

# ”Som att leva i ett parallellt universum”

En studie om upplevelsen av depression ur ett klientperspektiv

Av Emelie Stagge &  
Malin Sandung

---

LUNDS UNIVERSITET  
Socialhögskolan

Kandidatuppsats (SOPA63)  
Vt 14



Handledare: Karin Kullberg  
Examinator: Elizabeth Martinell Barfoed

# Abstract

Authors: Emelie Stagge and Malin Sandung

Title: Like living in a parallel universe: A study of the experience of depression from a client perspective [translated title]

Supervisor: Karin Kullberg

Mental illness is one of the most expansive and contemporary social problems. Depression, as part of mental illness, is one of the most prevailing public health problem. Even though the amount of people with depression has increased, the education of social workers at Lund University regarding this subject is limited. To gain this knowledge, the aim of this study was to examine how people with depression constructs themselves as depressed and the experience of the disease. In addition, their experience of what helps, or hurts, recovery as well as their perceived causes to depression was reviewed. The purpose was to examine a client perspective on the subject, hence a qualitative content analysis studying autobiographies with a social constructionist approach was being conducted. Theories used for analyzing our material was social categorization, empowerment and professional theory. The conclusion of our analysis was that individuals describe the experience of depression as a darkness with a lack of hope. The individuals describe themselves as guilty to the consequences of the disease, in relation to both themselves as well as their beloved ones. Concerning recovery, antidepressive medication and a good relationship to a charitable therapist was essentuated as important aspects.

Key words: depression, personal beliefs, perceived causes, recovery, experience.

# Förord

Vi vill först och främst tacka vår handledare Karin Kullberg för hennes engagemang, uppmuntran och goda råd i arbetet med den här uppsatsen. Vi vill även tacka varandra för ett gott samarbete och kompletterande färdigheter. Slutligen riktas ett tack till våra kurskamrater som vi har delat såväl motgångar som framgångar med under arbetets gång.

Emelie Stagge & Malin Sandung

# Innehållsförteckning

<b>1. Problemformulering</b> .....	1
<b>2. Syfte och frågeställningar</b> .....	3
<b>3. Begreppsdefinitioner</b> .....	3
3.1 DSM.....	3
3.2 Diagnoser.....	3
3.2.1 Egentlig depression .....	4
3.2.2 Bipolär sjukdom.....	5
3.3 Antidepressiva läkemedel.....	5
<b>4. Tidigare forskning</b> .....	5
4.1 Sjukdomsbild och självbild .....	6
4.2 Orsaksförklaringar .....	7
4.3 Vad hjälper vid depression? .....	8
<b>5. Teori</b> .....	9
5.1 Socialkonstruktivism .....	9
5.2 Social kategorisering .....	10
5.3 Empowerment.....	11
5.4 Professionsteori .....	12
<b>6. Metod</b> .....	13
6.1 Val av metod.....	13
6.2 Metodens begränsningar .....	15
6.3 Övervägda metoder.....	15
6.4 Urval och avgränsning.....	16
6.5 Litteratursökning .....	17
6.6 Metodens tillförlitlighet.....	18
6.7 Tillvägagångssätt .....	19
6.7.1 Kodning.....	19
6.7.2 Arbetsuppdelning .....	20
6.8 Etiska överväganden vid metodval.....	21
6.9 Den egna positionen .....	22
<b>7. Resultat och analys</b> .....	22
7.1 Sjukdomsbild och självbild .....	23
7.1.1 Den mörka sjukdomen .....	23

7.1.2 Depression som en verklig sjukdom .....	25
7.1.3 Förövare .....	26
7.2 Orsaker.....	28
7.2.1 Biologiska orsaksförklaringar .....	28
7.2.2 Jakt på orsaksförklaringar .....	30
7.3 Vad hjälper?.....	31
7.3.1 Medicinering .....	31
7.3.2 Terapeutrollen .....	33
7.3.2.1 Terapeutens egenskaper och den professionella relationen .....	34
7.3.2.2 Hjälptill självhjälp .....	36
7.3.2.3 Personen bakom professionaliteten .....	37
7.3.3 Utomterapeutiska faktorer .....	38
<b>8. Sammanfattning och avslutande diskussion .....</b>	<b>40</b>
<b>9. Referenslista.....</b>	<b>44</b>

# 1. Problemformulering

Psykisk ohälsa betraktas som en del av nutidens stora folkhälsoproblem som på senare år har ökat bland såväl kvinnor som män (Socialstyrelsen 2013). 27 procent av den vuxna befolkningen i Europa lider av, eller har lidit av, psykiska ohälsa (Wittchen & Jacobi 2005), och depression beskrivs som en av de främst bidragande orsakerna till ohälsa och arbetsförmåga (SBU 2004). Enligt Socialstyrelsen (2010) kommer minst 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män i Sverige att behöva söka någon form av hjälp för depression under sin livstid. En ökning av problemet kan urskiljas i samtliga åldrar och oroväckande är att insjuknandet sker i allt lägre åldrar (SBU 2004). Depression bland unga personer i tjugooårsåldern har så mycket som dubblats under en tioårsperiod, från år 1997 till 2007 (Socialstyrelsen 2009). Depression definieras av World Health Organization som:

*/.../ a common mental disorder, characterized by sadness, loss of interest or pleasure, feelings of guilt or low self-worth, disturbed sleep or appetite, feelings of tiredness and poor concentration. (WHO 2014)*

Depression bidrar således till stort lidande och nedsatt funktionsförmåga för individen (Sartorius 2001). Vuxna personer med depressiva symptom söker sig i första hand till sjukvården, exempelvis vårdcentraler och öppenvård psykiatri, medan unga istället söker hjälp hos elevhälsan, på ungdomsmottagningar, hos socialtjänsten samt vid barn- och ungdomspsykiatri (Socialstyrelsen 2010). Samtliga presenterade arenor är arbetsplatser för socionomer, och vi menar därför att socionomers kunskap om depression samt individens upplevelse av sjukdomen är av största vikt. Vidare menar Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004) att depression har en koppling till andra sociala förhållanden och psykiska tillstånd. Fattigdom och missbruk är några av de sociala problem som ses ha ett samband med depressionssymptom (ibid.). Socialstyrelsen (2013) har i sin nationella utvärdering av vård och insatser vid exempelvis depression uppmärksammat att de undersökta patienterna och brukarna uppvisar sämre ekonomiska förhållanden än den svenska befolkningen i övrigt. För individerna kan detta bidra till såväl ekonomisk utsatthet som en svag förankring på arbetsmarknaden. Socionomers roll i en sådan situation blir påtaglig med tanke på kommuners yttersta ansvar för stöd och hjälp till dess invånare (SoL 2 kap 1§).

Som vi ovan visat kommer socionomer i kontakt med personer med depression i många olika typer av fält inom socialt arbete. Betydelsen av en god förståelse för personen bakom sjukdomen, utifrån hennes egen upplevelse, är absolut nödvändig (Askheim & Starrin 2007). Enligt Socialstyrelsen (2010) bör arbetet med personer med depression vara patientfokuserat, vilket innebär att man möter individen i dess specifika behov och sociala sammanhang. Här krävs en lyhördhet och förståelse för individens egen upplevelse av sjukdomen och hur hen ser på orsaker och behandlingsmöjligheter, för att arbetet ska kunna utformas i enlighet med brukaren (ibid.). Forskning visar att en samstämmig syn mellan brukare och professionell gällande sjukdomsbild och möjlig behandling främjar goda behandlingsresultat (Brown et al. 2007). Tankesättet om denna lyhördhet och samsyn är närbesläktat med teorin om empowerment vilket är ett erkänt och många gånger centralt begrepp i det sociala arbetet med brukare (Askheim & Starrin 2007). Teorin ser brukare som aktiva och handlande subjekt som ”själva vet var skon klämmer” (ibid.:12), detta leder till att brukarens egen kunskap och syn på problemet blir utgångspunkt i det gemensamma arbetet.

Då socionomprogrammet är en generalistutbildning, och många olika sociala problem berörs, är undervisningen om depressionssjukdomar begränsad. Framförallt saknas en förmedling av djupare kunskap om sjukdomen, sjukdomens påverkan på individen och hur ett framgångsrikt arbete kan utformas för hjälp till denne. I enlighet med det empowermentorienterade synsättet ser vi vikten av att socionomer når denna förståelse för att kunna möta klienten utifrån hennes perspektiv och upplevelse, på det sociala arbetets samtliga arenor. Som tidigare nämnt visar forskning att depression som socialt problem ökar och växelverkar med andra sociala problem vilket medför en tydlig kontakt med socionomer i yrkeslivet. Deprimerade personers egna berättelser blir därmed viktiga att studera som en nyckel till förståelse av vad som kan främja ett tillfrisknande från depression, och hur den professionella rollen kan utformas i relation till dessa berättelser. För att belysa ett sådant klientperspektiv har vi valt att genomföra en kvalitativ innehållsanalys av tre självbiografiska verk, skrivna av författare som lider av depression. Dessa analyseras utifrån teorierna socialkonstruktivism, social kategorisering, empowerment samt professionsteori.

## 2. Syfte och frågeställningar

Syftet är att fördjupa kunskapen om depression och vad som främjar ett tillfrisknande, genom att studera upplevelsen av sjukdomen samt synen på sig själv som deprimerad.

- ❖ Hur beskriver individen sjukdomen i sig?
- ❖ Hur ser individen på sig själv i förhållande till sjukdomen?
- ❖ Vad anges som orsaker till depressionen?
- ❖ Vad upplevde individen förbättrade, alternativt försämrade, depressionen?

## 3. Begreppsdefinitioner

Nedan följer definitioner av centrala begrepp för vår uppsats, vilka syftar till en förståelse.

### 3.1 DSM

Vi väljer att definiera DSM-5 med anledning av att det är det diagnosverktyg som oftast berörs i den litteratur i ämnet som vi tagit del av. DSM är en förkortning av Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (SBU 2004), och används av yrkesverksamma inom vården som ett diagnosverktyg för psykiska sjukdomar. Manualen är ursprungligen amerikansk men används idag internationellt. DSM har uppdaterats i nya upplagor sedan 1950-talet, där den senaste är DSM-5, från 2013, vilken vi fortsatt refererar till. Även diagnosmanualen ICD-10 (International Classification of Diseases) är ett välanvänt och internationellt diagnosverktyg men många likheter med DSM. Viss skillnad finns mellan manualerna men de är i stort sett kompatibla med varandra (ibid.).

### 3.2 Diagnoser

I vår uppsats fokuserar vi på den egentliga depressionen och två av våra valda självbiografier är skrivna av författare med denna diagnos. Den tredje författaren har istället diagnosen bipolär typ 2. För att ge en förståelse av vad som inbegrips i dessa två diagnoser följer definitioner nedan. Varför båda diagnoser inkluderas i vår studie beskrivs närmre i metodavsnittet under urval och avgränsningar.

Inom de depressionsliknande tillstånden ryms olika diagnoser (SBU 2004). I DSM görs en åtskillnad mellan bipolära och unipolära sjukdomar, samt i svårighetsgrad gällande de olika diagnoserna. Inom kategorin bipolära sjukdomar ryms diagnoserna mani, depression, blandad



episod samt cyklotymi. Till de unipolära sjukdomarna hör egentlig depression, dystymi, “minor depression”, samt “brief recurrent depression” (ibid.).

### 3.2.1 Egentlig depression

I diagnosen egentlig depression finns ett antal kriterier som ska uppfyllas, enligt DSM-5 (2013). Minst fem av följande symptom ska ha uppvisats under en och samma tvåveckorsperiod och innebära en förändring av tidigare funktionsförmågor:

1. Nedstämdhet under större delen av dagen, nästan varje dag, upplevd antingen av individen själv (exempelvis genom en känsla av ledsenhet, tomhet eller hopplöshet) eller av andra.
2. Uppenbart minskat intresse eller glädje inför alla, eller nästan alla, aktiviteter under större delen av dagen, nästan varje dag. Kriteriet kan uppfyllas genom egen upplevelse eller av andras observation.
3. Markant viktnedgång eller viktuppgång, eller minskad, alternativt ökad, aptit nästan varje dag.
4. Sömnstörning, antingen för lite eller för mycket sömn, nästan varje natt.
5. Psykomotorisk agitation eller hämning, vilket innebär en upplevelse av att sysslor går långsamt, eller att man är rastlös. Den förändrade funktionsförmågan ska även var observerad av andra, inte bara upplevd av individen själv.
6. Fatigue, vilket innebär extrem trötthet, eller brist på energi nästan varje dag.
7. Känslor av att vara värdelös eller överdrivna, alternativt obefogade, skuldkänslor nästan varje dag.
8. Minskad förmåga att tänka eller koncentrera sig, eller minskad förmåga att fatta beslut, nästan varje dag. Kriteriet kan uppfyllas genom egen upplevelse eller av andras observation.
9. Återkommande tankar på döden (inte bara rädsla för att dö), återkommande självmordstankar utan en specifik plan, ett självmordsförsök eller en specifik plan för att begå självmord.

Bland de fem kriterierna måste kriteriet kring (1) nedstämdhet eller kriteriet kring (2) minskat intresse och minskad glädje inför aktiviteter, uppfyllas. Symptomen ska innebära en signifikant svårighet eller försvagning i sociala, arbetsrelaterade eller övriga viktiga sammanhang. Den depressiva episoden ska inte bero på fysiska effekter av en substans eller andra medicinska tillstånd (ibid.).

### 3.2.2 Bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom delas in i två diagnoser, bipolär typ 1 samt bipolär typ 2 (DSM-5 2013). Bipolär typ 1 innebär perioder av mani, vilka även kan föregås av eller följas av episoder av hypomani eller egentlig depression. De senare tillstånden är dock inget krav för att diagnostiseras med bipolär typ 1. Till skillnad från typ 1 krävs vid bipolär typ 2 både perioder av hypomani och egentlig depression. Hypomani definieras som en distinkt period av onormalt eller ständigt förhöjt humör, omfattande eller lättirriterat humör samt onormalt eller ständigt ökande energi eller aktivitet. Tillståndet ska vara bestående under minst fyra efterföljande dagar och under större delen av dagen, nästan varje dag (ibid.).

## 3.3 Antidepressiva läkemedel

Då diskussion om medicinering ges utrymme i vår studerade empiri, och i många fall är ett omdiskuterat och mytomspunnet ämne, definieras här begreppet antidepressiva läkemedel. Enligt Agerberg (2011) är SSRI-preparat idag den vanligaste formen av antidepressiva läkemedel, som verkar selektivt mot signalsubstansen serotonin i hjärnan, vilken visar sig rubbad vid en depression. Exempel på sådana mediciner är Prozac, Zoloft och Cipramil. Tricykliska mediciner är en äldre grupp av antidepressiva läkemedel som angriper fler signalsubstanser i hjärnan, men som på många sätt ger samma resultat som SSRI-preparat. Denna grupp är dock mindre använd vid behandling av depression sedan SSRI-preparaten lanserades, med anledning av att de visar fler biverkningar och på grund av att de är giftiga vid höga doser. De antidepressiva medicinerna verkar på så sätt att individer återgår till det tillstånd hen befann sig i innan depressionen, man kan säga att tillståndet går från minus till noll. Därmed slås hål på myten om att antidepressiva, kanske framför allt Prozac, skulle vara så kallade "lyckopiller". En person som inte lider av depression får ingen effekt av antidepressiva mediciner, de befinner sig redan på noll och tillståndet kan inte öka till plus. Denna form av medicinering är inte beroendeframkallande, men som alla andra läkemedel är de inte helt fria från biverkningar. Eftersom SSRI-preparaten verkar selektivt är dock biverkningarna färre än vid tricykliska mediciner, de är inte heller giftiga och är därför mycket svåra att överdosera (ibid.).

