



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

”som när det regnar”

En intervjustudie om åtta kvinnors erfarenhet av depression

Sandra Lindberg

Psykologexamensuppsats. 2017

Handledare: Per Johnsson
Examinator: Karin Stjernqvist

Sammanfattning

Studiens syfte var att undersöka kvinnors erfarenhet av depression och sätta in dem i en samtida kontext. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med åtta kvinnliga deltagare med erfarenhet av depression. Intervjumaterialet analyserades med tematisk analys och åtta olika teman identifierades. Till studiens resultat hör att deltagarna beskrev depression ur flera olika perspektiv och använde delvis motsägande och multipla förklaringsmodeller för att förstå sitt tillstånd. Kroppen var en central del i erfarenheten av depression. Den var bärare av somatiska symtom, deltagare reglerade smärta genom destruktiva beteenden gentemot den, och kroppen ställdes i kontras till jaget där kroppen kunde ses som sjuk istället för personen. Resultaten visade att hormoner i relation till den reproduktiva cykeln hade en betydande påverkan på depression. Att vara kvinna sågs som en del av den depressiva problematiken. Detta kopplades samman med höga krav från omgivningen, behov av att prestera och förväntan på att vara emotionellt stödjande. Slutligen visade resultaten att må bättre för deltagarna handlade om att förnya sina förväntningar på sin tillvaro, se till sina egna behov och sätta gränser mot omgivningen. Resultaten diskuteras i relation till socialkonstruktionistiska och feministiska teorier samt tidigare forskning om depression.

Nyckelord: depression, kvinnor, erfarenhet, social konstruktionism, tematisk analys.

Abstract

The purpose of this study was to look into women's experiences of depression and to put them in a contemporary context. Semi-structured interviews were conducted with eight female participants having experienced depression. The data was analyzed by using thematic analysis, which enabled the identification of eight different themes. Results shows that participants described depression from several perspectives and used partially contradictory, as well as multiple, explanatory models in order to understand their condition. A central part of experiencing depression was interconnected with the body. The body was carrier of somatic symptoms and participants used their bodies to regulate pain through destructive behaviors. Furthermore, the body was positioned in contrast to the self, permitting participants seeing the body as sick, instead of the person. Results showed that hormones in relation to the reproductive cycle had a significant effect on depression among these women. Being a woman was seen as part of the depressive problem. This was paired with high demands from the environment, performing on a high level, and expectations on being emotionally supportive. Finally, the results showed that, for the participants, recovering was about renewing expectations on life, meeting their own needs and establishing firmer limits towards their environment. The results are discussed in relation to social constructionist and feminist theories as well as previous research on depression.

Keywords: depression, women, experience, social constructionism, thematic analysis.

Tack!

Allra först vill jag tacka studiens deltagare som så generöst delat med sig av sina berättelser. Utan er hade det inte blivit någon studie, och inte heller en med ett så rikt material. Ett stort tack till min handledare Per Johnsson för vägledning och stöttning under våren.

Och tack till Linus och Kotten, för att ni alltid visar mig i vilken ordning världen skall betraktas.

Innehållsförteckning

Inledning	6
Teori.....	6
Olika syn på depression	6
<i>Psykodynamisk syn</i>	7
<i>Kognitivt och beteendemässig syn</i>	8
<i>Biomedicinsk syn</i>	8
<i>Mot en mer komplex syn</i>	9
Makt, kön och kropp	9
<i>Makt</i>	10
<i>Kön och kropp</i>	10
<i>Kroppen som tecken</i>	11
Kvinnor och depression	12
<i>Feministisk diagnoskritik</i>	12
<i>Andra sätt att se på kvinnor och depression</i>	13
<i>Sammansmältning av kontext och psykologi</i>	16
Tidigare forskning.....	17
Syfte	18
Metod	19
Vetenskapsteoretisk utgångspunkt.....	19
Urval	21
<i>Urvalsprocess</i>	21
<i>Deltagarna</i>	22
Tillvägagångssätt	22
Etik.....	24
<i>Informerat samtycke</i>	24
<i>Konfidentialitet</i>	25
<i>Konsekvenser</i>	25
<i>Forskarens roll</i>	25
Resultat	26

Depressionens uttryck.....	26
Kroppen som hemvist.....	27
Att söka och få hjälp.....	30
<i>Att få en diagnos</i>	31
<i>Att få samtalsbehandling</i>	32
Medicinens verkan.....	34
Att må bättre.....	36
<i>Att förnya sina förväntningar</i>	36
<i>Att stå för sina behov</i>	37
Att vara kvinna.....	38
<i>Kulturens påverkan</i>	38
<i>Biologins inverkan</i>	40
Olika sätt att se på sitt lidande.....	41
Mot framtiden.....	43
Diskussion.....	44
Att bli diagnostiserad.....	45
Framlyftandet av kroppen.....	46
Krav, prestation och kvinnlighet.....	48
Återhämtning.....	49
Metoddiskussion.....	51
Metodval.....	51
Studiens tillförlitlighet.....	53
Etikdiskussion.....	54
Förslag till vidare forskning.....	55
Referenser.....	55
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	

Inledning

Den här studien tittar specifikt på kvinnors erfarenhet av att vara deprimerade, och det finns flera anledningar till det. Depression är den vanligaste psykiatriska diagnosen för kvinnor, och inte bara det, den stora andelen kvinnor som blir deprimerade under sin livstid anses av WHO vara ett av de största hälsoproblemen överhuvudtaget (World Health Organization [WHO], 2015). Och det är just kvinnor som i hög grad drabbas. Från och med puberteten är det minst två gånger så vanligt att en kvinna blir deprimerad som en man, och den skillnaden håller i sig genom vuxenlivet (Johnson & Whisman, 2013; Albert, 2015). Det är även dubbelt så vanligt att kvinnor medicinerar för sitt mående med anti-depressiva läkemedel (Ussher, 2010).

Skillnaden mellan könen öppnar för ett undersökande av depressionens divergens. Varför är det så att kvinnor oftare drabbas? Kan det vara anatomi, levnadsvillkor eller psykologi? Depressionstillståndet hamnar i skärningspunkten mellan medicinska, psykologiska och sociala förståelsemodeller som med olika ingång söker ge mening åt skillnaden. Det betyder att depressionsforskningen också handlar om hur vi förstår könsskillnad överlag. Vissa teorier betonar de fysiska särdragen medan andra tar fasta på kulturella och politiska skillnader.

I föreliggande intervjustudie undersöks hur kvinnor som varit deprimerade talar om sin upplevelse. Syftet är att förstå hur kvinnor själva upplever sin erfarenhet och att i ett andra led sätta in deras berättelser i den större kontext som omger depressionens diskurs. Önskan är att studien ska lyfta fram kvinnornas egna berättelser och samtidigt belysa det komplexa fält som depressionsforskningen utgör.

Teori

Teorierna som presenteras i detta avsnitt avser att ge en bakgrund till studien och bidra med en teoretisk referensram till studiens resultat. Inledningsvis ges en övergripande bild av olika sätt att se på depression. Därefter presenteras några teoretiska figurer som kan kopplas till förståelsen av depression utifrån ett kritiskt perspektiv. Slutligen återges feministisk psykologisk teori som fokuserar på kvinnors livsvillkor och specifika upplevelse av depression.

Olika syn på depression

Det finns ingen historiskt entydig definition av vad depression är. Tvärtom har människors betryckta lidande burit olika namn och haft varierande skepnader över tid och rum. Det betyder att depression har en egen historia. Karin Johannisson (2009) skriver fram den i Melankoliska

rum och visar hur känslor formar sig efter det utrymme som samtiden ger dem (Johannisson, 2009).

Idag definieras vanligtvis depression utifrån de diagnoskriterier som ges i diagnosmanualerna ICD-10 och DSM-5. Där står att en person ska uppfylla fem eller flera symtom under en tvåveckorsperiod och lidandet ska påverka personens funktionsnivå. Symtomen handlar om nedstämdhet, förlorad energi och minskad njutning, en bristande förmåga att tänka och ta beslut. Det kan finnas en känsla av att ha förlorat sitt värde och tankar kring döden. En del av symtomen är kroppsliga så som förändrad vikt och sömn och långsammare kroppsrörelser (American Psychiatric Association [APA], 2014). Dessa definitionskriterier är rent deskriptiva och försöker inte skapa förståelse för vilka orsaker som ligger bakom en depression. Dock har depression teoretiserats ända sedan psykologins födelse. Nedan presenteras tre olika förståelser.

Psykodynamisk syn. Först att tänka kring depression var den psykodynamiska inriktningen som har konceptualiserat depression på olika sätt. Traditionen betraktar symtom som psykets svar på en konflikt som ännu inte funnit sin lösning, och gällande de depressiva symtomen har man främst härlett dem till relationella problem och tidiga erfarenheter i livet. Freud var en av de första att tänka kring depression då han skrev *Sorg och Melankoli* 1917. Däri kontrasterar Freud sorgens arbete för att släppa taget om ett älskat objekt med depressionens självkritiska förtvivlan. För Freud var även depressionen en reaktion på en förlust, men en där den drabbade inte har förmågan att inse vad förlusten innebär. Därför internaliseras det förlorade objektet och blir en del av personen själv, ilskan mot det förlorade vänds inåt och blir till självförebåelser (Freud, 2008).

Andra psykodynamiska teoretiker har pekat på självförtroendets roll och den tidiga anknytningens betydelse. Summers & Barber formulerar en modern förståelse: Frustration med tidiga anknytningspersoner leder till ilska och skuld, den här ilskan vänds tillbaka till självet som självkritik. Den deprimerade försöker därför rädda sin självkänsla och sitt välmående genom att skapa relationer med andra, idealisera dem och hoppas på att deras kärlek skall ge dem vad de behöver. Men ofta leder det till besvikelse, då förväntningarna på andra blir alldeles för höga (Summers & Barber, 2010). Flera har tagit fasta på den otrygga anknytningens roll i depression. I Anthony Bateman och Peter Fonagys mentaliseringsbaserade teori reflekterar de depressiva symtomen en respons om att anknytningsrelationer är hotade, och att det egna självet därför är i fara. Den här responsen antas leda till en försämrad mentalisering av både egna och andras behov. Depressiva tillstånd leder även till förhöjda

stressnivåer, vilket i sig leder till en minskad förmåga till mentalisering, vilket i sin tur leder till minskat motstånd till stress och en ond cirkel har uppstått (Bateman & Fonagy, 2012).

Kognitivt och beteendemässig syn. En annan ingång till depression gavs då den kognitiva inriktningen växte fram. Aaron Beck rönste tidiga framgångar med sin teori kring depression som publicerades 1979, där han visade att kognitiv behandling kan vara lika effektiv som medicin (Beck, 1979). Den kognitiva kom över de följande åren att närma sig den beteendeorienterade och KBT blev en sammanblandning av de två teoretiska ingångarna (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2011). Becks triadiska modell framhåller kognitiva mönster framför affektiva eller relationella, och visar på hur depression får människor att tolka och minnas händelser mer negativt än de faktiskt var. De negativa tankarna rör sig i en triad av en själv, världen och framtiden där den egna personen upplevs som värdelös, omgivningen som krävande och framtiden som hopplös (Westbrook et al., 2011). Beck visar hur en ond cirkel uppstår där de negativa tolkningarna leder till en negativ syn på en själv vilket upprätthåller depressionen. Ur det beteendemässiga perspektivet innebär det i sin tur att den deprimerade personen drar ner på aktiviteter som den trivs med och då får ännu mindre positiv respons. Att bryta beteendemönstret och få personen till aktivitet och mer balanserade tankar blir viktiga delar i en behandling (Westbrook et al., 2011). Senare kognitiva teoretiker har visat hur självfokuserat åltande och dålig förmåga till problemlösning leder till en ond cirkel, där ökat negativt tänkande om en själv och andra i sin tur ger ett sämre mående (Kyte & Goodyer, 2008). Utifrån nyare influenser, inom det som kallas tredje vågens KBT, har mindfulness baserade perspektiv lagts på depression. Dessa har påpekat förvrängningar i sociala kognitioner och visat på hur dessa påverkar tankarna om det egna självet. Denna inriktning lyfter fram tekniker för att träna medveten närvaro i behandlingen av depression (Watkins & Teasdale, 2004).

Biomedicinsk syn. Under 1980-talet började biologiskt grundade modeller för depression att få ett större inflytande, samtidigt som den nya manualen DSM-III gavs ut. De biologiska orsakerna till depression har undersökts genom studier av neurokemikalier, gener, receptorer och hjärnans strukturer och funktioner. (Horwitz & Wakefield, 2007). En av de mest framträdande teorierna är att en kemisk obalans i hjärnan, specifikt brister av signalsubstansen serotonin, orsakar depression. Den genetiska forskningen har teoretiserat att specifika gener kan ha ett samband till utvecklingen av depressiva symtom. En gen, kallad 5-HTT har varit i fokus, då den kontrollerar för hur serotonin transporteras. Andra har tittat på hjärnans anatomi och sökt efter variationer i olika hjärnregioner. Det är främst prefrontala cortex, amygdala och hippocampus som varit i fokus (Horwitz & Wakefield, 2007). Senare teorier har intresserat sig

för hur biologiska aspekter interagerar med miljöfaktorer. Ett exempel utgör forskning på en variant av genen som kontrollerar för serotonin, 5-HTTLPR, som i en studie har visat sig mediera om stressande livshändelser leder till depression (Caspi et. al., 2003). Studiens resultat har dock inte stått oemotsagda och en senare metastudie visar att genen inte ökade sannolikheten för att kunna predicera för depression (Risch et al., 2009).

Mot en mer komplex syn. Den psykologiska och den medicinska disciplinen har många sätt att teoretisera depression och idag återger den samlade kunskapen bilden av ett komplext tillstånd med diverse modeller som överlappar, motsäger och kompletterar varandra. Mycket av den forskning som bedrivits och den behandling som tagits fram har lutat sig mot DSM-manualens definition av depression. Idag ifrågasätts om en deskriptiv och kategorisk definition är den bästa att utgå ifrån. Allt mer förstås depression som en heterogen kategori, och då människors depression härstammar från olika etiologi så svarar inte alla likadant på medicinsk eller psykologisk behandling (Luyten et al., 2006). I Sverige har det i första hand varit KBT som rekommenderats vid depression, och sedan medicinsk behandling. För tillfället finns en ny remiss ute med nya nationella riktlinjer för behandling av bland annat depression. Där föreslås att lindrig till medelsvåra tillstånd av depression skall behandlas med KBT och medelsvår till svår skall behandlas biomedicinskt med antingen läkemedel eller ECT (Socialstyrelsen, 2016). Rekommendationerna har blivit starkt kritiserade av forskare i Norden (se DN debatt 2017, 17 jan) som menar att vid svårare depression är en kombinationsbehandling med både medicin och psykoterapi mest effektiv och bör därför föredras. De ifrågasätter även att en terapiform prioriteras över andra, då forskningsläget visar lika goda resultat för flera behandlingsformer så som KBT, psykodynamisk terapi, och interpersonell terapi. Istället bör aktuell psykoterapiforskning beaktas, som visar att andra faktorer har en större betydelse än de metods specifika. Det handlar om terapeutens och patientens samarbete, och terapeutens egen förmåga till att skapa allians och inte minst patientens egen önskan och situation (Blatt & Zuroff, 2005).

Makt, kön och kropp

Som tidigare nämnt hamnar depressionstillståndet i skärningspunkten mellan medicinska, psykologiska och sociala förståelsemodeller som med skilda infallsvinklar försöker förstå könsskillnaden. Det innebär att det i forskningen kring depression också görs antaganden om varför det finns en skillnad mellan könen. Vissa teorier betonar de biologiska särdragen medan andra fokuserar på kulturella skillnader. Nedan redogörs för hur den här studien ser på kön,

kropp och makt, för att ge en bakgrund till de tolkningar som kommer att redovisas i diskussionsdelen.

Makt. Kroppen kommer i fokus med postmodernismen, och inte minst Michel Foucaults (2003) teorier om kroppen har haft ett starkt inflytande. I en önskan om att göra upp med den förnuftiga människan, som stått i tänkandets centrum sedan upplysningens tid, flyttas fokus till kroppen. Istället riktas intresset mot det materiella och kroppsliga. Foucault visar i sitt teoretiserande av makt hur den inte endast är en egenskap hos en person eller grupp, utan att hela samhället genomsyras av maktstrukturer och att dessa konstitueras i sociala relationer. Makt kan inte innehas utan att samtidigt utövas, och är på så vis en aktivitet (McNay, 1992).

Foucault menar att makt främst opererar genom kroppar och han skriver fram en kroppens historia i fråga om disciplinering och straff. Det har funnits rent materiella sätt att disciplinera kroppar genom fängelse eller arbete, men också immateriella regleringar som bygger på makt genom samtycke, auktoritet och legitimitet. Den här synen på makt förändrar synen på kunskap och sanning. Enligt Foucault finns det ingen kunskap som inte är beroende av makt, och ingen makt utan kunskap (Foucault, 2003).

Den postmoderna psykologin, och dit hör den feministiska psykologin, har tagit fasta på Foucaults teori om makt och kunskap. De menar att de strömningar som finns i ett samhälle inte är slumpmässiga, utan hänger samman med hur samhället styrs socialt, politiskt och ekonomiskt (LaFrance, 2009). Det innebär att den kunskap som produceras inom den psykologiska disciplinen är tätt förbunden med de strömningar som bär makt, och att vår syn på depression specifikt påverkas av andra gängse föreställningar. Som vi skall se är det något den feministiska psykologin tar sig an att undersöka.

Kön och kropp. Judith Butler (1993) utgår från bland annat Foucaults teorier för att undersöka hur den könsspecifika kroppen konstrueras. Butler säger att kategorin kön är normativ. Det innebär att kön inte bara fungerar som en norm, utan även som en reglerande praktik som producerar de kroppar som den styr. Kön som kategori avgränsar, cirkulerar och differentierar mellan kroppar och materialiserar dem över tid (Butler, 1993).

