapi. Att psykisk ohälsa individualiseras och löses på den nivån går i linje med den syn på individens förändringspotential som förs fram i självhjälpslitteratur och i andra uttryck för en lyckodiskurs. Samtidigt är den lidande individens möjligheter att på kort sikt påverka sin omgivning små, och att ”ta ansvar för de känslor samhället skapar” kan ses som en krass men pragmatisk inställning för den enskilda personen.

Att sänka kraven på sig själv och inse behovet av att sätta gränser, både inför sig själv och

andra, som vissa av informanterna uttrycker, kan förstås som en följdriktig och konstruktiv väg i ett samhälle där kraven ökar och konkurrensen hårdnar. Att vända sig inåt, jobba med sig själv, gå i terapi, meditera eller ägna sig åt yoga är alla uttryck för att lösningen finns i det inre och genom att kontrollera självet och kroppen. Samtidigt är det en lösning som delvis avfärdar konsumism, ytlighet och ökad produktivitet och aktivitet, och som möjligen kan fungera som ett alternativ till självdestruktiva handlingar som svält och självskada. Några informanter kopplar kreativitet på ett eller annat sätt till depressiva eller ångestfyllda tillstånd, och ser exempelvis skrivande som en meningsfull sysselsättning i relation till detta. Även det kan vara ett individuellt sätt att hitta en väg framåt, vid sidan av och med möjlighet till kritik mot, de påbudna sätten att förhålla sig till negativa känslor.

### **Mot en relationell förståelse av depression?**

Den del av det mänskliga livet som rör våra nära relationer och det som utspelar sig i samspel med viktiga andra, är något som studiens huvudsakliga teorier inte berör. Medan Rose (2006) inte alls behandlar interpersonella relationer, beskriver Binkley (2011) relationen till den egna personen som viktigare än de till andra människor, då de senare hotar att inskränka individens frihet. Det informanterna berättar om sina mellanmänskliga relationer till närstående och andra, ger inte stöd för den av Binkley beskrivna lyckodiskursens strängt individualistiska hållning. Tvärtom betonar många att deras relationer och förmåga till empati stärkts efter perioden av nedstämdhet, både i förhållande till dem själva och till andra. Att sätta sig in i andras synsätt och att börja bry sig om andra igen är något som återkommer i beskrivningarna av att ta sig ur depressionen. De allra flesta talar även om en ökad självinsikt som ett resultat av att ha varit deprimerad. Två av informanterna menar att de blivit mer uppmärksamma på sig själva och sina känslor, från att ha fokuserat mycket på vad andra velat och förväntat av dem. Detta skulle kunna ses som stöd åt Binkleys (2011) tes, men rör sig mer sannolikt i dessa fall om ett nödvändigt omförhandlande av gränser i förhållande till egna och andras krav, som skulle kunna förklaras av en ökad förmåga att mentalisera med sig själv och andra efter depressionen (Luyten et al., 2012). Psykologiska teorier om mentalisering och andra intersubjektiva aspekter har dock inte varit teoretiskt fokus för denna studie, men kan lyftas in för att visa vad de använda teorierna inte lyckas förklara, samt peka ut ett möjligt fokus för framtida forskning.

Interpersonella aspekter finns inte heller hos Petersen (2009), som i huvudsak fokuserar på sambandet mellan individ och samhälle. Utifrån tidigare beskrivna teorier blir det svårt att förstå den stora plats som nära relationer får i resultatet, där det kommer upp både i samband med beskrivningen av att vara deprimerad, i den upplevda effekten av medicinen och i

meningsskapandet kring depressionen. Utifrån en relationell eller intersubjektiv syn kan detta förstås som en grundläggande aspekt av varje mänsklig erfarenhet. Att känna sig delaktig, bekräftad och i nära kontakt med andra ses som ett viktigt behov, där det som brist kan spela in i upplevelsen av att vara deprimerad, eller bli en meningsfull följd av att inte längre vara det. Flera av informanterna beskriver en oförmåga eller ovilja till engagemang i sociala situationer och/eller nära relationer som deprimerande, medan vissa talar om en sådan upplevelse som en effekt av medicinen. Gemensamt för de flesta är ändå att nära relationer upplevs som viktigare efter depressionen. Utifrån Luytens et al. (2012) resonemang, där depression kopplas till en svårighet att mentalisera med sig själv och med andra, kan upplevelsen av den ökande förmågan till nära relationer och till självinsikt, förstås.

Några av informanterna tar också upp interpersonella aspekter som bidragande orsaker till att de blivit deprimerade, men i orsaksförklaringarna nedtonas det interpersonella och får inte den tyngd som det fick i meningsskapandet kring och processen av att komma ur depressionen. Separationer från partner eller förälder finns med i många av beskrivningarna av vad som föregår depressionen, liksom andra svåra interpersonella upplevelser som sexuella övergrepp, psykisk sjukdom hos förälder, eller mobbning. Ett par av informanterna uttrycker en stark känslighet för att bli avvisade, men utmärkande var ändå att sambandet med depressionen inte betonas. Istället menar en av informanterna att hon inte tror eller ville tro att det spelar så stor roll, och andra uttrycker att det var länge sedan och att det inte längre borde påverka. En orsak till detta skulle kunna vara att en psykodynamisk eller relationell förklaringsmodell till depression inte finns närvarande eller numera har så stor tyngd, utan att andra förståelser som den neurokemiska och KBT-inriktade, och därmed främst en individcentrerad syn, har fått företräde. Informanterna tillskriver inte relationer så stor betydelse när det handlar om något som upplevs negativt; att vara beroende, sårbar och att må dåligt. Positiva aspekter av det interpersonella, som att förstå och relatera till andra, lyfts å andra sidan upp som något meningsfullt. Tendensen att ensidigt lyfta upp positiva aspekter, och nedtona de negativa, påminner om en positiv diskurs där varje svårighet kan omtolkas till en tillgång, och där mänskliga aspekter som beroende och svaghet nedtonas till förmån för självständighet och valfrihet. Samtidigt lyfts meningsfulla och ömsesidiga relationer upp som viktiga av flera, vilket visar att detta är en central del av vad de upplever som ett meningsfullt liv, där individualism och självförverkligande inte kan sägas vara mest centralt.

