



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Depression i snittet mellan den egna upplevelsen och diagnossystem

En socialkonstruktivistisk analys av
depressionens uttryck i självbiografier
relaterad till diagnoser av depression

Besnik Ahmeti

Masteruppsats SOAM 21

VT 2022

Antal ord: 19539

Handledare: Marianne Larsson Lindalh

Abstract

Author: Besnik Ahmeti

Title: The crossroad between individual experience of depression and the diagnostic systems - A social-constructionist analysis of the experiences of depression and meetings with the diagnostic systems in autobiographies.

Supervisor: Marianne Larsson Lindahl

Assessor: Malin Arvidsson

The aim of this thesis was to study individual experiences of depression and the meetings between individual experiences and the diagnostic criteria of depression. The purpose of this study was to analyse depression from a social constructionist perspective to determine how individuals construct the illness known as depression. The study was conducted by using 5 autobiographies. The autobiographies were analyzed using a qualitative method, a content analysis. The coding of the empirical material, supported by previous research, led to the creation of themes and sub-themes. The results of the study were reported using the created themes and sub-themes. This study revealed that the experience of depression could not be reduced to a few diagnostic criteria. The study shows that what can be determined to be a depressive thought or emotion is dependant on the social context. The study further showed that diagnostic systems provide meaningful validation for people's experiences, but what inevitably happens in the meeting is that misunderstandings occur and people's stories about depression are reduced and altered by the diagnostic criteria that they encounter in professional settings.

Keywords: Depression, Social- Constructionism, Individual experience, Diagnostic criteria

Förord

Jag vill ge ett stort tack till alla klasskamrater som har hjälpt mig under utbildningens gång och som har varit stött mig under hela processen i skrivandet av denna uppsats. Jag vill först och främst tacka min handledare för hennes visa ord och råd. Jag vill också ge stort tack till familjen Ahmeti och Selaci som har varit med mig och stöttat mig enormt under tiden jag har genomfört denna studie. Jag tillägnar detta arbete till alla de som hoppats och trott på att jag ta mig an vilken utmaning som helst så länge jag tror på min egen kapacitet. Allt läsande som gjorts under skrivandet av denna uppsats har definitivt förändrat mitt liv på många olika sätt.

Läsandet har alltid varit en enorm passion för mig. George R.R. Martins visa ord har jag med mig för resten av livet och jag hoppas att jag stöter på många nya erfarenheter och lärdomar framöver.

The person who never read a book has only lived one life, but the person who read a thousand books has a thousand lifetimes of experience. How could a thousand lives compare to one if you could chose? – George R.R. Martin.

Innehållsförteckning

1	Inledning	5
1.1	Bakgrund	5
1.2	Problemformulering.....	6
1.3	Syfte	8
1.4	Frågeställningar.....	8
2	Kunskapsläge.....	8
2.1	Depression	8
2.1.1	DSM-5.....	8
2.1.2	ICD-10	10
2.1.3	Symptom	11
2.2	Konsekvenser för folkhälsan.....	12
2.3	Utsatthet för depression.....	14
2.4	Behandling.....	14
2.5	Självskattad hälsa.....	16
2.6	Upplevelser av depression.....	17
2.6.1	Tematiska erfarenheter i depression.....	19
2.6.2	Erfarenheter med diagnossystem	20
3	Teori och begrepp	21
3.1	Det konstruktivistiska perspektivet.....	21
3.2	Socialkonstruktivism.....	22
3.2.1	Depression som social konstruktion.....	23
3.3	Vändpunkt	24
4	Metod och tillvägagångsätt.....	26
4.1	Forskningsansats.....	26
4.2	Val av metod.....	27
4.3	Urval av självbiografier	28
4.4	Studiens tillförlitlighet.....	29
4.5	Empiri.....	31
4.6	Analysgång	32
4.7	Etiska överväganden.....	33
5	Analys.....	33
5.1	Konstruktionen av depression	34
5.1.1	Vändpunkter	34
5.1.2	Depressiva tankar	39
5.1.3	Depressiva känslor	41
5.1.4	Flykt till depression	44
5.1.5	Sammanfattning	48
5.2	Mötet mellan diagnos och upplevelse	48
5.2.1	Bekräftelse	48
5.2.2	Missförstånd.....	51
6	Avslutande diskussion.....	54
6.1.1	Slutsatser	54
6.1.2	Diskussion av resultat	54
7	Referenslista	56
8	Bilagor.....	60

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Sedan 1900-talet har det skett en betydande förändring i förståelsen av psykisk ohälsa som ett socialt problem. I samband med denna förändring har fokus kring bekämpandet av psykisk ohälsa blivit ett centralt mål för världshälsoorganisation (WHO 2022).

