



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

*Psykologprogrammet*

När vallmofälten slocknar: en kvalitativ studie om  
upplevelse av och kompensation för partners depression

**Sanna Hansson**

Psykologexamensuppsats ht 2013

Handledare: Per Johnsson

Examinator: Lars-Gunnar Lundh

## Sammanfattning

Denna kvalitativa studie undersöker upplevelsen av en partners depression och hur denna kompenseras för i relationen. Med hjälp av psykofarmaka eller terapeutisk behandling vårdas många individer med depression i hemmet utan att vara inskrivna på avdelning. Sex semistrukturerade intervjuer genomfördes med individer vars partners lider av måttlig till svår depression. Studien visar att upplevelsen av partners depression präglades av ett stort mått av oro, maktlöshet och irritation hos de deltagande. Deltagarna beskrev sig vara styrda i sin vardag på grund av sina partners depressiva beteende och rapporterade en minskad frihet till ett eget socialt liv. Deltagarna kompenserade genom att överta sätt att agera som den insjuknade haft innan depressionens inträde. Detta rörde sig kring skötsel av hushåll, ekonomi, bostad och trädgård. En egen nedstämdhet eller andra depressionssymptom var vanligt förekommande hos deltagarna. Resultaten pekar på att partners till deprimerade personer tenderar att uppleva egna svårigheter och bördor, då de inte sällan är i kontakt med den deprimerade på heltid i det gemensamma hemmet.

Nyckelord: kvalitativ studie, depression, partner, nedstämdhet, oro, kompensation, bördor

## Abstract

This qualitative study examines the experience of living with a partner suffering from depression and how the depression is compensated for in the relationship. With the help of medication or therapeutic treatment many individuals with depression are not in-patients, but living at home together with a partner. Six semi-structured interviews were performed with partners to individuals suffering from moderate to severe depression. The study shows that the perception of the partner's depression was characterized by a high degree of anxiety, powerlessness and irritation. Participants described themselves as being restricted in their daily lives due to their partner's depressive behavior and reported a reduced freedom to have a social life of their own. Participants compensated for the depression by taking over ways to act that their depressed partner had prior to the depression. Unhappiness or other depression symptoms were common among the participants. The results indicate that partners of depressed individuals tend to experience their own difficulties and burdens.

Keywords: qualitative study, depression, partner, sadness, anxiety, compensation, burdens

## Innehållsförteckning

Inledning	1
Teori	1
Historik	1
Diagnostik	2
Vård av anhörig med depression eller schizofreni: finns konsekvensskillnader?	2
Kritik och orsaksattributioner	3
Bristande kommunikation och intimitet	4
Påverkan på den friska partnerns liv	6
Bördor	7
Skillnad kvinnor och män	9
Makt och rädsla	10
Stress och copingstrategier	10
Syfte	11
Metod	11
Undersökningsgrupp	11
Procedur	11
Material	12
Intervjuguide	12
Den kvalitativa intervjun	13
Tematisk analys	14
Resultat och diskussion	15
Relationen	15
Oro	16
Spänning	17
Bördor	19
Makt/maktlöshet	20
Ilska	20
Skuld och skam	21
Egna symptom	21
Kommunikation	21
Socialt stöd	22
Copingstrategier	22

Sammanfattning av resultatet	23
Resultatdiskussion	23
Kritik och orsaksattributioner	23
Bristande kommunikation och intimitet	23
Påverkan på den friska partners liv	24
Bördor	24
Makt och rädsla	25
Stress och copingstrategier	26
Metoddiskussion	26
Rekrytering och samexisterande diagnoser hos den sjuke	27
Intervjuer	28
Transkribering och analys	29
Etiska överväganden	29
Framtida forskning	29
Slutsatser	30
Referenser	31
Bilagor	36

## Inledning

*"I stared out the window at the gray November sky, at the cars lined up at the stoplight, their windows rolled up, the radio probably on. I envied them. An ordinary day. Going to the grocery store. Taking a child to violin lessons. Arguing with a spouse about the phone bill. There, mingled with my anxiety, was my old friend, self-pity. Poor me! I watched a branch tap against the window. Tap, tap, tap. A small breath of hope." (F. Patricia, 2012)*

Med hjälp av psykofarmaka vårdas många personer med depression utan att vara inskrivna på avdelning. Detta bidrar till att den friska parten ofta är i kontakt med den deprimerade på heltid. På så vis blir partnern själv till en del av sjukdomen.

### Teori

#### *Historik*

Partners till deprimerade personer tenderar att uppleva egna svårigheter. De rapporterar mer depression och fysiska symptom, mer hälsoproblem och mindre stöd i familjen än partners till kontroldeltagare (Mitchell, Cronkite & Moos, 1983). Funktionsnivån och omständigheterna kring partners till deprimerade personer är av stor vikt; dels eftersom partners i sig kan uppleva bördor relaterade till den sjuka partens depression (Benazon & Coyne, 2000) och dels eftersom de kan påverka den sjukes tillfrisknande (Leff & Vaughn, 1985; Merikangas, Bromet & Spiker, 1983).

Längre tillbaka i tiden saknade vårdgivande anhöriga till deprimerade ofta stöd från psykiatri i att hantera den sjukes symptom och beteende och den emotionella upplevelsen hade ingen prioritet i terapi (Muscroft & Bowl, 2000). På senare år har man börjat bekymra sig över konsekvenserna som följer av de anhörigas upplevelser. Studier är främst inriktade mot anhöriga till personer som lider av schizofreni eller andra psykossjukdomar, medan anhöriga till deprimerade inte uppmärksammas i forskning i samma utstäckning. Eventuellt bottnar det i den episodiska naturen av affektiva sjukdomar och att till skillnad från schizofreni medför affektiva sjukdomar inte en kroniskt negativ effekt på den sjukes funktionsnivå (Chakrabarti, Kulhara & Verma, 1992).

## *Diagnostik*

Diagnos för depression ställs utifrån anamnes, symptombild och sjukdomsförlopp. För att ställa diagnosen egentlig depression, som innebär en fullt utvecklad depression, krävs att patienten uppfyller kriterierna enligt exempelvis diagnosmanualen DSM-IV-R (APA, 2002). I DSM-IV-R beskrivs kriterierna för egentlig depressionsperiod på följande sätt:

- A. Minst fem av följande symptom har förekommit under samma tvåveckorsperiod. Detta har inneburit en förändring av personens tillstånd. Minst ett av symptomen (1) nedstämdhet eller (2) minskad intresse eller glädje, måste föreligga.
  1. Nedstämdhet under större delen av dagen.
  2. Klart minskat intresse/glädje.
  3. Betydande viktnedgång.
  4. Sömnstörning (sover för lite eller för mycket).
  5. Psykomotorisk agitation eller hämning.
  6. Svaghetskänsla eller brist på energi.
  7. Känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuldkänslor.
  8. Minskad tanke- eller koncentrationsförmåga.
  9. Återkommande tankar på döden, självmordstankar eller självmordsförsök/planer.
- B. Uppfyller inte kriterierna för blandepisod mani/depression.
- C. Symptomen orsakar signifikant lidande eller försämrad funktion.
- D. Symptomen beror inte på direkta effekter av droger, mediciner eller kroppslig sjukdom.
- E. Symptomen förklaras inte bättre med sorgreaktion, dvs depressionssymptomen har varat mer än två månader efter en närståendes bortgång eller karaktäriseras av påtaglig funktionsförsämring, sjuklig upptagenhet av känslor av värdelöshet, självmordstankar, psykotiska symptom eller psykomotorisk hämning.

## *Vård av anhörig med depression eller schizofreni: finns konsekvensskillnader?*

Trots det faktum att Fadden, Bebbington och Kuipers (1987a,b) för mer än tjugo år sedan menade att familjer till personer med depression påverkas allvarligt av sjukdomen, har studier på detta område varit sparsmakade och mest riktats mot bipolära sjukdomar (Jacob, Frank, Kupfer & Carpenter, 1987; Chakrabarti et al., 1992; Jenkins & Schumacher, 1999; Heru & Ryan, 2004). En stor del av forskningen kring konsekvenser för anhöriga som vårdar en

psykiskt sjuk partner har fokuserat på omhändertagande av personer med schizofreni (Schene, Tessler & Gamache, 1994). I en studie som jämförde anhörigas upplevelse av att vårda en partner med depression eller schizofreni fann man att resultaten för de båda grupperna var relativt lika på Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ). Anhöriga till partners med schizofreni oroade sig mer och hade fler omhändertagande sysslor som att få den sjuke att stiga upp på morgonen och sköta sin hygien. Beträffande depression upplevde anhöriga mer spänd stämning i relationen. Partners till deprimerade rapporterade även ett lägre mått av socialt stöd från släkt och vänner och hade svårare att finna copingstrategier för att hantera situationen. Vanliga copingstrategier för anhöriga till deprimerade, till skillnad från anhöriga till schizofrena, var dagdrömmeri och fantiserande om att allt skulle bli bra i framtiden. Många likheter i konsekvenser fanns hos de vårdande anhöriga. Skillnaderna rörde sig främst kring den kontext där vården skedde. I fall av schizofreni var det vanligt att äldre mödrar vårdade sitt sjuka, vuxna barn och i fall av depression fanns fler makar som vårdade sin partner. Beträffande anhöriga till schizofrena rörde det sig oftast om mödrar till söner som haft en relativt lång sjukdomshistoria. Anhöriga till deprimerade var partners till insjuknade med en mer varierande psykisk sjukdomshistoria. Dessa anhöriga levde normalt i samma bostad som den deprimerade och spenderade därför många timmar tillsammans med den sjuke. I kontrast till detta levde omkring hälften av de anhöriga till personer med schizofreni inte tillsammans med den sjuke. Till skillnad från anhöriga till andra sjukdomsgrupper tenderade anhöriga till deprimerade att i större utsträckning anklaga och skuldbelägga sig själva för sin närståendes sjukdom.

### *Kritik och orsaksattributioner*

I sin studie kring orsaksattributioner fann Hooley och Licht (1997) att starkt kritiska partners till deprimerade personer var mer benägna än mindre kritiska partners att tillskriva den sjukets symptom och negativa beteenden till faktorer som var personliga för, samt kontrollerbara av, den sjuke själv. Starkt kritiska partners till deprimerade personer gjorde antaganden som syftade till att de höll den sjuke ansvarig för dennes egen problematik. Som högt kritiska räknades de partners som uttryckte att den sjuke kunde hållas ansvarig för sitt oönskade beteende eftersom den sjuke kunde, men inte ville, förändra sig. De menade att den sjuke själv var orsak till utvecklingen av, samt vidmakthöll, sjukdomen. Som lågt kritiska räknades de partners som höll sjukdomen eller externa faktorer ansvariga för den sjukets oönskade beteende. Dessa partners kunde väntas vara mer toleranta i situationen som sjukdomen skapade. Den enda variabel som fanns vara signifikant associerad med partners



attributionstil var ålder. Desto äldre den friska partnern var, ju mindre troligt var det att denne skulle hålla den sjuke ansvarig för problem eller oönskat beteende. Hooley och Licht (1997) fann även att den starkaste prediktorn för återfall i depression var partners nivå av kritik. Bullock, Siegel, Weissman och Paykel (1972) undersökte i sin studie funktionsnivån i äktenskapen hos akut deprimerade kvinnor. De kom fram till att de deprimerade kvinnorna var signifikant mer tillbakadragna och undergivna, hade en försvagad sexuell relation till sina män, upplevde mindre känslor av ömhet och mer skuld och ilska gentemot sina makar samt bekräftade en betydligt högre grad av interpersonell friktion än icke deprimerade kvinnor. De deprimerade kvinnor i studien som innan depressionen haft ett stabilt äktenskap var mindre tillbakadragna och undergivna, upplevde mindre friktion i relationen och försökte skydda sina makar från konsekvenserna som sjukdomen innebar. De såg depressionen som orsakad av faktorer utanför äktenskapet. Det stabila äktenskapet representerades här av trygghet och adaptivitet där båda parter upplevde ömsesidigt stöd. I det stabila äktenskapet ingick även ett intresse för, samt utövande av, sexuell aktivitet tillsammans med partnern. De kvinnor som däremot upplevt ett mindre stabilt äktenskap innan insjuknandet tenderade att beskylla maken för att ha orsakat depressionen. Dessa fynd indikerade att de kvinnor vars äktenskap varit stabila innan depressionens inträde uppvisade mindre störningar som kan sägas karaktärisera deprimerade kvinnors äktenskap.