Luyten et al. (2012) spekulerar kring om psykoterapi leder till ökad metakognitiv förmåga, och att det skulle förklara varför psykoterapi leder till färre återfall i depression jämfört med medicin. Metakognitiv förmåga, eller mentalisering, ger utifrån ett sådant resonemang större möjlighet att hantera livets motgångar. Detta går i linje med vad informanterna själva för fram som

en lösning på problemen, där självarbete och därmed insikt i sig själv och i andra ses som centralt. Informanternas önskan om att bättre kunna hantera starka känslor istället för att på medicinsk väg trubba av känslolivet kan ses som ett uttryck för detta. Nästan samtliga informanter menar att psykoterapi är det främsta sättet att hantera dåligt mående, och föredrar detta framför medicinering. Psykoterapi är, oavsett inriktning, i första hand en interpersonell metod, då det involverar det aktiva arbetet hos både klient och psykoterapeut. Vikten av att ha tillgång till sina känslor, att få vara en kännande person och att acceptera sig själv är återkommande i berättelserna. Allt detta är av central betydelse i de flesta psykoterapeutiska sammanhang, och betonas särskilt ur ett mentaliseringsperspektiv (Luyten et al., 2012). En ingående diskussion kring eventuella samband mellan mentalisering och depression ligger utanför denna studies omfång, men öppnar upp för intressanta frågeställningar att vidare studera.

Betoningen av psykoterapi kan tyckas utgöra en paradoxal kontrast till det neurokemiska eller somatiska själv, som sipprat in i många av informanternas beskrivningar. Samtidigt är inte dagens terapeutiska språk främmande för att integrera neurovetenskap och biokemiska förklaringsmodeller. Om det neurokemiska språket sipprat in hos informanterna, är det troligtvis som Rose (2006) påpekat, för att det fått stort genomslag i de flesta sammanhang som rör psyket, dess lidanden och hur detta behandlas.

### **Slutsats**

Utifrån de resultat som diskuterats ovan lyfts här studiens viktigaste slutsatser fram. Särskilt tre områden är i fokus, då de anses utmärkande och relevanta för att svara på frågeställningen. Dessa rör de orsaksförklaringar och diskurser kring depression som är genomgående i informanternas berättelser, upplevelsen av och synen på antidepressiv medicin, samt den relationella aspekten av depressionen och dess mening.

I berättelserna om att vara deprimerad och att ta antidepressiv medicin finns hos informanterna i denna studie en mängd olika aspekter och sätt att tala om sina specifika erfarenheter. En tendens att framställa sig själv i neurokemiska termer, i likhet med det Rose (2006) pekat på som en konsekvens av en ökande medikalisering av psykiskt lidande, finns i viss utsträckning. Den biologiska förklaringen fungerar främst som tröst och ansvarsbefrielse för informanterna, vilket går emot Roses (2006) resonemang om att biologin ses som föränderlig. Samtidigt existerar andra förståelser och diskurser parallellt, vilket tycks resultera i ett något fragmentariskt och av osäkerhet präglat sätt att tala om orsak till och behandling av depression, och om det egna jaget i förhållande till detta. En annan diskurs kring att vara deprimerad och att må bättre som tydligt kommer fram handlar om beteenden, kontroll och ansvar. Detta synsätt är troligtvis influerat av KBT, som flera av informanterna behandlats med, och i viss mån av det skifte

mot en lyckodiskurs som Binkley (2011) beskrivit, men som Rose (2006) inte alls berör. En psykodynamisk förståelse av depression tycks i och med att en neurokemisk och beteendeariktad syn fått fäste, till största delen vara frånvarande i informanternas språk och självförståelse, i linje med Roses (2006) och Binkleys (2011) resonemang. Att säga vad som påverkat att vissa diskurser fått genomslag är givetvis svårt, men några av informanterna lyfter själva fram KBT-terapi eller medicinering som något som bidragit till en förändrad bild av vad depression är.

När det gäller medicinens upplevda effekt är de tydligaste tendenserna att antidepressiv medicin tycks möjliggöra en återgång till ett normalt fungerande, vilket innebär aktivitet och socialt liv. Brist på aktivitet beskriver många som utmärkande för det depressiva tillståndet, vilket kan kopplas till Petersens (2009) teori om depression som en social aktivitetspatologi. Medicinen beskrivs ha initialt god effekt, men för flertalet ersattes denna av en känslomässig avtrubbning, som upplevs vara främst negativ. Några talar om antidepressiv medicin som ett sätt att anpassas till ett påfrestande och kravfyllt samhälle, i linje med Petersens (2009) analys av kravet på självförverkligande och hur Binkley (2011) menar att lyckodiskursen lägger ansvaret för att må bra på individen. Genomgående finns en ambivalent eller kritisk inställning till medicinering, trots att medicinen upplevdes ha haft effekt. Kritiken riktar sig antingen mot biverkningarna, medicinens funktion i samhället eller att det inte upplevs som en långsiktig lösning. Hos flertalet finns en önskan om psykoterapi som primär behandlingsform.

En relationell förståelse av depressionens orsaker tycks inte finnas i någon stor utsträckning i informanternas berättelser, men utmärkande är att bättre relationer, empati och ökad insikt i sig själv och i andra lyfts fram av de flesta som en av depressionens konsekvenser. Dessa aspekter knyts till den mening och det värde de själva ser i vad de gått igenom, och kopplas ofta till att börja må bättre. Då ingen av de teoretiker som varit huvudsaklig utgångspunkt för denna uppsats fokuserar på relationella aspekter, kan intersubjektiva, relationella och mentaliseringsbaserade teorier lyftas in för att peka på denna sida av materialet. Utifrån en sådan teoretisk ram kan betydelsen av nära relationer göras begriplig. Att informanterna upplever nära relationer som viktigare efter depressionen, och att deras insikt i sig själva och andra förbättras, kan eventuellt förstås som en ökad mentaliseringsförmåga (Luyten et al., 2012). Att en interpersonell behandlingsform som psykoterapi, eller det aktiva arbetet med sig själv, föredras framför medicinering, kan också förstås utifrån denna synvinkel, där relationer och metakognitiva aspekter är centrala. En ingående analys utifrån dessa teoribildningar ligger dock utanför studiens omfattning, men pekar ut intressanta områden för vidare forskning.