Kön är inte något statiskt eller konstant utan en process som varigenom reglerande normer materialiserar kön och uppnår denna materialisering genom kraftfull upprepning av dessa normer. Att den här upprepningen är nödvändig, menar Butler, är ett tecken på att materialiseringen aldrig är helt färdig och att kroppar aldrig helt rättar sig efter normerna som materialiseringen försöker få dem till. Utan det är i det instabila, i möjligheten till att dematerialisera, som öppnas upp av denna upprepningens logik, som visar att kraften av den

reglerande lagen kan vändas mot sig själv och på så vis ifrågasätta den hegemoniska makten av just den reglerande lagen (Butler, 1993).

Det innebär i praktiken att när Butler talar om att vi gör kön genom performativitet, mer än att vi är kön, så menar hon inte att det går att välja identitet utifrån vad man har lust till att ta på oss den morgonen. Performativitet är aldrig en enskild medveten handling, utan det är en upprepade praktik som för att diskursen genom vilken diskursen producerar den effekt som den namnger. Det är de reglerande normerna kring kön som fungerar performativt och som materialiserar kroppars kön och könsskillnad. Ett exempel är barnmorskan som utbrister ”det är en flicka/pojke!” efter en förlossning, och med dom orden skapar en social fakta, det att barnet tillhör ett visst genus (Butler, 1993).

I den här studien ses kön inte utifrån en strikt essentiell bemärkelse, utan utgångspunkten är att kön, liksom andra aspekter av vårt varande, påverkas av de normer som omger dess praktik.

Kroppen som tecken. Ett projekt som på många sätt påminner om Butlers diskursiva sätt att närma sig kroppen är antropologen Jorun Solheims (2001) undersökande av kvinnokroppen som en specifik symbolisk konstruktion. Hon förstår kroppsliga erfarenheter som något som förmedlas genom en uppsättning av olika symboliska föreställningar, och att dessa baseras på det vi i vår kultur ser som det kvinnliga. Kroppen är alltid ett både och, den är både materiell och bärare av symbolisk betydelse. Den är samtidigt ting och tecken, och gränsen däremellan är svår att definiera (Solheim, 2001).

Solheim lägger särskild vikt vid kvinnokroppens mer öppna anatomi. Hon menar att när det bearbetas symboliskt innebär det att det som är utan gränser sammanfaller med det vi förstår som kvinnligt. Som exempel använder hon vitt skilda fenomen som att ta hand om hemmet eller anorexins uttryck. Solheim menar att det finns en specifik koppling mellan kvinnor och hushållsarbete i den moderna kulturen, och att denna är en nyckelsymbol för hur vi förstår kön. Hon ställer sig frågan varför hushållsarbete är ett så utmärkande drag för kvinnligheten, och ser svaret i äktenskapet. Det är som fru som kvinnorna utför hemmets plikter, hon är hemmet. Arbetet är inte endast praktiskt, utan också symboliskt. Kvinnan upprättar ordning, och markerar samtidigt kvinnlighetens gränser (Solheim, 2001).

För Solheim är anorexi ett symboliskt uttryck och den anorektiska kroppen bär på ett underliggande språk. Den har ett tyst budskap, något mycket viktigt som den om och om igen försöker att förmedla om sig själv. Solheim menar att kroppen blir ett sätt att visa sitt existentiella tillstånd och att detta sätt är bokstavligt. Kroppen säger det den säger med en

smärtsam precision, men den kan inte tala om sig själv. Därför behöver den bli bemött av ord på en annan nivå, som kan möta den i ett språk som liknar dess eget. Solheim menar att det finns sådana ord. Hon tar upp ett utav dem, det gränslösa, och pekar på att anorexi handlar om att sätta gränser mot omvärlden. Ett annat ord är invasion. Kvinnans kropp är öppen på ett annat sätt än mannens, den representerar bokstavligen gränsöverskridandets verklighet eftersom den har möjlighet att innehålla andra. Därför är den också lättare att invadera. Anorexi blir då ett sätt att sluta sig (Solheim, 2001).

Kvinnor och depression

Den feministiska psykologin prioriterar kvinnors livsvillkor när de skall förstå depression som tillstånd, och utgår från sociala, politiska och ekonomiska förutsättningar (Marecek & Gavey, 2013). Här nedan redovisas den övergripande kritiken mot depression som diagnos och vidare feministiska teorier kring förståelsen av depression.

Feministisk diagnoskritik. Den feministiska kritiken av medikalisering bär en stark diagnoskritik. Att benämna lidandet kategoriskt är att patologisera den, samtidigt som det snävar av förståelsehorisonten. Det betyder att faktorer som ligger utanför individen ofta förbises, och istället grundas en förståelse inom den medicinska diskursen på att kvinnors lidande finns inom dem själva. De subjektiva upplevelserna av lidande förstås som objektiva symtom på en patologi, vilket minskar uppfattningen av att lidande alltid är inbäddat i människors vardagliga liv (Stoppard, 2000; Ussher, 2010). Själva konstruktionen av depression som en sjukdom öppnar för antagandet att det är ett separat ting som invaderar livet hos den annars friska människan. Hälsa ses som ett naturligt tillstånd, vilken är automatiskt given om den inte hämmas av sjukdom (Lafrance, 2009). Vidare innebär konstruktionen av depression som en individuell patologi att fokus läggs på den enskilda kvinnan, vilken blir borttagen från den kulturella och sociala kontexten som utgör hennes liv. Lidandet extraheras från upplevelsen som den lidande själv bär (Marecek, 2006).

Vissa menar att användandet av ett diagnostiskt språkbruk kan traumatisera kvinnor ytterligare. När lidande kategoriseras ryms inte komplexiteten i upplevelsen, och problemen attribueras tillbaka till kvinnan istället för till de faktorer som bidragit till hennes mående. Det kan innebära en risk att kvinnor inte får den hjälp som de behöver. Framförallt finns en oro för att kliniker diagnostiserar psykisk ohälsa där det egentligen finns en konflikt mellan en kvinna och hennes miljö. Det kan handla om aspekter som sexism, rasism, heterosexism och åldersdiskriminering som förbises (Goicoechea, 2013).

En annan aspekt av den feministiska diagnoskritiken är att den psykiatriska diskursen bestämmer vad som är normalt, och att normalitet i hög grad förstås utifrån manlighet. Det gör att klassiskt feminina beteenden så som emotionalitet riskerar att patologiseras (Goicoechea, 2013). Själva diskursen förstärker konformiteten kring vilka beteenden som anses feminina och påverkar kvinnors känsleregister och vilken möjlighet de har att uttrycka sig. PMS och diagnosen PMDS har utgjort ett tydligt exempel på detta. Hormonella nivåer har överlag haft en tydlig teoretisk koppling till depression. Det har teoretiserats att kvinnors högre nivåer av depression är kopplade till deras reproduktiva hormoner, specifikt östrogen, och som satts i samband till PMS, graviditet och klimakteriet. Feministiska kritiker har vänt sig emot en ensidigt biomedicinsk förklaring och ifrågasatt diagnoser som PMDS. De menar att de är ett sätt att reglera vilka beteenden som kvinnor får agera ut och tar ofta ilska som exempel. Den diagnostiska kategorin kan därför skapa känslor av skam hos kvinnor. De stödjer sin argumentation på studier som visar att livshändelser till högre grad förklarar depression än östrogen och att PMS har setts påverkat av den sociala kontexten (Ussher, 2010).

Andra sätt att se på kvinnor och depression. Depression undersöks av den feministiska psykologin ofta ur ett socialkonstruktionistiskt perspektiv. Depression är inte något som människor har, utan är de praktiker som är sanktionerade av kulturen, genom vilka människor kan uttrycka att de lider till andra (Marecek, 2006). Två aspekter är i fokus för denna forskning, dels att se till de sociala, politiska, ekonomiska och relationella aspekterna av kvinnors liv, och dels att undersöka depressionens fenomenologi, hur kvinnorna själva varseblir depressionens fenomenologi (Stoppard, 2000).

Michelle Lafrance (2009) undersöker genom kvalitativa intervjuer kvinnors upplevelse av återhämtning efter depression. Hon menar att diskursen kring femininitet, som uppmuntrar kvinnor till att vara vänliga, omhändertagande och ta hand om andra före dem själva, också är det som får kvinnor att må dåligt. Diskursen kring femininitet innefattar hur bilden av vad det är att vara kvinna konstrueras av andra och hur kvinnor förstår sig själva. Den utgör en gemensam lins utifrån vilken vardagen betraktas och det ses ofta som givet att kvinnor skall vara nöjda med sina roller. Det innebär att kvinnor ofta får svårt att uttrycka sitt missnöje eller lidande. Diskursen uppmanar till att utföra vissa feminina praktiker, och försätter kvinnor i vissa typer av risker.

Lafrance pekar på att omvälvande livshändelser, så som kvinnors materiella levnadsstandard och deras högre risk för att utsättas för fysiskt eller sexuellt våld, som

riskfaktorer för att kvinnor skall erfara depression. Men hon pekar också ut de små praktiker som är vardagens bestyr. Genom olika handlingar så reglerar och disciplinerar kvinnor sig själva för att hamna inom den feminina diskursens gränser. För yngre kvinnor handlar dessa praktiker ofta om olika försök att producera en kvinnlig form genom att exempelvis banta, träna eller bära vackra kläder. För kvinnor som lever med barn och familj kan dessa praktiker ses kopplade till moderskap och vårdandet av nära relationer. Gemensamt är att den här typen av praktiker aldrig tar slut. Det finns ingen definitiv punkt för när de är uppnådda, utan något mer kan alltid göras. Att försöka leva upp till de här diffusa och omöjliga kraven kan leda till känslor av hjälplöshet och otillräcklighet (Lafrance, 2009).

I sin studie visar Lafrance att tillfrisknande för kvinnor kan innebära att göra upp med den hegemoniska diskursen kring femininitet, för att bättre kunna ta hand om sig själva och sitt mående. Hon menar att om depression kan förstås tysta kvinnor, så kan tillfrisknande ses som en process där kvinnor börjar tala tillbaka (Lafrance, 2009). Hon tar upp två centrala mönster kring hur kvinnor berättar om att återhämta sig efter depression. Den första lutar sig mot den medicinska disciplinen, där diagnosen depression definierade lidandet som verkligt och något som drabbat en. Den andra var att berätta om sin återhämtning i termer av personlig utveckling. Dessa mönster kunde överlappa varandra inom en och samma berättelse. Lafrance menar vidare att synen på återhämtning hjälper kvinnor, men på olika sätt. Genom att depression ur en medicinsk synvinkel konstrueras som en sjukdom, så får kvinnor en paus från sina feminina praktiker, då att vara sjuk öppnar upp för att ta hand om sig själv. Diagnosen bekräftar smärtan och skyddar ens identitet, eftersom det man drabbas av inte är personligt, utan kroppsligt. I det andra mönstret av återhämtning finns ett större fokus på identitet. Där handlar det om att medvetet göra upp med de feminina praktikerna och tillåta sig att ta hand om sig själv. Det är vad Lafrance menar med att hitta sitt eget språk (Lafrance, 2009).

Att ta hand om sig själv är att hitta praktiker som gynnar ens hälsa. Lafrance visar att det hos kvinnorna i hennes studie främst handlar om att stå på sina egna ben, finna en egen autonom identitet och låta sina egna önskingar styra. För att kunna göra det behöver kvinnorna å ena sidan säga nej och släppa taget om vissa praktiker, och å andra sidan prioritera sig själva före andra för att hitta tid till självomhändertagande. Dessa praktiker är två sidor av samma mynt (Lafrance, 2009).

En tidigare utformad teori återfinns hos Dana Jack (1991) som utvecklade en förståelse av depression utifrån kvinnors relationer. Hon menar att kvinnor genom socialisering och identifiering med modern lär sig att prioritera tillhörighet och att definiera sig själva genom

relationer. Jack kontrasterar detta mot män som ofta har en högre ekonomisk frihet och möjlighet att i medelåldern välja en yngre partner. För kvinnor blir imperativet att hålla fast en relation som inte ger dem trygghet. Kvinnor blir vårdande, behagande och hjälpande. När kvinnor försöker passa in i rollen som "den goda kvinnan" blir gapet mellan hur de upplever sig själva inifrån och vem de är utåt allt större och de får en ökad ångest över att inte vara sig själva. Genom att försöka vara som någon annan vill så förhandlar kvinnan med sig själv för att undvika konflikt och övergivenhet. Det betyder att inte längre lyssna till sin egen röst. Jack menar att kvinnor, i processen av att tysta sina behov, tappar bort sig själva och det är vad hon kallar depression (Jack, 1991).

Jacks relationella teori har kritiserats för att ha ett allt för snäv förståelse för hur kvinnor påverkas av den kultur de lever i. I Jacks teori har kvinnor internaliserat samhällets förväntan på hur hon skall vara och beter sig därefter. Det riskerar att framställa kvinnor som konformativa följare av kulturens ideal.

Senare har Janet Stoppard (2000) använt diskursiv analys för att förstå hur denna identitet hänger samman med depression. Istället för att se "den goda kvinnan" som en roll som man antingen kan anta eller förkasta så antar Stoppard ett materiellt-diskursivt förhållningssätt. Det är inte som kvinna man tystar sig själv, utan kvinnor blir tystade av den hegemoniska diskursen. Det innebär att kvinnor under vissa omständigheter ägnar sig åt feminina praktiker, så som att göra handlingar som betecknar "den goda kvinnan". Stoppard påpekar att kvinnors bemödande inte sker i ett socialt eller materiellt vakuum, utan det finns gränser för kvinnors möjlighet att uppnå ideal, som regleras av socialt betingade restriktioner, och kroppens fysisk utgör i sig själv en begränsning (Stoppard, 2000).

Stoppard menar att både psykologiska förklaringsmodeller och socialt konstruerade teorier saknar förmågan att tala om depression som en kroppslig upplevelse. Hon anser att tidigare förståelse för depression antar ett alltför individualistiskt perspektiv och inte adresserar de strukturella och materiella förutsättningar som reglerar kvinnors liv. Det står i kontrast till att depression diagnostiseras utifrån kroppsliga symtom och att depressionen erfars fysiskt. Den disciplin som primärt ägnar sig åt kroppen är den medicinska disciplinen, vilken tar utgångspunkt i en biologisk förståelse av depression. Det har inneburit att den materiella kroppen ses som synonym med den biologiska (Stoppard, 2000).

Istället öppnar Stoppard upp för en annan förståelse av kroppen som är varken dualistisk och eller reduktionistisk. Kroppen förstås som både en materiell entitet och en social konstruktion, och med det även kroppen som text. Hon utgår sedan från att kroppen är det

huvudsakliga medel som kvinnor har för att ägna sig åt feminina praktiker, ofta i roller som handlar om att ta hand om emotionella och fysiska behov hos närstående. Den här typen av praktiker kan trötta ut kroppen och undergräva ens känsla av välmående. Depression förstås då som en kroppslig upplevelse som är förenad med en kvinnas ansträngningar för att uppnå ett socialt konstruerat ideal av vad en kvinna skall vara (Stoppard, 2000)

Sammansmältning av kontext och psykologi. I senare forskning har alltfler försök gjorts till att sammansmälta psykologiska teorier med en kontextualiserad förståelse av kvinnors lidande. Det görs genom att använda psykologisk kunskap och samtidigt positionera orsaken för lidandet utanför kvinnan själv.

Ett exempel utgörs av den forskning som undersöker ältande. En bidragande faktor till att kvinnor har högre nivåer av depression, föreslås vara att kvinnor har en större tendens att ält sina problem än vad män har. En metastudie tittade på könsskillnader i depressivt ältande hos vuxna och kom fram till att kvinnor fick genomgående signifikant högre poäng på ältande, även om effektstorlekarna för könsskillnad var små (Johnson & Whisman, 2013). Det har teoretiserats att kvinnors högre nivåer av ältande hör samman med deras högre sociala belastning, utifrån att kvinnor tar ett större ansvar för hushållsarbete och barn. Tillsammans med kvinnors lägre sociala status, ojämställdhet i relationer och en högre livstidsprevalens av både sexuellt och fysiskt våld leder det till känslor av bristande kontroll, inlärld hjälplöshet och som en konsekvens depression. Den föreslagna lösningen är att ge kvinnor bättre kontroll över sina liv, och förändra deras sociala kontext, så att de får mindre saker att ält över (Nolen-Hoeksema, 1999).

Liknande gäller Jacks teori om att kvinnor tystar sig själva utifrån könsspecifika scheman och kulturella normer. Studier har visat att män tystar sig själva i samma grad eller högre som kvinnor, men att mäns tystnad motiveras av att prioritera sina egna behov och för att upprätthålla en känsla av självtillräcklighet. Dessa ses kopplade till normer kring maskulinitet, vilka inte har sammankopplats med depression och en känsla av att ha förlorat sig själv (Ussher, 2010).

Likt depressionens alltmer heterogena tillstånd tycks forskningen om densamma röra sig mot en mer komplex förståelse, där en fördjupad bild kan nås av att olika perspektiv och discipliner tillsammans bidrar med sin kunskap.

Tidigare forskning

I det här avsnittet redovisas forskning som är kopplad till studiens syfte och som inte omnämns i teoridelen. En genomgång av forskningsläget har gjorts genom sökningar på psycINFO och psycARTICLES samt i aktuell litteratur.

Könsskillnaden mellan antalet kvinnor och män som drabbas av depression är väl dokumenterat. Med början i tonåren så ökar risken för att kvinnor skall få depression och i vuxenlivet är det för kvinnor två gånger så vanligt att bli deprimerade som för män (Johnson & Whisman, 2013). Det är en skillnad som kan ses från puberteten, innan dess har pojkar och flickor samma nivåer av depression, pojkar i vissa studier något högre. Vid 65 års ålder klingar nivåerna av depression av hos båda könen och skillnaden blir mindre (Albert, 2015). Det är även två gånger så troligt att som kvinna få anti-depressiva läkemedel utskrivna än för en man. (Ussher, 2010).

Det har tydligt kunnat ses ett samband mellan allvarliga negativa livshändelser och att få depression (Mazure Keita & Blehar, 2002). Studier har tittat närmare på olika traumatiska händelser som kan leda till psykisk ohälsa. Upplevelsen av fysiskt och sexuellt våld har kopplats samman med en rad olika hälsoproblem för kvinnor, däribland depression (Koss, Bailey, Yuan, Herrera & Lichter, 2003). Det har beskrivits att det högre antal kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp som barn, eller upplevt sexuellt våld i vuxenlivet kan förstås som en betydande förklaring till skillnaden i depression mellan könen i vuxenålder (Mazure et al., 2002; Ussher, 2010).