#### *Bristande kommunikation och intimitet*

Det antogs av Ramirez Basco, Prager, Pita, Tamir och Stephens (1992) att deprimerade personer och deras partners hade svaga copingstrategier i sin relation beträffande kommunikation och problemlösning, samt låg kapacitet för intimitet rörande ömhet, delade känslor och uttryck för förståelse i relationen. Ramirez Basco et al. (1992) jämförde sjutton deprimerade patienter och deras partners med sjutton kontrollpar på en kommunikationsuppgift, en intimitetsintervju och självrapportering kring tillfredsställelse med relationen. Resultaten indikerade att paret där ena parten var deprimerad upplevde lägre tillfredsställelse i relationen, visade svagare kommunikationsfärdigheter och problemlösningsförmåga samt hade en lägre grad av intimitet än kontrollparen. En stressande, spänd miljö med ett ickestödande klimat kan då skapas. Detta kan hindra äktenskapet eller relationen från att tjäna som skydd mot utifrån kommande stressorer och istället själv bli källan till den spända miljön.

Det påvisades av Hooley, Orley och Teasdale (1986) att partners till deprimerade personer sällan var överens med dem, erbjöd hjälp och stöd på ett ambivalent vis samt öppet

bedömde sin deprimerade partner på ett negativt sätt. Många studier har valt att fokusera på den deprimerade partens interpersonella beteende och problematik. Det kan, som Hooley et al. (1986) fann, vara så att den friska partners beteende har en negativ inverkan på den sjuke och genom detta påverkar äktenskapet eller relationen negativt.

I en studie av Johnson och Jacob (1997) gjord på par kring interaktion i äktenskapet där en av parterna insjuknat i depression fann man att par med en deprimerad part visade på mer störd kommunikation i äktenskapet än kontrollpar där ingen av parterna insjuknat i depression. Det påvisades även att par med en deprimerad kvinnlig part demonstrerade mer negativ kommunikation än par med en deprimerad manlig part, trots att de deprimerade makarna visade en högre svårighetsgrad av depression än de deprimerade kvinnorna. I linje med tidigare studier av Padesky och Hammen (1981) visades att kvinnor till större del gav uttryck för sin depression och de affekter som följde med denna, än deprimerade män. Depression tycks ha en signifikant effekt på äktenskapet i sig, oavsett den deprimerade partens kön.

Resultat från en studie av Jacobson och Anderson (1982) som undersökt interpersonella relationer hos deprimerade individer, visade att dessa reflekterar negativ social interaktion. Mandal (1986) fann också en försämring i social förmåga. Brown och Harris (1978) har även påvisat att oro i äktenskapet och lågt stöd från partnern kan predicera depressionens annalkande. Goering, Lancee och Freeman (1992) visade fortsättningsvis att detta påverkar hur depressionen sedan upprätthålls. Som stöd för tesen att vissa interaktionsmönster kan associeras med depression har Hinchcliffe, Hooper och Roberts (1978) pekat på hur deprimerade patienter visades vara socialt mottagliga då de konverserade med främlingar, men mer negativt inställda, spända och försjunkna i sig själva då de kommunicerade med sin partner. Trots att interaktionen i relationen förbättrades med tillfrisknandet, fortsatte ändå låga nivåer av negativitet, oberördhet och stort flöde i kommunikationen att vara närvarande. Linden, Hautzinger och Hoffman (1993) har byggt vidare på detta och visat på ett negativt, icke stödjande och asymmetriskt kommunikationsmönster i relationen mellan en frisk och en deprimerad part. Vanligt förekommande var även negativa bedömningar riktade mot den deprimerade parten. Christensen och Shenk (1991) kom fram till att män i pressade äktenskap i större utsträckning än sina fruar kan förväntas dra sig undan från problemlösande interaktioner. En hypotes som framkommit ur forskning av Ben-Zur och Zeidner (1988) på detta område är att kvinnor uttrycker högre grader av affektladdad kommunikation i interaktion med sin partner, än män. Som tillägg fann Gotlib och Whiffen (1989) att deprimerade fruar, i högre grad än deprimerade män, uttrycker negativitet i

kommunikationen. Bullock et al. (1972) fann att deprimerade kvinnor sällan diskuterade problem eller attityder med sin partner. Istället blockerade de kommunikationen och bidrog till en ökad spänningsnivå i hemmet. Om maken reagerade på den spända atmosfären svarade den deprimerade kvinnan ofta med tårar eller att dra sig undan, vilket ökade spänningarna ytterligare. Hon hade svårt för att diskutera sina känslor eller klargöra vad hon behövde trots att hennes affektuttryck visade att hon befann sig i lidande och hade otillfredsställda behov. Den deprimerade, undergivna maken såg sig själv som den kontrollerade frun som sällan tog del i större beslut och endast följde sin makes önskningar och krav. Medan icke deprimerade kvinnor i kontrollgruppen rapporterade få spänningar i sitt äktenskap, upplevde de deprimerade kvinnorna frekvent spänning och konflikt som rörde sig från irritation och sarkasm till gräl och rent fysisk våld. Effekten av den försämrade kommunikationen blev till ett stort problem för de deprimerade kvinnorna då effekten av denna var förödande för äktenskapet. Outtalat, diffust lidande förmedlades och ofta med undertonen att lidandet antingen var orsakat eller skulle avlägnas av partnern. Hur maken hanterade och tolererade spänningarna och konflikterna varierade utifrån hur stabilt och funktionellt äktenskapet varit innan makans insjuknande.

#### *Påverkan på den friska partners liv*

Depression manifesterar sig främst i vuxenlivet och då det rör sig om makar till deprimerade personer tenderar insjuknandet att leda till nya roller i relationen eller äktenskapet. Den person man som frisk part en gång ingått relation med och med vem man är involverad både emotionellt och sexuellt, har plötsligt förändrats. Livet kan då börja att se mycket annorlunda ut (van Wijngaarden et al. 2009). Funktionsnivå och livskontext hos partners till deprimerade patienter undersöktes av Krantz och Moos (1987) vid behandlingsintagning samt efter ett år och jämfördes med kontroller. Det kunde påvisas att partners till tillfrisknade patienter hade fler sociala och familjerelaterade problem än kontrollgruppen. Partners till icke tillfrisknade patienter uppvisade signifikant mer problem än kontrollgruppen på de flesta områden. Friska partners påverkas omfattande av den sjukas inaktivitet, pessimism, sänkta sexualdrift, självmordshot och brist på intresse för njutningsfulla och trevliga aktiviteter. Dessa symptom kan vara en källa till svårigheter och kan ligga till grund för mycket sorg och smärta. (Coyne et al., 1987). Omkring 80 % av deltagarna i studien av van Wijngaarden, Schene och Koerter (2004) visade tecken på påfrestning. Items som ingick i denna skala var främst kort stubin, nervositet, minskad aptit, stor trötthet, sömnlöshet och en känsla av att själv vara deprimerad. Partners till inlagda

deprimerade var mer benägna att själva söka vård än de som vårdade sin sjuka partner i hemmet. De anhöriga som själva vårdade sin partner tenderade att uppleva mer egen skuld för att ha orsakat eller vara del i depressionen. Likaså visade Fadden et al. (1987a) att partners till deprimerade patienter upplever begränsningar beträffande sociala aktiviteter och fritid, samt finansiella svårigheter och påfrestning på äktenskapet. Jacob et al. (1987) kunde påvisa slitningar hos de personer som levde nära den deprimerade individen på grund av egen oro för den sjuke samt på grund av den insjuknades brist på intresse för aktiviteter och känslor av värdelöshet. I studien av Krantz och Moos (1987) kom man även fram till att partners till ej tillfrisknade personer rapporterade mer depressiva och fysiska symptom, fler sjukdomar, större mått av hälsoproblem bland sina barn, fler arbetsrelaterade stressorer samt fler svårigheter rörande socialt liv och familjekontext.

### *Bördor*

Kantz och Moos (1987) samt Benazon och Coyne (2000) kom fram till att en kärleksrelation med en deprimerad partner kan associeras med ett deprimerat stämningsläge hos den friska individen. Coyne, Burchill och Stiles (1990) har funnit att individer i äktenskap med deprimerade personer själva är i risk för att insjukna i depression. Det finns anledning att anta att en del av förklaringen till länken mellan depression och en frisk partners mående kan vara det starka ömsesidiga beroendeförhållandet mellan äktenskapliga parter samt kostnaden då ett sådant förhållande förändras (Benazon & Coyne, 2000). Det föreslås att den friska parten upplever ett stort mått av psykologiska bördor genom att leva i en relation med den deprimerade (Coyne et al., 1990; Fadden et al., 1987a; Jacob et al., 1987). I sin studie undersökte Benazon och Coyne (2000) det depressiva stämningsläget och de specifika bördor som upplevdes av partners till patienter som behandlas för depression. Regressionsanalys visade att de bördor som upplevdes kunde förklara den friska individens depressiva stämningsläge som annars skulle tillskrivas humörsmitta. Bördor som framkom var genans, oro och ängslan, avbrott i familjerutiner såsom att missa arbetspass eller skola samt eventuella bekymmer med grannar eller tillbakadragande från släkt och vänner på grund av den deprimerades beteende. Bördorna inkluderade vidare uppfattningen att övriga familjemedlemmar kände sig ouppmärksammade eftersom den deprimerade var så krävande, samt finansiella svårigheter. Subjektiva bördor refererade till den friska partens egen upplevelse av situationen och bördornas tyngd, vilket undersöktes i studien genom att titta på den friska partens attityd och emotionella reaktioner på den sjukas beteende. Detta inkluderade hur mycket den friska parten skämdes för den sjuke, mått på upprördhet rörande

den sjukes brist på intresse för socialt liv, oro för framtiden samt en upplevelse av att vara tyngd av den deprimerades obeslutsamhet. De bördor som upplevdes som svårast av de friska parterna var den sjukes känsla av värdelöshet, möjligheten att den sjuke skulle insjukna i fler depressionsepisoder i framtiden, den emotionella belastningen samt den sjukes konstanta oro och brist på energi. Coyne et al. (1987) menar att den upplevda ökade pressen och belastningen hos den friska individen i relationen kan förklaras av dessa specifika bördor. Partnern får ofta överta ansvar för andra sysslor än denne tidigare haft ansvar för, då den andra parten insjuknar i depression. Dessa ansvarsområden kan exempelvis röra heltidsomhändertagande av eventuella barn och hela det finansiella ansvaret i familjen. Dessa bördor, menar Ramirez Basco et al. (1992), kan bidra till att den friska partnern utvecklar depressiva symptom. Den friska partnern upplever också ofta frustration, medveten eller omedveten ilska riktad mot den deprimerade personen och en känsla av att vara tyngd (Fadden et al., 1987b). Relationen påverkas även av upplevelser av begränsningar och isolering hos den friska parten, vilket ytterligare leder till problem i relationen. De höga ångestnivåer som friska partners upplever kan troligtvis dämpa och försämra förmågan till att ge emotionellt stöd och praktisk hjälp till den deprimerade (Brown & Harris, 1978). Schene et al. (1994) kunde påvisa att omkring hälften av de anhöriga till deprimerade partners rapporterade att de oroade sig för den sjukes generella hälsa och framtid. I omkring en tredjedel av fallen kände sig den anhörige tyngd av den sjukes mentala hälsoproblem, fick uppmuntra den sjuke till aktivitet, oroade sig över behandlingen och över sin egen framtid. Omkring en fjärdedel var tvungna att överta sysslor som normalt utförts av den sjuke innan depressionens inträde. Schene et al. (1994) fann att det var relativt ovanligt att den anhörige kände sig hotad av eller vaktade den sjuke för att denne inte skulle intaga droger. Då många deprimerade personer är beroende av sin partner eller familj kan en pressad och oroad partner kanske inte tillföra det stöd och den förståelse som efterfrågas (Perlick, Rosenheck, Clarkin, Raue & Sirey, 2001).