## Metoddiskussion

I det följande redogörs för studiens kvaliteter och begränsningar och forskningsprocessen diskuteras utifrån metodologiska överväganden. Slutligen görs en genomgående kvalitetsutvärdering kring studien i sin helhet utifrån de kriterier Morrow (2005) formulerat.

### Material

Utformandet av intervjuguiden föregicks av inläsning på ämnen som berörde jagets förändring i relation till en biokemisk förklaringsmodell av depression. Man kan argumentera för att det skulle vara lämpligare att ta sig an undersökningen utan en föregående inläsning på ämnet, för att på så sätt göra förfarandet mer förutsättningslöst och brett, men vi menar i likhet med Morrow (2005) att det alltid finns föreställningar kring ett fenomen och att det därför är av vikt att bredda sin förståelse genom olika perspektiv som litteraturen kan ge. Braun och Clarke (2006) påpekar också att en forskare aldrig kan befria sig från sina teoretiska och epistemologiska antaganden. Som masterstudenter på psykologprogrammet anser vi det omöjligt att gå in i ett ämne som depression och antidepressiva läkemedel utan redan etablerad kunskap på området.

### Intervjuer

Vi valde att inte utföra provintervjuer, utan låta intervjuguiden utvecklas under intervjuförfarandets gång. Detta hade troligen både för- och nackdelar. Då vi var två personer som utförde intervjuer på olika platser (en i Stockholm och en i Lund/Malmö) kom intervjuförfarandet oundvikligen att skilja sig en del åt. Trots att tid lades på att prata om varje intervju efteråt och att diskutera hur frågorna fungerade, uppenbarade sig ändå vissa skillnader i hur frågor ställts vid genomlysning av intervjuerna. Hade ett par provintervjuer genomförts är det möjligt att dessa skillnader uppenbarats tidigare, så att de hade kunnat justeras.

Några frågor fungerade inte riktigt så som önskat, och det är möjligt att även detta hade kunnat åtgärdas om provintervjuer genomförts. Det var främst en fråga: "Finns det någon mening i det tillstånd du har medicinerat mot?" som inte föll ut riktigt som vi tänkt oss. Tanken med att använda ordet "mening" var att inte värdera det åt något håll, men denna fråga tolkades ändå av informanterna i positiv riktning. Denna tolkning kan vara intressant utifrån diskursiva förändringar kopplade till sådana ord, men möjligen var frågan för abstrakt för att ställa på detta sätt. Trots att vi försökte kunde vi inte hitta andra värdeneutrala ord som skulle bli lättbegripliga för informanterna. Alternativet hade varit att stryka frågan, eller ställa andra mer konkreta frågor som kunde ge svar på det vi önskade undersöka.

## **Informanter**

Ur metodologisk synvinkel såg vi ett värde i att intervjua personer som var relativt lika oss själva, både vad gäller ålder och andra parametrar som vi genom vår urvalsmetod trodde skulle komma att bli relativt homogena. Även om det skulle vara av intresse att studera andra grupper, vars röst mer sällan kommer till tals, eller en grupp som mer tydligt avviker från oss själva, innebär detta svårigheter och förberedelser som gjorde ett sådant val svår genomförbart (Morrow, 2005).

Trots att inga kriterier, utöver ålder och SSRI-bruk, på förhand sattes upp, förutom ett önskemål om viss könsmässig balans, anser vi att spridningen i gruppen kan betraktas som god utifrån våra ambitioner. Vi hade på förhand en tanke om att en viss homogenitet i gruppen, exempelvis i fråga om klassbakgrund och etnicitet, troligen skulle bli konsekvensen av vårt rekryteringssätt. Trots att denna förväntning delvis infriades innehöll informanternas berättelser en stor bredd avseende erfarenheter och upplevelser.

Ett möjligt exklusionskriterium skulle kunna ha varit att informanterna inte längre medicinerade med SSRI eller SNRI vid intervjutillfället. Ett brett tidsspänn för medicinering (någon gång under de senaste fem åren) gjorde att det i gruppen fanns informanter som ibland hade svårigheter att minnas sina upplevelser av depression och att medicinera. Samtidigt kunde det för andra vara svårt att uttala sig i och med att medicinering nyligen påbörjats. Det fanns också en variation i hur länge informanterna medicinerat, om de fortfarande gjorde det, och om de hade haft upplevelser av att sluta medicinera eller ej. Med tydligare exklusionskriterier kring dessa aspekter hade gruppen kunnat bli mer homogen, samtidigt som viktiga erfarenheter kanske skulle gått förlorade. Bredden i erfarenheterna var här ändå att föredra. Exkluderingskriterier hade även kunnat röra andra typer av läkemedel än SSRI och SNRI, och möjligtvis andra diagnoser än depression, då det även här visade sig finnas en bredd i informanternas erfarenheter. Bedömningen var ändå att de olikheter som fanns bland informanterna utgjorde en styrka för studien.

Informanterna som deltog i studien hade samtliga upplevt att medicineringen haft effekt. Effekt ska i detta sammanhang inte förstås som en statistisk säkerställd effekt utan syftar till informanternas upplevelser och känsla av att medicineringen haft en effekt. Det kan alltså lika gärna röra sig om en placeboeffekt som en reell effekt som kan tillskrivas och isoleras till medicineringen, vilket många av informanterna också reflekterade över. Det är möjligt att personer som inte upplevt effekt av medicinen inte såg någon anledning att delta i studien och därför föll bort i rekryteringsprocessen. En tänkbar anledning skulle kunna vara en upplevelse av att inte ha något att berätta kring sin medicinering, då effekt uteblivit. Denna typ av erfarenhet är alltså något som inte kom fram bland våra informanter, vilket kan ses som en brist på bredd i erfarenheter i materialet. Som Polkinghorne (2005) påpekar, väljs informanter i en kvalitativ studie ut för att ge rika

beskrivningar av det fenomen som önskas undersökas, och inte enligt statistiska urvalskriterier baserade på representativitet. Polkinghorne (2005) menar vidare att urvalet i kvalitativa studier bör utgöras av individer som har haft eller har en viss relevant erfarenhet, eftersom dessa kan ge de mest adekvata beskrivningarna av fenomenet. Trots att ingen av informanterna beskriver en utebliven effekt, är bedömningen att en spridning av erfarenheter lämplig för en kvalitativ studie har uppnåtts.