## 4. Tidigare forskning

Vi har valt att undersöka tidigare forskning kring de områden vi har fokuserat på i vår analys. Områdena är upplevelse av sjukdom och självbild, upplevda orsaker till depression samt

faktorer som upplevs hjälpa vid ett tillfrisknande, inom vilka vi har varit intresserade av att se tidigare funna resultat. Forskning kring patienters upplevelse av orsaker till sjukdomen samt vad som har hjälpt patienterna vid ett tillfrisknande är utbredd. I jämförelse har mindre forskning gått att finna kring upplevelse av sjukdom och självbild vid depression.

## 4.1 Sjukdomsbild och självbild

Artikeln *Primary care patients' personal illness models for depression: relationship to coping behavior and functional disability* (Brown, Battista, Sereika, Bruehlman, Dunbar-Jacob & Thase 2007) redogör för en studie bestående av 191 patienter i primärvården, vilka samtliga var över 18 år och medicinerade med antidepressiva läkemedel. Respondenterna fick under en ettårsperiod gradera påståenden gällande bland annat deras diagnos och allvarlighetsgrad, symptom, psykosocial och fysisk funktion samt uppfattning av sin depression. Mer än två tredjedelar av respondenterna upplevde störningar i humöret i form av nedstämdhet eller oförmåga att känna lust eller tillfredsställelse, och hälften av deltagarna upplevde även irritation. Hela 75% upplevde sömnstörningar och fatigue. Deltagarna uppgav även symptom som känsla av hopplöshet och värdelöshet, psykomotorisk agitation samt koncentrationssvårigheter. Även fysiska symptom som ångest, smärta, magbesvär, andnöd eller hjärtklappning angavs som konsekvens av depressionen (ibid.).

66% av respondenterna ansåg deras depressiva symptom vara växlande eller cykliska, även då de ansåg symptomen vara kroniska eller akuta (Brown et al. 2007). 41% såg sina symptom som kroniska och 23% upplevde dem som akuta. 80% av deltagarna angav att de upplevde att deras beteende förändrades beroende på om symptomen var bättre eller sämre. Två tredjedelar av deltagarna upplevde att deras depressiva symptom skulle bli bättre med tiden och de ansåg sig kunna kontrollera symptomen. De flesta deltagarna såg sina depressiva symptom som något som hade tydlig negativ inverkan på deras liv, väldigt få tyckte att depressionen hade liten påverkan, men samtidigt var det endast hälften av deltagarna som upplevde sin depression som ett allvarligt tillstånd. Hälften av respondenterna ansåg att depressionen påverkade deras sätt att se på sig själv, samt hur andra såg på dem. De individer som upplevde depressionssymptomen som kroniska tenderade att ta på sig mer skuld för sjukdomen än andra. Detta visade sig även leda till sämre psykosocial funktionsförmåga, till skillnad från de individer som ansåg sig ha kontroll över depressionssymptomen och därmed visade på högre psykosocial förmåga (ibid.).

## 4.2 Orsaksförklaringar

De orsaker som anges ligger bakom en depression varierar, likväl som de beskrivs vara multifaktoriella (Paykel 2003). Goldberg (2006) framför i sin litteraturoversikt *The aetiology of depression* att en genetisk aspekt bidrar till en känslighet för sjukdomen då individer utsätts för stressfaktorer utifrån. Enligt Nordström och Bodlund (2008) kan även fysisk sjukdom och somatiska besvär ha ett samband med depression. Deras studie handlar om depression i primärvården, där respondenterna utgjordes av patienter vid vårdcentraler. En tredjedel av respondenterna uppvisade symptom på depression, men endast 8% av respondenterna uppgav att deras läkarbesök handlade om psykiska besvär (ibid.).

Hansson (2010) beskriver i avhandlingen *Depression in primary care: Detection, treatment and patients' own perspectives* sin studie om hur patienter upplever orsaker till depression samt vad som hjälpt tillfrisknande. Studien visar att enbart 3,6% av respondenterna uppger biologiska faktorer som orsak till deras depression, vilket Hansson (2010) menar bör vara en betydligt lägre andel än vad som kan förväntas av professionellas orsaksförklaringar. 31,4% av respondenterna angav istället den egna personligheten som orsak till sjukdomen. Tre olika personlighetstyper kunde urskiljas i studien: en känslig, en ambitiös och en depressiv. Vid den depressiva personlighetstypen beskrevs sjukdomen utgöra en del av personligheten och innebar ett allmänt pessimistiskt synsätt samt en negativ inställning. Denna personlighetstyp förklarades med en mer biologisk orsaksförklaring, som om patienten alltid levt med en depressiv personlighet. Den känsliga personlighetstypen beskrevs istället som en känslighet inför reaktionen av yttre stressorer och påverkan (ibid.). Också Kessing, Hansen, Demyttenaere och Bech (2005) konstaterar genom sin studie att nästan 58% av respondenterna upplevde att den främsta orsaken till deras depression hade med deras personlighet att göra.

Även Budd, James och Hughes (2008) undersöker i artikeln *Patients explanation for depression: A factor analytic study* patienters upplevelser av orsaker till sin depression. De orsaker som respondenterna angav som de främsta var bland annat att nyligen ha mist ett barn eller en partner, en obalans i hjärnan eller sexuella övergrepp. Enligt en studie av Löwe, Schulz, Gräfe och Wilke (2006) var de vanligast förekommande förklaringarna till ett försämrat psykiskt mående, bland deprimerade personer, mellanmännsliga problem, arbetsrelaterade problem samt hälsoproblem.

### 4.3 Vad hjälper vid depression?

Frågan om depressionsbehandling är ett stort forskningsområde som tar många riktningar.

Uppfattningarna av vad som är den mest framgångsrika metoden skiljer sig dels mellan forskare, dels mellan behandlare och patienter. I metastudien *Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy* (Wampold & Ahn 2001) har författarna undersökt 20 studier gällande behandling av psykiska sjukdomar och sett att forskare, istället för att försöka identifiera den mest effektiva metoden, snarare fokuserar på att finna gemensamma nämnare bland framgångsrika interventioner. De har bland annat funnit att de metoder som klienten och behandlaren har tilltro till, de som klienten upplever samspelar med hennes problemuppfattning, samt de som bygger på en god relation mellan terapeut och klient visar goda resultat. Således är relationen mellan socialarbetare och klient av större betydelse för resultatet av en insats än användandet av en specifik metod, ett resonemang som i psykoterapeutiska sammanhang har kommit att kallas för Dodo bird verdict (ibid.). Enligt en studie med syfte att undersöka patienters upplevelse av sitt hjälpbehov för att behandla ångest och depression (Kadam, Croft, McLeod & Hutchinson 2001) visar det sig att patienter är skeptiska till medicinering, vilket står i kontrast till riktlinjerna för professionella i arbetet med deprimerade patienter, enligt författarna.

Loh, Leonhart, Wills, Simon och Härter (2007) menar att det för en framgångsrik behandling krävs att patienten är involverad i beslutsprocessen gällande behandlingen i fråga. Den deprimerade patienten ska få fullgod information om anledningen till behandlingen, effekter och bieffekter, och upprepade uppföljningar ska ske. I den kvalitativa studien av primärvårdspatienter med depression visar Brown et al. (2007) på vikten av att förstå patientens upplevelse av orsaken till sin depression, samt deras syn på vad som skulle vara en effektiv behandling. Denna samsyn mellan behandlare och patient ska ge framgångsrika behandlingsresultat. I rapporten *Behandling av depressionssjukdomar – en litteraturöversikt* (SBU 2004), beskrivs att egentlig depression kan behandlas effektivt med olika typer av psykoterapi, exempelvis Kognitiv beteendeterapi eller Interpersonell psykoterapi. Att få resultat av psykoterapi har visat sig ta längre tid i jämförelse med behandling med antidepressiva läkemedel, dock ska psykoterapi ge en mer långvarig effekt och förebygga återfall (ibid.). I artikeln *Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis* (Cuijpers, van Straten, Warmerdan & Andersson 2009) har författarna analyserat 19 studier gällande behandling av psykoterapi, samt behandling med psykoterapi i kombination med antidepressiv medicinering,

och kommit fram till att det är kombinationen av de båda behandlingsmetoderna som ger bäst resultat för deprimerade patienter.

Maja Hansson (2010) har följt en grupp patienter diagnostiserade med depression inom primärvården och bland annat undersökt deras upplevelse av vad som hjälpt dem vid tillfrisknandet från depression. Patienterna deltog i ett program kallat Contactus vilket innebar bland annat patientutbildning kring sjukdomen samt gruppsammanhang där deltagarna fick möjlighet att dela upplevelser med andra patienter. Båda behandlingsmomenten visade sig vara mycket uppskattade och beskrevs av majoriteten av respondenterna som en hjälp till tillfrisknande. Den utbildning som gavs patienterna inbegrep bland annat kunskap om olika former av behandling, vilket var ett uppskattat inslag som beskrevs inge hopp om att sjukdomstillstånden inte behöver bestå för evigt. I undersökningen har patienterna fått skatta vad de upplever har hjälpt till förbättring. 22,8% anger främst externa faktorer, exempelvis arbetsrelaterade sådana eller positiva livshändelser. 39,7% upplever att de själva genom personlig utveckling och vila har medverkat till förbättring. 15,2% upplever att sjukdomen har förbättrats av sig själv över tid, alternativt efter säsong. Hela 71,7% anger att det är någon form av professionell hjälp, exempelvis Contactusprogrammet, antidepressiv medicinering eller psykoterapi, som främst har medverkat till förbättring (ibid.). I en artikel av Roscoe, Carson och Madoc-Jones (2011) beskrivs en modell gällande psykoterapi, skapad av Michael J. Lambert, vilken visar på vikten av att se till alla dessa olika faktorer i förbättringsarbete med klienter. Modellen kommer att presenteras och utvecklas i analysen.

## 5. Teori

### 5.1 Socialkonstruktivism

Vår uppsats har genomförts med hjälp av kvalitativ innehållsanalys, inspirerad av diskursanalysens teoretiska ansatser. Av denna anledning blir socialkonstruktivismen aktuell, då detta vetenskapsteoretiska perspektiv enligt Winther Jørgensen och Phillips (2000) verkar som teoretisk grund för diskursanalysen. Socialkonstruktivism ifrågasätter sedvanliga kunskapsantaganden och erbjuder kritiska perspektiv på dem, samtidigt som den ifrågasätter synen på vetenskap som den enda och absoluta måttstocken för kunskap (Wenneberg 2000). Berger och Luckmann (1998) menar att verkligheten är socialt konstruerad, att det således finns en mängd olika sanningar. För att vardagen ska få ett sammanhang för individen görs

subjektiva tolkningar, vilka skapar mening (ibid.). Wenneberg (2000) uttrycker att socialkonstruktivismen dekonstruerar den logik som traditionell samhällsvetenskap bygger på, och socialkonstruktivismen menar att det inte finns någon absolut sanning utan istället olika perspektiv. Man kan inte få kunskap om tingen i sig utan om konstruktionerna, det vill säga sättet att tala om tingen. Inom socialkonstruktivismen undersöker man också hur människor talar om sin verklighet och språket ses som nyckeln till världen (ibid.). Berger och Luckmann (1998) beskriver hur den mänskliga verkligheten skapas genom interaktion med andra då beskrivningar av fenomen konstrueras. Det är således språket som upprätthåller den subjektiva verklighet vi lever i (ibid.). Vidare genomgång av hur socialkonstruktivismen influerat vår studie görs i metodavsnittet, med anledning av att socialkonstruktivismen verkar som både teori och metod vid diskursanalys, vars ansatser inspirerat vårt metodval.

## 5.2 Social kategorisering

Ett viktigt begrepp inom socialkonstruktivismen är social kategorisering. Social kategorisering innebär inte, i enlighet med socialkonstruktivismen, ett beskrivande av en objektiv och sann verklighet. Enligt Börjesson och Palmblad (2008) är kategorisering istället ett sätt att bestämma och avgränsa världen, att tala om världen på ett visst vis. Brante (2009) menar att kategoriseringar är absolut nödvändiga för att människan ska kunna orientera sig i sin verklighet, utan dessa hade människan varken kunnat hantera den sociala eller fysiska världen. Att kategoriseringar görs är således oundvikligt och därmed poänglöst att studera (Börjesson & Palmblad 2008). Vad som istället är intressant att studera är förutsättningar för kategorisering samt vilka konsekvenser social kategorisering kan få, men även hur kategorier görs sanna och godtagbara. Kategorisering är ett sätt att förklara, strukturera och ge mening, och kan även ses som ett konstruerande av identitet. Av intresse vid studerandet av ett konstruerande blir således hur kategorisering görs genom språket, exempelvis med hjälp av ordval. Sociala kategorier medför också att innehåll automatiskt knyts till kategorin i fråga, vilket kan handla om att faktorer gällande beteende, svagheter eller sätt att leva tillskrivs individer beroende av kategorisering. Genom att placera en individ i en viss kategori säger man dessutom inte bara vad individen är, utan även vad individen inte är. Innehåll som inte är förenliga med kategorin i fråga kan avlägsnas, och valet av en kategori kan således innebära uteslutandet av andra (ibid.). Enligt Brante (2009) kan kategorier även innefatta dels rättigheter men även skyldigheter, skapade genom normer eller lagstiftning. Exempel på sådana beskrivs att vara föräldrar, bidragstagare eller läkare. Vidare talar Brante (2009) om de ojämlikheter som kan skapas mellan sociala kategorier, och berör då främst dikotoma sådana,

exempelvis man-kvinna eller medborgare-invandrare. Olika mekanismer styr ojämlikheten och anpassning beskrivs vara en reproducerande sådan. Människor inom kategorin kommer att bytas ut med tiden, men det anpassade beteendet, skapat utifrån normer, kan bestå (ibid.).

Vid analyserandet av social kategorisering menar Börjesson och Palmblad (2008) att det kan göras en åtskillnad mellan kategorier som är valbara eller tvingande. Valbara kategorier kan innebära att individer själva väljer att tillhöra en viss kategori, exempelvis gällande identitet eller på vilket sätt individen väljer att leva sitt liv. Tvingande kategorier däremot präglas inte av denna valfrihet eller möjlighet till förhandling, och kan utgöras av biologiska aspekter. Börjesson och Palmblad (2008) exemplifierar tvingande kategorier som kön eller etnicitet. Även andra kategorier än biologiska kan dock bli socialt tvingande genom att kategorisering görs av experter och professionella, där exempel på sådana är ”schizofren” eller ”missbrukare” (ibid.). En parallell bör således även kunna göras till termen ”deprimerad”.