Van Wijngaarden et al. (2004) fann att omkring hälften av anhöriga omhändertagare till personer med depression upplevde en oro kring den sjukes generella hälsa, behandling, säkerhet och framtid. De var tvungna att tvinga den sjuke att ta sig an aktiviteter eller övertog själva sysslor och göromål, till mycket stor del då den sjuke befann sig i akutfas. Omkring en tredjedel av deltagarna oroade sig över sin egen framtid, den sjukes säkerhet och över om den sjukes behandling var den rätta, samt rapporterade en spänd atmosfär i hemmet. Ovanligt, men ändå förekommande, var även ett upplevt hot från den sjuke och assistans med hygien. En fjärdedel av de anhöriga sökte sig själva till vårdgivande professioner på grund av upplevd

frustration. Omkring 31 % (Dyck, Short & Vitalino, 1999) – 40 % (Struening et al., 1995) av de anhöriga, enligt självrapporter, nådde över gränsen för vad som räknar till kliniskt signifikant depression.

I en review av Beach, Whisman och O'leary (1994) menas att äktenskap där den ena parten insjuknat i depression karaktäriseras av negativitet och konflikt och depression har visats utlösa äktenskaplig problematik (Dew & Bromet, 1991). Vidare föreslår Hooley (1986) samt Vaughn och Leff (1976) att personer i äktenskap med deprimerade individer har negativa attityder gentemot sin deprimerade partner vilket enligt Hooley et al. (1986) funnits kunna predicera återfall i depression. Depressionen tycks således inte endast påverka den deprimerade parten i sig, utan även den friska individen i relationen.

De deprimerade kvinnorna i studien av Bullock et al. (1972) var beroende av sina makar för emotionellt stöd och skötsel av hushållet och övrig familj om sådan fanns. Då den deprimerade kvinnan konfronterades med en uppgift vände hon sig ofta först till sin make för att be honom att hjälpa henne med den. Hennes brist på autonomi gjorde henne obeslutsam och ambivalent till den grad att de dagliga sysslorna förhindrades. Hennes behov av bekräftelse och försäkran från maken bidrog till hennes försämrade förmåga att fatta egna beslut. Maken upplevde fruns beroende av honom som krävande och som en källa till både irritation och förvirring då han fann sig växla mellan att vara överbeskyddande och tvivla på sin makas faktiska behov av hjälp. För de kvinnor där äktenskapet tidigare varit stabilt och adaptivt tenderade makarna till större del att vara stödjande och närmast moderliga i sitt bemötande av dem. Detta hjälpte till att lätta bördorna eftersom mindre friktion uppstod och på så vis färre sekundära problem.

### *Skillnad kvinnor och män*

En skillnad mellan kvinnor och män kunde återfinnas i rankningen av bördorna. Kvinnor rankade manliga deprimerade partners som mer krävande i termer av emotionell och psykisk belastning exempelvis då männen blivit arga eller riktat kritik mot dem. En högt rankad börda var även den finansiella påfrestningen av att den deprimerade inte kunde arbeta. Män med en kvinnlig deprimerad partner rankade sin partners gråt som mer påfrestande än vad kvinnorna gjorde med männen.

Kvinnor har större fallenhet än män för att själva uppleva ängslan och oro om någon i deras närmaste krets visar tecken på detta menar Kessler, McLeod och Wethington (1985). Benazon och Coyne (2000) kom fram till att fruar till deprimerade män upplevde både ett mer depressivt stämningsläge och tenderade att känna sig tyngda under fler bördor än männen till

deprimerade kvinnor. Kvinnor kan förväntas att lättare känna igen sin deprimerade mans behov och att vidare utveckla ett ansvar för att uppfylla dessa, enligt Gilligan (1982).

### *Makt och rädsla*

De deprimerade kvinnor som intervjuades av Bullock et al. (1972) visade sällan på ett öppet dominant beteende utan hade mycket svårt att själva fatta beslut och uttryckte att de ville att deras makar skulle hjälpa dem med detta. Istället påvisades att kvinnorna ofta kontrollerade maken genom depressionssymptomen. En make i studien upplevde exempelvis en stor rädsla för att göra sin deprimerade maka upprörd eftersom han fruktade att hon då kunde begå självmord.

### *Stress och copingstrategier*

Van Wijngaarden et al. (2004) kom i sin studie fram till att en fjärdedel av deltagarna uppgav att de vant sig vid sin partners symptom och kunde hantera dessa. I sin studie om stress och copingstrategier hos partners till deprimerade personer fann Spangenberg och Theron (1999) att ångest bland dessa partners var vanligt förekommande samt att mer än hälften själva var deprimerade och hälften visade missanpassning i äktenskapet. Signifikant positiva korrelationer kunde påvisas mellan en undvikande copingstrategi och ångest, liksom mellan undvikande copingstrategi och depression. Tanken var att ett undvikande av partners depression kunde föra med sig känslor av maktlöshet och oförmåga kring att hantera situationen och att detta sedan bidrog till depressiva symptom hos den friska individen. Undvikande kan här definieras som fysisk och psykisk tillbakadragenhet genom exempelvis flykt in i fantasin eller genom distraktion. Dessa fynd indikerar ineffektiviteten av att använda en undvikande copingstrategi för partners till kliniskt deprimerade patienter.

Stress är en naturlig del av ett äktenskap eller samlevnad med en kliniskt deprimerad person (Coyne et al., 1987; Merikangas, Prusoff, Kupfer & Frank, 1985). Partners till deprimerade upplever ofta oro, depression och hälsoproblem av olika art menar Halgin & Lovejoy (1991). Lovibond & Lovibond (1995) samt Lazarus (1993) kom fram till att den emotionella manifestationen av stress karaktäriseras av oro och depression och att stress kan refereras till de återkommande kognitiva och beteendemässiga försök som individen gör för att klara av att hantera de krav som han eller hon uppfattar finns.

## Syfte

Studiens syfte är att undersöka upplevelsen av en partners depression och hur den friska parten kompenserar för depressionen i relationen. Tolv teman som forskaren lyft fram ur teorin och som därigenom ansetts relevanta för syftet används i intervjuer för att generera en bild av upplevelsen av partners depression. Dessa teman är: relationen, oro, spänning, bördor, makt/maktlöshet, ilska, skuld/skam, egna symptom, kommunikation, socialt stöd samt copingstrategier. Studien har en kvalitativ inriktning och syftar genom detta till att komplettera och förklara tidigare forskning vars resultat uppnått genom kvantitativa mätningar. Studiens ansats är pragmatisk då den syftar till att bidra till förståelse för gruppen hos kliniker och behandlare vilka möter dessa individer i sitt arbete.

## Metod

### Undersökningsgrupp

Sex deltagare ingick i studien, varav fem kvinnor och en man, i åldrarna 27-87 år. Kriterier för deltagande i studien var att deltagarna skulle vara partners till deprimerade personer som i nuet lider av måttlig till svår depression efter diagnoskriterier enligt DSM-VI-R (APA, 2002). Deltagarna skulle ha befunnit sig i relationen med den sjuke och levat tillsammans i samma bostad i minst tre år innan depressionens inträde. Den sjuke skulle ha fått, eller få, behandling som terapi eller psykofarmaka för måttlig till svår depression under relativt lång tid. Den primära diagnosen hos den sjuke skulle vara depression. Personer med aktivt alkohol eller drogmisbruk deltog inte i studien. Termen ”partner” har använts och inkluderar partners som lever tillsammans, oavsett om dessa ingått äktenskap med varandra eller ej.

### Procedur

Deltagarna eftersöktes via mailutskick (se Bilaga 1) och telefonsamtal till anhörigstödforeningar i Skåne samt via vårdcentraler där ordförande eller verksamhetschefer kontaktats. Svar inkom från två vårdcentraler där verksamhetschefen uppgav att denne skickat informationen vidare till kuratorer och psykologer på vårdcentralen. En anhörigforening bjöd även in forskaren att informera på ett månadsmöte, vilket skedde. Forskaren höll där en kort presentation av studien och dess syfte och informationsbrev (se Bilaga 2) delades ut till de närvarande. Kontaktats har även anhörigkonsulenter och psykiatrijuksköterskor som förhört sig bland sina klienter, där kriterier uppfyllts, kring intresse av deltagande. Efterlysning av deltagare sattes upp på anslagstavlor i Lunds universitets lokaler och lades, efter mail- och



telefonkontakt med ansvarig person, upp på hemsidorna [www.gapet.se](http://www.gapet.se) och på [www.terapisnack.com](http://www.terapisnack.com). Deltagarna i studien rekryterades via psykiatrisjuksköterska, kurator, annonsering i universitetets lokaler samt via anhörigkonsulent.

Ett informationsbrev (se Bilaga 2) med kort information om studien gavs till potentiella deltagare genom de kontaktade forum som nämnts ovan. De eventuella deltagarna uppmanades via informationsbrevet att kontakta forskaren via en mailadress som skapats specifikt för studien eller via forskarens telefonnummer. Ett antal av deltagarna valde att gå via en av rekryteringspersonerna och på det viset ge sina kontaktuppgifter till forskaren. Vid första kontakten med de potentiella deltagarna försäkrade sig forskaren om att deltagaren uppfyllde de kriterier som studien krävde. Intervjupersonerna gavs sedan möjlighet att utföra intervjun i Lunds universitets lokaler eller på annan avtalad plats/ort som passade den deltagande bäst. Ett individuellt möte med varje deltagare bokades sedan in. Fem av deltagarna valde att utföra intervjun på annan avtalad plats/ort. En av intervjuerna utfördes i ett gruppum på Institutionen för Psykologi vid Lunds universitet. Vid mötet gjordes en semistrukturerad intervju som spelades in med ljudutrustning och i efterhand transkriberades av forskaren. Varje intervju tog omkring 45-75 minuter. Intervjuerna skedde mellan 7/10-2013 och 14/10-2013. Vid intervjutillfället var endast den deltagande och forskaren närvarande. Innan intervjun startades informerades deltagarna återigen om syftet med studien, att deras egen subjektiva upplevelse var den som efterfrågades, att intervjun skulle spelas in med ljudutrustning samt intervjuns ungefärliga längd. Aidentifiering i den färdiga rapporten och största möjliga konfidentialitet garanterades och att deltagaren när som helst kunde välja att avbryta intervjun. Uppgifterna från intervjuerna förvarades på ett sådant sätt att de inte kunde hamna i obehörigas händer och deltagarna försäkrades om att de inte skulle kunna identifieras i den färdiga rapporten – oavsett om det rörde sig om etiskt känsliga uppgifter eller ej. Efter varje intervju skrevs ett samtyckesformulär (se Bilaga 3) på av forskaren och den deltagande. Forskaren behöll och arkiverade sedan dokumenten.

## Material

### *Intervjuguide*

En intervjuguide med tolv teman (se Bilaga 4) skapades utifrån relevant forskning och teori, samt forskarens intressen. Forskaren ställde under intervjuerna alla frågor till samtliga deltagare, men samtalen hade olika följdfrågor beroende på samtalsinnehållet. Frågorna ställdes inte heller i samma ordning vid de olika intervjuerna, även detta berodde på informationen som gavs från deltagaren. Vikt lades vid att följa den deltagandes ström av

information och det tema som denne för stunden riktade sig mot. På så vis var tanken att skapa ett följsamt samtal i rummet. Semistrukturerade intervjuer har använts då detta gav möjlighet till spontana följdfrågor och utrymme att ändra ordningsföljd och utformande av frågorna.