### **Intervjuplats**

Intervjuerna ägde rum i informanternas privata hem, i samtalsrum vid Institutionen för psykologi, samt i offentliga bibliotek. Det är inte otänkbart att intervjuerna som utfördes i privata hem fick en annan, eventuellt mer personlig, karaktär i och med att maktassymetrin mellan intervjuledare och informant i dessa fall delvis balanserades. Att låta informanterna själva ta ställning till var intervjuerna skulle äga rum och därmed balansera maktassymetrin och stärka känslan av delaktighet ansågs dock viktigt. Att informanterna var bekväma med platsen ansågs viktigast.

### **Tematisk analys**

Tematisk analys ansågs passa väl för vårt syfte, då metoden är epistemologiskt flexibel och lämplig för forskare med begränsad erfarenhet av kvalitativ forskning. Processen för tematisk analys med kodning och val av teman följdes enligt Braun och Clarkes (2006) rekommendationer. När det gäller metodologisk stringens lutade vi oss på de 15 kvalitetskriterier för tematisk analys som ställs upp av Braun och Clarke (2006). Dessa följdes med det undantag att endast två av de elva intervjuerna transkriberades, ett beslut som redogörs för nedan. När det gäller det analytiska arbetet kan det ha funnits en risk att de teman som valdes ut speglades av vår förförståelse av ämnet, intervjuguidens utformning, samt det faktum att två av intervjuerna valdes ut och kodades först. Braun och Clarke (2006) påpekar dock att valet av teman alltid är en aktiv konstruktion av forskarna och inte bara framträder ur materialet. Som Langemar (2008) påpekar kan också denna kombination av induktiva och deduktiva teman stärka validiteten, i och med att möjligheten att se nya möjliga teman i empirin ökar om man inte använder en ensidigt deduktiv tematisk analys. En ensidigt induktiv analys riskerar å andra sidan att dölja vilka områden i materialet som är nya och vilka som enbart bekräftar tidigare forskning.

Tematisk analys är inte en optimal analysmetod när man vill beskriva kontinuitet eller motsägelser i en enskild informants berättelse (Braun & Clarke 2006). Med tanke på vår frågeställning och den komplexitet och ambivalens som informanternas berättelser innehöll kan man tänka sig att en narrativ eller mer biografisk metod lämpat sig lika bra, eller bättre, för vissa

delar av analysen. I förstnämnda finns också möjlighet att mer explicit gå in i de små nyanserna i språket, vilket också hade varit bra vid en frågeställning som handlar om hur man beskriver och skapar mening kring ett fenomen. Här finns dock risken att fokus hamnar för mycket på den specifika, subjektiva upplevelsen på bekostnad av en mer analytisk, diskursiv beskrivning (Crossley, 2000). Tematisk analys ansågs därför lämpa sig bättre för att svara på forskningsfrågan.

### **Etiska överväganden**

Vi hade inga inklusions- eller exklusionskriterier för att på etiska grunder utesluta personer från vår studie, och detta skulle kunna ses som problematiskt. En möjlighet hade varit att bara intervjua personer som inte längre var deprimerade utan upplevde sig som återhämtade, för att inte riskera att intervjua någon som mår väldigt dålig. Vi hade gjort oss tankar omkring denna risk och förberett oss på att lotsa vidare informanter till adekvat vård om något sådant behov ansågs föreligga. I informationslappen och det informerande samtycket poängterades uttryckligen att de utan motivering kunde välja att inte svara på frågor, eller dra tillbaka sin medverkan. Intervjuerna avslutas även med en fråga om informanterna hade några tillägg eller funderingar kring intervjun eller det som kommit upp. Således gavs informanterna utrymme för att dra tillbaka ett uttalande eller nyansera något som sagts. Vi anser att informanterna hade tillräcklig information, att våra frågor rörde det ämne vi informerat om skulle beröras, samt att det faktum att de kontaktade oss och frivilligt ville medverka, är tillräckliga garantier för att förfarandet ska anses etiskt acceptabelt. Anonymitet och konfidentialitet beaktades dessutom utifrån Vetenskapsrådets (n.d.) rekommendationer.

### **Styrkor och begränsningar i föreliggande studie**

Kriterier för att kunna utvärdera kvalitativ forskning har utarbetats och definierats på olika sätt av bland andra Elliott, Fischer och Rennie (1999), Larsson (2005), och Morrow (2005) även om många av kriterierna överlappar varandra. Vi har valt att utvärdera vår studie framför allt enligt Morrrows (2005) kriterier, som vi anser tillräckligt breda och dessutom överskådliga och lättillgängliga nog för att en läsare ska kunna få hjälp i att kunna värdera kvaliteten i föreliggande studie. Enligt Morrow kan kvalitativ forskning inom en konstruktivistisk och postmodern idétradition utvärderas enligt kriterierna trovärdighet (credibility), överförbarhet (transferability), pålitlighet (dependability) samt konfirmerbarhet (confirmability). Inom ett positivistiskt forskningsparadigm motsvarar dessa kriterier intern validitet, extern validitet eller generaliserbarhet, reliabilitet samt objektivitet, även om synen och anspråket på kunskap här ser annorlunda ut.

**Trovärdighet.** Trovärdighet i kvalitativ forskning säkras genom att forskningsprocessen genomförs rigoröst och kommuniceras till andra på ett begripligt sätt. Här är det viktigt att analysen av informanternas upplevelse av det undersökta fenomenet inte stannar vid ett individuellt plan utan också kontextualiseras i de sammanhang upplevelserna äger rum, något som Elliott et al. (1999) beskriver som att "situera exemplen". Överskridande av forskningsparadigm är också något som kan öka trovärdigheten. Av vikt är också att data och den efterföljande analysen hänger samman på ett meningsfullt sätt, samt att detaljerade, mättade beskrivningar av det undersökta fenomenet tillhandahålls (Morrow, 2005). Föreliggande studie har haft som ambition att inte bara beskriva individuella upplevelser utan också sätta dem i ett kulturellt, samhälleligt och relationellt sammanhang. Med hjälp av teori och tidigare forskning från olika forskningstraditioner har resultaten analyserats, vilket också talar för en hög trovärdighet. Att öka trovärdigheten kan även innebära att involvera informanterna i kontroll och validering av materialet, eller att låta andra forskare ta del av och bedöma forskningen under förfarandet (Morrow, 2005). Uppsatsen granskades under återkommande tillfällen från arbetsprocessens början till dess slut av två handledare, varpå feedback gavs och justeringar utifrån dessa förslag gjordes. Handledarna kom dessutom från två olika discipliner och forskningsparadigm, psykologi och sociologi/genusvetenskap, vilket kan tänkas ha stärkt denna aspekt av uppsatsens kvalitet.