Det finns andra former av stressorer som har setts kopplade till kvinnors högre nivå av depression, bland andra så har kopplingar gjorts till att leva i fattigdom, ojämställdhet och diskriminering. En studie visar att kvinnor som skattar högt på subjektiva upplevelser av diskriminering rapporterar högre nivåer av depression än för de som upplever låg grad av diskriminering (Dambrun, 2007).

Studier har även tittat på hur könsroller inverkar på depression, och att det skulle kunna förklara varför flickor i högre grad blir deprimerade under tonåren då könsspecifika beteenden förstärks. Exempelvis har studier rapporterat att mödrar engagerar sina döttrar i samtal om rädsla och sorg, medan de uppmanar pojkar att undertrycka sådana känslor, vilket har sammankopplats med ett större fokus på depressiva känslor hos flickor (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001). Det finns även studier som visar att tonårsflickor upplever mer livsstress vilket har satts i samband med deras högre nivåer av depression (Jose & Brown, 2008). Det går i linje med forskning som visar på att det som utlöser depression tycks vara olika för män och

kvinnor. En studie med tvååggstvillingar visade att personlighet och interpersonella relationer spelade en större etiologisk roll för kvinnor medan externa karriär och målinriktade faktorer var av större vikt för män (Kendler & Gardner, 2014).

Kognitiva förklaringsmodeller har använts för att förklara kvinnors höga nivåer av depression. En metaanalys visade att kvinnor är mer benägna till att använda coping strategier än män. Den starkaste effekten var att kvinnor i högre grad använder strategier involverar verbala uttryck, så som att söka emotionellt stöd, älta eller positivt peptalk. Män sågs istället använda undvikande som strategi vid stress (Tamres, Janicki & Helgeson, 2002). Ältande har setts ha ett samband med depression och könsskillnader har rapporterats från 13 års ålder (Jose & Brown 2008). En studie visade att ältande, låg känsla av kontroll och kronisk belastning vardera var vanligare hos kvinnor och medierade könsskillnaden i depressiva symtom (Nolen-Hoeksema & Jackson, 1999).

Studier har inte kunnat visa på en specifik gen som tros ansvara för kvinnors högre grad av depression, men den ackumulerade data som finns föreslår att genetisk risk är en viktig faktor för att förstå depressionens etiologi (Mazure et al., 2002). Studier har även föreslagit att kvinnor upplever specifika former av depression som är kopplade till menscykeln, graviditet och klimakteriet vilka associeras med hormonförändringar. Men de underliggande mekanismerna är inte kartlagda och det finns ingen specifik behandling som riktar sig till kvinnor. Eftersom depression ökar vid dessa tillfällen antas det kvinnliga hormonet östrogen ha en inverkan på depression. Studier har tittat på om dessa hormon kan interagera med serotoninupptag. Man har även studerat en minskad volym av hippocampus (Albert, 2015).

Syfte

Depression innebär ett stort lidande för många människor, inte minst för kvinnor. Flera olika synsätt har framlagts för att begripliggöra etiologin och olika discipliner har angett sina perspektiv. Detta har gjort att depression hamnat i skärningspunkten mellan sociala, psykologiska och medicinska förklaringsmodeller. Syftet med den här studien är att undersöka hur kvinnor själva beskriver sin erfarenhet av depression och i ett andra led placera deras berättelser i en större kontext.

Metod

Utifrån studiens syfte valdes en kvalitativ ansats. Kvalitativ forskning lämpar sig väl för att studera mänskliga erfarenheter. Den lägger fokus på kulturella och vardagliga aspekter av människors handlande, och riktar sig till att beskriva och utforska upplevelser så som de uppenbarar sig i människors liv (Kvale & Brinkmann, 2014; Polkinghorne, 2005). Det är även en metod som är användbar för att närma sig utforskade och svårbeskrivna områden och fenomen (Morrow, 2005).

Som datainsamlingsmetod valdes semistrukturerade intervjuer, vilket är en passande metod när man söker förstå hur deltagarna upplever sin värld och vilken mening deras erfarenheter bär (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjun konstruerades utifrån det som Kvale och Brinkmann kallar för halvstrukturerad livsvärldsintervju och baseras på de teman som studien syftar till att undersöka. Den är varken strikt strukturerad eller utan direktiv (Kvale & Brinkmann, 2014).

Den kvalitativa analysmetod som valdes för studien var tematisk analys. Det är en grundläggande metod för att identifiera, analysera och rapportera mönster i ett material. Braun och Clarke menar att det är en metod som kan ge en rik, nyanserad och komplex framställning av materialet. Den rekommenderas även att börja med för de som är nya inom det kvalitativa fältet, då tematisering ses som en grundläggande färdighet (Braun & Clarke, 2006). Metoden ansågs därför passa studien väl. En fördel med den tematiska analysen är att den inte är bunden till en specifik teoretisk eller epistemologisk position, och kan därför användas inom olika psykologiska paradig. Braun och Clarke påpekar att med flexibiliteten inom metoden ökar vikten av att forskaren är tydlig med sina teoretiska antagande (Braun & Clarke, 2006). Nedan följer därför en utförlig genomgång av studiens vetenskapsteoretiska position.

Vetenskapsteoretisk utgångspunkt

Studien tar sin utgångspunkt i en socialkonstruktionistisk kunskapssyn, utifrån en kritisk realistisk position.

Socialkonstruktion är en gren in det postmodernistiska vetenskapsparadigmet. Likt sin egen avsikt går den inte att enkelt definiera, den söker efter något nytt och vänder sig mot entydiga begrepp, sanningar eller idén om objektivitet. Ian Hacking (2004) menar att studier som använder socialkonstruktion ställer sig kritiska mot ett rådande förhållande. Existensen av ett ting bestäms inte utav naturen, tinget är inte oundvikligt utan skapas av sociala händelser, som lika gärna kunde ha sett ut på ett annat sätt. Oftast tas tesen vidare och uttrycker

att tinget i sig är dåligt eller att det vore mycket bättre om vi gjorde oss av med det, alternativt förändrade det radikalt (Hacking, 2004). Kunskap antas på så vis vara konstruerad i motsats till upptäckt, och det material den främst är konstruerad av är språket. Ord ses inte som passiva verktyg som vi kan förmedla oss med, utan utgör själva verkligheten, och vi med den blir till genom språket (Lafrance, 2009).

Det är språket som sätter ramarna för hur vi upplever oss själva och vår omvärld. Det innebär att språket bär på en stor inneboende maktpotential. De olika strömningarna och linjerna i språket bär på kunskap om vår sociala och politiska verklighet. En sådan strömning kallas för diskurs och Parker definierar den som ”organisering av språket i vissa former av sociala band” (s.88, Parker, 2005). Den diskursiva analysen försöker i postmodernistisk anda ta reda på hur olika idéer skapas, upprätthålls och praktiseras. Det gör den framförallt genom att se till språket och hur det används i den sociala världen.

Ofta har ett stort fokus legat på språk och diskurs inom den socialkonstruktionistiska psykologin. Det har inneburit ett antagande om att en objektiv sanning inte existerar och att all kunskap är konstruerad. Sagt med Derridas ord, ingenting finns utanför texten. Denna relativistiska position har blivit kritiserad för att dess exklusiva fokus på språket skymmer sikten för andra viktiga frågor så som kroppslighet och materialitet (Cromby & Nightingale, 1999). En annan ingång blir att anta en realistisk position, där man erkänner att det finns en verklighet, även om den endast kan upplevas genom ett raster av sociala konstruktioner. En större emfas läggs därmed på materialitet.

En kritisk realistisk position till socialkonstruktionism, vilket är denna studies utgångspunkt, innebär att kunskap ses som relativistisk endast i den mån att den erkänner omöjligheten i att ha kunskap om ett objekt, förutom under vissa givna betingelser. Samtidigt så antas en realistisk ontologi där ekonomiska, biokemiska och sociala strukturer ses som verkliga, varaktiga och stabila. Studiens perspektiv menar att sociala och språkliga strukturer inte kan förstås som självständiga från materiella strukturer, utan de är sammanlänkande och påverkar ömsesidigt varandra (Willig, 1999; Ussher, 2010).

De erfarenheter av depression, som kvinnorna i den här studien berättar om, förstås vara förbundet med ett verkligt känslomässigt och kroppsligt lidande, samtidigt som vi alltid ger mening och tolkar våra erfarenheter utifrån de sociala och historiska betingelser som vi befinner oss i (Ussher, 2010). Det innebär även att betoning läggs vid interaktionen mellan intervjuare och deltagare, och att det är i samtalet mellan dem som mening kan tolkas (Ponterotto, 2005).

Urval

Urvalsprocess. Deltagare som söktes till studien var kvinnor som själva definierade att de hade erfarenhet av depression. För att finna deltagare så sattes lappar upp på offentliga platser så som universitet, bibliotek och samlingslokaler. Ett Facebook evenemang skickades ut med samma information och spreds av bekanta. Inbjudan till deltagande finns med som bilaga 1.

De som hörde av sig med intresse att medverka ombads inledningsvis att skriva några rader om sina erfarenheter av depression. Exempelvis om de varit deprimerade en eller flera gånger och om det pågick just nu eller var en erfarenhet tillbaka i tiden. Detta för att kunna göra ett så bra urval som möjligt. Därefter bokades tid för intervju in.

Det var 26 personer som hörde av sig, 25 kvinnor och 1 man. En första sällning gjordes där personer som direkt uttalat att de hade erfarenhet av annan psykisk ohälsa än depression tackades nej till (två led av utmattningsdepression och en av posttraumatisk stress syndrom). Ett andra kriteriet för att inte kunna delta var om personen var bekant med intervjuaren. Beslutet var att intervjuaren och informanten inte skulle känna varandra privat eller umgås i gemensamma kretsar. 6 personer tackades nej till av den anledningen. En man hörde av sig med kontaktuppgifter till sin fru. Han ombads be sin fru att själv anmäla sitt intresse. En kvinna skrev upp sig via Facebook och ombads skicka sina kontaktuppgifter, vilket hon avstod från att göra.

11 personer ombads skicka in några rader om sin erfarenhet. Av de så skickade 9 personer in varefter 6 bokades in för intervju. Två personer skrev redan från början om sina erfarenheter och kunde därför bokas in för intervju direkt. Alla personerna som beskrev sina erfarenheter passade in i studiens urval och inbjöds att delta. Tre personer slutade återkomma med svar under tiden vi försökte hitta en gemensam intervjutid. Efter att åtta intervjuer bokats in var det ytterligare tre kvinnor som var intresserade av att delta och som uppfyllde studiens urvalskriterier. Dessa tre tackades nej till eftersom mängden material ansågs bli alltför stort för att bearbeta inom ramen för studien.

Det stora antalet som visade sig intresserade av att delta kan tolkas som en indikator på att studiens ämne är av vikt. Det var många kvinnor som ville bidra och få dela med sig av sina upplevelser. Det fanns på samma gång en viss svårighet att bestämma plats och tid. Det kan tänkas höra till den depressiva problematiken, där svårighet att bestämma sig och passivitet ingår, samtidigt som det kräver en stor ansträngning av deltagarna att så frikostigt dela med sig av sin historia.

Deltagarna. Deltagarna var 8 kvinnor, mellan 21 och 62 år gamla, med en medelålder på 31 år. Det var fyra kvinnor som var studerande vid universitetet inom samhällsvetenskap och humaniora. Två personer förvärvsarbetade och utbildade sig samtidigt, en person var i heltidsarbete och en person var på väg tillbaka till sysselsättning från sjukskrivning. Majoriteten av kvinnorna bodde tillsammans med andra personer, några med en partner och andra med vänner eller familj. Alla kvinnor, utom två, uppgav att de var involverade i en kärleksrelation. Deltagarna uppvisade en viss homogenitet gällande utbildningsnivå där flertalet hade, genomförde eller planerade för en akademisk utbildning. Sex av kvinnorna var i åldern unga vuxna (20–29 år). Det är en fas i livet som kan förstås kopplad till frågor om identitet, relationer och vuxenblivande (Hwang, Lundberg & Smedler, 2012), och kan därför ha påverkat intervjuernas svar. De erfarenheter av depression som kvinnorna beskrev skilde sig däremot från varandra. Några var eller hade varit patienter inom psykiatrin medan andra hade hört till primärvården. För vissa innebar de depressiva upplevelserna ett stort funktionsbortfall som inneburit att de fått avsluta sin sysselsättning under en period. Andra beskrev att de fortsatt kunna fungera i sin vardag under tiden de mådde dåligt. Förutom depressivitet beskrev kvinnorna andra uttryck för sitt mående, och vissa hade fått flera diagnoser. Framst rörde det sig om olika former av ätstörningar och självskadebeteenden, i enskilda fall om somatiska diagnoser samt bipolaritet. Alla kvinnorna hade någon gång fått diagnosen depression och alla kvinnorna uttryckte att depression var en av de främsta orsakerna till deras erfarenhet av att må psykiskt dåligt.

Tillvägagångssätt

Inför insamlingen av data så konstruerades en intervjuguide. Den finns bifogad som bilaga 2. Frågorna som valdes utgick från studiens syfte och från den teoretiska grund som studien bygger på samt tidigare forskning. Studien vill förstå både hur kvinnor har upplevt sin erfarenhet av att vara deprimerad och hur kulturen har påverkar deras föreställningar. Intervjuguiden är därför konstruerad med en inledande deskriptiv del för att sedan mer direkt fråga kring tematiska delar så som diagnos, identitet, att vara kvinna och relationer.

En provintervju genomfördes för att se hur frågorna fungerade och om de var av rätt omfattning. Den deskriptiva delen av intervjun fungerade väl medan den mer teoretiska delens frågor bitvis var svåra att förstå. De frågorna omformulerades för att bli mer begripliga. En del frågor som av intervjuaren tyckte var upprepande togs bort. De frågor som ströks rörde alla avsnittet identitet. Exempelvis så togs frågan Har din identitet förändrats? bort då den

uppfattades som alltför otydlig och frågan Har du förändrats av dina erfarenheter? då frågan upplevdes som upprepande.

Intervjuguiden användes som en ram för det samtal som fördes och frågorna anpassades något efter intervjupersonen och den allt större datamängden. Alla intervjuer avtäckte övergripande de förberedda områdena. Morrow menar att vara öppen för förändringar i intervjuguiden garanterar en känslighet inför studiens framväxande material (Morrow, 2005).

Intervjuerna var mellan 51 och 73 minuter långa och spelades in på en diktafon. De genomfördes på en plats som vi gemensamt kom överens om, vid de allra flesta tillfällena i samtalsrum tillhandahållna av psykologiska institutionen, vid ett tillfälle på en deltagarens arbetsplats och vid ett annat på ett bibliotek.

Det insamlade materialet analyserades utifrån det förehavande för tematisk analys som Braun och Clarke föreslår. De beskriver sex olika faser, mellan vilka analysen rör sig fram och tillbaka. (Braun och Clarke, 2006). I den här studien har ordningen följts med undantaget att de tre första stegen utfördes på två av intervjuerna för att sedan koda resterande intervjuer efter framkomna temata.

1. Bekanta dig med den insamlade data.
2. Skapa de första initiala koderna.
3. Leta efter teman.
4. Titta över de teman du valt.
5. Definiera och namnge dina teman.
6. Producera rapporten.

Efter att samtliga intervjuer var genomförda så valdes två intervjuer slumpmässigt ut för vidare analys. Den tematiska analysen genomfördes både på en semantisk och latent nivå. Det innebar att fokus först låg på deltagarnas explicita utsagor för att sedan söka efter en mer fördjupad tolkning i materialet. Det är ett tillvägagångssätt som Braun och Clarke kallar teoretisk tematisk analys, där kodningen utgår från studiens syfte och drivs utav forskarens tidigare teoretiska kunskaper (Braun & Clarke, 2006).

Det första steget var att noggrant lyssna igenom de två intervjuerna och ordagrant nedteckna/transkribera samtalet. Det gjordes för att få en så bra översikt över materialet som möjligt. En initial lista konstruerades på idéer om vad som fanns i materialet och vad som var

intressant med dom konstruerades. Dessa idéer uppkom både under arbetet med att genomföra intervjuerna och under transkriberingen.

I ett andra steg kodades de två transkriberade intervjuerna. Koderna är de minsta beståndsdelarna i materialet och visar på olika drag och tendenser som kan förstås på ett meningsfullt sätt. Braun och Clarke rekommenderar att man bör koda för så många potentiella teman och mönster som möjligt eftersom man inte vet vad som senare kommer att te sig intressant och att man bör inkludera den omgivande data då kontexten alltför ofta går förlorad. De påpekar även att en kod kan tillhöra flera teman, eller ingen alls, och att det är viktigt att ge inkonsekventa och motsägelsefulla utsagor, som inte passar in i den dominerande analysen, utrymme i kodningen (Braun & Clarke, 2006). Deras råd följdes vid kodning.

Det tredje steget innebar att undersöka de olika koderna och se till dess inneboende relationer och om de bildade mönster. Här togs 8 olika teman fram. Därefter lyssnades de övriga sex intervjuerna igenom. De kodades efter de teman som framkommit. Under lyssningen gjordes övergripande minnesanteckningar över intervjuens innehåll och specifika citat skrevs ordagrant ned som kategoriserades in under ett tema.

I det fjärde steget så granskades teman för att se om det fanns teman som överlappade varandra, eller om citat hörde hemma i flera olika kategorier. Det innebar även att se över materialet på ett övergripande plan, så att resultatdelen reflekterade materialet på ett valid sätt. För vissa intervjuer skedde en andra lyssning för att dubbelkolla citat och att inget väsentligt innehåll gått kodningen förbi.

Som ett avslutande femte steg namngavs de olika teman.

Etik

Etiska överväganden har gjorts under planeringen av studien och fortsatt vara en viktig aspekt genom hela arbetsprocessen. En utgångspunkt har varit de fyra olika områden som Kvale och Brinkmann listar som specifikt viktiga att tänka kring vid kvalitativt forskningsarbete. Dessa är informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser och forskarens roll (Kvale & Brinkmann, 2014).