### Den kvalitativa intervjun

Utifrån att syftet med studien var att skapa en förståelse för upplevelse av en partners depression och hur man kompenserar för denna i relationen bedömdes kvalitativa intervjuer vara det lämpligaste sättet att gå tillväga på. Det motiverades av att metodens främsta ansats är att beskriva den upplevelsevärld som de individuella deltagarna vistas i (Kvale & Brinkman, 2009). Kvale (1997) menar att den kvalitativa forskningsintervjuns syfte är att ta fram och belysa kvalitativa beskrivningar av den intervjuades livsvärld i avsikt att tolka dess mening. Zoglowek (1999) definierar den kvalitativa intervjun som en öppen intervju där frihet att artikulera fritt i samtalet ska ges den intervjuade. Intervjun är semistrukturerad till sin art vilket innebär att även forskaren ges frihet att styra samtalets gång. Zoglowek (1999) menar på att det i den kvalitativa intervjun ska föras ett samtal som baseras på vardagskommunikation och att det bör strävas efter att få till stånd ett naturligt samtal. Fortsättningsvis är den kvalitativa intervjun aldrig förutsättningslös då analysen alltid är ledd av en förförståelse som forskaren skaffat sig tidigare. En frågeställning är också nödvändig för förståelsen. Förförståelsen och frågeställningen gör själva analysen möjlig, även om det är av högsta vikt att försiktighet iakttas så att meningen och upplevelserna forskaren söker inte inplanteras i intervjun, utan hermeneutiskt filtreras ut ur den. Forskarens egen förförståelse ska heller inte leda tolkningen av intervjuinnehållet. Separata delar av intervjun ska ses i sin helhet och så även ord som plockas ut ur meningar.

Innan intervjun bör forskaren i förväg vara klar över vilka fördomar han eller hon har så att denne kan se med öppenhet på det producerade intervjumaterialet. Det är av högsta vikt att forskaren inte lägger sin egen mening eller värdering i den intervjuades utsagor. Zoglowek (1999) menar, trots vikten av att forskaren inte låter en egen förförståelse styra, att det är av godo om forskaren själv har egna erfarenheter inom området han eller hon beforskar då det ger bättre insyn i sammanhanget. Tematisk analys har använts vid bearbetningen av datan från intervjuerna.

## Tematisk analys

Det transkriberade materialet användes till en tematisk analys med riktlinjer av Zoglowek (1999). Den tematiska analysen är väl använd även om den inte ses som brett erkänd (Boyatzis, 1998; Roulston, 2001). Braun och Clarke (2006) argumenterar för att metoden erbjuder ett tillgängligt och teoretiskt flexibelt sätt att analysera kvalitativa data. Metoden används för att identifiera, analysera och rapportera mönster eller teman i materialet. Zoglowek (1999) menar att forskaren då analysarbetet påbörjas endast ska se detta som det sista steget i själva tolknings- och förståelseprocessen. En stor del av arbetet har således redan påbörjats vid genomförandet av intervjun. De olika intervjuerna kan jämföras utifrån teman som tagits fram i förväg, liksom i denna studie, eller genom genomläsning av materialet. Den forskare som utför intervjuerna bör även vara den som analyserar materialet på grund av ovan nämnda utgångspunkt att förståelsen redan påbörjats vid själva intervjun. Analysen i sig innehåller åtta steg (Zoglowek, 1999), trots att dessa steg endast ska ses som riktlinjer (Patton, 1990).

Steg 1 går ut på transkribering och genomläsning av intervjutexten. De sekvenser i texten som uppfattas handla om frågor forskaren intresserar sig för, markeras. Under steg 2 görs en andra genomläsning av materialet och en kronologisk sammanfattning av texten produceras utifrån hur forskaren uppfattat denna. Steg 3 innebär en tredje genomläsning av originaltexten och alla textsekvenser med relevans för problemställningarna struktureras efter dessa. Alla sekvenser från det första steget, men också nya, markeras och struktureras utifrån dessa olika temaområden. Steg 4 går ut på formulering av en text som framställer relevanta sekvenser för problemställningarna. Steget i sig går ut på att finna en koherens och logik mellan de enskilda utsagorna. Steg 5 innefattar en nedskrivning av tolkningen med analystext, inklusive inkluderade intervjusekvenser. En fjärde genomläsning av originaltexten genomförs också. Steg 6 går ut på en femte genomläsning samt bearbetning av den formulerade intervjutexten från steg 2. Detta kan medföra att de temaområden som formulerats kan komma att revideras eller omvärderas. Steg 7 innebär en sjätte genomläsning av originaltexten för att finna eventuella nyanser i materialet som missats samt en bearbetning av tolkningstexten från steg 5. Steg 8 innebär en slutgiltig bearbetning av tolkningstexten som supplerats med textsekvenser från intervjutexten, så att presentationen blir förståelig och läsvänlig även för utomstående personer. I denna studie har valts att skapa en mer nyanserad bild av ett antal teman som knyter an till intervjuguiden. En teoretisk tematisk analys (Boyatzis, 1988) har använts då en mer detaljspecifik beskrivning av datan har gjorts, snarare än en bredare generell tolkning av hela materialet.

## Resultat och diskussion

Resultat och diskussion har slagits samman. Efter resultatbeskrivningen följer en diskussion av resultat och metod. Resultatet presenteras utifrån de tolv teman som intervjuguiden utgår ifrån. Temana skuld och skam delar en gemensam rubrik. Deltagarnas nämns med fingerade namn.

### Relationen

Deltagarna beskrev sina partners innan insjuknandet som glada, initiativrika och med energi och lust till att göra saker. Tre av deltagarna menade att de själva varit mer öppna för att göra aktiviteter och ta egna initiativ innan depressionens inträde. Ett flertal av deltagarna hade tidigare varit sociala utanför hemmet i högre grad och själva tagit kontakt med vänner eller bekanta för att prata eller träffas och umgås. En av deltagarna menade att hon varit mer sprallig och kreativ innan depressionens inträde, även om hon själv beskrev sin personlighet som relativt konstant. Relationen innan depressionens inträde beskrevs av samtliga deltagare som god eller bra. Inslag som gemensamt strävande för att uppnå drömmar och ömsesidigt stöd, fanns också. En av deltagarna beskrev att hon och hennes partner varit extremt förälskade och att relationen var mycket öppen, kreativ och social. En annan av deltagarna menade att relationen till hustrun känts som att komma hem.

”Det kändes som att komma hem när jag träffade min fru. Familjelyckan var stor. Sedan kom depressionerna och de var jobbiga. När hon började prata om att hon nog fick stanna hemma en dag, så visste jag vad som gällde.” (Kenneth)

Rollen i relationen för de deltagande innan depressionens inträde innebar för två deltagare att dela hushållssysslorna med partnern. En möjlighet att vara sig själv och kunna ägna sig åt att även tänka på önskningar, längtan och glädjeämnen, fanns också. Två av deltagarna beskrev sin roll innan partners insjuknande som mycket omhändertagande där de förutom hushållet tog hand om resten av familjen samt arbetade utanför hemmet. En av deltagarna tog inte för sig lika mycket efter att partnern insjuknat och tänkte mer på sina barn och sin man än på sig själv än tidigare. Två av deltagarna upplevde att de själva inte var lika motiverade längre. En av dessa beskrev sig vara mer trött än tidigare samt hade fått en mörkare syn på mycket. Den andra upplevde sig ha fått en mer negativ självbild i samband med att hon mist kraften att göra saker. Efter att partnern insjuknat i depression beskrev en deltagare hur hon själv blev mer tillbakalutad och undvek att föreslå aktiviteter, då hon visste

hur mycket det tröttade ut hennes deprimerade partner.

”Det är ingen ensam sjukdom, utan det är en kollektiv sjukdom där många blir drabbade.” (Lizelotte)

En mer ”mammig” roll förekom också hos två av de deltagande. Denna roll innehöll, förutom att hålla partnern sällskap, att se till att partnern hade mat att äta, kom iväg i tid till aktiviteter som läkarbesök eller dylikt, samt se till att partnern tog sin medicin och kom ut på promenader. En av dessa deltagare beskrev sig aldrig släppa sin partner ur sikte vid promenaderna av rädsla för att någonting kunde hända vederbörande. Två av deltagarna menade att de känt en stor press kring att hålla uppe både sig själva, partnern och det övriga hemmet eftersom att de upplevt att allt skulle rasa om de inte orkade och klarade av det hela.

”Såklart blir man väldigt irriterad för hans beteende hemma blir normen som jag snällt anpassar mig efter och slutar ifrågasätta. Jag godkänner saker jag aldrig skulle accepterat innan. Att man sakta invaggas i ett helt annat beteende som jag aldrig tidigare tänkt skulle vara okej.” (Sofia)

## Oro

En oro för partnerns säkerhet och att denne skulle ta sitt liv förekom hos fyra av deltagarna.

”Hon hade lagt en halssjal runt som om hon själv skulle dra. Det uppfattade jag inte som ett försök utan mer som ett rop på hjälp. Då blev jag rädd. Jag kunde ju inte låta bli att tänka att nästa gång skulle det kanske inte bli något rop, utan på riktigt.” (Kenneth)

Den största oron rörde sig kring att partnern inte ville gå ut ur hemmet eller på andra sätt göra en aktivitet, utan snarare blev liggande hela dagarna utan att se mening i att åtaga sig att göra någonting. En oro fanns hos fyra deltagare över den behandling deras partner fått eller får och eftersom den inte stod i proportion till den sjuka partnerns faktiska mående. Partners till två av deltagarna hade fått eller får samtalsterapi. En av dessa deltagare hade upplevelsen av att terapin inte hjälpt utan snarare bidragit till att hennes partner mått sämre.

”Jag menar, du kan ju inte ha en trött pappa som ligger i soffan och sover 24 timmar om dygnet, det funkar ju liksom inte. De kan ju inte bara ge upp på honom, men det känns som om de har gjort det. De har gjort allting och sagt att det är utdömt.”  
(Lizelotte)

Partners till tre av deltagarna har endast fått farmakologisk behandling. En av deltagarna hade upplevt en oro kring medicineringen och bristen på alternativ som givits. Fyra av deltagarna oroade sig över sin partners generella hälsa.

”Jag är rädd att det ska ta slut för han vill inte mer. Han ringer ibland och säger att han bara ska höra min röst en gång till.” (Gunvor)

En oro för att partners kropp inte skulle klara av medicineringen och för partners brist på sömn, förekom också hos två deltagare. En av deltagarna menade att hon på ett sätt inte oroade sig trots att hon beskrev att hennes deprimerade make ständigt hade smärtor någonstans i kroppen som hindrade honom från att aktivera sig.

”Han vill inte gå, jag får inte ut honom. Man tror att vi skulle kunna ta promenader, men det vill han inte. Alltid är det någonstans som han inte mår bra. Och det är nog inte så farligt, tror jag, som det låter. Det blir en psykisk sak.” (Signe)

Fem av deltagarna upplevde en oro över sin partners framtid och över huruvida partnern överhuvudtaget hade någon framtid eller skulle bli frisk.

”Ska vi sitta och ruttna bort och bara finnas till och låta allting förfalla runtomkring, för det finns ingen kraft.” (Lizelotte)

En oro för den egna framtiden fanns också hos två deltagare. En av dessa menade sig inte ha makt att göra någonting åt situationen. Den andra oroade sig över vad som skulle hända med resten av familjen om partnern inte skulle finnas längre.

## Spänning

Fyra av deltagarna upplevde att deras partner stört deras nattsömn genom att vakna av antingen mardrömmar, gråt- och skrikattacker eller ha allmänt svårt med insomning.