Det som tidigare kallades för mentalvård under 1900-talet har nu förändrats till en ett samhälle där medicinska behandlingar vuxit fram som främsta form av behandling av psykisk ohälsa (Lieberman et al, 2000).

Denna utveckling i medicinsk riktning innebar också ett ökat intresse för användning av läkemedel för att bota psykiska ohälsa. Detta kom att kallas för psykofarmakarevolutionen, där användningen av komplexa läkemedel blev aktuell för att behandla många olika psykiska besvär (ibid.). Förespråkarna för denna revolution menade på att detta var ett stort steg framåt i behandlingen av psykiska besvär, där vanliga problem såsom ångest och oro enkelt kunde behandlas med hjälp av läkemedel. Kritik har också riktats mot användandet av läkemedel som behandling. Kritikerna menade på att detta innebar en problematisk utveckling ur ett långtidsperspektiv där man inte behandlade orsaken till den psykiska ohälsan men i stället behandlade symptomen (ibid.).

I maj 2012 beslutade WHO att det fanns ett starkt behov för reformer angående behandlingen av psykisk ohälsa. Beslutet innebar en förändring där man nu uppmanade medlemsländer att stärka samverkan mellan olika myndigheter i länderna (WHO 2013). Myndigheterna som prioriterades vid detta möte var socialtjänst och sjukvård, som nu skulle skapa omfattande planer i samverkan med varandra i kampen mot psykisk ohälsa. Denna plan fokuserade på reformer gällande hur dessa myndigheter skulle arbeta i framtiden. Prevention och behandling lyftes fram som de viktigaste faktorerna som medlemsländerna bör se till i deras arbete mot psykisk ohälsa (ibid.).

Trots reformerna finns det fortfarande betydande brister gällande myndigheternas effektivitet gällande psykisk ohälsa (ibid.). Dessa brister visar sig främst i form av bristande ekonomiska resurser för att kunna tillgodose individens behov av behandling eller annan form av stöd. Både sjukvården och socialtjänst har inte kunnat möta det ökande antalet av individer som har

någon form av psykisk ohälsa (ibid.). Alla individer som är i behov av behandling kan inte tillgodoses detta, och detta visar sig främst i länder där andelen låginkomsttagare är högst. Det finns ett starkt samband mellan individers ekonomiska situation och deras möjlighet för att få behandling, och detta samband råder globalt (WHO 2019). Förutom den ekonomiska faktorn har omfattande kritik också riktats gentemot den rådande värderingen av psykisk ohälsa, som till stor del fokuserat på att investera resurser till behandling och där mindre resurser riktats mot socialt stöd och utbildning för individer. Fokus också riktats mot att främja ny forskning gällande psykisk ohälsa, för att få en bättre förståelse för alternativa tillvägagångssätt gällande hur man kan effektivisera myndigheterna så att resurserna som ges används på bästa sätt. Forskningen av psykisk ohälsa ses som en av de viktigaste insatserna för individuella länder, speciellt för de länder där andelen individer med psykisk ohälsa vuxit mest (ibid.).

Sedan 1950-talet, med världens första antidepressiva läkemedel, imipramin, så har alltmer fokus bland forskare och samhällets resurser riktats mot utvecklingen av läkemedel (ibid.). Efter detta kom fluoxetine (Prozac) att växa fram som främsta läkemedel i behandlingen av psykisk ohälsa. Prozac, samt andra läkemedel, som fungerade som selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) och växte fram under 1980-talet, sågs ha en betydande effekt för individer som tidigare varit diagnostiserade med depression (ibid.). Med ökningen av psykisk ohälsa, främst i form av depression och ångest, så har också behandling i form av psykofarmaka ökat och blivit en av främsta behandlingsmetoderna, speciellt bland barn och unga vuxna (Socialstyrelsen 2019). På grund av psykofarmakarevolutionen har detta också förändrat diskursen angående olika former av psykisk ohälsa, där diskussionen angående depression fokuserats alltmer på den medicinska definitionen av depression (ibid.).

1.2 Problemformulering

Socialstyrelsens (2019) utvärdering visar på att behovet för psykiatrisk vård ökar. Detta behov visar sig främst i att allt fler människor idag blir behandlade för depression och ångestsyndrom. Det växande behovet av psykiatrisk vård i samband med bristande ekonomiska resurser har skapat växande köer för behandling. På grund av detta så har Socialstyrelsen motiv blivit att kunna effektivisera diagnostiken (Socialstyrelsen 2019). Behovet för en snabb och tillförlitlig diagnos ses alltmer som en nödvändighet i rådande samhällsläget.