**Överförbarhet.** Generaliserbarhet i dess konventionella mening uppnås inte med kvalitativ metod, och resultaten i denna studie gör heller inga anspråk på att vara giltiga för andra än den i föreliggande studien undersökta gruppen. Däremot kan forskare genom att tillräckligt utförligt redogöra för sina egna ståndpunkter, för kontexten, för processen och för relationen mellan forskare och informanter, göra det möjligt för läsaren att bilda sig en uppfattning kring huruvida resultaten kan få implikationer även för andra grupper än den undersökta (Morrow, 2005). I detta sammanhang tar Larsson (2005) upp heuristiskt värde som ett sätt att värdera forskningens användbarhet utanför sin specifika kontext. Studien innehåller en noggrann beskrivning av forskningsprocessen och tillvägagångssättet både när det gäller vetenskaplig utgångspunkt, urval och rekrytering, intervjuguide, intervjuförfarande samt analysmetod, och kan därför sägas uppfylla även detta kriterium.

**Pålitlighet.** En studie där forskningsprocessen beskrivs tydligt i kronologisk ordning, samtidigt som faktorer som kan tänkas ha påverkat exempelvis tematisering eller analys redogörs för i en sammanhängande verifieringskedja, kan anses ha hög pålitlighet och därigenom underlätta möjligheterna att replikera studien (Morrow, 2005). Detta krav på inre konsistens och sammanhang ställs även av Larsson (2005) och Elliott et al. (1999). I studien redogörs för i vilken ordning arbetsmomenten med uppsatsen utförts, samtidigt som såväl yttre som inre påverkansfaktorer hos

både forskare och informanter beskrivs.

**Konfirmerbarhet.** Här eftersträvas att resultaten i så stor utsträckning som det är möjligt speglar det som utforskas, snarare än forskarnas egna teorier eller trossatser. Även om kriteriet utgår från ett antagande om att forskning aldrig är objektiv måste läsaren få en god möjlighet att avgöra resultatens giltighet genom att forskarna på ett trovärdigt sätt bundit samman data med analys och resultat. Här är det åter av vikt att forskarna redogjort för vilka de själva är, samt att en verifieringskedja beskrivits (Morrow, 2005). I Elliotts et al. (1999) kriterier motsvaras detta delvis av att som forskare äga sitt perspektiv, medan Larsson (2005) talar om perspektivmedvetenhet. Vi anser att åtgärder vidtagits för att det insamlade materialet väl ska hänga samman med resultatet och den efterföljande analysen, samt att stegen för förfarandet väl dokumenterats och redovisats, liksom att information kring vår egen vetenskapsteoretiska kontext föreligger. Sammantaget kan föreliggande studie sägas uppfylla de kriterier som av Morrow (2005) ställs på kvalitativ forskning inom psykologi.

### **Förslag till vidare forskning**

De resultat som diskuterats ovan, men som delvis ligger utanför denna studies syfte och fokus, rör de relationella aspekterna av depression, vilka skulle kunna utgöra grund för vidare forskning. Studier med ett tydligt fokus på mentalisering eller metakognitiv förmåga och dess förhållande till depression skulle kunna ge viktig kunskap om hur depression påverkar människors upplevelser av sig själva i relation till andra och skulle kunna få implikationer för diagnostik och behandling. Här skulle även närstående till deprimerade som är eller har varit i antidepressiv läkemedelsbehandling kunna användas som informanter, för att förstå depressionens och läkemedlets interpersonella påverkan även för omvärlden.

Genom att använda exempelvis narrativ eller fenomenologisk metod i framtida forskning skulle motsägelserna och ambivalensen som framkommit i studien närmare kunna studeras och förstås. Ett tydligt resultat i studien är att informanterna ser självarbetet som det centrala för att både förstå och hantera sitt känsloliv och för att öka självinsikten. Vidare forskning skulle kunna rikta fokus mot att undersöka vad detta självarbete kan innebära mer konkret och vilken relation det har till läkemedlet och dess effekter på känslolivet, exempelvis den beskrivna emotionella avtrubningen. Det knyter generellt an till vidare forskning kring det diskursiva skifte mot KBT och lycka som anas i materialet, där även förståelser av psykisk hälsa bland icke-deprimerade skulle kunna vara av intresse att studera.

## Referenser

- American Psychiatric Association. (2002). *Mini-D IV, Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR* (J. Herlofson & M. Landqvist, Övers.). Danderyd: Pilgrim Press (Originalarbete publicerat 2000).
- Apotekets Service AB. (2013). Statistiksystemet Concise. (E-postkontakt med läkemedelsstatistikanalytiker Tobias Renberg, 14 mars 2013).
- Astbury, J. & Cabral, M. (2000). *Women's mental health – An evidence based review*. Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva: World Health Organization. Hämtat 18 mars 2013 från:  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/who\\_msd\\_mdp\\_00.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/who_msd_mdp_00.1.pdf)
- Badger, F., & Nolan, P. (2007). Use of self-chosen therapies by depressed people in primary care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7), 1343–1352. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01769.x
- Baillie, D., McCabe, R., & Priebe, S. (2009). Aetiology of depression and schizophrenia: current views of British psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*, 33, 374-377.  
doi: 10.1192/pb.bp.108.021899
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (Eds.). (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969-077.  
doi:10.1176/appi.ajp.2008.08050721
- Beck-Friis, J. (2005). *När Orfeus vände sig om - En bok om depression som förlorad självaktning*. Falkenberg: Natur och Kultur.
- Benjamin, J. (1988). *The bonds of love - Psychoanalysis, feminism, and the problem of domination*. New York: Pantheon Books.
- Binkley, S. (2011). Happiness, Positive Psychology and the Program of Neoliberal Governmentality. *Subjectivity*, 4(3), 371-394. doi: 10.1057/sub.2011.16