### 5.3 Empowerment

Empowerment är ett välanvänt begrepp inom det sociala arbetet i flera avseenden (Askheim & Starrin 2007). I arbetet med personer i en utsatt situation riktar sig insatser till den just akuta situationen, men också mot mer långsiktiga mål där hälsa, välbefinnande och självständighet är i fokus. Liksom nämnt i inledningen av den här uppsatsen syftar begreppet till att se individer som självständiga aktörer som har bäst kännedom om sin situation och sitt problem (ibid.). Empowerment kan användas i olika syften men gemensamt för samtliga riktningar är dock den positiva grundföreställningen om att människan är ett ”aktivt och handlande subjekt som vill och vet sitt eget bästa om man bara skapar rätt förhållanden för det” (Askheim 2007). Därmed frångås föreställningen om att professionella ”vet och kan bäst” samt beskrivningen av utsatta individer som passiva, okunniga och i behov av styrning (ibid.). Användandet av empowerment som idé inom människobehandlande organisationer har även setts som ett uppror mot myndigheterna som visat en attityd om att människor inte visste sitt eget bästa, utan måste hållas i strama tyglar (Askheim & Starrin 2007).

Enligt Askheim (2007) syftar begreppet empowerment på svenska till att tillägna sig styrka, makt och kraft vilket i sammanhanget innebär att personer och grupper som befinner sig i en utsatt och maktlös position ska kunna ta kontroll över sin situation och finna styrkan att förändra den. Genom att arbeta mot hindrande krafter ska individen få mer inflytande över sitt eget liv och nå självständighet. Således inbegriper empowermentbegreppet både en målbild



samt vägen mot densamma. Man söker efter självkontroll, vilket innebär att individer får större självförtroende, bättre självbild samt ökade kunskaper och färdigheter, detta genom att stärka individerna och dess förutsättningar för att ändra de villkor som gör att de befinner sig i en svag och maktlös position (ibid.).

## 5.4 Professionsteori

Professionsteori berör frågan om professioner och dess legitimitet. Christoffersen (2007:28) citerar Ulf Torgersens klassiska definition av profession; "Vi säger att det är tal om en profession när en bestämd, långvarig, formell utbildning förvärvas av personer inriktade på att få tillträde till vissa yrken som utifrån sociala normer inte kan utövas av andra än av dem som har en sådan utbildning." Denna definition innefattar således inte samtliga yrken i begreppet profession. Dessutom räcker det inte med en utbildning bestående av ett antal fristående kurser, utbildningen måste vara långvarig och formell. En åtskillnad görs mellan yrkesutbildningar och akademiska utbildningar, vilka enligt den klassiska definitionen ska grunda sig på ett vetenskapligt ämne. Socionomyrket uppfyller inte alla de kriterier som den klassiska definitionen menar att en profession bygger på, då socionomers kunskap grundar sig i flera olika vetenskapliga ämnen snarare än att de är specialister på ett. Socionom är således en semiprofession och utbildningen räknas som generalistutbildning. Idag är det dock snarare semiprofessionerna som pratar om just professionsbegreppet, samt den etik som hör professionen till. Robert Merton har en funktionalistisk syn på professioner och menar att dess tre huvuduppgifter bygger på att de "... har en bestämd teoretisk kompetens (*knowing*) och en praktisk färdighet (*doing*) som används för att hjälpa andra människor (*helping*)" (Christoffersen 2007:34). Professioner har således ett samhälleligt mandat att utföra ett visst arbete och agerar som hjälpare (ibid.).

Professionsetik inbegriper de etiska krav och skyldigheter som följer med en yrkesroll (Christoffersen 2011). Gällande professionsetik och professionsteori har den amerikanske sociologen Talcott Parsons formulerat fem krav vid arbetet med klienter i centrum. Först och främst ska den professionelle vara känslomässigt neutral. Vidare ska professionsutövaren inte särbehandla människor beroende på samhällsposition. Den professionelle ska ha klientens och professionens intressen i centrum, framför sina egna. Professionsutövaren ska bedöma klienten utifrån dess handlingar snarare än egenskaper. Slutligen betonas att relationen mellan professionell och klient är begränsad, arbetet ska endast riktas mot en särskild aspekt av klientens situation. Utöver nämnda funktioner krävs ett ömsesidigt förhållande mellan

professionell och klient, vilket inbegriper dels förtroende i relationen men även att den känslomässiga neutraliteten kommer från båda parter (ibid.).

Gällande kravet på den professionelles känslomässiga neutralitet i relation till klient presenterar Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) en i viss mån skild ståndpunkt. Författarna menar att relationen mellan socialarbetare och klient är komplex, att många olika aspekter behöver tas i beaktan i det professionella mötet. Relationen kan vara präglad av neutralitet, men den kan likväl vara känslomässigt laddad. Vid en kontinuerlig kontakt, där relation skapas, kan klienten komma att uppskatta det arbete som den professionelle utför och en emotionell laddning uppstå. Likaså kan den professionelle få liknande känslor i relation till klienten, och neutraliteten då frångås. Vanligt är att den professionelle utgår från en viss metod i sitt arbete, och Svensson et al. (2008) menar att relationens utformning i viss grad även definieras av metoden i fråga. Medan vissa metoder förespråkar neutralitet i relationen, och ser neutraliteten som det fördelaktiga förhållningssättet gentemot klienten, förespråkar andra metoder ett mer känslomässigt engagemang för ett gott behandlingsresultat (ibid.).

## 6. Metod

### 6.1 Val av metod

Vi har använt oss av kvalitativ metod för att genomföra vår studie. Bryman (2011) menar att kvalitativ forskning innebär en tolkningsinriktning av empiri där syftet är att bidra till en förståelse av en social verklighet. Vid kvantitativ forskning eftersöks en "objektiv sanning", något som den kvalitativa traditionen inte intresserar sig för. Istället syftar studier av det senare slaget till att söka den "sanning" som finns i betraktarens ögon, vilken beskrivs som subjektiv och konstruerad (Lundman & Hällgren Graneheim 2008). Den kvalitativa forskningens ontologiska ståndpunkt är konstruktionistisk, vilket innebär att allmänna företeelser är skapade genom interaktion människor emellan. Kvantitativ forskning syftar sällan till att undersöka hur fenomen upplevs och beskrivs, istället utgörs fokus av att visa på kausala samband (Bryman 2011). Vårt syfte och våra frågeställningar avser att undersöka just hur konstruktioner görs samt hur fenomen beskrivs av individen. Vi vill uppmärksamma individuella, subjektiva, upplevelser av den sociala verkligheten. Bilden av människan som en del av samhället är komplex och beroende av kontext, och en mer nyanserad bild av samhällets funktion behövs (Ahrne & Svensson 2011). Eftersom vi vill genomföra en studie

som syftar till tolkning av och förståelse för en subjektiv verklighet, ser vi kvalitativ metod snarare än kvantitativ metod som det lämpligare alternativet. Genom att använda oss av kvalitativ metod har vi kunnat genomföra tolkningar utifrån de skrivna orden.

Den kvalitativa traditionen inbegriper en rad olika metoder som syftar till förståelse av en kontextbunden verklighet. Vår studie syftar till att analysera utvalda texter och detta har vi gjort genom att genomföra en kvalitativ innehållsanalys. Enligt Boréus och Bergström (2012) kan metoden utföras antingen som kvalitativ eller kvantitativ, där den senare syftar till att räkna eller mäta förekomsten av exempelvis särskilda ord i textmaterial. Inom samhällsvetenskapen är det dock vanligare med den kvalitativa ansatsen vilken istället utgörs av studier av textens innebörd, "vad säger texten?" (Boréus & Bergström 2012:50). Kvalitativ innehållsanalys grundar sig i hermeneutiken vilken är den vetenskapliga tradition som syftar till just tolkning genom att läsa, förstå och skapa mening ur textmaterial (Widén 2009). Bryman (2011) menar att metoden innebär möjligheten att söka efter teman, vilket i vår studie har gjorts med hjälp av självbiografiskt skrivna ord. Fokus vid metoden är att söka efter och beskriva variationer i textinnehållet. Forskaren urskiljer likheter och skillnader i de studerade utsagorna och sätter dem i relation till kategorier och teman (Lundman & Hällgren Graneheim 2008). Vid genomförandet av innehållsanalys väljs det material som ska studeras i förhållande till studiens syfte och frågeställningar (Widén 2009). Vår undersökning syftar till att kartlägga ett klientperspektiv på sjukdomen depression, varför vi har valt texter författade av individer med egen erfarenhet av depression. Förutom kravet på egen erfarenhet ska vårt material belysa sammanhanget av att lida av en depression. För att materialet ska kunna användas till vår studies syfte krävs således att det sammanhang som beskrivs är just författarens liv som deprimerad.

Vi har genomfört en kvalitativ innehållsanalys inspirerad av diskursanalysens socialkonstruktivistiska ansats. Denna ansats har varit lämplig då den gjort det möjligt för oss att undersöka konstruktioner av problem, självbild och tillfrisknande, vilket har varit syftet med vår studie. Socialkonstruktivismen är ett vetenskapligt perspektiv som innebär att hur verkligheten framställs och konstrueras är beroende av hur människor använder språket för att framställa sig själva samt världen (Winther Jørgensen & Phillips 2000). Ett och samma fenomen kan konstitueras utifrån olika perspektiv och får därmed olika mening och konsekvenser (Bryman 2011). Detta resulterar i olika konstruktioner av sociala sammanhang

(Winther Jørgensen & Phillips 2000), vilket i vårt fall har inneburit studier av hur personer med depression konstruerar upplevelsen av sig själv och sin sjukdom.

## 6.2 Metodens begränsningar

Vid kvalitativ innehållsanalys är kontexten central och kräver att forskaren är medveten om, samt har kunskap om, dess påverkan (Lundman & Hällgren Graneheim 2008). Även textens sammanhang behöver tas i beaktan vilket innebär att ett textstycke måste förstås i relation till den föregående och efterföljande texten. Med andra ord kan textstycken inte helt fränkopplas och återges utan sitt sammanhang (ibid.). I resultat- och analysdelen återger vi ett antal citat som ämnar belysa de teman vi har valt att fokusera på. Citaten är nödvändiga för att exemplifiera de sammanhang vi försöker beskriva, och krävs för att kunna påvisa de individuella konstruktioner som vår studie syftar till. Det är dock svårt att återge en kontext med några få rader, och uppsatsen omfång ger inte utrymme för några större textåtergivelser. Vi har försökt att tillgodose detta problem genom att även återge en sammanfattande bild kring de valda citaten.

Vår innehållsanalys är inspirerad av diskursanalysens socialkonstruktivistiska ansats vilken kan anses ha begränsningar. Kritiker ställer sig frågande inför vad resultat från en socialkonstruktivistisk analys egentligen kan användas till (Winther Jørgensen & Phillips 2000). Om forskaren till fullo innehar ett socialkonstruktivistiskt förhållningssätt blir analysen endast ytterligare en tolkning av många av verkligheten. En forskare som exempelvis visar på samhällsförhållanden som bör förändras, vilket konstateras genom analysen, ger enligt konstruktivistisk syn bara uttryck för forskarens egen tolkning av det sociala sammanhanget (ibid.). Trots denna kritik har vi valt den socialkonstruktivistiska ansatsen där olika versioner av verkligheten ges utrymme, en ansats som menar att ingenting är fast och givet och att fenomen därmed är möjliga att förändra. Detta ger oss möjligheten att undersöka en subjektiv och nyanserad upplevelse.

## 6.3 Övervägda metoder

Inledningsvis övervägde vi att genomföra kvalitativa intervjuer för att studera vår forskningsfråga, men hinder gick att urskilja med denna metod. Vi blev tidigt medvetna om den intervjuareffekt som kan påverka utfallet av intervjun (Ahrne & Svensson 2011). Då vi vill studera individens språkliga konstruktion av fenomen är det av vikt att individernas språk inte påverkas av oss som intervjuare. Om vi hade förklarat syftet med vår undersökning, alltså

att undersöka hur individerna talar om sjukdom etcetera, finns en risk att språkbruket förändrats och anpassats till situationen. För att undvika denna intervjuareffekt har vi istället valt att använda oss av de skrivna orden som inte kan förändras utifrån den kontext som vår undersökning genomförs i. I enlighet med detta resonemang menar Bryman (2011) att dokument som empiri är material av icke-reaktivt slag, vilket innebär att materialet inte kan påverkas av forskaren och dess värderingar. Vi ställer oss även frågande till om det skulle vara etiskt försvarbart att intervjua en person i en sådan utsatt situation som en depressionssjukdom kan innebära, då vår kunskap och erfarenhet av ämnet är begränsad. Alternativet skulle kunna vara att intervjua professionella i kontakt med brukare med depression, men vi skulle då frånga det klientperspektiv som vår studie syftar till att belysa. Dessutom hade den möjliga intervjuareffekten kvarstått, oavsett intervjuobjekt. Att genomföra en intervju hade även kunnat bidra till ytterligare etiska dilemman, något vi kommer beröra vidare under avsnittet kring etiska överväganden. Dessa etiska aspekter har spelat roll vid valet av metod, varför de är av vikt att redogöra för.

## 6.4 Urval och avgränsning

Vår studie syftar till ett klientperspektiv, varför vår empiri består av självbiografier. En självbiografi är enligt Johansson och Öberg (2008) en livshistoria som är skriven i första person. En livsberättelse skriven i andra person kallas biografi (ibid.) Då vi önskar komma så nära individernas egna konstruktioner som möjligt är primära källor, det vill säga självbiografier, att föredra i vår studie. Livsberättelser är för oss lämpliga att studera då de ger uttryck för individers erfarenheter av sin vardag. Vi kan ta del av individernas vanemässiga begreppsanvändningar och tolkningar av sig själv och sin sjukdom. Studien kan ge oss en uppfattning av författarnas subjektiva liv (ibid.), något som är av betydelse för att kunna besvara vårt syfte.

Vi har avgränsat oss till tre självbiografiska verk. I urvalsprocessen av dessa har vi formulerat tre kriterier som har styrt vårt sökande. Vi har sökt verk som är primärkällor, det vill säga texter författade av personer med egen erfarenhet av sjukdomen. Vårt andra krav har varit att samtliga författare ska ha, eller ha haft, erfarenhet av sjukdomstillståndet egentlig depression, vilket är i fokus för vår studie. Vi har även sökt efter böcker som är skrivna på svenska alternativt översatta till svenska. Nämnda kriterier har resulterat i följande tre självbiografier: *Jag vill inte dö jag vill bara inte leva* av Ann Heberlein (2008), *Prozac: Min generations tröst* av Elizabeth Wurtzel (1995) samt *Att nudda vid botten* skriven av Sally Brampton (2009).