De senaste 20 åren så har en omfattande ökning skett i andelen som är diagnostiserade med depression globalt (Socialstyrelsen 2017). Denna ökning har speciellt varit synlig i Sverige, där ökningen skett i större omfattning än i de resterande nordiska länderna. Denna ökning berör både antalet personer som självrapporterat psykiska besvär såsom personer som blivit diagnostiserade med depression (Socialstyrelsen 2019). På grund av denna ökning har omfattande resurser riktats mot reformer och effektivisering av behandling (Socialstyrelsen 2017). Ökningen av psykisk ohälsa bland majoritet av alla subgrupper som studerats beror till stor del på en stor ökning av individer som lider av ångest eller depression. Av de som blivit diagnostiserade med depression så påbörjar 70–80% behandling med antidepressiva läkemedel. Med tanke på den fortsatta ökningen av depression, och att sjukdomen är av de mest kostsamma för samhället, så är både utveckling av behandling och kunskap än idag aktuellt (Folkhälsomyndigheten 2018).

Denna utveckling har skett i en kontext där alltmer fokus har riktats mot behandling och diagnostik i stället för att undersöka människors subjektiva upplevelser av depression (Karp 1994). För att nå fram till individens egen kunskap och erfarenhet av depression började användandet av självskattad hälsa rapporter (SRH). Självskattad hälsa kan också ses som ett försök från den medicinska modellen att nå fram till individer så att de själva kan uttrycka sina egna symptom och dess allvar, i stället för att bli ”bedömda” av en professionell i mötet med sjukvård eller socialtjänst (Leao & Perelman 2017). Även fast detta ger möjligheter för individen att själv bedöma allvaret i sitt eget psykiska välbefinnande så förändrar detta inte frågeformulären som används. Individen kan endast rapportera sin egen hälsa utifrån de frågor som anses ”valida” eller relevanta av sjukvården och individens egen berättelse ska filtreras med dessa frågor (ibid.).

Ur denna aspekt så ser vi att individen fortfarande missar möjligheten att själv definiera sin egen problematik. Detta reflekterar sig i den bristande effektiviteten i behandling, där endast 50 % av individer får remission för depression efter två behandlingsprogram. Individers berättelser om depression kategoriseras utifrån specifika symptom utan hänseende till hens unika situation och behov (Kroch et al 2021). Den bristande effektiviteten av behandling och kritiken mot diagnossystemen har skapat en situation där det är angeläget att återigen studera depression som fenomen i människors liv för att förstå hur människor upplever av depression ser ut (Karp 1995). En sådan studie innebär att gå flera steg tillbaka från

behandling och diagnostik, och i stället ifrågasätta rådande kontext för hur individer definierar depression utifrån egna upplevelser och erfarenheter (Nussbaum 2020).

1.3 Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka människors individuella upplevelser av depression och mötet mellan individers egna erfarenheter och diagnoskriterierna för att se ifall diagnostiska kriterier är tillräckliga för att förstå människors berättelser och upplevelser av depression.

1.4 Frågeställningar

1. Hur konstrueras depression ur egen erfarenhet?
2. Hur förstås människors berättelser/upplevelse av depression i mötet med vårdens diagnoskriterier?

2 Kunskapsläge

2.1 Depression

2.1.1 DSM-5

American Psychiatric Association (APA 2020) definierar depression som en vanlig och allvarlig sjukdom som negativt påverkar hur du agerar, känner och tänker om dig själv. Det är en vanlig folksjukdom som kännetecknas av olika symptom. I största allmänhet diagnostiseras depression med hjälp av manualen DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (Hankin 2019). Sedan 1980-talet har det dominerande perspektivet på depression härstammat från den medicinska framgången av behandlingar med hjälp av psykofarmaka. DSM-5 kan ur det perspektiv ses som en naturlig konsekvens/utveckling. Manualen och kunskapen som ligger till grund för DSM-5 menar på att en diagnos av depression skall baseras på om individen uppvisar specifika symptom och att dessa symptom måste ha existerat en specifik tid (Hankin 2019,). DSM-5 har diagnosen har skapats genom en konsensus för hur depression uttrycker sig i människors liv och utifrån denna kunskap har 9 symptom representerats som kriterier(Praktiskmedicin 2020).