- Brante, T. (2006). Den nya psykiatrin – exemplet ADHD. I G. Hallerstedt (Red.). *Diagnosens makt – om kunskap, pengar och lidande* (pp.73-111). Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478000706qp063oa
- Butler, J. (1997). *The psychic life of power*. Stanford: Stanford University Press.
- Carlberg, I. (2008). *Pillret. En berättelse om depressioner och doktorer, forskare och Freud, människor och marknader*. Stockholm: Norstedts.
- Centrum för genusvetenskap. (n.d.). *Efter succén med den nya generationens antidepressiva läkemedel*. Hämtat 18 januari 2013 från <http://www.genus.lu.se/o.o.i.s/21781>
- Cornford, C. S., Hill, A., & Reilly, J. (2007). How patients with depressive symptoms view their condition: a qualitative study. *Family Practice* 24(4), 358–364.  
doi:10.1093/fampra/cmm032
- Crossley, M. L. (2000). *Introducing narrative psychology – self, trauma and the construction of meaning*. Buckingham: Open University Press.
- Danielsson, U., & Johansson, E. E. (2005). Beyond weeping and crying: a gender analysis of expressions of depression. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23(3), 171-177. doi: 10.1080/02813430510031315
- Danielsson, U. E., Bengs, C., Samuelsson, E., & Johansson, E. E. (2011). My greatest dream is to be normal. The impact of gender on the depression narratives of young Swedish men and women. *Qualitative Health Research*, 21(5), 612-24. doi:10.1177/1049732310391272
- Ehrenreich, B. (2010). *Gilla läget - Hur allt gick åt helvete med positivt tänkande*. Stockholm: Leopard Förlag.
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215-229. doi:10.1348/014466599162782



- Emslie, C., Ridge, D., Ziebland, S., & Hunt, K. (2006). Men's accounts of depression: reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Social Science & Medicine*, 62(9), 2246-57. doi:10.1016/j.socscimed.2005.10.017
- Foucault, M. (2010). *Säkerhet, territorium, befolkning*. Stockholm: Tankekraft.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173–206. doi:10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x
- Fullagar, S. (2009). Negotiating the neurochemical self: anti-depressant consumption in women's recovery from depression. *Health*, 13(4), 389-406. doi:10.1177/1363459308101809
- Fullagar, S., & O'Brien, W. (2012). Problematizing the neurochemical subject of anti-depressant treatment: The limits of biomedical responses to women's emotional distress. *Health*, 17(1) 57-74. doi:10.1177/1363459312447255
- Garfield, S. F., Smith, F. J., & Francis, S-A. (2003). The paradoxical role of anti-depressant medication – returning to normal functioning while losing the sense of being normal. *Journal of Mental Health*, 12(5), 521-535. doi:10.1080/09638230310001603582
- García-Villamizar, D., Del Pozo, A., & Dattilo, J. (2012). Depressive mood, eating disorder symptoms, and perfectionism in female collage students: A mediation analysis. *Eating Disorders*, 20(1), 60-72. doi:10.1080/10640266.2012.635569
- Gillberg, G. (2010). *Individualiseringens villkor - Unga vuxnas föreställningar om arbete och självförverkligande*. Doktorsavhandling. Skrifter från Institutionen för arbetsvetenskap Nr. 7. Göteborgs Universitet. Hämtad från:  
[https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/21996/1/gupea\\_2077\\_21996\\_1.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/21996/1/gupea_2077_21996_1.pdf)
- Holmes, J. (2013). An attachment model of depression: Integrating findings from the mood disorder laboratory. *Psychiatry*, 76(1), 68-86. doi:10.1521/psyc.2013.76.1.68
- Horwitz, A. V. & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness – How psychiatry transformed*

*normal sorrow into depressive disorder*. New York: Oxford University Press.

Johannisson, K. (2006). Hur skapas en diagnos – ett historiskt perspektiv. I G. Hallerstedt (Red.). *Diagnosens makt – om kunskap, pengar och lidande* (pp.29-41). Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.

Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., & Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. *Public Library of Science Medicine*, 5(2), 260-268. doi:10.1371/journal.pmed.0050045

Knudsen, P., Holme Hansen, E., Morgall Traulsen, J., & Eskildsen, K. (2002). Changes in self-concept while using SSRI antidepressants. *Qualitative Health Research*, 12(7), 932-944. doi:10.1177/104973202129120368

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling: En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.

Lacasse, J. R., & Leo, J. (2005). Serotonin and depression: A disconnect between the advertisements and the scientific literature. *Public Library of Science Medicine*, 2(12), e392-1261. doi:10.1371/journal.pmed.0020392

Lager, A. (2009). *Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression - En kunskapsöversikt*. (Statens folkhälsoinstitut 2009:08). Hämtat 10 maj 2013 från Statens folkhälsoinstitut: <http://www.fhi.se/PageFiles/6240/R2009-08-Varf%C3%B6r-drabbas-kvinnor-oftare-oro-angest-webb.pdf>

Larsson, S. (2005). Om kvalitet i kvalitativa studier. *Nordisk Pedagogik*, 1(25), 16-35.

Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi: Att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.

- Luyten, P., Fonagy, P., Lemma, A. & Target, M. (2012). Depression. I A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*. (ss. 385-417). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Madsen, O. J. (2010). *Den terapeutiske kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249–267.  
doi:10.1002/jhbs.20103
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260. doi:10.1037/0022-0167.52.2.250
- Muehlenkamp, J. J., Peat, C. M., Laurence, C., & Smits, D. (2012). Self-injury and disordered eating: Expressing emotion dysregulation through the body. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(4), 416-425. doi:10.1111/j.1943-278X.2012.00100.x
- Mulinari, S. (2011). Varför fara med osanningar om depressionens orsaker? *Läkartidningen*, 38(108), 1839-1840.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3), 424–43.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061–1072.
- Nolen-Hoeksema, S., & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25, 37–47. doi:10.1111/1471-6402.00005
- Opbroek, A., Delgado, P. L., Laukes, C., McGahuey, C., Katsanis, J., Moreno, F. A., & Manber, R. (2002). Emotional blunting associated with SSRI-induced sexual dysfunction. Do SSRIs