”Det blir varje natt att han går upp och jag vaknar då eftersom vi ligger i samma rum. Jag vaknar och jag vill ju vakna också och ha lite koll på vad som händer.” (Signe)

Stämningen hade varit spänd mellan fem av deltagarna och deras partners som resultat av partners depressiva beteende. Fyra av deltagarna upplevde att gräl förekom i relationen på grund av detta, även om frekventa gräl var ovanligt. En upprördhet på grund av partners depressiva beteende var mycket vanligt och återfanns hos fem av deltagarna. En av dessa menade att hon sällan lät upprördheten gå ut över sin partner eftersom hon egentligen visste att partnern inte bara kunde lösa sina problem och ta tag i sitt liv i en handvändning.

”Jag låter det ganska sällan gå ut över honom, vilket kanske i och för sig inte alltid är rätt. Men när någon redan mår dåligt vill man inte lägga sten på börda, liksom.” (Sofia)

En av deltagarna beskrev att både hennes egen chef och bekanta blivit upprörda på grund av partners depressiva beteende och att samhället inte riktigt tycktes förstå sjukdomen och vad den orsakade.

”Jag vet inte om man tycker att psykisk utbrändhet är en godkänd sjukdom. Folk är ju väldigt så att det de inte ser, finns inte. De tycker att vi ju bara har det bra och går hemma. Men vi går hemma mellan våra fyra väggar och där har vi många demoner som tycker ett och annat kanske. Man är trött, så jäkla trött.” (Lizelotte)

Två av deltagarna beskrev att närmast ingen utanför familjen kände till partners depression och att depressionen doldes för omvärlden. Ingen av deltagarna hade känt sig hotade av sin partner även om en av deltagarna beskrev att partnern hotat med att hoppa ut genom fönstret men samtidigt sagt att han var för feg för att göra det. Tankar på att separera från partnern fanns hos tre av deltagarna.

”Finns där ingenting finns det ingenting att hämta. Och det är ibland att jag har tvivlat på om han vill någonting över huvud taget. Och ser man ingen ljusning någonstans så blir det ju väldigt svårt att tänka sig en framtid med en person.” (Sofia)

## Bördor

Samtliga deltagare hade fått ta ett stort ansvar för sin partners aktivitetsnivå och försökt att uppmuntra till att stiga upp på morgonen, ge tröst och finnas till hands. Aktiviteterna innebar oftast promenader, om så bara fem minuter runt kvarteret, men även sociala aktiviteter utanför hemmet. Fem av deltagarna tyckte att partners depression var, eller hade varit, en börda för dem. En av dessa deltagare menade att den största bördan var att jämlikheten mellan dem var så förändrad och att det var svårt att känna sig som en vuxen till en annan vuxen. Två av deltagarna hade fått uppmuntra partnern till att sköta sin hygien. En av dessa menade att det inte varit så markant utan bara skett ibland, medan den andra beskrev en mer frekvent uppmuntran till dusch och hygien.

”Vi spelade kort ganska länge, men den tiden är förbi. Han säger att han inte kan något.” (Signe)

Tre deltagare hade känt sig tvugna att undersöka att partnern tog sin medicin. Två av dessa upplevde sig vara dosetter åt sina deprimerade makar.

”Jag portionerade upp tablettorna varje dag. Jag var hans dosett. Han fick tablettorna tillsammans med gröt på morgonen. Jag var väldigt bestämd där. Jag fattar inte idag att jag orkade gå vidare när jag tänker på hur jag mådde egentligen.” (Irene)

Ingen av de deltagande upplevde sig vara tvungna att vakta sin partner för att denne inte skulle skada sig själv med avsikt. Tre av de deltagande upplevde trots detta en oro och ville gärna hålla ett öga på sin partner. Att utföra sysslor som partnern brukade sköta innan depressionens inträde, förkom också hos fem av deltagarna. Det kunde gälla hushållssysslor, skötsel av bostad och trädgård eller ekonomi. En av deltagarna menade att detta bidragit till att hon såg sin partner som mindre vuxen.

”På så vis ser jag på honom som mindre vuxen. Min syn på honom har förändrats mest. Inte att jag tappar respekt, men något närliggande. Man tappar tron på honom som en vuxen aktivt agerande person.” (Sofia)

Deltagarna såg sin partners initiativkraft minska och att partnern inte visade intresse för att göra saker som tidigare varit lustgivande eller engagerande. En av deltagarna menade att förutom att det sociala livet avstannat, avstannade även den sexuella närheten och blev icke-existerande. Den egna sociala vardagen hade påverkats negativt av partners depression för



samtliga deltagare. En rädsla för att lämna hemmet eftersom det innebar att inte kunna ha kontroll på vad som hände partnern, förekom hos tre av deltagarna. Två deltagare beskrev att det för dem inte fanns någonting utanför depressionen, utan att deras värld var där deras partner befann sig.

#### Makt/maktlöshet

En frustration och en upplevt maktlöshet över situationen återfanns hos samtliga deltagare. En av deltagarna beskrev det som att ha nått till döds ände och en annan upplevde vanmakt då denne sade sig inte veta åt vilket håll partnerns sjukdom var på väg, om det skulle bli bättre eller sämre eller stanna kvar i det läge som för tillfället rådde.

”Jag tycker att det är fruktansvärt att han ska lida och att jag inte kan gör någonting. Det är ingenting som fungerar när det blir som värst.” (Gunvor)

Två av deltagarna beskrev sig inte kunna göra vad de ville på sin fritid, eller kunna träffa andra människor. En av deltagarna försökte att inte påverkas i sin vardag, men sa att det ändå blev så eftersom hon märkte på sin partner att denne blev gladare då hon kom hem och att hon därför gjorde det så snabbt hon kunde. Upplevelsen av att vara styrd i sin vardag av partnerns depressiva beteende, återfanns således hos samtliga deltagare.

”Jag var ju styrd såtillvida att jag inte kunde göra vad jag ville. Jag hade ingen egen tid utan det kretsade kring familjen. Utanför murarna och väggarna så var det promenader med honom och hämtande och lämnande av barnen, men ingenting annat.” (Irene)

#### Ilska

En ilska gentemot partnern för dennes depressiva beteende förekom hos fyra av deltagarna. Ilskan riktade sig mot att partnern inte gav uppskattning, inte visade entusiasm eller tycktes anstränga sig för att göra någonting åt sin depression.

”Och så kan jag bli arg på att han inte anstränger sig tillräckligt för att lära sig att kommunicera tankar och känslor kring vår relation eller som han har själv. Och för att han inte själv gör någonting åt sin egen situation.” (Lizelotte)

Fyra av deltagarna beskrev sig få ta emot ilska från partnern som var riktad emot dem, även om upplevelsen oftast var att de själva satt igång ilskan, eller startat konflikten.

## Skuld och skam

Upplevelsen av att själv ha del i att ha orsakat sin partners depression fanns hos två av deltagarna, medan de andra menade att orsaken till depressionen låg utanför de själva.

”Hade jag inte haft min egen sjukdom så hade han aldrig behövt jobba så mycket som han gjorde och då hade han inte behövt ha den här sjukdomen. Jag ser det som att jag är en del i skulden för att han mår som han mår.” (Lizelotte)

Fem av deltagarna upplevde att partnern själv bar ansvaret för sitt depressiva beteende. En deltagare menade sig ibland tänka att det är möjligt att tvinga sig själv att göra en aktivitet även om man inte vill, även om hon samtidigt förstod att det var svårt för partnern. Två av deltagarna upplevde att partnern ibland hade en ovilja att ta sig ur depressionen, eftersom vederbörande inte tog åtgärder för att förbättra sin egen situation. En av deltagarna menade att partnern egentligen ville ta sig ur depressionen, men var skeptisk till aktiviteter.

”Han ville ju, men var skeptisk för han sa att han bara ville bli bra. Då fick jag kontra med att han, för att kunna bli bra, måste hjälpa sig själv med sina små mål; äta, piller och promenader. Och ville han inte gå kunde jag försöka med i alla fall fem minuter.” (Irene)

En upplevd skam inför omvärlden för sin partners depressiva beteende återfanns hos två av deltagarna. Skammen uppstod i sociala situationer eller i samband med att partnern blivit inlagd på psykiatrisk avdelning.

## Egna symptom

Samtliga deltagare upplevde en egen nedstämdhet eller tecken på depression. Tecken som återfanns hos deltagarna var trötthet, irritation, en upplevelse av att vara hämmad och inte ta sig för att göra saker, att sakna motivation samt avsaknad av entusiasm.

”Ja, som en trötthet på livet. Jag blir så att säga inte entusiastisk för någonting. Det finns inget mål längre som kan engagera mig. Jag gör det så uthärdligt som möjligt.” (Kenneth)

## Kommunikation

Kommunikationen med partnern hade förändrats för samtliga deltagare efter depressionens inträde. Vanligt var att själv få inleda eller ta ansvar för samtal och

kommunikation i vardagen eftersom den deprimerade partnern inte själv tog initiativ till samtal. Tre av deltagarna menade att de ofta satt tysta tillsammans med sin partner. Två av deltagarna upplevde att det inte fanns möjlighet att diskutera saker med partnern, då denne endast gav svar på korta meningar.

”Man måste verkligen lägga undan tid för att kunna prata om något viktigt, flera timmar. Eventuellt om man har tur så kommer det ut något, om jag lyckas ställa rätt frågor.” (Sofia)

### Socialt stöd

Fyra av de deltagande upplevde sig ha stöd från vänner och bekanta även om dessa ibland reagerat mycket olika på situationen. Ingen av deltagarna upplevde sig ha blivit utfrusen från vänkretsen eller andra närstående på grund av sin partners depression. En av deltagarna beskrev sig inte kunna förstå vad alla människor pratar om hela tiden. Att uppleva sig som socialt isolerad var ett tema som återfanns hos fem av deltagarna.

”Jag kan ju inte sitta och prata om väder och vind. Jag förstår inte vad alla människor pratar om hela tiden. Så kände jag nog inte innan min mans depression.” (Lizelotte)

### Copingstrategier

Tre av deltagarna beskrev att de ägnade sig åt dagdrömmar eller fantasier då de befann sig i sällskap av sin deprimerade partner. En av deltagarna fantiserade om att familjen skulle kunna ha en hund och om att hon och hennes partner skulle gifta sig och hur det skulle vara. En annan av deltagarna funderade över tekniska problem och matematik och ännu en av deltagarna dagdrömde och fantiserade om nunnor som kunde ta hand om och vårda henne.

”Jag tänkte många gånger att jag skulle vilja gå till ett kloster. Jag skulle vilja ha en massa nunnor runt omkring som tog hand om mig. Något ställe där jag skulle finna sinnesro, snälla nunnor som kanske kunde ta hand om mig någonstans” (Irene)

Fem av deltagarna tyckte om att vara fysiskt nära sin partner och upplevde att denne även ville bli vidrörd. För dessa deltagare var fysisk kontakt mycket viktigt och de beskrev att de försökte upprätthålla en närhet och krama och smeka sin partner. En av deltagarna menade att det var detta som höll uppe relationen.

### Sammanfattning av resultatet

Samtliga deltagare rapporterade ett större mått av oro på grund av partners depression. Denna oro tyngde de deltagande och de upplevde sig vara mer lättirriterade, trötta, maktlösa och upprörda. Deltagarna upplevde att partners depression bidrog till en spänning mellan de själva och partners. Samtliga deltagare beskrev att de tog ett stort ansvar för sin partners aktivitetsnivå under depressionen och att deras egen sociala vardag påverkades negativt genom att de upplevde sig vara styrda av sin partners depressiva beteende. Att utföra sysslor som partners brukade sköta innan depressionens inträde var mycket vanligt förekommande hos deltagarna. En egen nedstämdhet rapporterades av samtliga deltagare.