Elizabeth Wurtzel och Sally Brampton lider båda av egentlig depression, medan Ann Heberlein är diagnostiserad med bipolär typ 2. För att diagnostiseras med bipolär typ 2 krävs, som tidigare nämnt, bland annat att individen upplever tillstånd av hypomani. Ytterligare ett krav är att individen ska uppfylla de kriterier som utgör egentlig depression, enligt DSM-5 (2013). I analysen av självbiografin kommer vi enbart att använda oss av de delar som skildrar författarens perioder av egentlig depression, vilka utgör större delen av boken och vi menar därför att självbiografin uppfyller våra urvalskriterier. Vidare bör nämnas att samtliga studerade författare är högutbildade kvinnor som på olika sätt arbetar som skribenter. Detta innebär att de är vana vid att producera argumenterande text, och även de självbiografiska verken får syftet att informera om och framföra en ståndpunkt. Värt att komma ihåg är också att dessa tre självbiografier har en geografisk åtskillnad. Det är en aspekt som främst yttrar sig i form av varierande tillgänglighet till sjukvård, då de brittiska och amerikanska författarna lyfter kostnad för sjukvård som ett problem i depressionsprocessen. Detta är ett problem som inte överhuvudtaget belyses av den svenska författaren. Vidare är samtliga studerade författare som tidigare nämnt kvinnor, vilket kan innebära att vi får en mer begränsad bild av sjukdomsupplevelsen. Möjligen hade ett annat resultat varit möjligt att finna om studien även inkluderat självbiografier författade av män.

Hädanefter kommer Ann Heberlein (2008) att benämnas som Författare 1, Elizabeth Wurtzel (1995) som Författare 2 och Sally Brampton (2009) som Författare 3. Dessa nya benämningar görs för att i kommande analys tydligt separera uttalanden från författarna från referenser gällande teori och tidigare forskning.

## 6.5 Litteratursökning

Vid sökningen av empiri har vi använt oss av sökmotorn Google och sökorden "självbiografi" och "depression". Denna sökning förde oss till sidor som Adlibris.se, Bokus.se samt Boktipset.se. De sökträffar vi fann där utgjordes främst av biografier, vilka inte inkluderas i våra kriterier då biografier är sekundärkällor. Samtliga träffar studerades med våra urvalskriterier i beaktan, och resultatet blev våra tre valda självbiografier.

Vid sökningen av tidigare forskning har sökmotorn LUBsearch använts. Sökning har gjorts med hjälp av sökordet "depression" i kombination med ord som "beliefs", "explanation", "treatment", "causes", "attitudes", "psychotherapy", "patients' perspectives". Forskning har

även hittats genom att undersöka relevanta artiklars referenser, och även då har sökning gjorts med ovan nämnda sökord i åtanke.

## 6.6 Metodens tillförlitlighet

Då man undersöker en studies validitet ställer man sig frågan om studien mäter det som avses att mäta (Bryman 2011). Gällande vår undersökning blir diskussionen kring validitet aktuell genom att fråga om vår studie uppnår vårt syfte och besvarar våra frågeställningar.

Intentionen med vår undersökning är att genom kvalitativ innehållsanalys studera självbiografiska texter på temat depression i syfte att undersöka hur konstruktioner görs, detta för att öka förståelsen för den individuella upplevelsen. Texterna är källor till det klientperspektiv vi avser att ”mäta”, vilket således innebär att vi genom kvalitativ innehållsanalys kan svara på vad vårt syfte avser att ”mäta”.

Bryman (2011) beskriver även extern och intern reliabilitet vid kvalitativ forskning. Extern reliabilitet handlar om att göra en studie replikerbar, det vill säga möjlig att upprepa. Detta kan dock vara svårt vid kvalitativa studier då det är sociala miljöer som studeras och dessa inte går att isolera. För att vi, trots allt, ska kunna tillgodose detta krav har vi arbetat för att vara tydliga med de textkällor, den metod samt de teorier vi använder för att en liknande studie ska kunna utföras. Intern reliabilitet beskrivs som att forskare i ett team är överens om hur material ska tolkas och analyseras (ibid.). Det har varit av stor vikt att vi haft ett nära samarbete och arbetat samspelt, då vi är två studenter som genomfört denna studie. Detta har vi uppnått genom att tillsammans utforma studien och dess syfte, att läsa samma material och att ha en konstant och nära dialog kring materialet samt tolkningen av det.

Då vi har analyserat självbiografier blir även kriteriet kring materialets trovärdighet aktuell. Bryman (2011) beskriver att det finns en oro kring användandet av personliga dokument. När det gäller självbiografier visar sig oron dels genom den konkreta riktigheten, men även i frågan om författaren ger uttryck för uppriktiga och ärliga tankar. Texterna kan vara skrivna i svår krissituation, vilket Bryman (2011) menar kan resultera i att författarna inte ger uttryck för sanna känslor. Eftersom att vår studie har en socialkonstruktivistisk ansats, vilken ser verkligheten som bestående av många olika subjektiva upplevelser som utgör en mängd olika sanningar (Berger & Luckmann 1998), blir frågan om sanna känslor inget problem för vår studie. Att vår empiri är skriven i syfte att publiceras kan påverka de framställningar och konstruktioner som görs, såväl som den kan innebära en efterkonstruktion. Oavsett ses deras

beskrivningar, genom vårt socialkonstruktivistiska perspektiv, som sanningar oberoende av vilken affekt eller vilket syfte de är skrivna i.

## 6.7 Tillvägagångssätt

Inledningsvis lästes samtliga tre självbiografier igenom av båda uppsatsförfattare för att vi skulle kunna bekanta oss med vår empiri. I den fortsatta bearbetningen av empirin skapades koder utifrån studiens frågeställningar. Under arbetets gång visade sig vissa koder fungera väl, medan andra var begränsande, varför koderna komprimerades till färre. Utifrån det kodade materialet återfanns teman som sedan styrde analysens innehåll. De mest beskrivande citaten för respektive tema valdes ut. Då kodningsarbetet slutfördes vidtog analysarbetet utifrån de valda teorierna. Teorin kring socialkonstruktivism och empowerment valdes i ett tidigt skede, då de var nödvändiga för att besvara samt motivera syftet med vår undersökning. Relevansen för professionsteori och teorin kring social kategorisering växte fram under arbetsprocessens gång, utifrån de resultat vi fann.

### 6.7.1 Kodning

Jönson (2010) redogör för en ansats som han benämner perspektivanalys, vilken kan användas för studier av sociala problem. Perspektivanalys kan ses som ett analysverktyg, där syftet är att angripa ett problem och urskilja versioner av det, med andra ord att studera konstruktioner av problem i olika kontexter (ibid.). I vår studie syftar perspektivanalysen till att urskilja individers versioner av depression. Jönson (2010) har formulerat ett analyschema som hjälpt vid analysarbetet, vilket vi i denna studie har inspirerats av vid bearbetning av empiri. Han menar att studenter är fria att utforma analyschemat efter eget intresse och det aktuella problemet, samt fokusera på någon aspekt av vissa komponenter (ibid.). Följande tabell syftar till att visa vår tolkning av analyschemat, så som den är relevant för vår studie.



Frågeställning	Analyskod	Tema	Exemplifiering
Hur talar individen om sjukdomen i sig? Hur ser individen på sig själv i förhållande till sjukdomen?	Sjukdomsbild	1. Den mörka sjukdomen 2. Depression som en verklig sjukdom 3. Förövare	1. "Mörkret samlas i huvudet. Den här dagen är svart. Svartare än svart, tung och kvävande." 2. "Det handlar om liv och död. Det är på allvar. Lika allvarligt som cancer. Som hiv. Som somatiska sjukdomar." 3. "Jag är så jävla usel. Jag är inte till någon nytta längre. Jag gör ingen människa glad."
Vad anges som orsaker till depressionen?	Orsaker	1. Biologiska orsaksförklaringar 2. Jakt på orsaksförklaringar	1. "Jag har ångest. Ångestångestångest. Min hjärna kokar. Det är min hjärna det är fel på." 2. "Vem fan vet varför jag hamnat så snett, med det var ett obestridligt faktum att jag hade gjort det."
Vad upplevde individen förbättrade, alternativt försämrade, depressionen?	Vad hjälper?	1. Medicinering 2. Terapeutrollen 3. Utomterapeutiska faktorer	1. "Jag är övertygad om att jag har levt så här länge tack vara alla piller jag har stoppat i mig." 2. "Till slut hittade jag en terapeut, Elizabeth, som ingav mig tillräckligt med kraft och hopp för att jag skulle kunna tro att det fanns ett liv efter depressionen..." 3. "Det är bra att vara med barnen. Jag vet att de måste äta tre gånger om dagen."

### 6.7.2 Arbetsuppdelning

De koder som vi har använts oss av vid bearbetning av empiri togs inledningsvis fram gemensamt utifrån våra frågeställningar. Vi började med att koda den första självbiografin tillsammans för att skapa en samstämmig förståelse av koderna och dess användning. Med anledning av den tidsbegränsning som den här kandidatuppsatsen innebär kände vi oss tvungna att koda återstående två självbiografier var för sig. Boréus och Bergström (2012)

poängterar vikten av att alla koder är gjorda utifrån likartade bedömningar när man är fler än en person som kodar materialet. Detta kallas intersubjektivitet, vilket bör uppnås för att undvika att resultatet skiljer sig beroende på vem som kodar, istället för att det är skillnaderna i materialet som styr (ibid.). För att ta detta i beaktan var det viktigt för oss att koda det första materialet tillsammans. Allt kodat material bearbetades fortsättningsvis gemensamt. Vi har delat upp ansvaret för de olika delarna inom tidigare forskning, i övrigt är samtliga avsnitt skrivna tillsammans. Att vi har genomfört och författat undersökningen gemensamt har varit viktigt för att uppnå den interna reliabilitet som vi tidigare belyst som viktig för metodens tillförlitlighet.

## 6.8 Etiska överväganden vid metodval

Vi upplever som tidigare nämnt att etiska problem skulle ha kunnat uppstå om vi använt oss av intervjuer som metod i denna uppsats. Förutom att det kan ses som etiskt tvivelaktigt att intervjua en person i en socialt utsatt situation, utifrån vårt kunskapsläge, hade även metoden kunnat göra det svårt för oss att uppnå studiens syfte. Vi vill undersöka språkliga konstruktioner, men om vi hade presenterat vårt syfte som sådant finns risken att konstruktionerna anpassats till undersökningens kontext. Att istället be en person beskriva sin sjukdomsbild i tron om att vi enbart söker information om sjukdomen, när vårt syfte egentligen är ett annat, hade stridit mot informationskravet. Informationskravet innebär att deltagaren har rätt att veta att de deltar i studien samt vad studien avser att undersöka (Bryman 2011). Dilemmat är aktuellt i intervjuer med brukare såväl som med professionella.

Samtyckeskravet förklaras av Bryman (2011) som frågan om ett godkännande att medverka i en undersökning. Ett dilemma kring samtyckeskrav kan ses som aktuellt vid användandet av självbiografiska verk. Dessa verk är dock publicerade sådana, och vi ser att texterna bör vara präglade av en medvetenhet och bearbetning. Ahrne och Svensson (2011) skriver att texter publiceras med olika syften, och vi menar att utgivna självbiografier publiceras med syfte att nå ut till allmänheten, präglade av ett medvetet val. Av samma anledning ser vi inte heller informationskravet gentemot författaren som aktuellt.

Konfidentialitetskravet innebär att samtliga personuppgifter som berör individer delaktiga i en studie ska hanteras med största försiktighet (Bryman 2011). Då vi använder oss av självbiografier är författarens identitet redan frivilligt tillgänglig för allmänheten, och valet att publicera sitt namn är redan gjort. Författaren hade kunnat kringgå detta genom att skriva

under pseudonym. När man gör en undersökning bör även nyttjandekravet beaktas, vilket innebär att det insamlade materialet enbart får användas till forskningens syfte (ibid.). På grund av vårt valda materials karaktär är texterna, som tidigare nämnt, redan publicerade för allmänheten men vi kommer att beakta det genom att enbart skriva ut citat etcetera som en del av vår undersökning och inte i andra sammanhang.

För att undvika missförstånd vill vi sammanfattningsvis vara tydliga med att förklara vår studies syfte i relation till våra teorival. Vi undersöker hur personer med depression konstruerar sin *upplevelse* av sig själv som sjuk, bilden av sjukdomen, samt vägen till tillfrisknande, och har här en socialkonstruktivistisk hållning. Depression är enligt vår uppfattning en klinisk diagnos med multifaktoriella orsaker som har en allvarlig påverkan på individen. Vi menar således inte att sjukdomen i sig är en konstruktion av individen. Det vi vill belysa är de individuella upplevelser som personer med depression erfar, vilka kan skilja sig från person till person. Vi studerar de beskrivningar som görs av den individuella upplevelsen för att nå det klientperspektiv som vår studie syftar till. Att hävda att sjukdomen i sig är en social konstruktion anser vi vara etiskt tvivelaktigt och något som skulle kunna ses som en förminskning av individens sjukdomsuppfattning. Vi ifrågasätter inte att individen är sjuk, vi undersöker hur individen talar om sig själv och sin sjukdom.

## 6.9 Den egna positionen

För att minimera risken för att vår position ska påverka utfallet har vi valt att undvika intervjuer. Vi har inga personliga erfarenheter av depression, och inte heller erfarenhet som anhörig, vilket annars skulle kunna ha betydelse för inläsning och hantering av material. Vi är medvetna om svårigheten med att angripa ett problem helt förutsättningslöst, då risken finns att vi kommer att vara färgade av något perspektiv oavsett egna erfarenheter av problemet eller inte. Vi anser oss dock ha en öppen ingång och inställning till problemet, utan direkt förförståelse eller personliga avsikter.

## 7. Resultat och analys

Avsnittet är strukturerat i rubriker där resultat och analys har valts att integreras med varandra. Varje rubrik inleds med att återge ett citat från någon av våra studerade självbiografier, med syfte att verka som introduktion till det ämne som ska analyseras. Därefter används citat som exempel och förtydligande till den analys som förts ovan citaten.

Avsnittets huvudrubriker bygger på studiens frågeställningar, och är således *Sjukdomsbild och självbild, orsaker samt vad hjälper?*. Efterföljande underrubriker syftar till de teman vi funnit i vår studerade empiri i förhållande till respektive frågeställning.

## 7.1 Sjukdomsbild och självbild

### 7.1.1 Den mörka sjukdomen

Och sen kommer det svarta, bottenlösa, där allt blir som en dimma. En annan verklighet framträder. En verklighet som inte har skarpa konturer, som inte är svartvit, en verklighet utan lösningar, där det inte finns några enkla svar, kanske inga svar alls. (Författare 1 s. 112)

Upplevelsen av depressionssjukdomen, under de svåraste perioderna, konstrueras i samtliga självbiografier som ett mörker. Författarna beskriver en känsla av att stå utanför den verkliga världen, i en skuggvärld skild från verkligheten. I verken skildras flertalet målande beskrivningar om mörker, skuggor, det svarta. Det talas om depression i termer av tung dysterhet, ensamhet och sönderfall. Under perioderna av svår depression återfinns känslan av att befinna sig på den absoluta botten, utan möjlighet att förändra sin situation.