1. Nedstämdhet
2. Minskat intresse/glädje i sin tillvaro
3. Omfattande viktökning eller minskning (5 % senaste månaden)
4. Varaktigt sömnstörning (för mycket sömn eller för lite)
5. Psykomotorisk hämning eller agitation
6. Känslor av svaghet och brist av energi som förekommer dagligen
7. Känslor av värdelöshet och överdrivna skuldkänslor som förekommer dagligen
8. Nedsatt koncentrationsförmåga
9. Suciditet i form av tankar, planer eller självmordsförsök

Dessa symptom är de kriterier som används för att filtrera människors upplevelser och diagnostisera individer med egentlig depression enligt DSM-5. För att en individ ska kunna erhålla denna diagnos så måste minst 1 utav 2 huvudkriterier vara uppfyllda. Huvudkriterierna för denna diagnos är ”Nedstämdhet” samt ”minskat intresse/glädje”. Förutom att uppfylla ett av dessa huvudkriterier skall individen också ha ytterligare 4 andra kriterier (Hankin 2019.). För att individen ska kunna diagnostiseras med egentlig depression skall individen ha haft dessa symptom under minst 2 veckors tid. DSM-5 förutsätter att depression är en episodisk sjukdom som vanligen kan återkomma i individers liv och att tillståndet vanligen varar mellan 3–12 månaders tid(ibid.).

Förutom dessa kriterier skall diagnosen också fastställa ifall symptomen som individen uppvisar orsakar problematik i individens vardag, antingen i form av lidande eller i form av att inte kunna fullfölja sina dagliga aktiviteter(Psycom 2020). En annan viktig faktor att undersöka är ifall individen har ett visst beteende som skapar symptomen. Detta kan visa sig i form av missbruk som leder till psykosomatiska effekter för individen. För att kunna försäkra att individen är deprimerad är det därför viktigt att se ifall symptomen är beroende eller effekter av ett missbruk eller annat beteende/sjukdom. DSM-5 menar också på att egentlig depression ska diagnostiseras när en annan form av diagnos inte är bättre passande(Hankin 2019). Det är därför viktigt i mötet med individen att undersöka symptomen för att se ifall individen inte uppfyller kriterierna för en annan diagnos bättre än de uppfyller kriterierna för egentlig depression. Ifall individen visar eller haft tidigare erfarenhet av maniska eller hypomaniska perioder så kan detta påverka ifall individen får diagnosen ”egentlig depression” eller en annan form av diagnos(ibid.).

DSM-5 urskiljar dock symptom där den som träffar individen skall bedöma till vilken grad symptomen påverkar individens liv. Vid lätt depression är kriterierna uppfyllda men påverkan som depressionen har på individens liv och tillvaro bedöms som måttligt. En medelsvår depression förklarar som en situation där symptomen är mer varaktiga och individen upplever betydande svårigheter i sitt liv, i synnerhet när det kommer till att ta hand om sig själv och sina egna vardagliga rutiner (Hankin 2019). Vid svår egentlig depression är person så pass nedsatt funktionellt i deras liv att det upplever stora svårigheter att klara sina dagliga aktiviteter. DSM-5 förutsätter att depression är en sjukdom som förekommer i episoder och generellt inte varar i mer än ett år, men det förekommer också depressioner som är mer varaktiga. Ihållande depression definieras som en episod där individen uppfyllt kriterierna under minst 2 år. Om individen är en ungdom/barn kan en ihållande depression diagnos (Dystymi) också ges då perioden varat mer än 1 år (Praktiskmedicin 2020).

2.1.2 ICD-10

För att en person ska kunna diagnostiseras med depression i Sverige så krävs det att individen uppfyller kraven enligt ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). De centrala kriterierna som undersöks är huruvida individen har onormal nedstämdhet, förlust av glädje eller intresse samt förlust av energi. Förutom dessa centrala kriterier så krävs det också att individen visar på ytterligare symptom. En person som är som lider av depression kan visa på följande symptom enligt ICD-10: (Internetmedicin 2021)

1. Minskat självförtroende eller självkänsla
2. Skuldkänslor, självförebåelser
3. Återkommande tankar på död, självmord eller självmordsbeteende
4. Kognitiv störning, koncentrationsstörning
5. Psykomotorisk hämning eller agitation
6. Sömnstörning
7. Aptitstörning (ökad eller minskad och med påföljande viktförändring)