Informerat samtycke innebär att deltagarna blir informerade om syftet med studien, att deras deltagande är frivilligt och att de har rätt att dra sig ur utan att det får några negativa konsekvenser. Deltagarna i studien har vid minst två tillfällen fått information om dess syfte, upplägg, konfidentialitet och hantering av material. De har vid intervjutillfället gett sitt informerade samtycke skriftligt. Samtyckesblanketten finns bifogad som bilaga 3.

Konfidentialitet syftar till de överenskommelser som görs kring hur materialet skall hanteras och vad som är möjligt att göra med den data som deltagaren och intervjuaren tillsammans tar fram (Kvale & Brinkmann, 2014). Materialet i studien består av inspelade intervjuer. Det har förvarats inlåst och på en annan plats än kontaktuppgifter till deltagarna och deras samtyckesblanketter. Det har varit helt frivilligt för deltagarna om de vill uppge sina riktiga namn.

En intervju blir i strikt mening aldrig helt anonym eftersom uppgifterna som lämnas ut av deltagaren kommer att tas emot av intervjuaren, som transkriberar eller lyssnar till innehållet och använder citat i sin rapport. För att säkerställa en så stor anonymitet som möjligt för deltagarna så har citat anonymiserats genom att känsliga eller personspecifika uppgifter har tagits bort eller ändrats. De olika deltagarnas citat har blandats i ett och samma avsnitt och redovisas omlott. Önskan är att en kör av röster framträder, där den ena förstärker eller kontrasterar den andra utan att vara alltför framträdande i sig självt.

Till frågan om anonymitet hör problemet att det som skall skydda deltagaren också kan fungera som ett alibi för forskaren så att hon kan tolka uttalanden fritt (Kvale & Brinkmann, 2014). Ett uttalande som inte går att härleda, är inte heller möjligt att ifrågasätta. I den här studien har fingerade namn använts. Det innebär att man kan följa deltagarna och att det skulle kunna öka möjligheten att härleda deras identitet. Samtidigt skulle en presentation av deltagarnas utsagor var för sig, bortkopplat från resten av deras material, kunna ge upphov till att de tolkas felaktigt eller uppfattas ur sitt sammanhang. Avvägningen som har gjorts är att läsbarheten och den ökade förståelsen för materialet som fingerade namn ger här väger etiskt tyngre än den möjliga risken att deltagarna går att identifiera.

Konsekvenser skall enligt Kvale och Brinkmann beaktas både kring studiens vetenskapliga nytta och eventuella risker. Vinsterna med studien skall överväga riskerna (Kvale & Brinkmann, 2014). Det stora antalet som drabbas av depression varje år gör studiens område relevant att bedriva forskning kring. Förhoppningen är att deltagarna gynnas av att få berätta och bli lyssnade till, men det finns också en risk att intervjun väcker svåra känslor. För att kunna fånga upp deltagare som upplevt intervjun som svår så öppnades för att deltagarna i efterhand fick höra av sig med funderingar eller känslor. Det fanns en överenskommelse med leg. Psykolog Per Johnsson om att han var tillgänglig för samtal ifall deltagare skulle behöva det.

Forskarens roll. Det finns ett etiskt ansvar för forskaren att kvalitén och hållbarheten är hög på det vetenskapliga arbetet. Resultaten som publiceras skall vara så korrekta och representativa som möjligt. Forskaren bör arbeta självständigt och oberoende så

att inte hänsyn tas till vänskapliga band med deltagarna eller tryck från uppdragsgivare (Kvale & Brinkmann, 2014). För att studien skall kunna kontrolleras i en hög utsträckning så har tillvägagångssättet redogjorts för så transparent som möjligt. Resultaten är redovisade med en stor mängd citat för att ge en god inblick i materialet. Det har inte funnits några påtryckningar från varken deltagare eller handledare, utan studien har genomgående fått stort stöd av alla som varit delaktiga i dess tillkomst.

Resultat

Resultaten redovisas nedan i åtta olika teman. Några teman har undertitlar. Fingerade namn har använts för att ge resultaten en god läsbarhet och samtidigt bevara deltagarnas anonymitet. Citaten återges till största del ordagrant, för vissa citat gäller att upprepningar eller talspråk har strukits som försvårat läsningen. Inga betydande delar har tagits bort.

Depressionens uttryck

Kvinnorna berättar om när de började må dåligt och det var i olika skeden i livet. För fyra av kvinnorna kom det under tonåren, för en i barndomen och en i ung vuxen ålder. En kvinna uttrycker att hon så länge hon kan minnas varit lågintensivt deprimerad och en annan att hon blev deprimerad efter en påfrestande tid. De berättar om klassiska depressiva symtom: minskad energinivå, mindre lust till att göra saker och svårigheter att ta tag i något. För flera var depression kopplat till ångest och oro. För fler än hälften var det i kroppen det började ta sitt uttryck, medan tre av kvinnorna berättar att det första tecken var att de började förlora sin självkänsla. De upplevde att de inte längre hade ett värde och umgicks med tankar om att de var en börda för andra. Iris berättar om hur hennes invasiva tankar kunde gå:

Jag är dummast av alla, jag är mest korkad av alla och jag vågar inte säga någonting, jag dör om jag måste säga någonting. Det var liksom allting sådant. Fruktansvärt. Jag bara ältande hur dålig jag var (...) Jag minns hur jag kunde cykla hem och det bara jagade allt, hur dum jag var, i huvudet.

Det fanns många olika varianter och bilder för lidandet. Vissa kunde fortsätta att vara sysselsatta under perioden de mådde dåligt, medan andra var sjukskrivna. Döden var ett tema som de flesta berättar att de umgicks med, och att tankar om att ta sitt liv fanns där.

Flera av kvinnorna berättar om att de började sluta sig. De drog sig undan alltmer in mot sig själva och ville inte visa eller be om hjälp. De slutade göra saker de tidigare tyckt om. Livia ger en bild av hur hon upplever depression:

Om jag inte har väldigt mycket ångest så känns det som när det regnar. Det kan vara en väldigt behaglig känsla på ett sätt och på ett sätt kan det ju vara väldigt jobbigt. För det känns som att hela världen står stilla. Det är ingen som går ut när det regnar, utan det är bara stillhet. Och det har jag upplevt när jag är deprimerad, att mitt liv stannar av, alla andra fortsätter sina liv men jag är fast (...)

Flera talar om känslornas stiltje, där de inte kan eller vill känna. Men de berättar också om den raka motsatsen, där alla känslor kommer på samma gång och utmynnar i att de bryter ihop eller får panikattacker. Deltagarnas upplevelse av sina symtom var unik för just dem, för en var depression förenad med oro, för en annan med tvång och för flera med paniksyndrom.

För Ella kändes hennes depression som att komma till en plats hon aldrig tidigare besökt. Hon hade mycket svåra och påträngande tankar. Hon berättar om sin erfarenhet:

Det känns som att jag har varit i två världar, där det är en värld där allting jag gör suger och allting bara är fel och typ att jag ska dö. Och när jag kom in i den världen, som kändes väldigt rätt då, det var liksom min depression och sen när jag succesivt flytta bort från den - den var alltid väldigt lätt att glida in i väldigt snabbt- om någonting hände som kanske inte hade med mig att göra, så var det väldigt lätt att glida in i det och då kom allting på en gång. Och den andra typ världen som är bara den här, där det inte är sant och jag ser det för vad det är, tankar och så, det är inte depression. Så tror jag att det är för mig, just nu i alla fall.

För de flesta av kvinnorna har depression varit något återkommande i deras liv. De har på olika sätt kämpat för att hitta strategier att ta hand om sitt lidande. Sex av deltagarna beskriver att deras mående har gått upp och ner sedan de först började känna att de inte mådde bra. För två var deras depressioner i närtid och de uttrycker inte att de upplevt en tillbaka gång i efterhand.

Kroppen som hemvist

Ett av det mest framträdande teman, som berördes i flertalet intervjuer, var att kroppen var en stor del av depressionen. Deltagarna berättar alla om olika fysiologiska tecken på deras mående. De berättar om panikattacker, hjärtklappning, ont i magen, magsår och magkatarr, tryck över

bröstit och yrsel. Flera av deltagarna sökte sig till den somatiska vården för att få hjälp med sina symtom. Nadja, som sökte läkarvård för sin trötthet och sina magproblem i tonåren, beskriver hur det tog tid att förstå vad hennes symtom betydde:

Ett tag så trodde jag att det bara var så, jag reflekterade inte så mycket över det. Utan jag tänkte att så här mår jag. I princip. Men jag tror att jag hade ganska svårt att erkänna för mig själv att det var något psykiskt. Jag tror snarare att jag försökte hitta förklaringar i att jag hade ont i magen och att jag var trött och liksom, blev ofta sjuk och då var det ofta såhär lätt att skylla på det på något sätt.

Klara besökte flera gånger akuten för att få sin hjärklappning undersökt. Hon är idag kritisk till att ingen tog sig tid att förklara för henne att de symtomen hon uppvisade kunde vara psykiska. Även Nadja uttrycker en ilska över att inte ha blivit bättre bemött av vården. Klara uttryckte det såhär:

Jag vet att jag åkte in på sjukhus hur många gånger som helst för min hjärklappning, som jag inte förstod vad det var liksom, det var ju panikångest men jag förstod inte vad det var, jag trodde ju att jag höll på att dö. Och jag vet att jag fick ligga tolv tretton timmar på britsen och ingen brydde sig om en. Jag tyckte det var en fruktansvärd behandling.

Ungefär hälften av deltagarna hade aktivt skadat sin egen kropp under tiden de mådde dåligt. Det handlade om att vägra äta, hetsäta, kräkas, träna i alltför stor utsträckning och skära sig. Amy upplever att kroppen fick ta stryk när hon mådde dåligt. Hon berättar hur hon gjorde för att hantera sitt mående då hon var en ung tonårstjej:

Dels var det ju sluta äta som var en sådan grej. Det hjälpte jättemycket. Låter sjukt kanske, men det gjorde det. Att få fokus på min kropp istället för på vad som var utanför och lägga väldigt mycket tid på det och räkna kalorier hit och dit. Men sen var det nog mest att jag slöt mig. Och att jag satt inne mycket. Jag vet att jag inte pratade så mycket om mitt mående med någon.

För Amy var kropp och mående tätt sammankopplade. När hon mår dåligt kommer önskan om att få gå ner i vikt. Marcia märker även hon av sitt mående kroppsligt, när hon börjar må sämre är ett av de första tecken att hon kräks efter måltider. Amy beskriver vad hon tänker om att det är kroppen som har fått vara den första att ta ut smärta på:

Jag vet inte, jag tänker på det. Det har varit något sådant att om jag inte äter och mår dåligt så kan jag förklara mitt dåliga mående på att det är för att jag inte har ätit. Det blir väldigt skönt att få någonting konkret och på något sätt inte behöva deala med alla de här jättestora tankarna som man inte alltid kan sortera själv. Men också ett ... vissa gånger ha varit ett sätt att få folk att se mig. Vill gärna att folk ska tankeläsa och se när jag mår dåligt, och det har funkat i perioder, att det är skönt när någon är lite orolig. Så sjukt när man säger det, men ja.

Livia har också erfarenhet av att ta ut sin smärta på kroppen. Hon såg redan som barn de vuxna använda maten som tröst och gjorde desamma. När hon blev äldre började hon att kräkas efter att hon hetsätit, träna för mycket och skära sig. I efterhand tänker hon att de erfarenheterna är ett tecken på att hon inte blev tagen på allvar. Livia uttrycker att medicin hade kunnat göra samma sak för henne, den hade kunnat hjälpa henne att komma upp en bit i sitt mående och hantera sina problem på ett bättre sätt. Hon tar upp de fysiologiska aspekterna som en som förklaring:

Det utlöser ju liksom vissa substanser i kroppen som påverkar, som gör en liksom lugnare på något sätt eller ger en tillfällig lyckonivå. Det är liksom endorfiner, kortison och kortisol kanske det är. Så det blev ju någon typ av självmedicinering.

Relationen till kroppen har också varit central i att må bättre. Flera upplevde att kroppen inte var som de önskade under tiden de mårde dåligt. Klara beskriver hur hon var besviken på sin kropp som inte längre fungerade som hon ville. Hon kände att den svek henne. För flera blev det nödvändigt att istället för att tyda kroppens uttryck som brister, förstå dem som signaler om behov. Marcia tolkar idag sin kropp som högfunktionell, då den direkt säger till när hon behöver sova, äta eller träna. Träning är en central del och flera av deltagarna berättar om vikten av att upprätthålla bra träning, god kost och att vara försiktig med alkohol. Klara beskrev det såhär:

Först var jag ju besviken på min kropp för att den inte orka, varför klara den liksom inte (...) Men idag tycker jag att jag har fått tillbaka det självförtroendet i min kropp. Och så ser jag mer vad jag behöver göra för att må bra, det här med motion och vad stoppar jag i mig liksom. Det är inte snällt att unna sig en påse godis och dricka en halv liter cola. Det skapar liksom inte rätt förutsättningar för att jag ska klara mig längre fram.

Kroppen kunde i intervjuerna beskrivas ur ett dualistiskt perspektiv där den stod i kontrast till jaget. Den var en egen entitet, som inte alltid ville desamma. Det var också kroppen som utmålades som sjuk, istället för personen som fanns inuti den. Marcia upplever att hennes kropp ibland vill förrinta sig själv, det är en stark och explosiv känsla. Hon berättar:

Jag åkte till akuten någon gång för jag kände att nu vill min kropp sluta existera och jag kan inte kämpa emot det. Så det har hela tiden känts som att min kropp vill försvinna, medan jag står där inne själv och försöker kontrollera och liksom nej, jag vill leva. Så det känns som att den har gått emot mig lite.

Det var inte bara den somatiska vården som lättare bemötte kroppens symtom. Flera deltagare berättar att det var lättare för dem själva att acceptera att vara fysiskt sjuk än att det var något psykiskt. Så även för omgivningen. Även de som varit i kontakt med psykiatrin uttrycker att de i första hand har legat fokus på de kroppsliga symtomen. Flera av deltagarna uttrycker en besvikelse över detta, och upplever att de inte blivit bemötta i sina behov. De önskar att någon hade sett dem och frågat vad som pågår bakom kroppsliga uttryck och destruktiva beteenden. Samtidigt fanns det en ambivalens av att själv se kroppens uttryck som symtom istället för orsak. Amy reflekterar:

Men jag tror att för mig har nog psykisk ohälsa haft lägre status än... alltså lägre status låter ju konstigt, men på något sätt var det värre att vara psykiskt sjuk än att vara fysiskt sjuk, för då var det något fel på ens person och inte på ens kropp. Kanske därför som det var lättare att lägga fokus på det fysiska i sjukdomen.

Att söka och få hjälp

Förloppen för att komma i kontakt med vården såg olika ut. De flesta av kvinnorna hade sökt hjälp inom sex månader efter att de börjat må dåligt. För vissa var det närstående så som familj eller vänner som tog kontakten, andra sökte frivilligt. Samtliga fick vård inom psykiatrin, primärvården eller studenthälsan. Flera har besökt psykiatriska akutmottagningar i stunder då smärtan blivit alltför svår eller självmordstankarna för starka. Flera har blivit erbjudna inläggning men avböjt. Endast en deltagare har erfarenhet av att vårdas på slutna avdelning, då i samband med en psykos.

Alla kvinnorna blev vid något tillfälle erbjudna läkemedel i kontakten med vården, däremot skilde det sig åt vilken tillgång de hade till samtalsbehandling. Några har fått

samtalshjälp via den offentliga vården medan andra själva har sökt sig privat för terapi. Alla har gått i minst en terapeutisk behandling, hälften av kvinnorna har gått i flera olika.

Att få en diagnos. De flesta berättar om en vård som är snabba på att sätta en diagnos men som inte tar sig tid att förklara innebörden i den. De flesta har fått fylla i en enkät för att se om de uppfyller depressions kriterier. Linnea uppfattade vården som väldigt lösningsinriktad med ett fokus på vad som skulle bli nästa steg. Hon fick en depressionsdiagnos som tonåring, men hade svårt att få ett svar av läkaren om varför just hon drabbats. Hon reflekterar i efterhand:

Jag fick en förklaring ju på ett sätt, eller det är ungefär som att man har ont någonstans och så säger läkaren att du har stukat foten. Du får en förklaring, och sen exakt vad en stukning innebär det var inte så relevant, men man får ändå en förklaring ... det kändes på något sätt som en lättnad.

Linnea fick rådet av sina närstående att inte berätta om sin diagnos. Hon valde ändå att vara öppen med den och upplevde att hon då hade en anledning, när hon inte var som alla andra. Diagnosen blev för flera ett sätt att förmedla sitt mående, och en förklaring när de inte orkade delta som andra.

För Nadja tog det tid att få en diagnos. Hon sökte hjälp via vårdcentral men blev nekad diagnos och läkemedelsbehandling då hon vid tillfället inte hade tillräckligt höga poäng på ett formulär. Hon gick därifrån med en känsla att, då är det inte fel på mig. Hon talar om sin vilja att få en diagnos:

På något sätt så ville jag ju bara att någon skulle säga till mig ja men du är deprimerad eller du behöver hjälp. Det var det jag önskade. Men återigen var det liksom såhär, nä tyvärr du liksom, alla mår vi dåligt. Lite den känslan hade jag. (...) Jag tänker också att jag då inte heller riktigt ville erkänna hur det var, så jag tänker att jag egentligen kanske inte vågade berätta hur dåligt jag faktiskt mådde, så på ett sätt förstår jag väl bedömningen. Min önskan var att hon skulle se igenom mig kanske.