- inhibit emotional responses? *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 5(2), 147-151. doi:10.1017/S1461145702002870
- Parker, I. (1999). Critical psychology: critical links. *Annual Review of Critical Psychology*, 1(1), 3-18.
- Petersen, A. (2009). Depression – a social pathology of action. *Irish Journal of Sociology*, 17(2), 56-71. doi:10.7227/IJS.17.2.5
- Pignarre, P. (2012). Comment la dépression est devenue une épidémie [Hur depression blev en epidemi] (3 uppl.). Paris: Éditions la Découverte.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-145. doi: 10.1037/0022-0167.52.2.137
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counselling psychology: a primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136.
- Price, J., Cole, V., & Goodwin, G. M. (2009). Emotional side-effects of selective serotonin reuptake inhibitors: Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 195(3), 211-217. doi:10.1192/bjp.bp.108.051110
- Prilleltensky, I. (1999). Critical psychology foundations for the promotion of mental health. *Annual Review of Critical Psychology*, 1(1), 100–118.
- Reeder, J. (2010). *Det tystade samtalet - Om staten, psykiatrin och försöken att undanröja det psykoanalytiska inflytandet*. Jurgen Reeder och Norstedts. Stockholm.
- Risch, N., Herrell, R., Lehner, T., Liang, K-Y., Eaves, L., Hoh, J., ... Merikangas, K. R. (2009). Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression - A meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 301(23), 2462-2471. doi:10.1001/jama.2009.878
- Rose, N. (2003). Neurochemical selves. *Society*, 41(1), 46-59.

- Rose, N. (2006). *The politics of life itself. Biomedicine, power, and subjectivity in the twentyfirst century*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rose, N., O'Malley, P., & Valverde, M. (2006). Governmentality. *Annual Review of Law and Social Science*, 83(2), 83-104.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). SSRI-induced indifference. *Psychiatry (Edgmont)*, 7(10), 14–18.
- Sjöholm, L., Lavebratt, C., & Forsell, Y. (2008). A multifactorial developmental model for the etiology of major depression in a population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 113, 66-76. doi: 10.1016/j.jad.2008.04.028
- Sjöholm, L. (2010). *Gene – environment factors in depressive disorders with a focus on circadian genes*. Doktorsavhandling. Department of molecular medicin and surgery. Karolinska Institutet. Hämtad från:  
<http://publications.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/40111/thesis.pdf?sequence=1>
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtat 8 maj 2013 från Socialstyrelsen:  
[http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/8495/2009-126-71\\_200912671.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf)
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Hämtat 3 mars 2013 från Socialstyrelsen:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf>
- Svaldi, J., Griepenstrohm, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, 197(1-2), 103-111.  
doi:10.1016/j.psychres.2011.11.009
- Svenaesus, F. (2008). *Tabletter för känsliga själar. Den antidepressiva revolutionen*. Nora: Bokförlaget Nya Doxa.

- Sykes, D. (2011). *Den antidepressiva medicineringens psykologi - en kvalitativ studie över den upplevda erfarenheten av antidepressiv läkemedelsbehandling*. Examensarbete, Göteborgs universitet, Psykologiska institutionen.
- Teal, J. (2009). Nothing personal: An empirical phenomenological study of the experience of being-on-an-SSRI. *Journal of Phenomenological Psychology, 40*(1), 19-50.  
doi:10.1163/156916209X427972
- Tiggeman, M., & Williams, E. (2011). The role of self-objectification in disordered eating, depressed mood, and sexual functioning among women: a comprehensive test of objectification theory. *Psychology of Women Quarterly, 36*(1), 66-75.  
doi:10.1177/0361684311420250
- Vetenskapsrådet. (n.d.). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtat 10 april 2013 från Vetenskapsrådet:  
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Wakefield, J. C., & Schmitz, M. F. (2013). When does depression become a disorder? Using recurrence rates to evaluate the validity of proposed changes in major depression diagnostic thresholds. *World Psychiatry, 12*(1), 44-52. doi:10.1002/wps.20015
- Werner, F. M., & Coveñas, R. (2010). Classical neurotransmitters and neuropeptides involved in major depression: a review. *International Journal of Neuroscience, 120*(7), 455-470.  
doi:10.3109/00207454.2010.483651
- Woodgate, L. (2006). Living in the shadow of fear: adolescents' lived experience of depression. *Journal of Advanced Nursing, 56*(3), 261-269. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04020.x
- World Health Organization. (2012). *Depression – A global crisis*. Hämtat 15 mars från WHO:  
[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/wfmh\\_paper\\_depression\\_wmhd\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf)

Zetterqvist, A.V., & Mulinari, S. (2013). Misleading advertising for antidepressants in Sweden: A failure of pharmaceutical industry self-regulation. *Public Library of Science ONE* 8(5): e62609. doi:10.1371/journal.pone.0062609

Åsbring, P., & Hochwälder, J. (2009). *Den dolda psykiska ohälsan bland unga som uppsöker vårdcentral*. (Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2009:3). Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap.

## Ung med erfarenhet av medicinering mot depression?

Hej!

Vi heter Erik Palm och Hanna Bornäs och läser sista terminen på psykologprogrammet vid Lunds Universitet. Vår examensuppsats handlar om unga vuxnas erfarenheter av att ta anti-depressiv medicin. Därför söker vi nu dig som använder eller använt denna typ av medicin någon gång de senaste fem åren. Vi vill gärna intervjua dig för att höra hur just du har upplevt att använda dessa läkemedel. Frågorna kan handla om allt från hur medicinen fungerat och omgivningens reaktioner till kontakter med vården.

Vi vill alltså gärna fånga unga vuxnas erfarenheter och vänder oss därför till dig som är mellan 20 och 30 år och tar eller har tagit anti-depressiv medicin (så kallade SSRI- eller SNRI-läkemedel\*). Dina tankar, erfarenheter och reflektioner kring detta är viktiga för oss!

Intervjun, som tar omkring en till två timmar, kommer att äga rum under januari eller februari månad. Deltagandet är helt frivilligt, vilket innebär att du när som helst kan säga att du inte längre vill vara med. Du kan också välja att inte svara på frågor under intervjun utan förklaring eller motivering. Intervjuerna kommer att spelas in, och inspelningarna raderas så fort uppsatsen är färdig. Det är bara vi som kommer att lyssna till intervjuerna. När vi använder intervjuerna i uppsatsen kommer vi att ändra detaljer kring ålder, bakgrund osv så att ingen kan känna igen dig.