Det finns en hinna mellan mig och världen. Fosterhinna. Jag kan inte ta mig igenom den. (Författare 1 s. 137)

*Istället blev det till och med bara värre. Istället fanns den svarta vågen, svårmodet fanns överallt. Den jagade mig som ett skenande tåg och hängde fast vid mig som blodiglar.* (Författare 2 s. 146)

Mörkret samlas i huvudet. Den här dagen är svart. Svartare än svart, tung och kvävande. (Författare 3 s. 36)

Men jag kunde ändå inte göra mig av med olusten, den dystra stämning som alltid verkade svepa in mig i en kall, grå filt. /.../ Jag såg inga färger, jag såg allt i svartvitt. (Författare 3 s. 64-65)

Känslan av hopplöshet under de tyngsta perioderna är beskriven av samtliga författare. Förutom att de inte ser sig ha någon möjlighet att förändra sin situation i stunden, ser de inte heller hur sjukdomen någonsin ska kunna förbättras. Uttryck som "jag är dömd till det här" konstrueras, liksom beskrivningen av att inte se något ljus i tunneln. Under dessa perioder beskrivs självmord som den enda möjliga utvägen. Författarna uttrycker att de egentligen inte vill dö, men samtidigt vill de inte leva med den sjukdom som de har. En sjukdom som de inte

ser något slut på i de tyngsta faserna av depressionen. Den känsla av nedstämdhet och hopplöshet som författarna ger uttrycker för kan således relateras till det första diagnoskriteriet för egentlig depression enligt DSM-5 (2013). Även författarnas återkommande tankar på döden som enda möjliga utväg, under de svåraste perioderna, uppfyller ett av de nio diagnoskriterierna (ibid.).

Det är det som är grejen med depressioner. En mänsklig varelse kan överleva nästan vad som helst bara hon kan se ljuset i slutet av tunneln. Men depressioner är lömska och för varje dag som går, så blir det värre. Det är omöjligt att någonsin se ljuset i slutet. Dimman är som en bur utan nyckel. (Författare 2 s. 241)

Författarna beskriver hur denna mörka upplevelse av depression tar över deras förmåga att handskas med vardagen. Även den tidigare nämnda studien av Brown et al. (2007) har funnit resultatet att majoriteten av respondenterna upplevde att depressionen hade en negativ inverkan på deras liv. Socialstyrelsens (2010) riktlinjer för vård av depression beskriver det som viktigt att förstå klientens konstruktion av verkligheten, och att denna förståelse är en förutsättning för att kunna utforma ett gemensamt och framgångsrikt behandlingsarbete mellan klient och professionell (ibid.). I de studerade författarnas fall skulle denna förståelse inbegripa deras upplevelse av mörker, hopplöshet samt hur de uppfattar de negativa konsekvenser som sjukdomen medför. Enligt teorin om empowerment (Askheim 2007) bör klientens upplevelse, behov och förväntningar vara i centrum och tas i största beaktning, och klienten bör ses som en resurs med bäst kunskap om sin situation och sitt problem. Denna kunskap ska värderas lika högt som den professionella kunskapen, och förhållandet däremellan ska ge goda förutsättningar för ett gott behandlingsresultat (ibid.). Ett välanvänt citat inom socialt arbete är följande av Sören Kierkegaard;

Om jag vill föra en människa mot ett bestämt mål måste jag först finna honom där han är och börja just där. /.../ För att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer än vad han gör, men först och främst förstå det han förstår. (Jönson 2010:135).

Detta klientperspektiv, att förstå hur individen upplever och konstruerar sin situation, är enligt Jönson (2010) betydelsefullt för att kunna göra bedömningen av vad hen behöver. Författarnas upplevelse av depressionen som ett mörker utan slut blir därmed den utgångspunkt från vilken arbetet bör utformas.

## 7.1.2 Depression som en verklig sjukdom

Det handlar om liv och död. Det är på allvar. Lika allvarligt som cancer. Som hiv. Som somatiska sjukdomar. Psykiska sjukdomar är lika verkliga för den som lider. Jag behöver inte förståelse. Jag vill inte bli accepterad. Jag vill inte ha en egen prideparad. Jag vill absolut inte vara med i någon stödförening för galningar. Jag vill bara ha rätt till samma vård som andra som lider av livshotande tillstånd. Bara det. Bara det. (Författare 1 s. 94-95)

Tydligt framträdande i samtliga verk är att författarna understryker depression som en riktig sjukdom. Det ges uttryck för en frustration över att sjukdomen inte tas på lika stort allvar som en somatisk sjukdom. Författarna beskriver såväl psykiska som fysiska symptom, i form av viktförändringar, sömnstörningar, oupphörlig gråt samt koncentrationssvårigheter. Samtliga av dessa symptom kan relateras till diagnoskriterierna för egentlig depression i DSM-5 (2013). Författarnas upplevelse är att de lider av en livshotande sjukdom och de tenderar att jämföra depressionen med allvarliga somatiska sjukdomar som exempelvis cancer.

Men vad det än var så kändes det väldigt fysiskt, som om det var en övernaturlig sjukdom som gav mig frossa, som om min kropp förberedde en attack på mitt psyke, och jag beskrev rysningarna, rusningarna, illamåendet, utmattningen. 'Det är nånting som är fel på mig', stönade jag. 'Jag har så ont, inte bara i huvudet utan överallt, överallt, som en allvarlig influensa, men en som definitivt är känslomässig även om den yttrar sig fysiskt.' (Författare 2 s. 235)

Men depression är ingen plötslig katastrof. Det påminner mer om cancer: först är tumören inte ens synbar för det uppmärksamma ögat, och den en dag - pang! - har en enorm, dödlig trekilos klump hamnat i hjärnan på en, eller i magen eller i skulderbladet, och den här grejen som ens egen kropp har producerat försöker faktiskt ta livet av en. (Författare 2 s. 37)

Varför kallas det 'psykisk sjukdom'? Smärtan finns inte bara i huvudet. Den finns överallt, men det är värst i halsen och i hjärtat. Kanske mitt hjärta har brösttit. Är det så det är? Det känns som om hela bröstkorgen är krossad. Det är svårt att andas. (Författare 3 s. 41)

Författarna upplever en stigmatisering av psykisk sjukdom och beskriver hur de måste slåss mot attityderna mot depression från samhället. Jämförelserna med somatiska sjukdomar och fysiska symptom kan ses som en reaktion på att de inte upplever sig bli tagna på allvar.

Författare 2 skriver att hon önskar att hennes sjukdom var något så konkret som ett drogmissbruk, för att på så sätt kunna få adekvat behandling. Författarnas känsla av att deras sjukdomsupplevelse förminskas bör således uppmärksammas av professionella och beaktas i det inledande arbetet mot en god relation. Professionellas ansvar att ta klienten på allvar,

utifrån deras sjukdomsuppfattning, blir därmed värt att poängtera i sammanhanget och utgör en central del av det empowermentorienterade arbetet (Starrin 2007).

Ju fler depressionsdrabbade jag träffade, desto klarare började jag förstå att vi inte bara slåss mot en sjukdom utan även mot attityderna kring den. /.../ Stigmatisering av en sjukdom är ännu mer motbjudande. Det är illa nog att vara sjuk, men att vara tvungen att förneka just det som i sin värsta och mest aktiva fas är utmärkande för dig är verkligt smärtsamt. Det är en sjukdom. Punkt slut. Det är varken en moralisk defekt eller ett omoraliskt tillstånd. Skam, skuld och hemlighetsmakeri hör inte dit. (Författare 3 s. 16)

Løken (2007) talar om maktperspektiv i terapeutrelationen och beskriver makten som fysisk, såväl som symbolisk. Inom psykiatrin kan den fysiska makten bli tydlig i form av exempelvis tvångsåtgärder. Den symboliska makten är beroende av flertalet olika faktorer och påverkas av bland annat språk, verklighetsuppfattning och kunskap, exempelvis kan språket som används skapa inkluderande eller exkluderande sammanhang för patienter. Modellmakt är ett begrepp som inbegrips i den symboliska makten och står för att den individ, eller grupp, som får sin uppfattning av verkligheten accepterad som utgångspunkt för det arbete som sker, får modellmakt över andra (ibid.). Att ta den deprimerade klientens verklighetsuppfattning som utgångspunkt i det gemensamma arbetet skulle således ge hen modellmakt över den professionella parten och maktförhållandena kunna jämnas ut något. Som tidigare nämnt menar Jönson (2010) att professionella i största möjliga utsträckning bör arbeta för att förstå klientens uppfattning av problemet, exempelvis gällande karaktär, orsaker, lösningar och inblandade parter roller. Nästa steg är att låta denna bild svara för vilken lösning som är bäst, så långt det är möjligt (ibid.).

### 7.1.3 Förövare

Egentligen är vi i fysiskt avseende bara farliga för oss själva. I varje annat avseende är vi farliga för alla de människor som älskar oss. Vi förstör deras lycka, deras sinnesfrid, deras känsla av säkerhet. Depressionen knäcker inte bara oss som är direkt drabbade. (Författare 3 s. 84)

Framträdande i självbiografierna är hur författarna beskriver sig själva som deprimerade. Skildringarna görs i form av negativa termer om att man inte borde få finnas till, att man jagar bort dem man älskar, ett återkommande uttryck för självhat. Löpande ges också uttryck för en känsla av skuld för vad sjukdomen för med sig. Inte bara gentemot författarna själva, utan kanske framför allt i relation till deras nära och kära. Författarna lägger skulden på sig själva i rollen som dotter, mamma eller hustru som sjuk, istället för på sjukdomen i sig. Snarare än att

se sig som ett offer för en livshotande sjukdom, konstruerar de sig själva som förövare som förstör andras lycka. Denna skuldbeläggning samt det självhat som självbiografierna ger uttryck för kan kopplas till de skuldkänslor samt de känslor av värdelöshet som enligt DSM-5 (2013) är ytterligare ett diagnoskriterium vid egentlig depression. I den tidigare presenterade studien *Primary care patients' personal illness models for depression* fann Brown et al. (2007) att respondenterna upplevde att depressionen påverkade deras självbild. Dessutom visade det sig att respondenter som upplevde sin depression som kronisk i större utsträckning tog på sig skulden för sin sjukdom än andra (ibid.). Studiens resultat kan därmed relateras till de studerade författarna vilka samtliga ser sin sjukdom som kronisk såväl som de ger uttryck för starkt självhat och stor skuld.

Jag sviker och förstör. Jag är ett grått moln. Ett ovädersmoln som gör allt fuktigt och eländigt. Som dämpar ljud och skratt och glädje och får alla att känna sig otillräckliga. /.../ Jag har mest legat i sängen med tårarna rinnande längs kinderna. Jag skäms. Jag är så jävla usel. Jag är inte till någon nytta längre. Jag gör ingen människa glad. Minst av allt mina barn. Minst av allt dem. (Författare 1 s. 191-192)

Jag var uppslukad av depressionen och av drogerna jag tog för att slå tillbaka den, så det fanns ingenting kvar av mig, ingen rest av mitt jag som kunde glädja dem [ uppsatsförfattarnas anmärkning: morföräldrarna] ens i ett fåtal timmar. Jag var värdelös. (Författare 2 s. 161-162)

Författarnas beskrivningar av sig själva med negativa termer kan relateras till en roll som förövare, vilken kan diskuteras utifrån teorin om social kategorisering. Sociala kategoriseringar görs oundvikligen, och vi kategoriserar andra såväl som oss själva för att kunna sortera och avgränsa den verklighet vi möter (Börjesson & Palmblad 2008). Sociala kategorier kan vara tvingande, vilka av författarna beskrivs som exempelvis kön eller etnicitet, eller valbara, exempelvis vad man identifierar sig som. Att vara deprimerad kan i sig bli en tvingande kategori då den bestäms och diagnostiseras av professionella, men också genom den stigmatiserande bild som samhället har gentemot psykiska sjukdomar. Sociala kategorier kan också vara direkt utskrivna eller av mer outtalad karaktär (ibid.). Utifrån självbiografierna är det möjligt att göra tolkningen att författarna kategoriserar sig själva som förövare, vilket skulle kunna ses som en valbar kategori gällande identitetsupplevelsen. Med denna kategoritillhörighet följer flertalet egenskaper och beteenden som tas för givet för den valda kategorin i fråga (Börjesson & Palmblad 2008). Dels medför kategorin det självhat som ges tydligt utrymme i berättelserna, men det skapar även föreställningar om författarna av personer i deras omgivning, samt av oss som läsare. I och med att de intar rollen som förövare



öppnar det upp för vidare tillskrivning av egenskaper utöver de som de själva uttalar. Förhållandet hade blivit aktuellt även om författarna identifierat och kategoriserat sig som offer, men andra egenskaper och beteenden hade då kunnat tillskrivas. Börjesson och Palmblad (2008) menar att placering i en viss social kategori med andra ord kan medföra ett uteslutande av andra kategorier och tillhörande egenskaper. Att vara förövare och offer på samma gång skulle således kunna bli en omöjlighet. Vad en individ kategoriserar sig själv som, således hur de ser på sig själva, bör också kunna ses som en del av deras verklighetsuppfattning. Mötet samt arbetet med en person som identifierar sig som förövare skulle möjligen utformas annorlunda, än det samma med en person som ser sig själv som ett offer. Individens självbild bör klargöras, tas i beaktan och vara utgångspunkt i det professionella mötet (Askheim 2007; Jönson 2010; Socialstyrelsen 2010).

## 7.2 Orsaker

### 7.2.1 Biologiska orsaksförklaringar

Jag har uppnått det mesta som förväntas göra människor lyckliga. Jag har allt det där. Men jag kan inte. Jag saknar något. Jag kan inte. Jag lyckas inte med det där. Det är något grundläggande fel på mig. (Författare 1 s. 56)

Samtliga författare nämner biologiska komponenter som orsaker till depressionen, även om de anger olika grader av tilltro till denna aspekt. De uppger bland annat ett kroppsligt fel, att det är hjärnan det är fel på, att de har ett kemiskt problem. Både Författare 1 och Författare 2 ser biologiska faktorer som den främsta orsaken till deras depressionstillstånd, samtidigt som de visar på externa faktorer som påverkat eller utlöst ett insjuknande. Författare 3 däremot nämner flertalet orsaker till sin sjukdom, dels den biologiska aspekten men även uppväxtförhållanden, förluster i vuxenlivet samt personlighet.