## Resultatdiskussion

### *Kritik och orsaksattributioner*

Studien fann att deltagarna till hög del var benägna att tillskriva den sjukes symptom och negativa beteenden till faktorer som var personliga för, samt kontrollerbara av, den sjuke själv. Deltagarna i studien upplevde ofta att den deprimerade var ansvarig för sitt depressiva beteende. I Hooley och Licht (1997) var deltagarna ofta starkt kritiska gentemot sina partners. I denna studie framkom att de deltagare som placerade sjukdomen utanför partners egen kontroll var de deltagare som i andra sammanhang beskrev sig vara mer toleranta. Detta går i linje med vad Hooley och Licht (1997) fann i sin studie kring uttryckta känslor och orsaksattributioner. Åldern hos deltagarna i förhållande till attributionsstil framkom som ickerelevant genom intervjuerna. Liksom van Wijngaarden et al. (2004) fann, tenderade de anhöriga som själva vårdade sin partner i hemmet att uppleva mer egen skuld för att ha orsakat eller vara del i depressionen.

### *Bristande kommunikation och intimitet*

I linje med vad Ramirez Basco et al. (1992) fann, uppgav deltagarna att de hade svaga copingstrategier i relation till kommunikation och problemlösning. Fyra av deltagarna beskrev irritation som ofta förekommande från både sitt eget och partners håll. Detta är i linje med att deltagarna rapporterade en starkt bristande kommunikation där tystnaden ofta tagit över eller där deltagarna själva fick bära hela kommunikationsansvaret. Många av deltagarna i studien upplevde en spänd miljö i hemmet som resultat av den bristande kommunikationen, liksom Ramirez Basco et al. (1992) menade. Deltagarna beskrev att relationen hade blivit källan till den spända miljön och att de upplevde att det var behagligare att vistas i hemmet när partners inte var där. De behövde då inte anstränga sig för att inte säga saker som kunde uppröra partners eller för att få partners att ingå i ett samtal. Det som Hooley et al. (1986) fann var att

den friska partners beteende kan ha en negativ inverkan på den sjuke och genom det påverka äktenskapet eller relationen negativt. Resultatet i denna studie visade att detta förekom hos deltagarna i termer av att den deprimerade partnern genast sade sig "se igenom" om deltagaren försökte vara extra positiv till exempelvis en aktivitet. Partnern blev då ovillig att genomföra den föreslagna aktiviteten. I linje med Hooley et al. (1986) kan från studiens resultat antagas att många av de deltagande sällan var överens med sina partners. Detta då det ur resultatet framkom att flera deltagare kunde bli irriterade på sina deprimerade partners för att dessa inte tog sig för att göra någonting åt sin situation. Samtliga deltagare upplevde även att de ständigt fick uppmuntra partnern till aktivitet. I linje med Mandal (1986) fann studien att deprimerade partners av anhöriga upplevdes ha en försämring i social förmåga. Relationerna beskrevs till stor del reflektera en negativ social interaktion. Angående vad Bullock et al. (1972) kom fram till då de studerade deprimerade kvinnor, fann studien att inte enbart kvinnliga utan även manliga deprimerade partners hade svårt för att diskutera sina känslor, drog sig undan eller blockerade kommunikationen.

#### *Påverkan på den friska partners liv*

Rollerna som de deltagande haft i relationen med partnern och gentemot denne innan partners insjuknande, såg för samtliga deltagare annorlunda ut efter depressionens inträde. För flera av deltagarna förändrades tillvaron till mycket stor del, i linje med vad van Wijngaarden et al. (2009) fann. Samtliga deltagare påverkades av sin partners depression i olika hög grad på olika områden i tillvaron. Samtliga deltagare upplevde själva symptom på depression eller nedstämdhet, symptom som även beskrivits av Coyne et al. (1987) hos personer i relation med en deprimerad partner. Deltagarna upplevde, liksom Fadden et al. (19987a) visade, begränsningar beträffande sociala aktiviteter och möjlighet till egen fritid. Trötthet återfanns hos flera av deltagarna och härstammade från oro för den sjuke samt den sjukes bristande aktivitetsnivå, i linje med vad som presenterades av Jacob et al. (1987).

#### *Bördor*

Utifrån resultatet av intervjuerna kan samtliga av de deltagande antas uppleva ett stort mått av psykiska bördor på grund av partners depressiva beteende. Fem av de deltagande benämnde även depressionen som en börda. Detta föreslås vara mycket vanligt förekommande bland partners till deprimerade (Coyne et al., 1990; Fadden et al., 1987a; Jacob et al., 1987). Beroendeförhållandet i relationen kan sägas ha förändrats för fem av de deltagande, utifrån intervjuerna. Benazon och Coyne (2000) drog slutsatsen att denna

förändring i beroendefaktorn var starkt förekommande i relationer där den ena parten har en depressionssjukdom. De bördor som beskrevs av Benazon och Coyne (2000) samt Coyne et al. (1987) återfanns hos de deltagande i studien. Genans, upprördhet över partners låga aktivitetsnivå, egen brist på energi, oro, avbrott i familjerutiner och tillbakadragande från sociala aktiviteter beskrevs av deltagarna. Studien fann inte en tendens till oro kring att övriga familjemedlemmar kände sig ouppmärksammade, hos de deltagare som hade barn. I linje med vad Ramirez Basco et al. (1992) rapporterade, fick deltagarna i studien till stor del överta ansvar för andra sysslor än vad dessa tidigare haft ansvar för, i och med depressionens inträde. Fem av deltagarna beskrev sig ha fått överta hushållssysslor som partnern tidigare utfört eller hjälpt till med att utföra, ansvar för eventuella barn, skötsel av bostad och trädgård eller ansvar för ekonomin. En frustration upplevdes hos samtliga av deltagarna och fyra av dem beskrev en ilska som var riktad emot den deprimerade partnern. Detta är i linje med vad som beskrivs av Fadden et al. (1987b). Fem av de deltagande upplevde en oro över partners framtid och över huruvida denne skulle komma att tillfriskna. Detta är fler än vad Schene et al. (1994) kom fram till då denna upplevelse kunde påträffas hos omkring hälften av deltagarna. Omkring en fjärdedel av deltagarna som Schene et al. (1994) studerade fick uppmuntra den sjuke till aktivitet och oroade sig över den sjukes behandling. Här skiljer sig resultatet från denna studie där samtliga deltagare fick uppmuntra den sjuka partnern till aktivitet och fyra av de deltagande oroade sig över partners behandling. Vägas in bör att denna studie är av betydligt mindre omfång än den studie som utförts av Schene et al. (1994), men skillnaden är trots detta nämnvärd. Studiens resultat är mer i linje med van Wijngaarden et al. (2004) som fann att omkring hälften av de anhöriga till personer med depression hade dessa upplevelser. Till skillnad från denna studie där alla utom en deltagare hade upplevelsen av en spänning mellan sig själva och partnern som resultat av partners depressiva beteende, rapporterade van Wijngaarden et al. (2004) detta hos en tredjedel av deltagarna. I linje med vad van Wijngaarden et al. (2004) kunde påvisa, fann även denna studie att upplevda hot och assistans med hygien hörde till ovanligheterna bland de deltagande.

### *Makt och rädsla*

Hos de deprimerade kvinnor som intervjuades av Bullock et al. (1972) kunde påvisas att dessa ofta kontrollerade maken genom depressionssymptomen. Utifrån resultatet från intervjuerna kan sägas att samtliga deltagare upplevde sig vara styrda i sin vardag av partners depressiva beteende. Påvisas kan upplevelser bland deltagarna kring att undvika att föreslå aktiviteter, medvetet trycka undan känslor och inte låta befogad upprördhet gå ut över

partnern och inte anse sig kunna lämna hemmet av rädsla för att partnern kan skada sig eller råka illa. En upplevelse av att inte kunna göra vad de själva ville på sin fritid återfanns också hos deltagarna. Studien fann även tendensen bland de deltagande att skynda sig tillbaka till hemmet och partnern efter en aktivitet, då partnern vid deltagarens hemkomst tycktes bli gladare. Flera av deltagarna upplevde sig även själva vara skyldiga till att partnern ibland uttryckte ilska mot dem, och menade att det då oftast var de själva som satt igång ilskan eller konflikten. Att ta på sig den skulden skulle kunna tolkas som en rädsla för att uppröra partnern då detta kunde medföra att partners mående försämrades ytterligare.

### *Stress och copingstrategier*

En frustration och en upplevd maktlöshet över situationen återfanns hos samtliga deltagare. Samtliga deltagare upplevde även en egen nedstämdhet eller tecken på depression. Detta resultat är i linje med de fynd Spangenberg och Theron (1999) gjort som visade på att depressionssymptom är vanligt förekommande hos partners till deprimerade individer. Fem av deltagarna uppgav att de ville och uppskattade att vara fysiskt nära sina partners. Tre av deltagarna ägnade sig åt fantasier eller dagdrömmar då de befann sig i sällskap av sin partner. Till skillnad från vad Spangenberg och Theron (1999) rapporterade, kom denna studie fram till att undvikande copingstrategier eller undvikande av partners depression genom fysisk och psykisk tillbakadragenhet, inte var element som nödvändigtvis behövde vara närvarande för att den anhörige skulle uppleva maktlöshet eller egna tecken på depression. Deltagarna kan utifrån intervjuresultatet antagas ha accepterat partners depression. Ingen av de deltagande beskrev ett undvikande beteende gentemot den deprimerade partnern, även om ett antal av deltagarna ägnade sig åt dagdrömmar eller fantasier i sällskap av partnern. Oro rapporterades i hög grad bland deltagarna vilka även ofta sade sig uppleva frustration över situationen med den deprimerade partnern. Detta kunde förväntas enligt Halgin och Lovejoy (1991). Oro och upplevelsen av depressiva symptom hos deltagarna själva kan, enligt Lovibond och Lovibond (1995) samt Lazarus (1993), sägas karaktärisera stress hos dessa individer.

### Metoddiskussion

Att kvalitativa forskningsintervjuer använts för att uppnå studiens syfte att undersöka upplevelsen av en partners depression och hur denna kompenseras för i relationen, är en fördel då denna typ av intervjuer genererar en förståelse för de individer studien undersöker (Kvale, 1997). Genom intervjuerna har deltagarnas subjektiva upplevelser kunnat komma

fram. Zoglowek (1999) skriver att trots att kvalitativ intervju är en av de mest etablerade och använda metoderna i dagens pedagogiska forskning, finns fortfarande en diskussion kring vetenskaplig status hos en intervju av det slaget. Trots allt talar man i tematisk analys om den subjektiva upplevelsen. Det kan reflekteras kring hur subjektiv en upplevelse blir efter tolkning av en utomstående part, trots att denne tagit till en metod för att sätta sig in i materialet på bästa sätt. Zoglowek (1999) menar att balansen mellan det subjektiva och forskarens tolkning och analys är möjlig genom användandet av en tematisk analys där forskaren sätter sig in i och bearbetar materialet på djupet. Studiens resultat kan användas för att generera nya idéer och teorier kring upplevelsen av en partners depression. Resultaten kan vara användbara i behandlingsinsatser för anhöriga eller vid möten med individer i relation med en deprimerad partner.

### *Rekrytering och samexisterande diagnoser hos den sjuke*

Deltagare eftersöktes genom ett flertal olika forum. Att deltagarna eftersökts via olika media samt via tredje personer kan bidra till olika hög motivation till att delta i studien, vilket har kunnat generera mindre utvecklade svar. Det är möjligt att de deltagare som själva tagit initiativ till att delta i studien i högre grad upplevt sig vara motiverade till detta. Diskuteras kan även lämpligheten i att låta en tredje person hjälpa till med rekrytering av deltagare till studien, då det innebär att dessa personer kommer att känna till den deltagandes identitet. Eventuellt kan det bidra till att denna grupp av deltagare känt sig hämmade i sina svar, då de vet att någon känner till deras medverkan. Att deltagarna ska kunna uppleva en trygghet i deltagandet, har eftersträvat genom att forskaren uttryckt sig inte ha behov av deltagares identitet om dessa inte själva önskar. Denna information har givits till de tredje personer som hjälpt till vid rekryteringen och kan antagas ha förmedlats till de deltagande, även om detta inte kan sägas vara ett faktum. Samtliga deltagare har valt att ge sina kontaktuppgifter till forskaren. Åldersspannet bland de deltagande har varit brett. Detta har kunnat påverka resultatet och möjligt är att ett annat resultat uppnåtts om en snävare åldersgrupp undersökts.