Att få en diagnos innebar på samma gång att bli bekräftad i sitt lidande, som att få en stämpel av att vara sjuk. Flera av kvinnorna talar om den ambivalens de kände inför depression som diagnos. De hade svårt att känna igen sig i bilden av diagnosen, och de ville inte förlika sig med att det hände just dem. Några hade mycket negativa bilder av människor som blev deprimerade

med sig från tidigare. Ellen tyckte det var svårt att förlika sig med diagnosen, även efter att hennes psykiatriker uttalat den:

Alltså, depression tog väldigt lång tid tills jag faktiskt accepterad den. Jag var ju väldigt mycket sådär att jag tänkte att jag tar upp tid, de blir massa fel och lalala för jag kunde må bra kände jag. Innan jag tog tabletter så kunde jag må bra. Men att få ord på just vad, eftersom det var så brett då så kände jag att det var svårt att passa in där.

Nadja berättar vidare att när hon väl fick en diagnos så var det inte som hon tänkt sig. Hon hade inte det behovet av att kunna gå runt och berätta att hon var deprimerad som hon hade trott att hon skulle ha:

På ett sätt trodde jag att jag skulle kunna gå runt och säga nu, det här som jag önskat så länge, ja, jag är faktiskt deprimerad. Det var ju nästan lite det som jag ville kunna säga för att jag saknade ju att kunna ha någonting att stå på, jag visste ju inte riktigt vad jag skulle, utan tidigare har det varit så kroppsliga symtom, nu var det så: nä, men jag är deprimerad. Men samtidigt så kände jag inte så stort behov av att göra det. Och det var också ganska skönt. För jag kände såhär att men jag är en ganska vanlig människa och nu blev jag deprimerad och så kan livet vara. Det var mer den. Och det var ganska skönt.

För tre av deltagarna blev diagnosen mer än ett tillstånd, de började tänka att de var deprimerade personer eller att de var sjuka. Livia upplevde att vården hade ett fokus på symtomen, medan samhället mer la vikt vid att det är personligt. Hon förstod sin diagnos som en sjukdom och reflekterade:

Du har ett sjukdomstillstånd, som visserligen påverkar din personlighet för du är tvungen liksom att hantera symtomen, och det påverkar ju hur man är som person, men det är inte själva sjukdomen som är ens personlighet. Jag är inte en person som är på det sättet som symtomen har gjort mig till, utan när jag blir frisk eller (...) det är liksom inte själva sjukdomen som är ens personlighet.

Att få samtalsbehandling. Erfarenheterna av att få samtalsbehandling skilde sig stort åt. De terapier som deltagarna genomgått var KBT, PDT och andra typer av samtalskontakter så som kurator eller sjuksköterska. Mer än hälften berättar om behandlingar som de upplevt inte har

hjälpt dem. För flera har det handlat om fokus för behandlingen inte har stämt. Exempelvis har det terapeutiska arbetet varit inriktat på att minska symtom, när önskan var att bättre förstå de bakomliggande orsakerna. För andra var det tvärtom, då terapin riktade sig mot orsaker i familjen men där önskan var att få tala om sitt mående utifrån symtom. Gemensamt är att behandlingen inte följt deltagarens egna behov.

Flera uttrycker att de har blivit hjälpta av samtalsbehandling. De som gått i KBT talar framförallt om värdet av att få verktyg att hantera sitt mående och att nu tidigt kunna se signaler. De uppfattar att de har fått hjälp med att distansera sig från tankar och bemöta ångest. Andra har upplevt KBT som alltför symtomorienterat och istället uppskattat PDT för dess hjälp att sätta ord på känslor och orientera sig bakåt i tiden.

Men samtalsbehandlingens vikt för att må bättre skiljer sig starkt mellan deltagarna. Marcia, som fick en kontakt via vårdcentralen med en behandling i blandad form, uttrycker att den har räddat hennes liv. Iris däremot gick i terapi under många år utan att hitta en förklaring till sin depression. Hon undrar i efterhand hur den erfarenheten har påverkat henne:

Frågan är ju, jag undrade ju också under den här långa terapin jag hade, så undrade jag om terapin, själva terapin förstärkte depressionen. Det frågade jag mig och det frågar jag mig egentligen fortfarande. Därför att det blev ett väldigt ältande och vad är det här beror på. Ett väldigt ältande av ja, så det kan ju hända att det förstärkte.

Iris sökte men hittade ingen förklaring till sin depression i terapi, utan tror att somliga människor har en sådan läggning. Och det skiljer sig också mellan deltagarna vad behandlingens syfte var, att förstå de bakomliggande orsakerna för att kunna bli bättre eller att lära sig att hantera sitt mående genom kognitiva strategier. Klara önskar att hon hade haft möjlighet att gå längre i terapi än de 10 samtal som hon erbjöds. För henne var terapi en positiv upplevelse:

Jag tycker det var jättegivande. Det gjorde jag. Man fick lära sig om sig själv och hon sprack håll på mina sanningar liksom och allt vad man kunde ha. Jag hade väl lite ångest med mig in liksom, mina kompisar har alltid sagt att jag är lite nojig och sådär, så det kunde hon... hon var jättebra på det. Det var inget daltande utan det var verktyg (...) Hon var väldigt bra, respekt men ändå säga ifrån, att det där är inte rimligt att tro på.

Medicinens verkan

Alla deltagarna hade medicinerat med anti-depressiva läkemedel under den period då de mått sämre. Flera hade även tagit andra typer av läkemedel så som ångestdämpande medicin och sömntabletter. Vid tillfället för studien så var det ungefär hälften av kvinnorna som åt anti-depressiva. Två av dem var på väg att trappa ner sin dos för att så småningom avsluta behandlingen.

Kvinnorna hade haft olika vägar till att börja medicinera. De flesta blev direkt erbjudna läkemedelsbehandling då de kom i kontakt med vården. En av deltagarna sökte själv medicinsk hjälp i primärvården och fick då vid ett första tillfälle avslag, för att en tid senare få ett recept utskrivet. Flera av kvinnorna var inledningsvis tveksamma till medicinsk hjälp och avböjde till en början att påbörja en behandling. Iris arbetar själv i ett människovårdande yrke. Hon började att medicinera först efter att hon genomgått en mycket lång terapi som inte hjälpte henne. Hon resonerar kring sitt motstånd:

Jag har ju alltid, höll jag på att säga, värderat lidandet högt. Det har ju alltid gjorts och menat att det hör till livets grundvillkor och sådana här saker. Och också att det är någonting som man har att bära. Något av det låg väl bakom mitt motstånd mot medicinering också, det var nog åtminstone en aspekt av det. Det struntar jag i nu, jag skiter i om det är meningsfullt att lida, jag har ingen lust att vara deprimerad ändå.

Ett annat förekommande argument till att avstå medicin var en rädsla för vad det skulle göra med en och om man skulle förändras utav den. Föräldrars åsikter spelade in och andra närståendes syn på medicin men även de intryck man tagit från en större samhällelig diskussion. Ellen väntade med att påbörja medicinering tills hon kände att hon mådde så pass dåligt att hon inte visste hur hon skulle hantera sin situation. Hon berättar om varför hon först inte ville:

Jag vet inte, eller det är så himla mycket, och det känns nästan som en åsiktsdebatt det där, man vet så mycket om och man har läst så mycket om att det inte riktigt är så att man bara har en brist på serotonin utan det är ju annat, så jag vet inte riktigt, jag hade bara en dålig känsla helt enkelt över vad det var.

Alla deltagarna uttryckte att medicinen hjälpt dem att må bättre, men deras erfarenhet av att medicinera var olika. För vissa tog det ett tag innan medicinen hade effekt och olika biverkningar beskrivs i intervjuerna. En deltagare upplevde att hon domnade av i kroppen och

förlorade kontakten med sina känslor. En annan beskrev att hon fick destruktiva impulser att skada sig och en tredje beskrev ökad trötthet. Några fick byta medicin innan den fungerade. För några var det en stark lättnad när medicinen började verka. Iris sade:

Det var så otroligt vilsamt att slippa vara deprimerad, det upplevde jag så oerhört starkt i början liksom då, å vad det är skönt, å vad det är underbart skönt att slippa vara deprimerad.

Synen på att medicinera skilde sig åt mellan deltagarna. För vissa fungerade den som en tillfällig flytboj, så att de kunde hålla sig uppe vid ytan. De önskade sluta med medicinen när de mådde bättre och flera hade gjort det. Andra beskrev det som ett läkemedel likt diabetikerns insulin, och såg medicinen som en upprätthållande behandling. De var mycket glada över medicinens verkan och såg ingen anledning att sluta medicinera. Marcia berättar:

Ja, jag vet inte riktigt hur jag ska sluta, för jag ser ingen poäng i det. Jag är jättelycklig som jag är.

De två som tydligast uttryckte att de ville fortsätta livet ut med medicin upplevde en oerhörd lättnad då de började medicinera, trots att den ena fått biverkningar. De hade också reagerat kraftigt på små sänkningar av dosen, och de tror båda att de skulle falla tillbaka om de slutar med medicin. De uttrycker båda att deras depressioner utlöses av ingenting. Iris berättar att hon känner sig medicinskt förändrad:

Om man skulle upptäcka nu att långvarigt medicinbruk förkortar livet på en människa så skulle jag säga att det har varit värt det. Absolut.

Vissa deltagare upplever en större ambivalens inför erfarenheten att medicinera. Flera talar om frånvaron av känslor under medicinens påverkan. Nadja var en av dem som upplevde att hon förlorade kontakten med sitt känsloliv, hon reflekterar över sin upplevelse:

Nu i efterhand, nu när jag har gått på mediciner och håller på att sluta, så är jag liksom inte helt för medicin. För att den, jag tror att jag kunnat bli hjälpt på andra sätt. Men då kände jag väl bara att jag behövde ha en, alltså jag behövde typ bli fri från alla känslor och tankar. Vilket jag ju blev, jag blev helt känslolös.

Att medicinera hängde också för flera kvinnor ihop med identiteten deprimerad och att äta piller attribuerades med att må dåligt. Det innebar att sluta på medicin hade ett symboliskt värde, som för flera hörde samman med deras bild av att vara sjuk eller frisk, eller annorlunda uttryckt, att befinna sig i ett pågående eller ett efter. Medicinen påminde om depressionen. Och att trappa ner var att våga stå på egna ben igen. Amy reflekterade såhär:

Väldigt länge var det så att jag, och den tendensen kan jag fortfarande ha ibland men inte lika mycket, att jag ser på mig själv som sjuk. Och att det har varit lite skönt. Men sen när jag slutade med mina piller så kan jag inte skylla så mycket på att jag är deprimerad, eller inte skylla på snarare rättfärdiga saker och ting. Att jag inte klarar av det här för att jag är/har varit deprimerad. Den tendensen finns fortfarande litegrann men inte alls lika mycket. Så det är på något sätt att jag måste ta mer ansvar för mina handlingar nu när jag inte har mina piller eller depressionen att luta mig tillbaka mot på något sätt.

Att må bättre

Alla kvinnorna uttryckte att de idag mådde bättre. På frågan hur de först märkte av den positiva förändringen var svaren genomgående att det handlade om konkreta saker. Det kunde vara att börja orka promenera med hunden, att vattna blommorna eller gå ut med soporna. Små skillnader i vardagen var viktiga tecken. Flera talade även om att negativa tankar och symptom blev allt färre och inte längre tog lika stor plats. En viktig indikator var för två av dem att de kunde hantera motgångar utan att börja må dåligt.

Att förnya sina förväntningar. Att må bättre innebar återkommande i intervjuerna att förnya sina förväntningar och bilder utav hur ens liv skall vara. Flera av kvinnorna talade om att hitta fram till andra sätt att tänka kring lycka och mående. Själva arbetet med att formulera vad ett välmående var för dem som individer, var just en viktig aspekt i att börja återhämta sig. Och flera uttryckte att det var svårt att veta vad må bra betydde för just dem, det var inte längre desamma som de tidigare trott. Amy berättar om hur hennes bild av lycka har förändrats:

Jag hade en bild av lycka att jag skulle vakna upp och så skulle det vara som en TV reklam, det var typ idealet. Du vet, sträcka på sig och käka världens godaste flingor. Det är sjukt men jag hade någon sådan Kelloggs reklam. Så ville jag att min dag skulle starta (skratt). Det satte grillen i huvudet på mig, för så var det verkligen inte (skratt). Så jag tror att jag har fått en mer realistisk syn på hur folk mår i allmänhet. Det är extremt få människor som är lyckliga varje

dag, jag tror inte att det finns nästan. Så det kan också ha varit en grej som gjort att jag mår bättre nu, att den höga standarden för gott mående har sänkts.

Det har också för flera deltagare inneburit en förändring i hur de planerar sin tid. Livia berättar att hon idag, efter att under många år upplevt sitt mående gå upp i höga energinivåer för att sedan dala, gjort en stor omställning i vardagen. Hon beskriver att det är en stor sorg i att hennes aktivitetsnivå förändrats. Livia reflekterar:

Det kan vara jobbigt att tacka nej, men att jag måste ha andra prioriteringar för mitt liv, jag måste få sova för annars blir jag sjuk och när andra människor tycker att ja ja det gör ingenting så måste jag gå tillbaka till mina egna erfarenheter och tänka att jo men dom här sakerna behöver jag alltid. Jag behöver tänka på ett annat sätt, men det är ju många andra som har begränsningar i livet.

Deltagarna talar även om att förnya sina förväntningar på sig själva och sin egna identitet. Att tillåta motstridiga, svåra och komplexa känslor att få finnas tog flera av deltagarna upp. De berättar om hur de inte visade upp sitt dåliga mående för andra medan de upplevde det. Många slöt sig eller drog sig undan. Hälften av kvinnorna talar om motsatsen, utåt har de framstått som roliga, positiva och glada. Att acceptera andra sidor av känslolivet har därför varit ett viktigt steg i att kunna ta hand om sig. Nadja berättar om hur hon ser på att må bra idag:

Att må bra för mig nu är att acceptera en dag i taget. Och att må bra innebär att jag får må olika, tänker jag. Och det så tänkte jag inte innan. Innan tänkte jag att må bra är att vara glad eller frånvaron av negativa känslor.

Att stå för sina behov. Tätt sammankopplat med en mer tillåtande syn på sina känslor uttryckte kvinnorna att de behövde bli bättre på att lyssna till sina egna behov. Det innebar att kommunicera, inte endast för sig själv utan till sin omgivning, vilka gränser och önskingar de bar. En deltagare beskrev att hon nu konkret uppfattade att det gäller att sätta på sin egen syrgasmask först, innan man kan hjälpa någon annan. Linnea upplevde att det hängde starkt samman med prestation. Hon berättar att det tagit lång tid att kunna ta hänsyn till sig själv fullt ut, och kunna säga nej utan att må dåligt över det:

Det har ju tagit så himla lång tid men såhär som idag kan jag ju ge mig själv tillåtelse att säga nej till saker. Jag behöver inte vara så jökla duktig. Sådana saker. Den sidan hos mig har förändrats väldigt väldigt mycket, så på det sättet är jag en helt annan människa, just det här med att jag känner inte idag att jag behöver vara så jökla duktig utan jag kan bara vara jag och göra mitt bästa och sen får det bära eller brista liksom.

För Klara kom depressionen efter att hon haft högbelastning på sitt arbete, utan att få adekvat stöd. Idag ser hon annorlunda på sin roll på arbetsplatsen och vilket ansvar hon tar i olika sociala sammanhang:

Jag är mycket mer rädd om mig själv idag, att jag utsätter mig inte för dom påfrestningarna. Jag försöker inte vara någon klippa på jobbet, jag intresserar inte mig för allt som alla människor pratar om på jobbet, och deltar inte i alla diskussioner, jag behöver inte ha åsikter i allting. Och jag uppfattas säkerligen som mycket mer nonchalant idag. Men för dom som jag bryr mig om så berättar jag varför jag inte tar ställning i precis allting.

Och att berätta var ett återkommande tema i intervjuerna. Flera av deltagarna tar upp att de vågade börja tala med människor i sin omgivning om hur de hade det och vad de kände. Det har fått vara tydligare med sina behov, både inför sig själva och andra, samtidigt som de lärt sig att säga nej. Nadja uttryckte det såhär:

Jag började berätta för människor, för att jag kände att det var något jag behövde göra. Jag började berätta för dom jag kände att jag behövde berätta för, för nära vänner och familj framförallt. Berätta hur jag faktiskt mådde, och det var många som blev ganska chockande.

Att vara kvinna

Kulturens påverkan. De förväntningar som kvinnorna upplevt ha på sig själva och sin värld attribuerade flera till den kvinnoroll som de var uppväxta med att anta. Det fanns höga krav och förväntningar på vad de skulle vara, som de uppfattade både som konkret uttalade av omgivningen och mer indirekt av samhällets normer. Att bryta mot denna inlärd roll blev en del i att må bättre. Det större antalet såg även en koppling mellan sin roll som kvinna och att må dåligt. Amy uttrycker det såhär:

Ja alltså jag tror att jag har, ehm, på något sätt fått någon bild av hur jag borde vara som kvinna och en bild av hur jag är och att det har blivit en sådan diskrepans att däremellan växer det fram dåligt mående liksom.

Flera pekar på att de upplevt press på flera olika nivåer i sitt liv, vilket attribueras till att vara kvinna. Både Ellen, Livia och Linnea tar upp viljan att vara en ”duktig flicka”. De berättar om att de har haft höga krav på vad de skall klara av att prestera och när de har misslyckats har det upplevt som en katastrof. För två av dem fanns det höga krav i hemmiljön. De beskriver att de redan som barn, har fått axla ansvar inom ramen för familjen, Det har handlat om att finnas som stöd för andra, laga mat och ta hand om syskon. Linnea tror att det inte hade varit så om hon varit en man:

Där tror jag mycket att det är uppfostran. För jag har uppfostrats till att vara lillmamma, till att ta mycket ansvar i hemmet, till att ta hand om min lillebror, till att ta hand om min pappa. Alltså är inte mamma är hemma och lagar mat ja men då gör jag det och det är en orimlig ålder när detta händer. Samtidigt som man då liksom skall vara, ja men min lillebror var ju en kille, han är ju bråkig, det är killar i den åldern, han gör inte allting i skolan och sådär men på något sätt så var det mycket mer accepterat att jag var så jäkla duktig för att, jag tror det var lite såhär för att man är tjej.