Jag har ångest. Ångestångestångest. Min hjärna kokar. Det är min hjärna det är fel på. (Författare 1 s. 26)

Vad gäller min egen depression tror jag, oavsett hur jag kom in på min olyckliga stig, att det säkert var ett kemiskt problem, eftersom Prozac tillsammans med andra medel oftast har varit ett framgångsrikt motgift. (Författare 2 s. 426)

Jag vet att jag har depressionsgener som placerar mig i riskzonen och även beteendemässiga drag som är orubbliga som tegelmurar. Generna finns i min släkt liksom en del av de här beteendemässiga dragen, men inte alla. (Författare 3 s. 119)

Jag har två bröder. Vi har alla tre, i varierande grad, varit deprimerade. Egentlig depression anses vara ärftlig, men ingen tycks veta i vilken grad. (Författare 3 s. 121)

I jämförelse med vissa studier som undersökt patienters upplevelser av orsaker till deras sjukdom lägger våra studerade författare större fokus vid biologiska faktorer än dessa studiers respondenter (Hansson 2010, Kessing et al. 2005, Löwe et al. 2007). I undersökningen genomförd av Budd et al. (2008), som redovisats under tidigare forskning, anges dock en obalans i hjärnan som en av de främst upplevda orsakerna till depression, tillsammans med faktorer som att ha mist ett barn eller en partner samt sexuella övergrepp. Författare 3 beskriver hur hennes personlighetstyp har bidragit till sjukdomen, och hur den är formad av både arv och miljö. Som tidigare nämnt konstaterar både Kessing et al. (2005) och Hansson (2010) genom sina studier att orsaksförklaringar som har med personlighet att göra är vanligt förekommande bland deprimerade patienter. Sammanfattningsvis kan konstateras att våra studerade författare visar en samstämmig orsaksgrund till depression, gällande biologiska faktorer, men individuella skillnader kan skönjas. En varierande bild som även stöds av tidigare forskning.

Dessa orsaksförklaringar utgör en del av individernas sjukdomsuppfattning, vilket Askheim (2007), som tidigare nämnt, menar ska fungera som utgångspunkt i det empowermentorienterade arbetet. Empowermentteorins grundinställning om just klienten som aktör och subjekt i sin egen situation går att finna i olika metoder, som lösningsfokuserad korttidsterapi och motiverande samtal (MI) (Jönson 2010; Miller & Rollnick 2010). Förutsättningarna för ett framgångsrikt förändringsarbete är att klienten är medveten om sin situation och själv upplever denna som ett problem (Jönson 2010). För att en metod ska fungera krävs att klient såväl som professionell har tilltro till den metod som används, och att metoden upplevs adekvat i förhållande till problem (Miller & Rollnick 2010). Det är ett resonemang som även stöds av den metastudie som genomförts av Wampold och Ahn (2001). Att undersöka klientens upplevelse av orsak till problem, exempelvis depression, får därmed betydelse i frågan hur professionella bör förhålla sig till klienten samt gällande vilken metod som kan tänkas fungera. En individ som lägger fokus på de biologiska faktorerna skulle möjligen inte känna tilltro till en metod som verkar mer själsligt, och resultat skulle kunna vara svårare att nå. Brown et al. (2007) menar, utifrån sin studie på deprimerade patienter i primärvården som presenterats under tidigare forskning, att det är viktigt att förstå patientens upplevelse av depression, samt deras syn på vad som skulle vara en effektiv behandling. Ett

sådant klagörande ger en samsyn mellan patient och professionell vilket genom studien har visat sig ge goda behandlingsresultat. Budd et al. (2008) har i sin studie däremot inte funnit några starka samband mellan patienters tro på orsaker och tro på en viss metod.

### 7.2.2 Jakt på orsaksförklaringar

Jag försöker komma på nån ursäkt för min depression, nånting som verkar vettigt i hennes öron, men jag kan inte komma på nåt alls. /.../ Kunde de instabila familjeförhållandena möjligen ligga bakom alla dessa problem? Var hjärnkemin en del av problemet också? Vem fan vet varför jag hamnat så snett, med det var ett obestridligt faktum att jag hade gjort det. (Författare 2 s. 167-168)

I delar av det studerade materialet identifieras en jakt på orsaksförklaringar, men syftet med sökandet skiljer sig åt författarna emellan. Det går att urskilja två spår. Det första handlar om att finna förklaringar till sitt tillstånd som tillfredsställer professionella, samt andra personer i ens omgivning. Författarna beskriver hur andra personer uttrycker ett behov av att söka grunderna till problemet, medan de själva istället fokuserar på konsekvenserna av sjukdomen. Professionella de möter visar sig söka externa stressorer som ska ha givit upphov till depressionen och som kan bearbetas och behandlas. Själva lägger de ingen vidare vikt vid dessa möjliga orsaker, utan vill istället fokusera på vad man ska göra åt det.

Han kunde säga: Eftersom dina föräldrar skilde sig när du var liten och har såna olikartade livsstilar med så oförenliga normsystem, har du en kluven grund, är du en splittrad person. Eller så kunde han säga: Du är mycket brådmogen och mycket känslig, och därför anpassar du dig så extremt mycket till de hemska sakerna som skedde runt omkring dig när du var liten, så att skadan kommer upp till ytan nu. Allting han säger verkar synnerligen troligt, ment alltihop är för min del bara ett enda stort *Ån sen?* Jag känner redan till allt det där. För mig gäller problemet vad man ska göra åt det. (Författare 2 s. 63-64)

Det framgår att författarna söker orsaker som låter bra i andras öron och som kan bidra till en förståelse för deras nedstämdhet. Men svåra omständigheter i författarnas liv kan även ge dem själva legitimitet att må dåligt.

Det är synd, eller hur, för visst blir det liksom enklare och lättare om ni kan tänka att jag vill ta livet av mig för att en elak och brutal jävel våldtog mig en hel natt den 6 juni 1991 /.../ Men så enkelt är det inte. Så enkelt är det inte. Det föreligger inte alltid så tydliga samband. Det finns inte alltid en anledning, en orsak, att sätta fingret på, att ringa in, att peka på, att säga >>därför<<. Den där enkla kausaliteten existerar inte alltid. (Författare 1 s. 142-143)

'Jag vet inte. Det enda som var bra med det här missfallet var att det gav mig en anledning att känna mig nere.' (Författare 2 s. 243)

Det andra spåret handlar om att finna förklaringar för sin egen skull, att se sökandet som en del av tillfrisknadsprocessen genom att klargöra sjukdomsförloppet. Detta för att komma underfund med hur man ska kunna handskas med sin sjukdom och nå en förståelse kring sin situation. Detta kan relateras till vad Askheim (2007) skriver om bemästrande, ett ord som inom rehabiliteringsområdet används synonymt med empowerment. Bemästrande handlar om att klargöra sin situation och lära sig att leva med den. Syftet är att kunna uppleva att man har kontroll över sitt liv (ibid.). Författare 3 menar att det för henne är av vikt att identifiera orsaker och utlösande faktorer till depressionen för att lära sig att hantera dessa förhållanden, och då minska risken för återinsjuknande. Detta är en diskussion Författare 3 för då hon är i en period av bättre mående, för som tidigare nämnt kan inte heller hon, under de svåraste perioderna, se något slut på depressionen.

För att bli frisk, och fortsätta vara frisk, var jag tvungen att undersöka alla dessa möjligheter: gener, släkt, barndom och min personliga läggning. (Författare 3 s. 119)

## 7.3 Vad hjälper?

### 7.3.1 Medicinering

Jag är övertygad om att jag har levt såhär länge tack vare alla piller jag har stoppat i mig. Utan drogerna skulle jag tagit livet av mig för många år sedan. Utan drogerna skulle jag varit död. Så är det. Men drogerna gör mig inte lycklig. Drogerna löser inte mina problem. Drogerna är ingen quick fix. (Författare 1 s. 24)

Medicinering och dess effekt är ett återkommande tema i samtliga självbiografier. Författarna upplever såväl negativa som positiva effekter av de antidepressiva samt lugnande läkemedel som deras läkare ordinerat dem. Ingen författare beskriver den antidepressiva medicineringen som någon mirakelmedicin, däremot menar både Författare 1 och Författare 2 att det är medicinen som har hindrat dem från att ta sitt eget liv. Deras upplevelse av medicinens effekt stämmer väl överens med hur de antidepressiva preparaten verkar, då de kan hjälpa vid ett depressivt tillstånd genom att individen återgår till sitt normala stämningsläge, men inte högre än så (Agerberg 2011). Såväl Författare 1 som Författare 2 upplever att de var deprimerade under en lång tid innan de fick antidepressiv medicin, och uttrycker en frustration över detta.

De fördelaktiga SSRI-preparaten gjorde intåg på marknaden först under 1990-talet (ibid.), då båda författarna redan hade varit sjuka under flera år.

Såhär i efterhand verkar det märkligt att jag inte fick hjälp i form av medicin långt tidigare. Varför väntade läkarna i sju år med att skriva ut antidepressiva? Jag var uppenbart sjuk, i många år. (Författare 1 s. 26)

Det var som om depressionsmittan hade lyft från mig och ägnat sig åt nåt annat, på samma sätt som dimman i San Francisco lättar allteftersom dagen framskrider. Var det Prozac? Utan tvivel. (Författare 2 s. 408)

Författare 3 uppvisar istället en mer ifrågasättande bild gentemot medicinering. Hon lider av behandlingsresistent depression, men har ändå ätit antidepressiva läkemedel i flera år. Trots att hon menar att antidepressiva inte fungerade mot hennes depression, uttrycker hon en tilltro till att medicin kan fungera väl för andra med samma sjukdom. Hon är dock nogg med att poängtera att medicinering inte behöver vara den enda utvägen, utan att även andra lösningar är möjliga.

Varje vapen i striden mot depression är värt beaktande och det kanske kommer en dag när en tablett om dagen är allt som behövs. Till dess finns det en annan väg för alla som liksom jag tycker att antidepressiva är till liten eller ingen hjälp. (Författare 3 s. 31-32)

Liksom tidigare nämnt har forskare sett att individer som lider av depression upplever sig få relativt snabba resultat av antidepressiv medicinering, men för den långvariga effekten krävs en kombination av psykoterapeutisk behandling (Cuijpers et al 2009; SBU 2004). Författarna av självbiografierna upplever att antidepressiva läkemedel hjälper i den mest akuta fasen, men de är ense om att sjukdomen kräver mer. Enligt Socialstyrelsens (2010) rapport om riktlinjer vid vård av depression uttrycks att lindriga depressioner kan behandlas med enbart psykoterapi. Vid medelsvåra depressioner ger psykoterapi och antidepressiva läkemedel en likvärdig effekt, men vid svåra depressioner är antidepressiv medicinering ett måste för att tillståndet ska kunna förbättras (ibid.). Klienters uppfattning om medicinering är dock av olika karaktär, vilket visas i en dansk studie av Kessing et al. (2005). De konstaterar att en majoritet av respondenterna, vilka samtliga lider av depression, uttryckte felaktiga uppfattningar om effekten av antidepressiva läkemedel, exempelvis att de är beroendeframkallande eller kan förändra personligheten. Professionella har därmed ett ansvar att informera patienter om antidepressiv medicinering och dess konsekvenser (ibid.). Enligt teorin om empowerment kan informationsgivandet ses som en faktor för att klienten ska nå en förståelse för sin situation

och nå en upplevelse av kontroll (Askheim 2007). Klientens uppfattning om medicinering är även viktig i frågan om placeboeffekter. Jönson (2010) beskriver hur sockerpiller kan ge gynnsamma resultat i medicinska sammanhang, bara mottagaren har tilltro till behandlingen. Den professionella kunskapen blir således viktig som informationskälla i det gemensamma arbetet med klienten. Bland annat placeboeffekter tas upp i den modell som Michael J. Lambert har skapat, vilken visar på olika faktorerers betydelse vid ett förbättringsarbete inom psykoterapi och psykosocialt arbete (Roscoe et al. 2011). Enligt modellen utgör placeboeffekten vid behandling 15% av ett förbättringsresultat. Specifika faktorer, så som medicinering, utgör även de 15%. Vidare har den terapeutiska alliansen samt utomterapeutiska faktorer stor betydelse som förbättringsfaktorer enligt modellen (ibid.).

Depression fordrar definitivt medicinering i sin akuta fas. Ingenting annat kommer åt den i det stadiet. När depressionen väl lämnat det akuta stadiet behövs avsevärt mycket mer. Jag är inte motståndare till antidepressiva farmaka, långt därifrån. Läkemedel kan rädda liv, och gör det också. Men depression är inte en enda sjukdom och det krävs mer än en enda åtgärd för att lindra den och hålla den stången. (Författare 3 s. 26)

### 7.3.2 Terapeutrollen

Bra terapi handlar om kontakt /.../ Skickliga terapeuter är både skickliga lärare och helare – personer som är kloka och vidsynta. De måste också vara goda rollmodeller. För att kunna lita på dem och lära måste man vilja ha åtminstone en del av det de har. /.../ Till slut hittade jag en terapeut, Elizabeth, som ingav mig tillräckligt med kraft och hopp för att jag skulle kunna tro att det fanns ett liv efter depressionen, att jag en dag kanske skulle kunna uppleva lycka igen. /.../ Det första hon gjorde var att få mig att skratta. Hon sa emot. Hon var vanvördig, cynisk, rolig, varm och framför allt mänsklig. (Författare 3 s. 214)

Samtliga författare berör på ett eller annat sätt hur terapeuter har spelat roll i deras sjukdoms- samt tillfrisknadsprocess. De pekar på egenskaper och förhållningssätt framför specifika psykoterapeutiska metoder. Stor vikt läggs vid personkemi, medmänsklighet, engagemang och att terapeuten, förutom att vara just terapeut, även är en god förebild. Vikten av kontinuitet i den terapeutiska relationen påvisas, och det framgår hur författarna anser att kontinuitet är ett krav för en god relation, vilken tar tid att skapa. Frustration uttrycks över att behöva träffa många olika läkare och terapeuter och att gång på gång vara tvungen att upprepa sin historia. Det framträder en känsla av trygghet över kontinuiteten, att veta vad som väntas i mötet med terapeuten.

Åh, jag önskar att jag fick stanna kvar hos Britta. /.../ I samma veva tappade jag kontakten med Ingvar, den psykiater som diagnostiserade mig och som prövade ut rätt medicinering. Jag fick behålla honom under en övergångsperiod, men sen var det ut i kylan. (Författare 1 s. 37)

### 7.3.2.1 Terapeutens egenskaper och den professionella relationen

Relationen till terapeuten genomsyrar all diskussion kring terapi i självbiografierna. Även vilka egenskaper terapeuten bör ha framställs, och de framhäver vikten av medmänsklighet. Terapeuten ska inte upplevas opersonlig och kylig, och det nämns som viktigt att terapeuten förmedlar hopp. Av vikt anses också vara att terapeuten inte antar sig veta vad de känner och behöver, i egenskap av expert. Författare 3 uttrycker att terapins syfte istället är att ge verktyg och kunskap om depression att använda i vardagen. De gånger författarna möter en terapeut som visar ett stort engagemang genom att göra mer än vad som enbart förväntas av dem som professionella, beskrivs detta som en livräddande insats.