Vid rekryteringen gavs information om att personer som innehar ett aktivt drog- eller alkoholmissbruk inte kan delta i studien eftersom ett aktivt missbruk kan störa den information som kommer fram i intervjun, eller bidra till att denna blir bristfällig. De deltagande förväntades i nuet leva med en deprimerad partner, samt ha befunnit sig i relationen med den sjuke och levat tillsammans i samma bostad under minst tre år innan depressionens inträde. Den deltagandes partner skulle även ha fått, eller i nuet få, behandling



för måttlig till svår depression under relativt lång tid. Den primära diagnosen hos den sjuke skulle vara depression. Vid första kontakten med de potentiella deltagarna önskade forskaren försäkra sig om att kriterierna för deltagande i studien uppfylldes. De frågor som forskaren ställde kring detta var bristfälliga och under intervjuerna framkom att tre av deltagarna ej uppfyllde kriterierna. Dessa undantag var att partnern tillfrisknat från depressionen för en längre tid sedan, att den deltagande ej levat under samma tak som partnern den tid som efterfrågats samt att partnern led av annan diagnos som i nuläget bidrog till att depressionen inte kunde sägas vara primär diagnos. Trots detta valde forskaren att inkludera dessa deltagare eftersom antalet annars skulle halverats och inte blivit tillräckligt för att genomföra studien. Medveten om de icke uppfyllda kriterierna strävade forskaren under intervjuerna mot att rikta in den deltagande på den tid då partnern antingen varit deprimerad eller då depressionen kunnat sägas vara primär diagnos. Vid annan diagnos kan svårigheten i att skilja symptom från denna från symptom som härstammar från depressionen vara av hög vikt för resultatet. Forskaren har under intervjun försökt att betona att själva depressionen är i fokus.

### *Intervjuer*

Frågorna i intervjuguiden har tagits fram och satts samman med utgångspunkt i både litteratur och forskarens egna intressen. Det har eftersträvat att frågorna ska vara enkla att förstå och inbjuda till ett resonemang hos deltagaren. Då intervjuerna genomfördes blev märkbart att vissa frågor kunde tolkas på ett brett sätt och därmed generera olika fokus i svaren. Gemensamma teman och nämnare har genom analysen av intervjuerna kunnat plockas ut, trots detta faktum. Varje intervju rörde sig mellan ca 45-75 minuter, beroende på hur deltagarna utvecklade sina svar. Diskuteras kan deltagarnas eventuella olika förmåga att uttrycka sina upplevelser och känslor i ord och hur det påverkar resultatet. Grad av vilja att delta i intervjun kan även spela in i sammanhanget, då deltagarna rekryterades båda via annonsering och eget initiativ till deltagande och genom att tillfrågas av en tredje person. Samtliga intervjuer innehöll flera känslomässigt starka sekvenser och forskaren uppfattade intervjupersonerna som villiga att delge sina upplevelser kring partners depression. Då vissa av intervjuerna i början tedde sig mer ytligt inriktade, djupnade innehållet i utsagorna ju längre intervjun fortskred. Dessa deltagare tycktes då i högre grad kunna hänge sig åt att sätta ord på sina upplevelser, som av forskaren i många fall uppfattades som smärtsamma och svåra.

### *Transkribering och analys*

Transkribering av samtliga intervjuer gjordes löpande av forskaren efter att dessa utförts. Att transkribera materialet var dels i linje med analysmetoden, men föreföll ändå vara självklart då arbetet underlättade en förståelse och inläsning av materialet. Samtliga intervjuer har transkriberats i sin helhet, med undantag av episoder som ej berört intervjufrågorna eller ämnet i sig. Detta har bedömts av forskaren. Det transkriberade materialet förvarades på ett sådant sätt att ingen utomstående hade tillgång till detta.

### Etiska överväganden

Deltagare som rekryterats via tredje person har vid mottagande av information kring studien meddelats att varken namn eller andra kontaktuppgifter än mailadress behöver ges till forskaren. Detta för att skydda de deltagande från att känna sig exponerade. Samtliga deltagare har samtyckt till att forskaren även fått ta del av övriga kontaktuppgifter, utöver mailadress.

Överväganden har gjorts kring eventuell psykisk smärta som kan åsamkas deltagarna i stunden vid återkallande av minnen och blottande av eventuella svåra, känslofyllda upplevelser. Forskaren har genom sin utbildning fått färdigheter i att hantera eventuella svårigheter av denna art. Den eventuella smärta som kan uppkomma efter intervjuens slut är inte möjlig för forskaren att ta hand om. Deltagarna kan på ett nytt sätt komma att fundera över frågor som rör relationen till sin deprimerade partner och hur de själva upplever denna. Detta kan väcka frågor och samtalsstöd kan komma att behövas. Den deltagandes insjuknade partner kan uppleva ett utanförskap då denne inte deltar i intervjun. Risken kan förhoppningsvis minskas genom att de deltagande, då uppsatsen färdigställts och publicerats, sänds en länk till denna per email eller mottager uppsatsen via post. Båda parter kan på så vis ta del av det sammanställda resultatet.

### Framtida forskning

Som ett alternativ till terapi exklusivt inriktad mot den deprimerade och dennes tillfrisknande, bör uppmärksamhet även med fördel riktas mot de bördor och den last som bärs och upplevs av den icke deprimerade parten. Fyndet att partners till deprimerade är tyngda under bördor som ett resultat av relationen och samlevnaden med den sjuke, visar på att kostnaden av en depression inte endast sträcker sig till den deprimerade utan även drabbar partnern. Detta kan innebära stora konsekvenser för familjen då dennes funktionalitet och eventuella barns välmående beror på anpassningen och tillgängligheten hos den friska parten

(Downey & Coyne, 1990, refererat i Benazon & Coyne, 2000). Den tyngd och de bördor som upplevs av den friska parten skulle, menar Benazon och Coyne (2000), kunna avhjälpas genom en omfördelning av rollerna i dyaden. De antar även att en av anledningarna till dessa bördor är att den friska parten låter sin egen tillvaro bero på den deprimerade personens funktionsnivå. Detta är ett ämne för framtida forskning att titta närmare på. Ytterligare ämnen att utforska är vad det innebär om kriterierna för deltagande i en studie lik denna skulle vara antingen mer inkluderande eller mer specifika. Skulle andra resultat uppnås? Spelar relationens varaktighetstid innan depressionens inträde roll för vilka upplevelser den friska parten har av situationen? Spelar deltagarnas ålder in i upplevelsen av partners depression? Att utföra en kvalitativ intervjustudie som undersöker skillnaden mellan män och kvinnors upplevelse av en partners depression kan göras. Att vidare utforska möjligheten att överta roller och sidor som den insjuknade haft innan depressionens inträde med mer specifikt inriktade frågor behöver även detta byggas och tittas närmare på.

#### Slutsatser

Upplevelsen av en partners depression präglades av ett stort mått av oro, maktlöshet och irritation hos de deltagande. Deltagarna upplevde sig vara tyngda under bördor och ha en minskad frihet till ett eget socialt liv på grund av partners depressiva beteende. Deltagarna sade sig ta över uppgifter, främst i hemmet, som den insjuknade tidigare haft ansvar för och beskrev sig som tröttare än innan depressionens inträde. Vissa deltagare beskrev att det ömsesidiga omhändertagande som tidigare funnits i relationen inte längre fanns på grund av depressionen. Den roll som flertalet av deltagarna sade sig ha haft i relationen innan depressionen hade istället förändrats till att bli mer omhändertagande. Deltagarna övertog sätt att agera som den insjuknade haft i hemmet vilka främst rörde skötsel av hushåll, ekonomi, bostad och trädgård. Deltagarna själva upplevde en egen nedstämdhet på grund av partners depression.

## Referenser

- American Psychiatric Association. (2002). *MINI-D IV diagnostiska kriterier enligt DSM-IVTR*. Kristianstad: Pilgrim Press.
- Beach, S. R. H., Whisman, M. A., & O'Leary, K. D. (1994). Marital therapy for depression: Theoretical foundation, current status, and future directions. *Behavior Therapy*, 25, 345-371.
- Benazon, N. R., & Coyne, J. C. (2000). Living With a Depressed Spouse. *Journal of Family Psychology*, 14(1), 71-79. doi:10.1037//0893-3200.12.1.71
- Ben-Zur, H., & Zeidner, M. (1988). Sex differences in anxiety, curiosity, and anger: A cross-cultural study. *Sex Roles*, 19, 335-347.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: thematic analysis and code development*. Sage.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. (3), 77-101.
- Brown, G., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. New York: Free Press.
- Bullock, C. R., Siegel, R., Weissman, M., & Paykel, E. S. (1972). The Weeping Wife: Marital Relations of Depressed Women. *Journal of Marriage and The Family*, (August), 488-495.
- Chakrabarti, S., Kulhara, P., & Verma, S. K. (1992). Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 86, 247-252.
- Christensen, A., & Shenk, J. L. (1991). Communication, conflict, and psychological distance in nondistressed, clinic, and divorcing couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 458-463.
- Coyne, J. C, Burchill, S. A. L., & Stiles, W. B. (1990). An interactional perspective on depression. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology* (pp. 327-349). New York: Pergamon.
- Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. B., & Greden, J. F. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 347-352.

- Dew, M. A., & Bromet, E. J. (1991). Effects of depression on support in a community sample of women. In J. Eckenrode (Eds.), *The social context of coping* (pp. 189-219). New York: Plenum.
- Du Rocher Schudlich, T. D., Papp, L. M., Mark Cummings, E. (2011). Relations Between Spouses' Depressive Symptoms and Marital Conflict: A Longitudinal Investigation of the Role of Conflict Resolution Styles. *Journal of Family Psychology, 25*(4), 531-540.
- Dyck, D., Short, R., & Vitalino, P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic Medicine, 61*, 411-419.
- Fadden, G., Bebbington, P., & Kuipers, L. (1987a). The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry, 150*, 285-292.
- Fadden, G., Bebbington, P., & Kuipers, L. (1987b). Caring and its burdens: a study of the spouses of depressed patients. *British Journal of Psychiatry, 151*, 660-667.
- Foster, P. (2012). Inside. *Ploughshares, 38*(2), 49-61.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Goering, P., Lancee, W., & Freeman, L. (1992). Marital support and recovery from depression. *British Journal of Psychiatry, 160*, 76-82.
- Gotlib, I. H., & Whiffen, V. E. (1989). Depression and marital functioning: An examination of specificity and gender differences. *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 23-30.
- Halgin, R. P., & Lovejoy, D. W. (1991). An integrative approach to treating the partner of a depressed person. *Psychotherapy, 28*, 251-258.
- Heru, A. M., & Ryan, C. E. (2004) Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders, 83*, 221-225.
- Hooley, J. M. (1986). Expressed emotion and depression: Interactions between patients and high versus low-expressed-emotion spouses. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 237-246.
- Hooley, J. M., & Licht, D. M. (1997). Expressed Emotion and Causal Attributions in the Spouses of Depressed Patients. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 298-306.
- Hooley, J. M., Orley, J., & Teasdale, J. D. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry, 148*, 642-647.
- Hinchcliffe, M., Hooper, D., & Roberts, F. J. (1978). *The melancholy marriage*. New York: Wiley.