Om du vill anmäla ditt intresse eller har några frågor är du mycket välkommen att kontakta oss eller någon av våra handledare.

Vi är i förhand mycket tacksamma för din medverkan och ser fram emot att få ta del av din berättelse!

Vänliga hälsningar,

Hanna Bornäs [hanna.bornas.299@student.lu.se](mailto:hanna.bornas.299@student.lu.se) eller 07xxxxxxxx,

Erik Palm [erik.palm.589@student.lu.se](mailto:erik.palm.589@student.lu.se) eller 07xxxxxxxx.

Handledare:

Leg. psykolog Per Johnsson, prefekt vid Institutionen för psykologi [per.johnsson@psy.lu.se](mailto:per.johnsson@psy.lu.se),

Kerstin Sandell, docent och lektor på Centrum för genusvetenskap [kerstin.sandell@genus.lu.se](mailto:kerstin.sandell@genus.lu.se),

Lunds universitet.

\*De mest använda antidepressiva brukar som samlingsnamn kallas SSRI- eller SNRI-läkemedel. Exempel på vanliga antidepressiva läkemedel är Cipramil, Citalopram, Sertralin, Fluoxetin, Fontex, Paroxetin, Zoloft, Cipralext, Mirtrazapin och Efexor.



### **Information om psykologexamensuppsats**

Syftet med uppsatsen är att undersöka vad unga människor har för erfarenheter av att ta antidepressiv medicin. Om du tackar ja till att delta så kommer du att bli intervjuad kring detta under ca. en till två timmar.

Deltagandet är helt frivilligt, vilket innebär att du när som helst kan avbryta din medverkan eller välja att inte svara på frågor utan närmare förklaring. Intervjuerna kommer att spelas in och inspelningarna raderas efter att uppsatsen färdigställts. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt och aidentifieras, dvs återges så att ingen kan känna igen just dig. Det är bara vi som kommer att lyssna till intervjuerna. Uppsatsen kommer att läggas upp på Lunds universitets hemsida, och delar kan eventuellt komma att publiceras.

Har du några frågor kring projektet är du välkommen att kontakta oss, Hanna Bornäs eller Erik Palm på 07xxxxxxxx resp. 07xxxxxxxx eller våra handledare, antingen prefekt och leg. psykolog Per Johnsson, på Institutionen för psykologi på [per.johnsson@psy.lu.se](mailto:per.johnsson@psy.lu.se) eller Kerstin Sandell, docent och lektor vid Centrum för Genusvetenskap på [kerstin.sandell@genus.lu.se](mailto:kerstin.sandell@genus.lu.se), båda verksamma vid Lunds universitet.

Vi är mycket tacksamma för din medverkan och ser fram emot att få ta del av din berättelse.

Vänliga hälsningar,

Hanna Bornäs och Erik Palm

#### **INFORMERAT SAMTYCKE**

Jag (för och efternamn textat):

.....

har läst den skriftliga informationen kring Hanna Bornäs och Erik Palms psykologexamensuppsats och har fått möjlighet att ställa frågor.

Jag samtycker till att delta i projektet och känner till att mitt deltagande är helt frivilligt, samt att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Datum:

Underskrift:

## Intervjuguide

Kan du berätta lite om hur det hela började (hur såg processen ut fram tills att du började ta ssri)?

- Hur såg ditt liv ut då?

Hur gick det till när du sökte dig till vården för dina bekymmer? (Hur kom det sig? Hur började det?)

- Kan du berätta om de första mötena med vården?

- Vad fick du höra från vårdpersonal som du mötte om ditt tillstånd?

- Har du fått en diagnos? Hur kände du för det?

- Har någon föreslagit en annan behandlingsmetod eller har du själv tänkt kring det?

- Hur har det fungerat? Hur skiljer sig medicinen från den behandlingsmetoden?

Tänker/tänkte du på dig själv som deprimerad?

- När, i så fall, började du göra det? Förändrade det något för dig?

Vad tänker du om orsaken till din depression (ditt tillstånd)?

Vad hade du för strategier för att må bättre innan?

-Hur fungerade de?

Upplevelser av SSRI

Hur kändes det att börja ta medicinen?

-Hur kändes det i kroppen?

Hur föreställde du dig att det skulle vara innan du började medicinera? (Farhågor, förväntningar, förhoppningar)

- Blev det som du hade trott?

Tar du fortfarande antidepressiva? Har inställningen förändrats något?

Finns det området i ditt liv som har förändrats/förändrades genom medicineringen?

-Kropp?

-Känslor?

-Tankar?

-Vad du gör och inte gör?

Hade medicinen några bieffekter?

-för många påverkas sexlusten – är det något du har märkt?

-hur var det med känslor av förälskelse, relationer, kärlek?

## Normalitet/patologi/personlighet

Om du skulle använda en bild för att beskriva det nedstämda tillståndet, hur skulle den då se ut? (Berättelse, metafor, färg, hur du ser på dig själv?)

Vad tänkte du om dig själv under den här perioden? (under depressionen?)

Har det på något sätt förändrat/påverkat hur du tänker om dig själv idag?

Var går gränsen för dig mellan vad du anser är normal och sjuklig nedstämdhet?

Hur tror du att processen och det som du har upplevt har något att göra med (påverkats av)

- ditt kön?
- din ålder?
- din sexuella orientering?
- din klassbakgrund?

Finns det någon mening i det tillstånd du har medicinerat mot?

## Interpersonellt/samhälle

Vad tror du att andra tänkte om dig innan/under och efter du medicinerat? Påverkades du av vad du tror att andra tänkte.

Vad tänkte du om andra och om omvärlden innan/under och efter du medicinerat?

Har du förändrats något som person?

Saknar du något av ditt "gamla" jag? (fundera, innan medicineringen)

Vad tänker du kring att många tar antidepressiv medicin idag? (hur ser du på användandet av SSRI)

Vilken är synen på depression i samhället, tycker du?

Tror du att samhällets bild och sjukvårdens inställning till depression har påverkat din syn på vad depression är och vad det beror på?

Skulle du kunna tänka dig att ta antidepressiv medicin igen?