*Dr Sterling är den enda psykiater om vilken jag ärligt kan säga: Hon räddade mitt liv. Jag tror att hon visste att hon förmodligen inte skulle få betalt för sina stora insatser, men hon gjorde vad hon trodde behövdes ändå. (Författare 2 s. 294)*

*Hennes mål var att se till att jag fick den vård och behandling som jag skulle fått på ett psykiatriskt sjukhus, utan att egentligen sättas i fullständig isolering. Det vara bara tack vara hennes beslutsamhet och engagemang som jag överlevde det året utan att faktiskt bli tvångsintagen, och det är bara tack vare henne som jag överhuvudtaget är i livet idag. (Författare 2 s. 295)*

Författarna beskriver att deras terapeuter är betydelsefulla för deras tillfrisknande. Enligt Askheim (2007) är det i ett empowermentorienterat arbete den professionelles uppgift att ge individer i utsatta situationer en känsla av inre styrka och en förmögenhet att hantera sin situation. Professionella i dessa sammanhang ska verka för att mobilisera klientens resurser och skapa förutsättning för förändringar, genom att understödja den egna kompetensen och styrkan (ibid.). Detta sker bland annat, som tidigare nämnt, gemensamt mellan klient och professionell genom att båda har klientens verklighetsuppfattning som utgångspunkt i det gemensamma arbetet. Løken (2007) menar att en individ endast har möjlighet att förändras och utvecklas under trygga förhållanden. En god relation mellan klient och professionell blir därmed en förutsättning för trygghet, där stöttning och uppmuntran är central för att klienten ska känna styrka i sin situation. Detta ska skapa en känsla hos klienten av att vara en aktör i sitt eget liv, som är medveten om den egna förmågan och möjligheten att förändra (ibid.). Enligt Lamberts modell gällande främjande faktorer vid ett psykoterapeutiskt arbete utgör just

den terapeutiska alliansen hela 30% av ett förbättringsresultat (Roscoe et al. 2011), och är således en mycket viktig komponent att ha i beaktan i det professionella arbetet. Miller och Rollnick (2010) diskuterar förutsättningar för en god relation mellan klient och professionell, och talar i synnerhet om tre färdigheter av stor vikt för att skapa trygghet och förutsättningar för klienten att utforska sina möjligheter. Att klienten upplever den professionelle som empatisk, varm och äkta ska enligt författarna medföra en naturlig förändring hos klienten (ibid.).

Den medmänsklighet som författarna av självbiografierna efterfrågar hos professionella är ett återkommande tema i professionsteori. I människobehandlande arbete kan professionalism och medmänsklighet stå i konflikt med varandra. När professionalism utgörs av opersonlighet i mötet med klienten kan den medmänskliga kontakten förloras (Skau 2007). Men de båda förhållanden behöver inte konkurrera ut varandra, medmänskligheten kan istället ses som en byggsten och en drivkraft för en god professionalitet (ibid.). Skau (2007) menar vidare att en professionell medarbetare i en människobehandlande verksamhet behöver inneha förmågan att känna empati för sin klient, men samtidigt veta var gränsen går för den professionella insatsen. Det här är ett komplext förhållande som varje individ i professionella sammanhang bör vara medveten om. Medmänsklighet i sig är ingen professionell egenskap, den bygger på förnuft och känsla (ibid.). Det är inte enbart i egenskap av professionell som man utför ett gott arbete, även personen bakom det professionella förhållningssättet måste vara en god människa, menar Christoffersen (2007). De icke-professionella erfarenheterna kan således vara minst lika viktiga som den professionella kunskapen, och hjälpa oss att utföra ett arbete som även inkluderar medmänsklighet (ibid.). Situationen kan vara en utmaning då professionella har en faktisk arbetsuppgift i mötet med klienten, men samtidigt bör se medmänniskan framför sig. Följande citat visar hur klient och professionell kan ha olika uppfattning om hur detta bör gå till.

Relationsmodellen, som Margaret tjtade om, gjorde mig fullkomligt galen. 'Vilken relation?' frågade jag vecka ut och vecka in. Jag visste inget om henne. Det uppstod aldrig någon dialog. Hon vägrade att svara på frågor. Hur kunde vi då ha en relation? Detta opersonliga tillvägagångssätt antas inom den analytiska traditionen göra det möjligt för terapeuten att bedöma och arbeta med klientens känslomässiga reaktioner. (Författare 3 s. 211)



### 7.3.2.2 Hjälp till självhjälp

Författare 2 uttrycker en stor frustration över då professionella antar sig veta vad som är bäst för henne, istället för att involvera henne i behandlingsprocessen och se henne som en kompetent individ. En jämförelse är därmed möjligt att göra med vad Starrin (2007) beskriver som det paternalistiska synsättet inom professionalism, vilket bygger på över- och underordning i en relation. Utsatta människor ses inte som förmögna att veta sitt eget bästa, varpå experten ensam bör ta detta ansvar. Resultatet av ett sådant förhållningssätt blir att klienten blir den underordnade parten i sin egen situation, där expertens synpunkter väger tyngst (ibid.). Jönson (2010) menar att lösningen inte heller är så enkel som att alltid göra vad klienten vill. Istället anser han att klientens problemuppfattning måste klargöras och diskussion föras kring hur denna uppfattning stämmer överens med professionellas. Utgångspunkten bör därmed vara mer empowermentorienterad, där hänsyn även tas till klientens verklighetsuppfattning för att stärka dennes position i sin situation (Askheim 2007).

Skau (2007) menar att idealbilden av hjälp ska grundas i klientens önskan och delaktighet, och ha som syfte att fungera som hjälp till självhjälp. I enlighet med vad Författare 3 uttrycker om att terapin ska ge verktyg att själv hantera sin situation, menar Skau (2007) att det är klienten själv som behöver utföra den största delen av arbetet. Hon talar om ett resursorienterat arbetssätt, vilket syftar till att finna klientens resurser, och ta tillvara på dennes kompetens och potential, och sedan utnyttja det i förändringsarbetet (ibid.). Ett sådant arbete syftar till att stärka individen i sin situation. Upplevelsen av egen styrka är enligt det empowermentinriktade arbetet centralt för den individuella utvecklingen och uppfattningen av egen självkänsla och självförtroende (Løken 2007). Arbetet inriktas på att stärka individens tilltro till sig själv som person samt till sina färdigheter. Att lära sig verktyg för att hantera sin situation, och se att dessa fungerar, kan således bidra till att förstärka den självkänsla som i det empowermentorienterade arbetet benämns som betydelsefull för att få kontroll över sin situation (ibid.).

Jag älskade Britta. Britta är socionom och utbildad i KBT. Henne gick jag hos i nästan två år och hon hjälpte mig att skapa mentala bilder som jag kan plocka fram när mina självmordstankar blir nästan övermäktiga. (Författare 1 s. 37)

### 7.3.2.3 Personen bakom professionaliteten

Förutom föredragna egenskaper så som medmänsklighet och engagemang nämns även behovet av att möta en terapeut som står för ett eftersträvansvärt levnadssätt. Författarna beskriver att de söker ett ideal, någon som besitter egenskaper som de själva skulle vilja ha. Det handlar om att terapeuten även ska verka som förebild. Författare 3 uttrycker att den specifika metoden vid terapi spelar mindre roll för henne, istället är det terapeuten som har betydelse för hur behandlingsarbetet ska gå. Beskrivningen ger uttryck för tanken om Dodo bird verdict, vilket som tidigare nämnt innebär just att det är relationen mellan professionell och klient som har betydelse för resultatet, snarare än metoden (Wampold & Ahn 2001).

Nu när jag vet lite mer om terapi inser jag att jag inte har någon personlig favoritform. Jag har bara favoritterapeuter, personer som utöver sitt terapeutiska kunnande äger en klokhet och mänsklighet som jag skulle vilja ha. (Författare 3 s. 215)

Jag valde tillslut en psykiater som Dr Saltenstahl rekommenderade mig, en kvinna som jobbat ett tag på Harvard och nu hade privatpraktik i sitt vackra hem i kolonialstil på Mt. Auburn Street. Hennes namn var Diana Sterling /.../ Jag tyckte det verkade som om hon levde ett hederligt, stabilt liv som verkade vettigt, till skillnad från så många terapeuter som jag träffat och som verkade ha valt sitt yrke främst för att befria sig från sina egna demoner. /.../ Jag ville ha en terapeut som var ett ideal. (Författare 2 s. 230-231)

Att som professionell visa den klokhet och mänsklighet som ovan eftersöks innebär att den professionelle behöver visa mer än sin terapeutiska kunskap. Detta blir således en fråga om personligt kontra professionellt i mötet med klienten. Skau (2007) beskriver hur hennes intervjupersoner uppskattar att den professionelle delar med sig av personliga erfarenheter. I och med vetskapen om att de delar erfarenheter och upplevelser kan de känna större förtroende för den professionelle, öppna sig mer och därmed ha en bättre grund för ett gemensamt och framgångsrikt arbete. Viktigt att tänka på i en sådan relation är att vad den professionelle väljer att dela med sig av ska vara till gagn för klienten, inte för den professionelles egen vinning. Att ta upp egna fel och brister som professionell kan dock visa på en mänsklighet, en person som inte är ofelbar, vilket avdramatiserar klientens situation (ibid.). Det här kan vara ett sätt att skapa relation mellan klient och professionell, och med våra studerade författare i åtanke ett framgångsrikt sådant. Det mer personliga förhållningssättet kan stå i kontrast till den neutralitet som präglar en del av Parsons professionsetik (Christoffersen 2007). Neutraliteten innebär en avsaknad av känslomässig involvering i relation till klienten och dennes situation. Svensson et al. (2008) menar istället att det i en relation, där båda parter arbete uppskattas, kan uppstå en känslomässig laddning

och att detta inte behöver vara någonting negativt. Hur den professionelle förhåller sig till klienten kan även vara beroende av metod, då det kan vara metodens syfte att förhålla sig just känslomässigt neutral alternativt involverad i förhållande till klienten (ibid.). Christoffersen (2007) går ett steg längre och anser att den känslomässiga involveringen är ofrånkomlig i det sociala arbetet och en förutsättning för att arbetet ska vara framgångsrikt. Känslomässig involvering kan översättas med empatisk förmåga, vilken inte heller är oberoende av personen bakom professionaliteten (ibid.).

### 7.3.3 Utomterapeutiska faktorer

Avslutningsvis redogörs för de resultat som funnits utanför det professionella sammanhanget. I empirin har här tre teman framträtt som viktiga i tillfrisknadsprocessen. Det första berör vikten av rutiner i vardagen. Samtliga författare framhäver hur dagliga rutiner och mekaniska uppgifter hjälper dem att hålla sig sysselsatta och tar fokus från tankar på känslor och ensamhet.

Det är bra att vara med barnen. Jag vet att de måste äta tre gånger om dagen. Jag lagar mat och så äter jag lite själv också. Det är bra. Jag behöver det. (Författare 1 s. 117)

Både min studierådgivare och Dr Sterling och flera av mina vänner har föreslagit att jag ska dra ner på studietakten och ta igen studierna nån annan gång, men av nån anledning kan jag inte göra det. Det skulle vara för demoliserande. Om jag kunde göra mina hemuppgifter, säger jag hela tiden till mig själv, vet jag att jag ännu inte behöver ge upp allt hopp. (Författare 2 s. 291)

Jag vaknar tidigt och sitter i min säng med en kopp te och tänker. Inte på någonting särskilt utan det är mitt sätt att röja upp i det kaos som råder i mitt huvud och skapa en känsla av lugn och ordning inför dagen som ligger framför mig. Jag gör det varje dag i en halvtimme, sedan mediterar jag i tjugo minuter. Det är en rutin jag följt sedan jag var sjuk. Jag vet inte hur eller varför det fungerar. Jag vet bara att det gör det. (Författare 3 s. 12)

Som ett andra tema uttrycks av Författare 1 och Författare 3 de kommentarer från familj, vänner och omgivning som visar på okunskap kring sjukdomen och dess symptom. Kommentarer och "råden" uppfattas som kränkande och helt utan positiv effekt i tillfrisknadsprocessen. Kommentarer i stil med "vi måste acceptera att livet inte alltid är roligt", "ta dig i kragen", "så illa är det väl inte" och "du kommer må mycket bättre imorgon bitti" bidrar snarare till en förstärkt frustration över att stå maktlös inför sin situation som deprimerad.

Vi lever med en dödlig sjukdom. Det är faktiskt så. Det handlar inte om att skärpa sig och ta sig samman. (Författare 1 s. 154)

När välmenande vänner och släktingar säger till den deprimerade personen: 'Ta och ryck upp dig', skulle de lika gärna kunna säga det till spädbarnet som gråter i sin spjålsäng. Vi kan inte. Det är inte så att vi inte vill. Vi kan helt enkelt inte. (Författare 3 s. 50-51)

Författare 2, å andra sidan, bemöter rådet om att "rycka upp sig" med annan inställning. Hon menar att sympati får henne att vältra sig i sin egen smärta, medan det motsatta bemötandet tvingar henne att ta sig i kragen.

*Rafe var förmodligen för snäll mot mig. Han tillät mig må dåligt och detta tillät mig i sin tur att må ännu sämre. Det enda jag nånsin gjorde med Rafe var att vältra mig i min egen smärta. /.../ men Nathan bemötte de här situationerna väldigt annorlunda än vad Rafe gjorde. Han sa: Kom igen, det här är löjligt. Han sa: Nu räcker det. Han sa: Ryck upp dig. Och vet ni vad? Hans metod funkade. När jag tvingades att uppföra mig så uppförde jag mig så. (Författare 2 s. 306-307)*

Slutligen framhävs vikten av att uppleva att man har någon allierad i sin situation, en vän som visar förståelse för ens tillstånd och som inte försöker komma med råd. Både Författare 1 och Författare 3 beskriver vikten av nära relationer, att ha någon vid sin sida som de vet alltid kan kontaktas.

Om jag har en allierad. Bara en. Jag måste i alla fall försöka. Jag får inte - *får inte* - ge upp. Jag måste försöka. Jag är skyldig barnen det. Jag ringer P. Kanske kan han hjälpa mig. I alla fall att överleva natten. /.../ P. är klok och förstår att man inte får röra vid mig när jag har ångest. /.../ Jag tror att han räddade mitt liv. Den natten var det P. som räddade mitt liv. (Författare 1 s. 60-61)

Jag hoppas att det inte dröjer så länge innan hon kommer, blotta åsynen av henne ger mig lindring. Jag behöver att hon är hos mig, även om det inte finns någonting hon kan säga. (Författare 3 s. 45)

Ovan presenterade teman, vilka står utanför det professionella sammanhanget, går att jämföras med vad Lambert kallar för utomterapeutiska faktorer (Roscoe et al. 2011). Enligt modellen utgörs hela 40% av vad som hjälpt klienter vid en tillfrisknadsprocess av just utomterapeutiska faktorer. Liksom tidigare nämnt är 15% av en förändring beroende på specifika faktorer relaterade till metoden, ytterligare 15% beror på placebo, hopp eller förväntan och 30% beror på relationen mellan klient och professionell (ibid.). I synnerhet Författare 3 poängterar de faktorer som hjälpt henne ur sin depression, och som står utanför

de rent terapeutiska eller medicinska insatserna. Roscoe et al. (2011) konstaterar att terapeuter måste vara medvetna om den stora del av ett förbättringsarbete som är beroende av relationen. Således bör en rimlig koppling kunna göras till att professionella även bör vara medvetna om den påverkan som utomterapeutiska faktorer kan ha.