Andra deltagare tar upp en stark press att känslomässigt stödja nära och kära. Det har känt att de blivit belastade med andras psykiska mående. Flera av deltagarna talar om att våga säga nej till att ta hand om andra närståendes känsloliv. Det har inneburit att relationer har fått nya premisser. Vissa upplever att de har kommit närmare de som de står närmst, medan de förlorat andra relationer. Andra talar om ärligare relationer, där de kan få ett utrymme att själva bli hörda, och inte endast lyssna. Ellen berättar om hur hon upplevde ansvar för känslor när hon växte upp:

Det var mest sådant som man inte ska ta, typ känslomässigt ansvar för min mamma. Höra på grejer och höra på jobbiga grejer som kanske gör att ja, som man egentligen tycker om, det är klart att man vill höra på folk som man älskar men det blir att man tar ett ansvar där också. Och att man känner det, eller jag i alla fall känner det ansvaret hela tiden för mycket som inte finns där.

Återkommande i intervjuerna är att deltagarna upplever att de har krav på sig i livets alla olika delar. De talar om svårigheten att vara så många olika saker samtidigt, så som högpresterande, en god dotter och en bra vän. En deltagare påpekar svårigheten med att veta hur hon förväntas vara. En annan på att kraven på kvinnor ser annorlunda ut idag än tidigare. Ellen reflekterar kring strukturer hon ser påverka kvinnor i samhället:

Patriarkat of course, men bara sådant att det liksom inte räcker med en grej att vara bra på med tjejer. Det ska vara utseende, det ska vara skola, det ska vara liksom bra på allt då, som jag i alla fall känner. Och mycket ansvar får man också och sådär, eller det fick jag i alla fall i min familj, som jag tror att min bror inte fick.

En aspekt flertalet tar upp är kvinnor och emotioner. Många upplever ett krav på att vara känsliga samtidigt som man förväntas kunna hantera både sina och andras känslor. De talar om känslor som kodade till manligt eller kvinnligt. Livia upplever att hon inte blev tagen på allvar, då hon under skoltiden ofta grät utifrån att kvinnor ses som mer känsliga. Andra talar om att gråten blev det uttryck de hade att ta till, när ilskan inte hade ett utrymme som tjej. Livia berättar:

Jag tänkte att det var något fel på mig. Större delen av min skolgång har jag haft väldigt lätt att börja gråta och jag har lätt, jag har fått mycket panikångest. Och det har inte varit någon som tagit det på direkt allvar utan det har liksom resulterat i utfrysning, både från andra och från lärare som tyckt att jag borde skärpa mig. Det är också ganska klassiskt. Jag tror att folk inte har tagit det på allvar för att det finns en föreställning om att kvinnor är väldigt känsliga och det var liksom inget konstigt att jag grät, det var bara något som var väldigt besvärligt.

De kvinnliga uttrycken bär både för- och nackdelar med sig. På samma gång tar deltagarna upp gråten som ett kvinnligt uttryck som hjälpt dem att kommunicera sitt mående med omvärlden. Det har funnits en möjlighet att signalera efter tröst genom tårarna och flera uppfattar att kvinnliga relationer har en större öppenhet för intima, nära samtal än vad andra relationer har.

Biologins inverkan. Flera av deltagarna lyfter fram att vara kvinna ur ett fysiologiskt perspektiv. Ett stråk som framträder i intervjumaterialet är att må dåligt av hormoners påverkan. Hälften av kvinnorna uttrycker att de har blivit deprimerade eller mått dåligt i samband med att de tagit hormonella preventivmedel. De uttrycker att de har blivit negativt påverkade av PMS, graviditet

och missfall. Iris berättar att hon sjönk ner i en djup depression då hon började äta p-piller och som varade under perioden hon tog läkemedlet. Marcia mådde akut sämre och beskriver att hon direkt fick sluta med tablettorna då hon blev självmordsbenägen. Iris berättar:

När jag slutade äta p-piller så kändes det som att jag åtminstone kunde andas. Jag kan dra ett andetag, åtminstone det. Och sen tog jag mig upp ur den så småningom, men alltså det kändes ju väldigt fysiskt, en oerhörd orkeslöshet och sen det här att älta (...)

Några av kvinnorna tar upp att hormoners påverkan kan vara en faktor till att fler kvinnor än män blir deprimerade. Nadja funderar kring att var tredje kvinna lider av PMS och att det kan vara en sak som bidrar, att det finns väldigt lite förståelse i samhället för det och att du som kvinna förväntas vara likadan varje dag. Hon pekar på den dåliga information kvinnor får om hur hormoner och andra preparat kan påverka dem. Marcia är inne på samma spår och pekar på de fysiologiska skillnader som finns mellan kvinnor och män. Hon tar även upp att kvinnor föder barn och därmed kan hamna i traumatiserande ögonblick.

Två kvinnor upplever inte att deras roll som kvinna har påverkat deras mående. De talar istället om andra faktorer så som ärftlighet och personlighetsdrag.

Olika sätt att se på sitt lidande

Det fanns olika sätt att se på orsaken till sitt lidande och dessa var inte nödvändigtvis uteslutande från varandra, utan återfanns ibland inom en och samma berättelse. De var tre stycken framträdande orsaksbilder: att det var biomedicinskt förankrat, att det var utlöst av erfarenheter och externa situationer och att det fanns i den individuella psykologin, ofta kognitivt. De allra flesta kunde se orsaker i sin situation vid tiden då de började må dåligt. Det skedde ofta vid separationer, stora förändringar och övergångar, i familjekonflikter eller vid arbetsbelastning. Två uttrycker att de inte alls kunde se någon utlösande faktor. Amy hade svårt att se en orsak:

Nä, jag kan liksom inte riktigt peka ut. Jag har försökt att förklara det för mig själv, vad var det som hände egentligen och vad var det som gjorde att jag föll dit liksom, men jag kan fortfarande vara väldigt förvirrad kring vad det var egentligen. Och det är lite jobbigt att inte ha en orsak att hålla fast vid.

Flera av deltagarna talar om en inneboende sårbarhet eller en biologisk kemi som ett sätt att förstå sitt lidande. Det återfanns i berättelserna på olika vis. För vissa var det en av flera komponenter som tillsammans utgjorde en bild av vad som hänt, andra såg sin biologi som den primära orsaken till att de mått dåligt. Ett återkommande sätt att tala om det var att uttrycka att ens mående var generellt lågt. Ett annat sätt som flera deltagare använde var att tala om en känslighet. Iris beskrev det såhär:

Jag skulle väl säga att jag alltid varit lågintensivt deprimerad. Alltså jag upplevde det rent konkret faktiskt som en linje, och att jag ibland kom ovanför den här linjen och tyckte att jag, att det var väldigt frustrerande. Jag tyckte att jag var väldigt nära att komma över linjen men det var otroligt svårt att hålla mig uppe, stabilt över linjen.

Andra tog avstamp i den egna psykologin, och såg till sina tankemönster och beteenden när de tänkte kring depressionens orsak. Det som hade varit symtom, har idag blivit ett sätt att förstå depression och fungerade som varningsklockor ifall de dök upp igen. Nadja såg först till de omständigheter hon befann sig under när hon började må dåligt, i efterhand tänker hon annorlunda än att bara se till den då givna situationen:

Jag tänker att såhär, händelserna spelar roll men jag tror också... det jag har kommit fram till är nog att det handlar också mycket om mig som person. Vad jag tänker om mig själv och mitt eget värde. Att jag mycket mer måste räknas in i depressionen än vad jag tidigare tänkt. Jag har ofta tänkt väldigt mycket på de yttre omständigheterna och nästan glömt bort lite hur jag tänker om mig själv.

Bland de olika förklaringsmodellerna till depression gavs också vid upprepade tillfällen i intervjuerna uttryck för att man helt enkelt inte förstår varför det har hänt. Och att det kan upplevas som skrämmande, för utan orsak är det svårare att förutspå om det kan hända igen. De många modellerna för att förstå depression skapade också förvirring för vissa deltagare kring hur de skall tänka om sin erfarenhet. Ellen berättar om konflikten mellan att vara feminist och medveten om samhällets ojämställdhet samtidigt som hon befinner sig inom psykologins paradig:

Och jag tycker att det är svårt för jag tycker att det känns som att det är mycket sådana strukturella samhällsgrejer som gör att man växer upp och så nöts de in i ens huvud, och sen så

när man pratar om det rent så psykologiskt så är det mycket såhär, ja men flickor har mer tendens till depression för de har svårare till emotionsreglering. Då blir det lite såhär, mm depressionen gör väl det, men det är ju inte så att man föds med att man har en svårare emotionsreglering.

Mot framtiden

De flesta av deltagarna såg med försiktig tillförsikt mot framtiden. De talade om att våga lita på sitt bättre mående, och att det stundtals var svårt. För den stora majoriteten av deltagarna var tankar på framtiden också kopplade till en förberedelse inför att ett återfall skulle kunna inträffa. De beskriver en vilja att gå vidare, samtidigt som de bär på en rädsla för att depressionen skall återkomma. Ellen berättar att hon känner sig både positiv och lite rädd. Hon uttrycker att hon behöver ha uppsikt över sitt mående, samtidigt som hon inte vill behöva oroa sig:

Men som sagt att jag försöker, att jag inte vill ha det bärandet med mig hela tiden, som någonting som kommer komma tillbaks, för då känns det som att det kommer bara göra det. Så jag försöker också lämna det lite bakom mig, men ha det kvar så att jag kan snappa upp lite typ.

Flera av kvinnorna beskriver en balansgång mellan att våga tro på att de nu mår bra och fortsatt kommer att få göra det och behovet av att ta hand om sig och se efter för tecken på att deras mående försämras. Linnea upplevde att hon mår bättre än på länge. Hon reflekterade över sin syn på framtiden:

Jag hoppas ju att jag inte kommer att hamna där igen. Statistiskt talar det emot mig, för man har väl lite större sannolikhet att hamna där igen om man har vart där, men jag tror ändå att de närmaste åren kommer nog bli bättre, och sen så händer det kanske någonting som gör att man hamnar där igen och då får man ta det (...) Framtiden, ljus, man vet dock aldrig. Man måste ju säga att den är ljus, för annars funkar det inte, men realisten i mig säger väl någonstans att det är mycket möjligt att jag hamnar där igen. Men då vet jag förhoppningsvis bättre hur jag skall hantera det.

I intervjuerna framkommer det att minnas blir ett sätt att gå vidare. Precis som Linnea, tar flera av deltagarna upp att de har fått kunskap av sin erfarenhet. De har med sig strategier och verktyg för att kunna fånga upp signaler när något inte står rätt till. Det finns en styrka i att ha klarat sig

igenom en depression, och en lärdom om vad som behövs om det skulle hända igen. Nadja berättar:

Det bär mening på så sätt att jag har förstått att livet inte är liksom så glittrigt hela tiden. Att jag kan acceptera det. För jag tror att det var någonting som jag liksom inte kunde hantera innan, utan jag blev väldigt rädd för mina dåliga känslor och tyckte så fort jag fick någon ångest eller oro så eskalerade det verkligen. För jag hade någon slags tanke om att det här är farligt. Det här ska man inte ha. Så nu känner jag att liksom såhär är lidande, jag kan mycket mer förstå att det ingår i livet och kan mycket mer acceptera det. Så det bär jag med mig.

För de kvinnor som förstod depressionen utifrån ett starkt biologiskt fundament var de positiva inför framtiden så länge de hade möjlighet att fortsätta den medicinska behandlingen. De farhågor som lyftes var ifall de vid olika skeden i livet, så som graviditet eller av andra orsaker, var tvungna att hålla uppe med behandlingen.

Diskussion

Diskussionen som förs i detta avsnitt utgår från de teman som presenterats i resultatdelen, och diskuteras i förhållande till den teori och tidigare forskning som redogjorts för.

När deltagarna berättar om sitt lidande talar de om svåra livsomständigheter, personliga uppfattningar och kroppens sätt att vara. Det fanns sällan en enkel förklaring till varför depression drabbat just dem, utan berättelserna rörde sig mellan flera synsätt för att förstå sitt lidande. Precis som det forskningsfält som depressionen utgör, så fanns de olika förklaringsmodellerna sida vid sida. Det är i linje med hur Stoppard visar att det finns en samstämmighet mellan experters syn och de drabbades berättelser (Stoppard, 2000). Till skillnad från de motsättningar som olika inriktningar inom vetenskapen tycks skapa gentemot varandra, kunde olika förklaringsmodeller samexistera i deltagarnas berättelse, utan att de tillsynes gjorde varandra mindre aktuella eller satte dem i konflikt med varandra. De använde de delar som passade dem, och skapade en individuell förståelse. De som hade mer tydliga etiologiska förklaringar för sitt mående var de som såg depression ur ett biologiskt perspektiv. De lutade sig mot en medicinsk förklaring i sin helhet.

Förutom de explicit uttalade tankarna om orsaker i intervjumaterialet, fanns det också underliggande lager där kvinnorna visade hur mångfacetterad depressionens tillstånd är

och det gjorde de bland annat när de talade om diagnosen, kroppens betydelse, kraven de mött i sin roll som kvinna och återhämtning.

Att bli diagnostiserad

Att få ett namn på sitt lidande betyder någonting sett ur ett socialkonstruktionistiskt perspektiv. Språket är aldrig bara ett medel att förmedla sig med utan även meningsskapande, det gör någonting med oss och påverkar hur vi agerar och ser på oss själva (Goicoechea, 2013). Resultaten visar att alla deltagarna vid något tillfälle hade fått en depressionsdiagnos, och några hade även fått andra diagnoser. Flera olika förhållningssätt till diagnosen återfinns i materialet. För vissa innebar diagnosen en bekräftelse på deras lidande, och den gav en försäkran om att något inte var som det skulle. Samtidigt innebar diagnosen att stämplas som sjuk, och deltagarna såg olika på tanken om att ha en sjukdom. Några ville inte se sig själva som sjuka, medan andra kände att sjukdomsbegreppet hjälpte dem.

Forskning som tittat på hur människor uppfattar att få en diagnos visar på olika former av respons, men ett vanligt förekommande resultat är att många uttrycker lättnad och känner sig validerade när de har blivit diagnostiserade (Proudfoot, 2009). Diagnosen kan bli ett sätt att normalisera upplevelsen och legitimera den. Den kan hjälpa till att omtolka upplevelsen från att vara en personlig och unik smärta till att bli en erfarenhet som delas av många andra, möjlig att förstå och behandla (Lafrance & McKenzie-Mohr, 2013). I resultaten beskrivs liknande erfarenheter. Diagnosen har kunnat ge en förklaring till varför deltagarna mår som de gör. Flera deltagare beskriver även att de kunnat använda diagnosen performativt, i den mening att den varit ett sätt att förmedla sitt lidande till andra och förklara varför de inte kan delta i diverse aktiviteter.

Men alla deltagare lade inte vikt vid själva handlingen att få en diagnos. De talade istället om andra aspekter av sin erfarenhet som mer betydande för hur de såg på sig själva. Det kunde vara att de inte längre kunde fortsätta sin sysselsättning eller att de hade börjat medicinera. Diagnosen var för dem sekundär i relation till dessa variabler.

Möjligheten att diagnostisera depression försätter tillståndet i en medicinsk diskurs och gör att det benämns som en patologi (Ussher, 2010). Just att förstå depression som en sjukdom togs upp av flera deltagare. En del tolkade depression rent biologiskt, som en kemisk obalans i kroppen. För dem var inte sjukdomsbegreppet laddat, utan likställdes med att ha diabetes eller en annan somatisk sjukdom. Andra förstod depression som en psykisk

sjukdom, och då var den inte lika enkel att förhålla sig till. Det fanns en större skam kring att uppleva sig ha psykiska problem, vilken till viss del förstärktes av den nära omgivningen.

Resultaten visar på tvetydigheten i om depression ska uppfattas som ett medicinskt tillstånd eller inte. Deltagarna förstår det olika, och det gör även deras omgivning och samhället i övrigt. Även om depression kan ses som situerad inom det medicinska fältet som en sjukdom, så har den inte fått samma legitimitet som andra medicinska sjukdomar (Lafrance, 2009). Det innebär att det blir svårare att bli tagen på allvar, vilket är något som kan ses i denna studies resultat. Flera berättar om svårigheten att bli sedd i sina symtom, både i mötet med vården och i relation till sig själv. Det kan förstås utifrån hur depression uppfattas, men även i relation till vilka föreställningar som finns om feminina uttryck.

De olika synsätten på depression gör också att depressionen placeras på disparata ställen, som sjukdom tillhörande en individuell symtombild (Marecek, 2006), eller som kontextbunden, utanför individen. Det påverkar hur kroppen betraktas.

Framlyftandet av kroppen

Kroppen är i centrum i depressionsdiagnosens olika kriterier i DSM-5, men ofta försvinner den då vi talar om förklaringsmodeller för depression (APA, 2014; Stoppard, 2000). I den här studien är ett av de tydligaste resultaten att kroppen var en central del i upplevelse av depression, och det var den på flera olika sätt. Ett utav dem var att deltagarna beskrev tydliga fysiologiska symtom på sitt lidande i form av magont, yrsel, sömnbesvär och hjärtklappning, och flera sökte sig till den somatiska vården för att få lindring.

Det är i huvudsak den medicinska diskursen som har kroppen som sitt primära objekt, vilket gör att den materiella kroppen ofta ses som synonym med den biologiska (Stoppard, 2000). Den medicinska modellen bygger på ett antagande om naturalism, och klassiskt görs en särskilnad mellan kropp och psyke. Frågor kring kroppen ses då som mer verkliga än frågor kring sinnet och det främsta sättet att ta fram kunskap är genom objektiva mått (Lafrance, 2009). Den här typen av resonemang går att sätta i relation till studiens resultat såtillvida att det var enklare för deltagarna att tolka sina symtom som tecken på att något var fel på deras kropp, än att kroppen var bärare av symtom som hemmahörde i psyket. Kroppslig smärta var lättare att validera.

Det går även att sätta i relation till att skada sin egen kropp. Hälften av deltagarna hade utfört destruktiva beteenden mot sin kropp medan de mådde dåligt. Det innefattade bland annat att äta för lite, hetsäta, kräkas och skära sig. De gav olika anledningar till det. För vissa

var det ett sätt att fokusera på något begripligt och signalera sitt lidande till omvärlden. Andra såg det som ett sätt att hantera ångest och en deltagare förstod det ur ett biologiskt perspektiv, som en handling som påverkade kroppens kemi. Om kroppen ses som mer verklig är det inte heller långt till att förstå att kroppen kan användas för att göra lidandet konkret, synligt och påtagligt.