- Jacob, M., Frank, E., Kupfer, D. J., & Carpenter, L. L. (1987). Recurrent depression: an assessment of family burden and family attitudes. *Journal of Clinical Psychiatry, 10*, 395-400.
- Jacobson, N. S., & Anderson, B. A. (1982). Interpersonal skill and depression in college students: An analysis of the timing of self-disclosures. *Behavior Therapy, 13*, 271-282.
- Jenkins, J. H., Schumacher, J. G. (1999) Family burden of schizophrenia and depressive illness: specifying the effects of ethnicity, gender and social ecology. *British Journal of Psychiatry, 174*, 31-38.
- Johnson, S. L., & Jacob, T. (1997). Marital Interactions of Depressed Men and Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(1), 15-23.
- Kessler, R. C, McLeod, J. D., & Wethington, E. (1985). The costs of caring: A perspective on the relationship between sex and psychological distress. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research and applications* (pp. 491-506). Dordrecht, The Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Krantz, S. E., & Moos, R. H. (1987). Functioning and Life Context Among Spouses of Remitted and Nonremitted Depressed Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(3), 353-360.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology, 44*, 1-21.
- Leff, J. & Vaughn, C. E. (1985). *Expressed emotion in families*. New York: Guilford Press.
- Linden, M., Hautzinger, M., & Hoffman, N. (1983). Discriminant analysis of depressive interactions. *Behavior Modification, 7*, 403-422.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 335-343.
- Mandal, M. K. (1986). Judgement of facial affect among depressives and schizophrenics. *British Journal of Clinical Psychology, 25*, 87-92.
- Merikangas, K. R., Bromet, E. J., & Spiker, D. G. (1983). Assortative mating, social adjustment, and course of illness in primary affective disorder. *Archives of General Psychiatry, 40*, 795-800.

- Merikangas, K. R., Prusoff, B. A., Kupfer, D. J., & Frank, E. (1985). Marital adjustment in major depression. *Journal of Affective Disorders, 9*, 5-11.
- Mitchell, R. E., Cronkite, R. C., & Moos, R. H. (1983). Stress, coping and depression among married couples. *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 433-448.
- Muscroft, J., & Bowl, R. (2000). The impact of depression on caregivers and other family members: implications for professional support. *Counselling Psychology Quarterly, 13*, 117-134.
- Patton, M. Q. (1990) *Qualitative evaluation and research methods*, 2nd ed. Sage.
- Padesky, C. A., & Hammen, C. L. (1981). Sex differences in depressive symptom expression and help-seeking among college students. *Sex Roles, 7*, 309-320.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. R., Clarkin, J. F., Raue, P., & Sirey, J. (2001). Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*, 31-37.
- Ramirez Basco, M., Prager, K. J., Pita, J. M., Tamir, L. M., & Stephens J. J. (1992). Communications and Intimacy in the Marriages of Depressed Patients. *Journal of Family Psychology, 6*(2), 184-194.
- Roulston, K. (2001) Data analysis and 'theorizing as ideology'. *Qualitative Research, 1*, 279-302.
- Schene, A. H., Tessler, R. C., & Gamache, G. M. (1994) Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 29*, 228-240.
- Spangenberg, J. J., & Theron, J. C. (1999). Stress and Coping Strategies in Spouses of Depressed Patients. *The Journal of Psychology 133*(3), 253-262.
- Struening, E. L., Stueve, A., Vine, P., Kreisman, D. E., Link, B. G., & Herman, D.B. (1995) Factors associated with grief and depressive symptoms in caregivers of people with serious mental illness. *Research in Community and Mental Health, 8*, 91-124.
- van Wijngaarden, B., Koeter, M., Knapp, M., Tansella, M., Thornicroft, G., Vázquez-Barquero, J-L., & Schene, A. (2009). Caring for people with depression or with schizophrenia: Are the consequences different? *Psychiatry Research, 169*, 62-69.
- van Wijngaarden, B., Schene, A. H., & Koeter, M. W. J. (2004) Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders, 81*, 211-222.
- Vaughn, C E., & Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of

psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients.

*British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.

Zoglowek, H. (1999). Thematic analysis. A procedure to analyse qualitative interviews.

*Nordisk Pedagogik*, 19, 156-167.



## Bilaga 1, Mailutskick

”Hejsan!

Mitt namn är Sanna Hansson och jag kontaktar dig inför min psykologexamensuppsats som jag kommer att skriva under hösten. Ämnet för studien är upplevelsen av en partners depression och hur man kompenserar för denna i relationen/äktenskapet. I samband med uppsatsen söker jag deltagare för individuella intervjuer i Skåne med omnejd då jag utbildar mig vid Lunds universitet. Deltagarna ska vara partners i relation med en deprimerad man eller kvinna. Jag skulle mycket uppskatta din hjälp med att komma i kontakt med berörda. Kanske kan era kuratorer, läkare och psykolog ha någon i åtanke eller vara villiga att lägga information vid sina rum?

Jag bifogar ett bredare informationsbrev om studien som även är tänkt att ges till potentiella deltagare.

I litteraturen finns en stor brist på kvalitativa intervjustudier kring upplevelsen av, samt kompensationen för, en partners depression. Det är därför viktigt att öka kunskapen om detta område för att ytterligare kunna förbättra det stöd och den hjälp som erbjuds människor nära en individ som insjuknat i depression.

Jag ser fram emot ditt svar, din hjälp är mycket värdefull!

Kontakta mig antingen via: [dep.intervjustudie@outlook.com](mailto:dep.intervjustudie@outlook.com)

eller sök mig gärna på telefon: 0703 61 55 38.

Stort tack på förhand och vänliga hälsningar

Sanna Hansson

Psykologprogrammet

Lunds universitet”

## Lever Du i en relation med en person som för tillfället befinner sig i en måttlig-svår depression?

Vill Du medverka i en intervjustudie som undersöker upplevelsen av en partners depression, samt hur man som andra part kompenserar för denna i relationen eller äktenskapet?

Under hösten skriver jag min examensuppsats som kommer att handla om just detta och tar sedan min examen som psykolog vid Lunds universitet i början av 2014.

Ett antal partners som lever i relation med en person som för tillfället befinner sig i en måttlig-svår depression sökes nu till individuella intervjuer som kommer att äga rum i oktober 2013.

Intervjuerna kommer att ske antingen i Lunds universitets lokaler, eller på annan avtalad plats/ort som passar den deltagande bättre. Intervjuerna beräknas ta 45-60 minuter.

Både män och kvinnor sökes.

Som deltagare väntas Du ha befunnit dig i relationen med den sjuke och levat tillsammans i samma bostad under minst 3 år innan depressionens inträde. Den sjuke ska ha fått, eller får, behandling (terapi eller psykofarmaka) för måttlig-svår depression under relativt lång tid.

Den primära diagnosen hos den sjuke ska vara depression. Personer med aktivt alkohol eller drogmissbruk kan dessvärre inte delta i studien.

Anonymitet och största möjliga konfidentialitet garanteras. Uppgifterna från intervjuerna kommer att förvaras på ett sådant sätt att de inte kan hamna i obehörigas händer och deltagarna kommer inte att kunna identifieras i den färdiga rapporten.

Är Du intresserad av att delta?

Föredrar Du att kontakta mig via mail så skicka Din intresseanmälan till [dep.intervjustudie@outlook.com](mailto:dep.intervjustudie@outlook.com) eller sök mig gärna på telefon [0703 61 55 38](tel:0703615538).

Tillsammans kan vi öka kunskapen kring detta område för att ytterligare förbättra det stöd och den hjälp som erbjuds människor nära en individ som insjuknat i depression.

Stort tack på förhand!

Sanna Hansson  
Psykologprogrammet  
Lunds universitet

## Bilaga 3, Samtyckesformulär

### Samtyckesformulär

Angående de uppgifter som lämnats i samband med intervju, datum: \_\_\_\_\_, kommer sekretesslagen att gälla. Uppgifterna från intervjun kommer att förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte har tillträde till materialet. Den deltagande kommer inte att kunna identifieras i den färdiga rapporten. Samtyckesformuläret arkiveras av forskningspersonen.

Hälsa- och sjukvårdslagen kommer att beaktas.

Deltaganden får del av den färdiga rapporten via länk som skickas till den deltagandes mailadress:

.....

- Jag bekräftar att jag fått denna skriftliga samt annan muntlig information om forskningsstudien.
- Jag ger mitt samtycke till att delta i studien och vet att mitt deltagande är helt frivilligt.
- Jag är medveten om att jag när som helst och utan förklaring kan avsluta mitt deltagande.

.....

Datum                      Deltagandes namnteckning                      Namnförtydligande

Undertecknad forskningsperson har gått igenom och förklarat studiens syfte för ovanstående deltagare samt erhållit deltagandens samtycke.

.....

Datum                      Namnteckning                      Namnförtydligande

## Bilaga 4, Intervjuguide

Anhörigs ålder:

Deprimerade partens ålder:

Antal personer i hushållet (varav barn):

Den sjukes depression

- Längd
- Depression tidigare
- Andra diagnoser?
- Behandlingstyp
- Bor i samma hus?

Relationen

- Hur skulle du beskriva din partner innan depressionens inträde?
- Hur skulle du beskriva dig själv innan depressionens inträde?
- Hur skulle du beskriva relationen innan depressionens inträde?
- Hur skulle du beskriva din del i relationen innan den sjukes depression?
- Hur skulle du beskriva din del i relationen efter att din partner insjuknat i depression?
- Har du upplevt förändringar hos dig själv sedan din partner insjuknat i depression? Vilka?

Oro

- Oroar du dig över din partners säkerhet?
- Oroar du dig över den behandling din partner får?
- Oroar du dig över din partners generella hälsa?
- Oroar du dig över din partners framtid?
- Oroar du dig över din egen framtid?

Spänning

- Har din partner stört din nattsömn?
- Har stämningen varit spänd mellan er som resultat av din partners depressiva beteende?
- Grälar du och din partner?
- Har du blivit upprörd på grund av din partners depressiva beteende?
- Har andra blivit upprörda på grund av din partners depressiva beteende?

- Har du känt dig hotad av din partner?
- Har du funderat över att separera från din partner på grund av din partners beteende?

#### Bördor

- Tycker du att din partners depression har varit/är en börda för dig?
- Har du fått uppmuntra din partner till att sköta sin hygien? Har du fått hjälpa till?
- Har du fått uppmuntra din partner till att stiga upp på morgonen?
- Har du fått uppmuntra din partner till att göra en aktivitet?
- Har du känt dig tvungen att undersöka att din partner tar sin medicin?
- Har du fått vakta din partner för att denne inte ska missbruka alkohol eller mediciner?
- Har du fått vakta din partner för att denne inte ska skada sig själv med avsikt?
- Har du utfört sysslor som din partner normalt brukade sköta?

Hur har det förändrat dig?

- På vilka områden märkte du störst skillnad när din partner insjuknat i depression?

Hur hanterar du det?

- Hur har din partners depression påverkat din egen sociala vardag?

#### Makt/maktlöshet

- Upplever du frustration över situationen?
- Upplever du att du står maktlös inför situationen?
- Upplever du dig vara styrd i din vardag av din partners depressiva beteende?

#### Ilska

- Upplever du ilska gentemot din partner för dennes depressiva beteende?
- Får du ta emot ilska från din partner som är riktad emot dig? Vad brukar det handla om?

#### Skuld

- Upplever du att du själv har del i att ha orsakat din partners depression?
- Upplever du att din partner själv bär ansvaret för sitt beteende?
- Tror du ibland att din partner har en ovilja att ta sig ur depressionen?

#### Skam

- Skäms du inför din omvärld för din partners depressiva beteende? (om "ja": Vilka delar av din omvärld?)

### Egna symptom

- Upplever du själv en nedstämdhet eller tecken på depression?  
(sänkt stämningsläge, somatiska besvär, sömnstörningar, aptitstörning, trötthet, kort stubin...)

### Kommunikation

- Hur fungerar er kommunikation i vardagen? På vilka sätt talar ni med varandra?

### Socialt stöd

- Hur upplever du stöd från vänner och bekanta?
- Har du upplevt att du blivit utfrusen från vänkretsen eller andra närstående?
- Upplever du dig vara isolerad socialt och i såfall hur?

### Copingstrategier

- Fantiserar du eller ägnar dig själv åt dagdrömmar du då befinner dig i sällskap av din partner?
- Tycker du om att vara nära din partner eller håller du distans?
- Söker du stöd och hjälp från din omgivning i samband med din partners depressiva beteende?