## 8. Sammanfattning och avslutande diskussion

Syftet med den här undersökningen har varit att fördjupa kunskapen om depression och vad som hjälper ett tillfrisknande, genom att studera upplevelsen av sjukdomen samt synen på sig själv som deprimerad. Våra frågeställningar har varit utformade för att svara till detta syfte, och vår upplevelse är att resultat har varit möjligt att finna kring samtliga. Anledningen till varför vi ansåg denna form av studie vara viktig var den begränsade kunskap som en generalistutbildning så som socionomprogrammet tillhandahåller oss studenter i flera ämnen, exempelvis psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa är ett växande socialt problem, där depression utgör en stor del av problematiken. I vår framtida yrkesroll som socionomer anser vi oss behöva den form av kunskap som vår uppsats ämnade ge, varpå uppsatsen blev ett medel för en ökad förståelse för en depressionssjukdoms påverkan på individen.

Inledningsvis ställde vi frågorna hur individen talar om depressionen, samt hur individen ser på sig själv i förhållande till sjukdomen. I våra studerade självbiografier fann vi många faktorer av intresse, men mest framträdande var beskrivningen av depression som en mörk sjukdom samt en verklig sådan. Tydligt har varit att sjukdomen upplevs som ett mörker utan slut, ett tillstånd som beskrivs som en parallell verklighet och i termer av att vara insvept i en grå filt eller instängd i en bur utan nyckel. Under de svåraste perioderna ser individerna inte något slut på sitt lidande. Sjukdomen beskrivs som en i högsta grad verklig sjukdom, vilken författarna tenderar att jämföra med livshotande somatiska sjukdomar. Författarna upplever inte att de blir tagna på allvar i sin sjukdom, och jämförelsen med somatiska sjukdomar kan tänkas vara ett försök att få andra i sin omgivning att förstå sjukdomens allvarlighetsgrad. I denna tunga verklighet upplever sig författarna själva ha skulden till sitt tillstånd, och vad sjukdomen för med sig gentemot nära och kära. I analysen satte vi dessa konstruktioner av självbild i relation till kategoritillhörighet, och rollen som förövare framträdde. Författarnas jämförelse av depression som en verklig sjukdom kan ses som en motsägelse i förhållande till den kategoritillhörighet som de samtidigt ger uttryck för. De vill poängtera att depression är en verklig sjukdom som de har drabbats av, likt hiv eller cancer, något som skulle kunna ha

tydligare koppling till en upplevelse av sig själv som offer. Att de istället gör framställningar av sig själva som en förövare går emot tanken av att de "drabbats av" en sjukdom.

Vår nästa frågeställning fokuserade på de orsaksförklaringar som författarna gav till sin depression. Resultatet av denna fråga utgör en mer splittrad bild. Biologiska förklaringar uppgavs av samtliga författare, men de gav olika tyngd till den biologiska faktorn. Även personlighet och förluster påpekades. Större delen av diskussionerna kring orsaksförklaringar i självbiografierna handlar om sökandet efter dem snarare än fastställandet av de samma. Vi har i analysen fört diskussion kring för vems skull orsaker ska fastställas. Syftar sökandet till att underlätta för individerna själva eller för att tillfredsställa professionella och andra i sin omgivning?

Den sista frågeställningen syftade till att undersöka vad individerna upplever har hjälpt dem i tillfrisknadsprocessen från depression. I denna fråga kan vår roll som socionom bli aktuell, och för att få en mer heltäckande förståelse för hur hjälpinsatser ska kunna utformas har vi även undersökt vad författarna upplever att de inte har blivit hjälpta av. Också här har individerna framställt många olika faktorer, men gemensamt för dem är beskrivningen av terapeutrelationen som absolut central. Även medicinering nämns som en hjälpsamt faktor, liksom att ha rutiner i vardagen och en nära allierad person i sin omgivning.

Vi har genomfört den här undersökningen i syfte att få större kunskap och förståelse för depression och hur den professionella rollen kan utformas i relation till sjukdomen. Vårt studerade material har lett fram till ett resultat, utifrån vilket vi önskar visa på möjliga riktlinjer inför mötet med klienter med depression:

- ❖ I rollen som professionell bör en medmänsklighet visas. Personen bakom professionen behöver träda fram och präglade den professionella parten i relationen, det bör visas på personlighet snarare än professionell neutralitet.
- ❖ I mötet är det viktigt att visa på ett engagemang inför den person man har framför sig, och den situation personen befinner sig, där hjälp kan behövas på flera plan.
- ❖ Knutet till engagemang visar sig även kontinuitet, att den professionella ämnar följa klienten i hela processen och inte ge upp arbetet. Klienten behöver en trygg punkt att kunna lita på vid behandlingsarbetet.
- ❖ Arbetet utformas gemensamt, där klientens resurser tillvaratas som verktyg att själv använda sig av i vardagen för att hantera depressionen.

- ❖ Det är den professionellas uppgift att tillhandahålla kunskap om sjukdomen och information om behandlingsmöjligheter, som exempelvis antidepressiva läkemedel. Den engagerade professionelle kan här hjälpa klienten till läkare och andra professionella kontakter som kan behövas. Kunskap och information kan vara ett sätt att inge hopp om att förbättring är möjlig vid depression, och just förmedling av hopp är en viktig uppgift för den professionelle.
- ❖ Med fördel kan den professionelle även informera klienten om andra hjälpande faktorer, som inte har med det direkta behandlingsarbetet att göra. Dessa ska ges som förslag snarare än uppmaningar, och kan exempelvis utgöras av vikten av rutiner i vardagen samt att upprätthålla nära vänskapsrelationer, eller andra faktorer som den professionelle av erfarenhet har att bidra med.

Avslutningsvis vill vi poängtera att de riktlinjer vi föreslagit är utformade utifrån de tre självbiografier vi har studerat. Vi har funnit många likheter gällande författarnas konstruktioner, men med individuella skillnader som inte får förbises. Trots gemensamma faktorer av en depressionsdiagnos kommer framtida klienter ha olika verklighetsuppfattningar, vilka måste undersökas, förstås och verka som utgångspunkt i det professionella arbetet. Riktlinjerna skulle därför kunna ses som möjliga förslag att prova och individanpassa. Med hänsyn till våra resultat samt den tidigare forskning vi presenterat är relationen, oavsett metod, en av de mest betydande faktorerna vid ett framgångsrikt behandlingsarbete.

Vår studie har besvarat det syfte som ämnades besvaras. Den kunskap kring depressioner som vi hade innan vi påbörjade arbetet tycker vi nu har utvecklats och vi upplever oss idag ha en större kunskap om depressioner och dess påverkan på individen. Under studiens gång har nya frågor väckts och intresset för nya perspektiv inom området ökat. Intressant skulle kunna vara att vidga urvalet av självbiografier och även studera manliga författare för att undersöka eventuella skillnader gällande sjukdomsupplevelse i förhållande till genus. Ett sådant urval skulle kunna ge ett mer nyanserat och representativt resultat för befolkningen i stort. Vår intention har varit att genom ett klientperspektiv öka förståelsen hos professionella, men en ytterligare intressant riktning hade kunnat vara att fokusera på klientens vardagliga sammanhang. Större vikt hade då kunnat läggas vid de utomterapeutiska faktorer som hjälper ett tillfrisknande, samt inkluderandet av anhöriga. Faktumet att depression är en sjukdom som

ökar visar på relevansen av vidare forskning inom området, på såväl individ-, grupp- samt samhällsnivå.



## 9. Referenslista

Agerberg, Miki (2011). *Ut ur mörkret: en bok om depressioner*. 2., [uppdaterade] uppl. Lund: Studentlitteratur

Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2011) ”Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt”. I Göran Ahrne & Peter Svensson, (red.): *Handbok i kvalitativa metoder*. 1. uppl. Malmö: Liber

Askheim, Ole Petter (2007) ”Empowerment -olika infallsvinklar”. I Ole Petter Askheim & Bengt Starrin, (red.): *Empowerment i teori och praktik*. 1. uppl. Malmö: Gleerup

Askheim, Ole Petter & Starrin, Bengt (2007) ”Empowerment – ett modeord?”. I Ole Petter Askheim & Bengt Starrin, (red.): *Empowerment i teori och praktik*. 1. uppl. Malmö: Gleerup

Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas (1998). *Kunskapssociologi: hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet*. 2. uppl. Stockholm: Wahlström & Widstrand

Brampton, Sally (2009). *Att nudda vid botten: en personlig berättelse om depression*. Stockholm: Bonnier Existens

Brante, Thomas (2009) ”Kategorins makt”. I Rosmari Eliasson-Lappalainen, Anna Meeuwisse & Alexandru Panican, (red.): *Den berusade båten: en vänbok till Sune Sunesson*. Lund: Arkiv

Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2., [rev.] uppl. Malmö: Liber

Boréus, Kristina & Bergström, Göran (2012) ”Innehållsanalys”. I Göran Bergström & Kristina Boréus, (red.): *Textens mening och makt: Metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur

Brown, Charlotte, Battista, Deena R., Sereika, Susan M., Bruehlman, Richard D., Dunbar-Jacob Jacqueline & Thase, Michael E. (2007) ”Primary care patients' personal illness models for depression: relationship to coping behavior and functional disability”. *General Hospital Psychiatry*, 29, 6, 492-500.

Budd, Rick, James, Darren & Hughes, Ian (2008) ”Patients explanation for depression: A factor analytic study”. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 28–37.

Börjesson, Mats & Palmblad, Eva (2008). *Strultjejer, arbetssökande och samarbetsvilliga - Kategoriseringar och samhällsmoral i socialt arbete*. Malmö: Liber

Christoffersen, Svein A. (2007) ”Professioner och professionsetik - vad är det?”. I Svein Aage Christoffersen, (red.): *Professionsetik*. Malmö: Gleerups

Cuijpers, Pim, van Straten, Annemieke, Warmerdam, Lianne & Andersson, Gerhard (2009) "Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis *Depress Anxiety*". *Depression and Anxiety*, 26, 3, 279-288.

*Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5..* 5. ed. (2013). Arlington, Va.: American Psychiatric Association

Goldberg, David. (2006) "The aetiology of depression". *Psychological Medicine*, 36, 10, 1341-1347.

Hansson, Maja (2010). *Depression in primary care: detection, treatment, and patients' own perspectives*. Diss. (sammanfattning) Umeå: Umeå universitet

Heberlein, Ann (2008). *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva*. Stockholm: Svante Weyler Bokförlag

Johansson, Anna & Öberg, Peter (2008) "Biografi- och livsberättelseforskning". I Anna Meeuwisse, Hans Swärd, Rosmari Eliasson-Lappalainen & Katarina Jacobsson, (red.): *Forskningsmetodik för socialvetare*. 1. utg. Stockholm: Natur & Kultur

Jönson, Håkan (2010). *Sociala problem som perspektiv: en ansats för forskning & socialt arbete*. 1. uppl. Malmö: Liber

Kadam, Umesh T., Croft, Peter, McLeod, John & Hutchinson Maria. (2001) "A qualitative study of patients' views on anxiety and depression". *British Journal of General Practice*, 51, 466, 375-380.

Kessing, Lars V., Hansen, Hanne V., Demyttenaere, Koen & Bech, Per (2005) "Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants". *Psychological Medicine*, 35, 1205-1213.

Loh, Andreas, Leonhart, Rainer, Wills, Celia E., Simon, Daniela & Härter, Martin (2007) "The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression". *Patient Education and Counseling*, 65, 1, 69-78.

Lundman, Berit och Hällgren Graneheim, Ulla (2008) "Kvalitativ innehållsanalys". I Monica Granskär & Birgitta Höglund-Nielsen, (red.): *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

Løken, Kårhild H. (2007) "“Svaga röster ska också höras” - brukarmedverkan inom den psykiska hälso- och sjukvården". I Ole Petter Askheim & Bengt Starrin, (red.): *Empowerment i teori och praktik*. 1. uppl. Malmö: Gleerups

- Löwe, Berndt, Schulz, Ute, Gräfe, Kerstin & Wilke, Stefanie (2006) "Medical patients' attitudes toward emotional problems and their treatment - What do they really want?". *Journal of General Internal Medicine*, 21, 1, 39-45.
- Miller, William R. & Rollnick, Stephen (2010). *Motiverande samtal: att hjälpa människor till förändring*. 3., rev. utg. Stockholm: Natur & kultur
- Nordström, Annika & Bodlund, Owe. (2008) "Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems". *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 3, 249-255.
- Paykel, Eugene S. (2003) "Life events and affective disorders". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 418, 61-66.
- Roscoe, Karen D., Carson, Alexander M. & Madoc-Jones, Lolo (2011) "Narrative social work: Conversations between theory and practice". *Journal of Social Work Practice*, 25, 1, 47-61
- Sartorius, Norman (2001) "The economic and social burden of depression". *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 15, 8-11.
- SBU (2004) "Behandling av depressionssjukdomar – en litteraturöversikt", rapport 166/1 (elektronisk), *Statens beredning för medicinsk utvärderings officiella hemsida* <[http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/depression\\_2004/Depression%20Vol%201.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/depression_2004/Depression%20Vol%201.pdf)> (2014-03-10)
- Skau, Greta M. (2007) *Mellan makt och hjälp: Om det flertydiga förhållandet mellan klient och hjälpare*. Malmö: Liber
- Socialstyrelsen (2009) "Ungdomars hälsa" (elektronisk), *Socialstyrelsens officiella hemsida* <[http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/documents/3\\_ungdomars.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/documents/3_ungdomars.pdf)> (2014-03-10)
- Socialstyrelsen (2010) "Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning" (elektronisk), *Socialstyrelsens officiella hemsida* <<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/17948/2010-3-4.pdf>> (2014-03-10)
- Socialstyrelsen (2013) "Nationell utvärdering 2013: Vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni" (elektronisk), *Socialstyrelsens officiella hemsida* <<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19150/2013-6-27.pdf>>(2014-03-10)

Starrin, Bengt (2007) "Empowerment som förhållningssätt - kan vi lära oss något av Pippi Långstrump?". I Ole Petter Askheim & Bengt Starrin, (red.): *Empowerment i teori och praktik*. 1. uppl. Malmö: Gleerups

Svensson, Kerstin, Johnsson, Eva & Laanemets, Leili (2008) *Handlingsutrymme: Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur & Kultur

Wampold, Bruce & Ahn, Hyun-nie (2001) "Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy", *Journal of Counseling Psychology*, 48, 251-257.

Wenneberg, Søren B. (2000) *Socialkonstruktivism - positioner, problem och perspektiv*. Malmö: Liber

WHO (2014) "Depression: definition" (elektronisk), *World Health Organizations europeiska hemsida* <<http://www.euro.who.int/en/countries/latvia/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>> (2014-03-10)

Widén, Pär (2009) "Kvalitativ textanalys". I Andreas Fejes & Robert Thornberg, (red.): *Handbok i kvalitativ analys*. Stockholm: Liber

Winther Jørgensen, Marianne & Phillips, Louise (2000). *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur

Wittchen, Hans-Ulrich & Jacobi, Frank (2005) "Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies". *European Neuropsychopharmacology*, 15, 4, 357-376.

Wurtzel, Elizabeth (1995). *Prozac, min generations tröst*. Lund: LeanderMalmsten