En konsekvens av det medicinska sättet att se på kroppen är att den bygger på ett dualistiskt tänkande. Kropp och psyke ställs som motsatser till varandra, där psyket ofta tillskrivs moral, intention och personlighet medan kroppen ses som ofrivillig (Lafrance, 2009). Ofta förstås då kroppen som neutral, styrd av biologiska mekanismer och särskild från livet i övrigt (Stoppard, 2000). I intervjuerna i den här studien kunde kroppen beskrivas ur ett dualistiskt perspektiv, där den stod i kontrast till jaget. Det var kroppen som utmålades som sjuk och jaget försökte övervinna dess känsla. En del beskrev en känsla av att vara besviken på sin kropp, när den inte längre fungerade som önskat.

Att tillskriva kroppen sjukdom kan bli ett sätt att skydda den egna identiteten. Det gör att personligheten skyddas just för att kroppen förstås som styrd av andra mekanismer än viljans (Stoppard, 2000). I den här studien berättar exempelvis en deltagare om hur hjälpsamt det har varit att förstå sitt tillstånd som en sjukdom, som visserligen påverkar personligheten men som inte är den. Sjukdom är aldrig synonymt med ett jag. Däremot förväxlas ofta psykiska problem med personen, och kan skapa skam för den drabbade. Kroppen blir inte endast bärare av smärta, utan även ett skydd för ens identitet.

Det finns andra perspektiv för att förstå kroppen, där kroppen inte endast förstås som biologisk utan även materiell. Stoppard (2000) menar att kroppen kan förstås som både naturlig och kulturellt skapad. Genom att förstå kroppen som en del av kulturen istället för tidlös, kan man komma förbi både biologisk reduktionism och en dualistisk tänkande. Det innebär att kroppen kan ses som både materia och social konstruktion (Stoppard, 2000). Det öppnar för andra sätt att tolka kroppen. Solheim (2001) visar på ett då hon läser kroppen symboliskt. För henne så bär kroppen på ett underliggande språk, den talar bokstavligen sitt existentiella tillstånd. I studiens resultat talar deltagare om att kroppen blev ett sätt att visa för omvärlden att något inte stod rätt till, genom att på olika sätt påverka den. Det finns även flera deltagare som berättar om att det var kroppens signaler som visade dem att något inte stämde. Kroppens reaktioner utgjorde på så vis ett språk.

Resultaten visar att må bättre för deltagare handlade om att börja lyssna till kroppen. Från att uppleva kroppens uttryck som brister, började de förstå dem som signaler om

behov. Kroppen upplevdes som funktionell, eftersom den direkt kunde säga till om sömn, mat och träning. Att vara lyhörd inför kroppen, var att ta hand om sig själv. På samma sätt som sjukdom präglas av en dualistisk syn, så präglas tillfrisknande i den här studien av en sammansmältning av mående och kropp. Det innebär att frågå splittringen.

Krav, prestation och kvinnlighet

Deltagarna talade om de förväntningar de upplevt ha på sig själva, och flera attribuerade det till sin roll som kvinna. Det fanns höga krav på vad de skulle vara, som de uppfattade både som konkreta uttalanden av sin omgivning och implicit av samhällets normer. Återkommande var att deltagarna pratade om prestationskrav. De upplevde en press på att prestera högt och flera av deltagarna tog upp viljan att vara en ”duktig flicka”.

Det var ingen av deltagarna som kopplade samman traumatiska stressorer med att vara kvinna och att bli deprimerad. Tidigare forskning har visat ett samband mellan kvinnors högre nivåer av sexuellt våld, övergrepp i barndomen och ekonomisk fattigdom, och beskrivit att de utgör en betydande förklaring till att fler kvinnor blir deprimerade än män (Mazure et al., 2002; Ussher, 2010). I den här studien framkom inga händelser av det slaget. Däremot berättade de flesta av deltagarna om en koppling mellan rollen som kvinna och depression, utifrån vardagens praktiker.

Lafrance (2009) menar att diskursen kring femininitet utgör en risk för att kvinnor skall må dåligt. Genom olika handlingar så reglerar och disciplinerar kvinnor sig själva för att hamna inom den feminina diskursens gränser. Hon pekar på de olika bestyr som kvinnor utför i det dagliga livet. Det kan handla om att producera ett kvinnligt yttre, genom att exempelvis träna eller bära vackra kläder. Andra praktiker kan ses kopplade till moderskap och att vårda nära relationer (Lafrance, 2009).

Det som tydligt framkommer i studiens resultat är upplevelsen av prestationskrav i yrkeslivet och under skolgång. Flera av deltagarna uttrycker att de har pressat sig hårt för att lyckas med studier, och ser en koppling till att de då började må dåligt. Det är även flera deltagare som talar om diffusa krav. De vet inte exakt vad som förväntas av dem som kvinnor, och de uttrycker att de känner krav på flera nivåer samtidigt. Det går att härleda till tidigare studie som visar att gemensamt för de praktiker som kvinnor utför inom ramen för femininitet är att det inte finns en punkt då de säkert är uppnådda, det går alltid att göra mer. De omöjliga kraven kan leda till känslor av hjälplöshet och trötthet (Lafrance, 2009) och till att kroppen tröttnas ut av ansträngning (Stoppard, 2000). Några av deltagarna har också upplevt att

depressionen kom efter att de har överansträngt sig under alltför svåra studie- och yrkesförhållanden.

Vad som däremot inte återfinns i studiens material är kärleksrelationers betydelse för måendet. Endast en deltagare såg en koppling mellan en kärleksrelation och att må sämre. Istället var det andra former av nära relationer som stod i fokus. Det kunde vara relation till vänner, föräldrar och andra närstående. Ett återkommande tema var att som ungdom eller ung vuxen ha stöttat sin mamma känslomässigt och lyssnat till hennes problem. Flera uttrycker att det har varit betungande, särskilt då de själva inte mått bra. Det är i linje med tidigare forskning som visat att mödrar engagerar sina döttrar i emotionella samtal i högre grad än sina söner (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001). Andra talar om att ställa upp för vänner, och ha svårt att själva uttrycka negativa känslor inför dem. Resultaten motsäger delvis Jacks teori (1991) som pekar på vikten av heterosexuella relationer. Däremot återfinns teman i intervjuerna där deltagarna talar om att ställa upp för andra på bekostnad av sig själva, vilket kan tolkas som att tysta sin egna röst eller att välja bort sitt behov (Jack, 1991).

Flera av deltagarna tog upp känslighet. Vissa av dem såg känslighet som en klassisk femininpraktik. De talade om en dubbelhet inför känslighetens uttryck. Gråt hade exempelvis varit ett sätt att förmedla sitt mående och söka tröst, samtidigt som flera upplevde att tårar inte togs på allvar av omgivningen. Speciellt de kvinnor som började må dåligt i grundskolan tar upp svårigheten i att bli bemötta i sina känslor under uppväxten, ofta ansågs det naturligt att flickor var oroliga och ofta grät. Andra tog upp känslighet men kopplade det inte till femininitet utan till personlighet, och såg sig själva som känsliga individer. Två av deltagarna upplevde inte att deras mående påverkats av deras roll som kvinna.

Återhämtning

Hur vi ser på hälsa hör samman med hur vi ser på sjukdom. Om depression förstås ur ett medicinskt perspektiv, innebär det att sjukdom är något som invaderar i ett annars normalt tillstånd av hälsa. Hälsa blir något passivt givet, vilken fräntas av sjukdom och att återfå hälsan blir därmed även det passivt. Återhämtning innebär då att orsak och symtom tas ifrån en, och att återgå till sin tidigare hälsostatus (Lafrance, 2009). Det betyder att bli den man en gång var. Men för det flesta i den här studien så är det inte så.

Generellt var det svårt för deltagarna i studien att definiera vad det innebär för dem att må bra. Deras förväntningar och förhoppningar på sitt mående tycktes vara nya och ännu svåra att lita på. Återkommande var att må bra innebar att lyssna till sig själv, tillåta sina

känslor att få finnas och säga nej till andras behov. De talade om att våga ställa krav på sin omgivning och samtidigt göra upp med de krav som de själva upplever sig leva med.

Lafrance (2009) visar i sin forskning på två centrala mönster kvinnor beskriver om återhämtning. Den första innebar att tillfrisknande skedde genom att kvinnorna fick en diagnos, och en bekräftelse på sin smärta som verklig och en möjlighet att hantera den. I den andra, som också fanns överlappande med den första i kvinnors berättelse, så beskrevs återhämtning som en personlig upplevelse som förändrade dem (Lafrance, 2009). Det stämmer överens med beskrivningar som gavs av deltagarna i den här studien. Tre personer upplevde att rätt diagnos och medicinering var det som gjort att de nu mådde bättre, majoriteten talar om att de har utvecklats och förändrats av sin erfarenhet. Det fanns också inslag av båda synsätten, utan att de tog ut varandra. Oavsett om man talade om återhämtning ur ett medicinskt eller ett utvecklingsperspektiv så var tillfrisknande en process där man började se mer till sina egna behov.

Det finns olika praktiker, menar Lafrance, där kvinnor gör motstånd femininitetens diskurs och som fungerar som strategier för att må bättre efter depression. Det handlar om att göra upp med bilden av vad en god kvinna är, och på samma gång hjälpa sig själv att må bättre. Hon pekar på två delar av identiteten som kvinnor uttrycker att de var tvungna att göra upp med. Den första är perfektionisten, vars individuellt satta krav på sig själv var tvungna att omförhandlas. Den andra är offerrollen, där en stor upptagenhet med andras mående och relationer i allmänhet kan ses, där det blev viktigt att skydda sig från andras negativa känslor (Lafrance, 2009). Den här typen av uppgörelse fanns även hos deltagarna i den här studien. De uttryckte höga krav på prestation, både inom skola, yrkesliv och i privatlivet. Flera berättade om att de har behövt förändra hur de relaterar till andra närstående och lära sig att sätta gränser för hur mycket de känslomässigt kan stötta sin omgivning. För deltagarna i den här studien gäller inte en uppdelning av perfektionism och offerroll, utan dessa två går omlott och återfinns inom en och samma berättelse.

För Lafrance är uppgörelsen med den feminina diskursen ett motstånd som visar sig göra gott, men som även är problematiskt då den är individorienterad. Det är fortfarande den enskilda personen som skall förändra sina krav och förväntningar. Hon föreslår att en mer feministiskt orienterad identitet skulle vara mer funktionell då den lägger skulden på samhällsnivå. Det temat återfinns inte i hennes intervju material (Lafrance, 2009). Där skiljer sig den här studiens resultat åt. Flera av deltagarna talade utifrån en medveten feministisk position och var uttalat feministiska. Skillnaden kan möjligen förstås ur ett kulturellt perspektiv,

där det svenska samhället anses långt framskriden vad gäller jämställdhet och kan tänkas ligga före Australien där Lafrance forskning är genomförd. Det innebär att flera av deltagarna kunde åberopa externa faktorer i sin förståelse av sitt mående och förelägga en del av sitt beteende till inlärd mönster istället för som inneboende egenskaper.

Lafrance namnger tre praktiker som kvinnor utför för att må bättre. Det handlar om att stå på sina egna ben och styras av sina egna behov och begär. För att kunna göra det krävs att säga nej till andra och släppa taget om sysslor och krav som är en övermäktiga. Ta hand om sig genom att hitta tid för att göra så, och att prioritera sig själv före andra ibland (Lafrance, 2009). Men att ta hand om sig själv är svårt. Deltagarna i studien talar om en lång kamp för att kunna säga nej, utan att må dåligt. Och flera uttrycker att de i perioder har svårt att upprätthålla träning och andra aktiviteter som de vet att de mår väl av, med konsekvensen att de börjar må sämre. Lafrance pekar på forskning som visar att kvinnor i lägre grad än män deltar i fritidsaktiviteter och att kvinnor är mindre fysiskt aktiva än män. Hon menar att det kan förstås utifrån materiella och diskursiva omständigheter, vilka innefattar kvinnors brist på tid, pengar och frihet samt en känsla av att det är själviskt att ta sig egen tid (Lafrance, 2009). Kvinnor behöver inte endast kämpa mot depressionens tyngd när de skall aktivera sig, utan även legitimeras och vidmakthålla rätten att som kvinna ta hand om och prioritera sitt eget mående.

Metoddiskussion

Avsnittet inleds med en diskussion kring de metodval som gjorts, för att sedan diskutera studiens styrkor och begränsningar, och etiska överväganden. I slutet anges förslag till vidareforskning.

Metodval

Utifrån studiens syfte, att få en förståelse för kvinnors erfarenhet av depression och att sätta in denna i en samtida kontext, bedömdes en kvalitativ ansats vara mest lämpligt. Föreliggande uppsats syfte har inte varit att ta fram resultat som är generaliserbara eller söka efter orsakssamband, utan att ge en fördjupad förståelse för hur depression kan upplevas. En utmaning för kvalitativa ansatser är att de kan härstamma från olika vetenskapparadigm, var och en med sina egna kriterier för att genomföra och utvärdera studier. Det är därför viktigt att den kvalitativa forskaren förstår och är tydlig med deras vetenskapliga antaganden och utförande (Ponterotto, 2005). Det finns annars en möjlighet att kvalitativ forskning sker med en

alltför slarvig metodik (Braun & Clarke, 2006). I den här studien har tillvägagångssättet noggrant skrivits ut för att läsaren skall ha en möjlighet att följa studiens genomförande. Det har även lagts vikt vid att beskriva studiens vetenskapsteoretiska utgångspunkt för att kunna förstå vilka grundantaganden studien utgår ifrån.

Metoden som valdes var tematisk analys. Den är gynnsam att använda på ett material när önskan är att beskriva materialet nyanserat och tolka olika aspekter utav det (Braun & Clarke, 2006). För att tillgodose att analysen utförs på ett korrekt sätt har Braun och Clarkes riktlinjer följts, såtillvida att de tre första stegen endast utfördes på två av intervjuerna. Det kan ha påverkat hur materialet värderades. Valet att endast transkribera två intervjuer och lyssna till resterande togs då det ansågs vara det mest gynnsamma sättet att närma sig materialet. Polkinghorne menar att information och nyanser går förlorade när en konversation översätts till skriven text. Han pekar på att detaljer som röstläge, stämning och andning försvinner (Polkinghorne, 2005). Genom att lyssna till intervjuerna kunde en närhet till materialet bibehållas, och så lite som möjligt av deltagarnas utsagor förvanskas. Vidare gav det en god överblick av det omfattande materialet, vilket en transkribering med hundratals sidor inte bedömdes kunna ge.

Studiens datainsamling skedde genom semistrukturerade intervjuer. En intervjuguide konstruerades utifrån studiens syfte och teoretiska bakgrund, och en provintervju genomfördes som ledde till att en del mindre ändringar gjordes i guiden. Det kan tänkas att intervjuguiden ändå förbisåg frågor som kunde belysa materialet ytterligare eller kasta ljus på områden som här inte är representerade. I efterhand vore det intressant att vidareutveckla deltagarnas syn på relationers betydelse och tankar kring den reproduktiva kroppen. Ett sätt att fördjupa materialet i studien hade varit att ha flera intervjuer med samma deltagare. Det har föreslagits att tre intervjuer med en och samma deltagare kan producera ett material som är både mer djupgående och heltäckande, då det ger deltagaren möjlighet att tänka kring sin erfarenhet mellan samtalen och forskaren tillfälle att ställa följdfrågor (Polkinghorne, 2005).

Deltagarna var en delvis homogen grupp där en stor del var unga vuxna som var studerande eller planerade för vidare studier. Det kan tänkas ha påverkat studiens resultat. Kvinnorna berättade i hög utsträckning om sin relation till sin kropp, prestation och formandet av en egen identitet. Det är teman som kan ses höra till den åldersgruppen. I motsats så redovisas i den här studien inga teman gällande moderskap eller familjeliv, vilket i tidigare forskning har knutits till erfarenheter av depression (Stoppard, 2000; Lafrance, 2009). Två av de åtta deltagarna hade barn.

Studiens tillförlitlighet

För att bedöma en kvalitativ studies tillförlitlighet föreslår Morrow fyra kriterier att utgå ifrån. Dessa är trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och verifierbarhet. De kan ses som parallella till de kriterier som ofta används inom det positivistiska vetenskapsfältet och motsvaras då av intern validitet, extern validitet, reliabilitet och objektivitet.

I grunden skall den kvalitativa studiens trovärdighet visa på en rigid och väl genomförd forskningsprocess, och denna skall vara tydligt kommunicerad i studiens rapport. För att uppnå en hög grad av trovärdighet föreslår Morrow olika sätta att kontrollera sin studie. Det kan göras genom direkt kontakt med deltagare, användandet av multipla datakällor eller med hjälp av kollegors återkoppling på materialet (Morrow, 2005). Det går i linje med den reflexivitet som är önskvärd att uppnå i kvalitativ forskning. Den här studien har genomförts av författaren ensam. Det är möjligt att en medförfattare hade kunnat bidra med andra synvinklar på materialet eller att deltagarnas reflektioner möjligt kunde fördjupa analysen. En möjlig fördel är den översikt som det självständiga arbetet har givit, och en fördjupning i materialet då alla intervjuer genomförts av samma intervjuare.

Om tidsramarna medgivit hade deltagarnas tankar kring materialet kunnat nyansera resultatet ytterligare. Det fanns inte möjlighet att genomföra den typen av reflexivt arbete inom studiens gränser. För att göra analysen begriplig har stor vikt lagts vid att resultatdelen är tydligt beskrivande, icke-värderande och välbalanserad med citat. Förhoppningen är att den skall erbjuda en god inblick i materialet som det togs fram.

Överförbarhet handlar om hur läsaren kan generalisera studiens resultat till sin egen kontext och vilka anspråk studien gör om att säga något om en generell tillämpning av dess teori (Morrow, 2005). Den här studien gör dock inget anspråk på att producera en kunskap som är generaliserbar, och det finns ingen avsikt att resultaten skall gå att applicera på en annan population eftersom studien har ett litet antal deltagare. För att ge läsaren en möjlighet att själv bedöma hur de skall använda den kunskap som studien producerat har tillvägagångsätt, deltagare och kontext presenterats tydligt och i detalj. Desamma gäller pålitlighet, vilket syftar till att studiens genomförande skall vara konsekvent oavsett tid, forskare eller plats. För att möjliggöra att studien upprepas eller byggs vidare på har dess procedur noggrant beskrivits.

Verifierbarhet utgår ifrån erkännandet att ingen forskning är helt objektiv, och att forskning i så hög utsträckning som det är möjligt skall utgå från den situation som den undersöker och inte idéer eller fördomar hos forskaren. Det innebär att en kvalitativ studies

integritet bygger på dess data och att forskaren behöver knyta samman resultat och analys på ett adekvat sätt så att läsaren kan bedöma resultatens trovärdighet (Morrow, 2005). Subjektivitet är ett viktigt inslag i kvalitativ forskning och behöver hanteras medvetet. Den här studien har en deduktiv ansats. Det innebär att inläsning på områdets teori gjordes före intervjuernas genomförande, och kunskapen tilläts guida intervjuarens frågor. Det har föreslagits att forskaren är minst påverkad om de undviker inläsning innan studien, men Morrow menar att forskare alltid tror något om det fenomen de skall studera och att en större orientering i litteraturen minskar risken för snedvridna influenser då forskaren har tillgång till fler synvinklar på området (Morrow, 2005). Den här studien följer Morrows tanke och har därför valt att låta studien utforska ett på förhand avgränsat område. Det innebär att andra analyser hade kunnat göras på samma material och att de resultat som här redovisas med efterföljande diskussion styrs av studiens syfte.

Materialet är på samma gång bundet till studiens frågeställning, då det är framtaget av deltagaren och intervjuaren tillsammans och mening skapas i den gemensamma dataproduktionen. Det betyder att subjektiviteten är vägledande i denna studie, vilket är den position som forskaren tar i ett tolkande och konstruktivistiskt paradig (Ponterotto, 2005).

Etikdiskussion

De etiska övervägandena har varit vägledande under arbetets gång. En central del var att väga vinsterna med studien med eventuella risker, och då främst konsekvenserna för deltagarna. De inklusionskriterier som studien hade var att deltagarna skulle identifiera sig som kvinna och med erfarenhet av depression. Det innebär att det inte fanns några tydliga kriterier för att utesluta deltagare. För att måna om att deltagarna mådde tillräckligt bra för att kunna delta, ombads de att skriva några rader om sin erfarenhet och ifall depressionen var pågående. Det fanns även ett avtal med leg. Psykolog Per Johnsson om att han var tillgänglig för samtal ifall en deltagare skulle behöva det. Ingen deltagare hörde av sig med funderingar i efterhand eller bedömdes ha ett behov av uppföljning. Alla deltagarna uppgav att de idag mådde bättre, och uppfattades vilja bidra med sin erfarenhet för att reflektera över sin upplevelse och ge sin kunskap vidare.

Deltagarna fick information om att de inte behövde svara på frågor som de inte ville, både i den skriftliga informationen och muntligt vid intervjutillfället. Vid intervjuens slut ställdes frågan om de ville lägga till något kring sin erfarenhet eller hade egna funderingar. Några ställde frågor om studien eller om intervjuarens egna uppfattning kring depression, och

fick svar. Deltagarna ombads höra av sig med frågor om det undrade något mer. Förehavandet var tänkt att öppna för att deltagarna endast skulle berätta vad de själva kände sig bekväma med och att det fanns utrymme för att återkomma, ändra eller ta tillbaka det sagda.

Det har lagts stor vikt vid att redovisa resultaten på ett tydligt och korrekt sätt. Studiens deduktiva ansats gör att de teman som tagits fram är knutna till syftet, och därmed riktade. För att ändå ge en så övergripande bild som möjligt är resultaten skrivna med önskan om att visa på deltagarnas olika uppfattningar och ingångar kring depression. Därför avsätts ett stort utrymme till resultatdelen, med flertalet citat av varje deltagare. Samtidigt bör forskaren arbeta självständigt (Kvale & Brinkmann, 2014) och de tolkningar som görs av materialet är grundade i studiens teoretiska bakgrund, och inte i deltagarnas personliga åsikter.

Avseende informerat samtycke och konfidentialitet har alla deltagarna skriftligt samtyckt till sin medverkan och materialet har genomgående förvarats på ett tryggt och säkert sätt.

Förslag till vidare forskning

Utifrån studiens resultat kan flera förslag till vidare forskning ges.

I den föreliggande studien berättar deltagarna att hormoner i relation till den reproduktiva cykeln har haft en betydande påverkan på deras upplevelse av depression. Majoriteten av deltagarna uttryckte erfarenhet av att ha påverkats negativt av preventivmedel, menstruation, graviditet eller missfall. Vidare studier skulle kunna belysa kvinnors erfarenhet ur ett kritiskt perspektiv, och undersöka hur biologiska, relationella och sociala aspekter samverkar.

Studiens resultat visar på vikten av att se till återhämtning som en del utav erfarenheten av att vara deprimerad. Vidare studier skulle specifikt kunna undersöka vad det innebär att må bra och vilken betydelse det bär. Det vore även av värde att se till vilka praktiker människor utför för att kunna ta hand om sig själva och sitt mående.

I resultaten framkommer skilda erfarenheter av att få medicinsk och psykologisk behandling. Vidare studier skulle kunna studera hur personers syn på depression samverkar med deras förväntningar på behandling och behandlingsresultat, för att se om dessa variabler korrelerar.

Referenser

- Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women?. *Journal Of Psychiatry & Neuroscience*, 40(4), 219–221.
- American Psychiatric Association (2014). *Mini-D 5: diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Stockholm: Pilgrim Press.
- Amundsen Nissen-Lie, H., Broberg, A., Gustafsson, P., Hau, S., Holmqvist, R., Høglend, P., ... Wilberg, T. (2017, 17 januari). Enfaldiga riktlinjer för behandling av depression. *Dagens Nyheter*. Hämtad 2017-02-28, från <http://www.dn.se/debatt/enfaldiga-riktlinjer-for-behandling-av-depression/>
- Beck, A.T. (red.) (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25459–486. doi: 10.1016/j.cpr.2005.03.001
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research In Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter: on the discursive limits of "sex"*. New York: Routledge.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., & ... Poulton, R. (2003). Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. *Science*, (5631). 386.
- Dambrun, M. (2007). Gender Differences in Mental Health: The Mediating Role of Perceived Personal Discrimination. *Journal Of Applied Social Psychology*, 37(5), 1118-1129. doi:10.1111/j.1559-1816.2007.00202.x
- Foucault, M. (2003). *Övervakning och straff: fängelsets födelse*. (4., översedda uppl.) Lund: Arkiv
- Freud, S. (2008). *Metapsykologi*. (2. utg.) Stockholm: Natur och kultur.
- Goicoechea, J. (2013). Invoking and inscribing mental illness: A discursive analysis of diagnostic terminology in inpatient treatment planning meetings. *Feminism & Psychology*, 23(1), 107. doi:10.1177/0959353512467973
- Hacking, I. (2004). *Social konstruktion av vad?*. (1. uppl., 2. tr.) Stockholm: Thales.
- Horwitz, A.V. & Wakefield, J.C. (2007). *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York: Oxford University Press.
- Hwang, P., Lundberg, I. & Smedler, A. (red.) (2012). *Grunderna i vår tids psykologi*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

- Johannisson, K. (2009). *Melankoliska rum: om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid*. Stockholm: Bonnier.
- Jose, P. E., & Brown, I. (2008). When Does the Gender Difference in Rumination Begin? Gender and Age Differences in the Use of Rumination by Adolescents. *Journal Of Youth And Adolescence*, 37(2), 180-192.
- Kendler, K. S., & Gardner, C. O. (2014). Sex differences in the pathways to major depression: A study of opposite-sex twin pairs. *The American Journal Of Psychiatry*, 171(4), 426-435. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13101375
- Koss, M. P., Bailey, J. A., Yuan, N. P., Herrera, V. M., & Lichter, E. L. (2003). Depression and PTSD in Survivors of Male Violence: Research and Training Initiatives to Facilitate Recovery. *Psychology Of Women Quarterly*, 27(2), 130-142.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). Den kvalitativa forskningsintervjun. (3. [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Kyte, Z. A., Goodyer, I. (2008). Social cognition in depressed children and adolescents. I Sharp, C., Fonagy, P., & Goodyer, I. M. *Social cognition and developmental psychopathology*. (ss 201-237). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Lafrance, M.N. (2009). *Women and depression: recovery and resistance*. London: Routledge.
- Lafrance, M. N., & McKenzie-Mohr, S. (2013). The DSM and its lure of legitimacy. *Feminism & Psychology*, 23(1), 119–140. doi:10.1177/0959353512467974
- Luyten, P., Fonagy, P., Lemma, A. & Target, M. (2012). Depression. I Bateman, A. & Fonagy, P. (red), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (ss. 385–418). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Luyten, P., Blatt, S. J., Van Houdenhove, B., & Corveleyn, J. (2006). Depression research and treatment: Are we skating to where the puck is going to be?. *Clinical Psychology Review*, 26985-999. doi:10.1016/j.cpr.2005.12.003
- Marecek, J. (2006). Social suffering, gender and womens depression. I C. Keyes & S. Goodman (Eds.), *Women and depression: A handbook for the social, behavioral and biomedical science* (pp. 22–37). New York, NY: Cambridge University Press
- Marecek J. & Gavey N. (2013). DSM-5 and beyond: A critical feminist engagement with psychodiagnosis. *Feminism & Psychology*, 20(1), 3–9. Doi:10.1177/0959353509350213
- Mazure, C.M., Keita, G.P., & Blehar M.C. (2002). *Summit on women and depression:*

Proceedings and recommendations. Washington, DC: American Psychological Association. Hämtad 2017-04-28 från:

www.apa.org/pi/wpo/women&depression.pdf.

- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal Of Counseling Psychology*, 52(2), 250–260.
doi:10.1037/0022-0167.52.2.250
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061– 1072.
- Nolen-Hoeksema, S., & Jackson, B. (2001). Mediators of the Gender Difference in Rumination. *Psychology Of Women Quarterly*, 25(1), 37.
- Jack, D.C. (1991). *Silencing the self: women and depression*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Johnson, D.P., Whisman, M.A. (2013). Gender differences in rumination: A meta-analysis. *Personality And Individual Differences*, 55 (4), 367-374.
doi:10.1016/j.paid.2013.03.019
- McNay, L. (1992). *Foucault and feminism: power, gender and the self*. Cambridge: Polity Press.
- Parker, I. (2005). *Qualitative Psychology: Introducing Radical Research*. Buckingham: Open University Press.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal Of Counseling Psychology*, 52(2), 137-145. doi:10.1037/0022-0167.52.2.137
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal Of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136. doi:10.1037/0022-0167.52.2.126
- Proudfoot, J., Parker, G., Benoit, M., Manicavasagar, V., Smith, M., & Gayed, A. (2009). What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder. *Health Expectations*, 12(2), 120-129.
doi:10.1111/j.1369-7625.2009.00541.x
- Risch, N., Herrell, R., Lehner, T., Liang, K., Eaves, L., Hoh, J., & ... Merikangas, K. R.

- (2009). Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: A meta-analysis. *JAMA: Journal Of The American Medical Association*, 301(23), 2462-2471. doi:10.1001/jama.2009.878
- Socialstyrelsen. (2016). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Hämtad 2017-02-28, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20405/2016-12-6.pdf>
- Solheim, J. (2001). *Den öppna kroppen: om könssymbolik i modern kultur*. Göteborg: Daidalos.
- Stoppard, J.M. (2000). *Understanding depression: feminist social constructionist approaches*. London: Routledge.
- Summers, R.F. & Barber, J.P. (2010). *Psychodynamic therapy: a guide to evidence-based practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. *Personality & Social Psychology Review* (Lawrence Erlbaum Associates), 6(1), 2-30.
- Ussher, J. M. (2010). Are We Medicalizing Women's Misery? A Critical Review of Women's Higher Rates of Reported Depression. *Feminism & Psychology*, 20(1), 9–35. Doi:10.1177/0959353509350213
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Research report: Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal Of Affective Disorders*, 821-8. doi:10.1016/j.jad.2003.10.006
- Westbrook, D., Kennerley, H. & Kirk, J. (2011). *An introduction to cognitive behavior therapy: skills and applications*. (2. ed.) London: SAGE.
- Willig, C. (1999). Beyond appearances: A critical realist approach to social constructionist work. I Nightingale, D.J. & Cromby, J. (eds), *Social constructionist psychology: A critical analysis of theory and practice* (ss 37-51). Buckingham: Open
- World Health Organization. (2015). Media center on depression. Hämtad 2015-05-02, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

Bilaga 1.



Har du erfarenhet av att vara deprimerad och är kvinna?

Hej!

Min examensuppsats för att bli psykolog handlar om kvinnors erfarenheter av depression. Studien intresserar sig för kvinnors egna historier om hur det är att leva med en depression. Syftet är att undersöka hur kvinnor själva beskriver och upplever sin erfarenhet.

Därför söker jag nu dig som har erfarenhet av depression i ditt liv. Jag vill gärna intervjua dig för att höra din berättelse. Frågorna kan handla om allt från hur det gick till när du började må dåligt till hur du tänker kring diagnosen depression.

Dina tankar och erfarenheter är väldigt viktiga! Och du är välkommen att delta!

Intervjun tar ungefär en till två timmar och kommer att ske i februari och mars 2017. Det är helt frivilligt att delta, vilket betyder att du närsomhelst kan avbryta intervjun eller hoppa över frågor som du inte vill svara på. Intervjun kommer att spelas in och det är bara jag som lyssnar på den. I uppsatsen är alla uppgifter avidentifierade så ingen kommer veta vem du är.

Om du vill delta eller har frågor är du välkommen att lämna din mail eller telefonnummer till kontaktuppgifterna nedan så hör jag av mig!

Vänligen,
Sandra Lindberg

liv14sli@student.lu.se

telenr: 070-XXXXXXX

Handledare: docent Per Johnsson

per.johnsson@psy.lu.se

Bilaga 2.

Intervjuguide

Vill du börja med att berätta om hur det var för dig när du blev deprimerad?

Hur mådde du när det började?

Hur märkte du av ditt mående? Vilka tecken fanns det på att något inte kändes bra?

Hur såg en dag ut för dig?

Var det något speciellt som utlöste depressionen?

Vad tänkte du att ditt mående berodde på?

Hur gjorde du för att hantera ditt mående?

Sökte du hjälp?

Om ja: på vems initiativ sökte du hjälp?

Hur fick du ditt tillstånd förklarad av vården?

Ändrades hur du tänkte om ditt mående av kontakten med vården?

Fick du en diagnos? (Vilken/vilka)

Hur upplevde du att få en diagnos?

Förändrade det hur du tänkte kring ditt mående?

Förändrade det hur du tänkte kring dig själv?

Fick du behandling för din depression? Medicinerade du?

Hjälpte behandlingen?

Om ej: vad tror du behandlarna inte uppfattade?

Fanns det andra saker som hjälpte dig?

Hur upplever du ditt mående idag?

Om bättre: Hur märkte du att du började må bättre?

Var det något speciellt som förändrades?

Att må bra/återhämta sig, vad innebär det för dig?

Hur ser du på dig själv efteråt? Har du förändrats av din erfarenhet?

Depression

Vad betyder begreppet depression för dig? Vad har det ordet för innebörd?

Vad är skillnaden mellan att vara ledsen och att vara deprimerad? Finns det en gräns när ledsnad blir sjukt?

Vilken betydelse har depression haft i ditt liv?

Vad har ditt lidande för betydelse för dig? Bär den mening?

Hur tänker du om orsakerna till ditt mående?

Har diagnosen hjälpt dig?

Kvinnor

Det är dubbelt så många kvinnor som män som blir deprimerade? Vad tänker du om det?

(Tror du att samhällets förväntningar på kvinnor påverkar deras mående? Om: på vilket sätt?)

Har din roll som kvinna påverkat ditt mående?

Har din roll som kvinna påverkat ditt tillfrisknande?

Och åt andra hållet: har din syn på vad det innebär att vara kvinna påverkats av att må dåligt?

Identitet

Vad tänkte du om dig själv medan du mådde dåligt?

Vad tänker du om dig själv idag? Finns det en skillnad?

Hur har erfarenheterna av att må dåligt påverkat din relation till dig själv?

Har du förändrats av dina erfarenheter? Har de lärt dig något?

Har din identitet förändrats?

Har diagnosen förändrat hur du ser på dig själv? Hur?

Finns det ett före och efter? Minns du hur du såg på dig själv innan?

Relationer

Hur har dina personliga relationer påverkat/påverkats av ditt mående?

Hur blev du bemött av andra under tiden du mådde dåligt?

Hur tror du att andra tänkte om ditt mående?

Hur tror du att samhället ser på människor som är deprimerade?

Tror du att du påverkas av andra i din syn på dig själv som deprimerad/lidande varelse?

Har du en bild för att förklara hur det känns för dig att må dåligt?

Bilaga 3.



Samtycke till deltagande i intervjustudie

Du tillfrågas härmed om du är villig att delta i en studie som syftar till att undersöka kvinnors erfarenheter av depression. Studien utförs inom ramen för Psykologprogrammet vid Lunds Universitet och är ett examensarbete. Den som utför studien är Sandra Lindberg under handledning av docent Per Johnsson.

Du som deltagare kommer att bli intervjuad om dina erfarenheter. Intervjun kommer att spelas in och behandlas konfidentiellt. Det innebär att du kommer att vara helt anonym i uppsatsen. Du är fri att berätta precis så mycket du vill och du kan närhelst avbryta ditt deltagande i studien utan att behöva uppge skäl till varför.

Genom att skriva under denna blankett ger du ditt informerade samtycke. Det innebär att du medger att du tagit del av informationen som presenteras ovan.

Tack för att du vill delta i denna intervju och dela med dig av din berättelse!

Namn:

.....

Ort:

.....

Datum:

.....

Underskrift:

.....