Denna definition av depression stämmer väl överens med den definition som görs av American Psychiatric Association även fast symptomen kan formuleras med andra ord. Förutom dessa symptom så lyfter APA (2020) också fram meningslös fysisk aktivitet som ett möjligt symptom. Med detta syftas aktiviteter som brist av förmåga att kunna sitta still, vankande etc. För att symptomen ska vara ”giltiga” så krävs det att de funnits i minst 2 veckor

och att det symptomen har orsakat en förändring i hur individen fungerar jämfört med innan symptomen uppkom. Förutom manualbaserad evaluering så krävs det också i många fall fysiska och medicinska undersökningar för att se ifall individen har några medicinska tillstånd (ibid.). Fysiska besvär eller sjukdomar, som sköldkörtelproblematik, kan leda till tecken på depression eller till en utveckling av depression. Förutom de medicinska undersökningarna är det också viktigt att mäta och kontrollera hur många av symptomen som individen visar på hur och i vilken allvarlighetsgrad de uppkommer (Socialstyrelsen 2019, ss. 14–15). Beroende på hur allvarliga symptomen är så kan olika nivåer av egentlig depression diagnostiseras. Den mildaste diagnosen, *lindrig depression*, kräver att individen uppfyller 4 kriterier av de som kontrolleras enligt ICD-10 som ges utav WHO (Internetmedicin 2021). 2 av kriterierna skall vara från huvudkriterierna.

Lindrig depression diagnos ges till en individ som trots sina symptom har kvar förmågan att fortsätta med sina vardagliga aktiviteter utan allvarlig problematik. En annan diagnos är *medelsvår depression*. För denna typ av diagnos krävs det att 6 kriterier är uppfyllda och att minst 2 av dessa är huvudkriterierna. En individ med en sådan diagnos upplever betydande svårigheter i fullföljandet av sina vardagliga aktiviteter. En *svår depression* är en diagnos som ges till en individ som uppfyller alla 3 huvudkriterier samt fem andra kriterier. Med en sådan diagnos brukar individen befinna sig i en situation där hen är betydligt hämmad funktionellt och kan vara i behov av sjukhusvård. I denna grad av depression kan individen också visa på psykotiska symptom i form av hallucinationer, som ytterligare stärker det depressiva tillståndet (Internetmedicin 2021). Förutom dessa 3 olika grader av depression finns det flera andra typer såsom melankoli och dystymi, som kan betraktas som separata diagnoser eller tilläggsdiagnoser, där liknande symptom mäts och evalueras med vissa skillnader (ibid.).

2.1.3 Symptom

De vanligaste symptomen som förekommer vid en egentlig depression är att individen upplever känslor av nedstämdhet. Förutom detta så sömnstörningar, aptitstörningar, energiförlust och koncentrationsstörningar också vanliga symptom. Skuld-känslor och negativa tankar är också vanligt förekommande, ofta i form av självmordstankar. I vissa fall kan en person befinna sig i en depression under en viss tid och sedan botas spontant, men i många fall finns det också risk för en långvarig psykiatriskt tillstånd (Socialstyrelsen 2019, s. 14). På grund att depression kan förekomma i olika grader, är det önskvärt att i tidigt skede kunna

diagnostisera individer innan symptomen utvecklar sig så att en medelsvår eller svår depression förekommer. Vid en svår depression kan personen vara så pass nedsatt att de inte kan ta hand om sig själva eller fullfölja sina egna ansvar överhuvudtaget. Risken för suicid är också betydligt högre bland de som befinner sig inom denna skala än de som lider av en lindrig eller medelsvår depression (Socialstyrelsen 2019, ss.14–15).

Egentlig depression är ett av de vanligaste psykiatriska tillstånden, men är också en utav de mest behandlingsbara. APA (2020) menar på att mellan 80–90% av alla som lider av depression till slut upplever en positiv effekt av behandling gentemot lindrandet av deras symptom. Nästan alla patienter som behandlas upplever en minskning av symptom och en förbättring i deras förmåga att återgå till deras *normala* liv. Det finns många faktorer som kan leda till utlösandet av en depression eller en depressiv period som sedan går över spontant. De centrala riskfaktorerna som spelar en betydande roll för individens egen sårbarhet är biokemi, genetik, personlighet och miljö (APA 2020). Vissa biokemiska substanser i hjärnan, eller brist av, kan öka risken för depression. Det finns också en hög nivå av ärftlighet, då om ett syskon lider av depression är det 40 % risk att det andra syskonet också kommer att lida av depression. Om man jämför detta i en situation där genetiken är ännu mer lik, som enäggstvillingar, så går risken upp till 70 %. Låg självkänsla och låg stresstolerans är också centrala riskfaktorer. Långvarig utsättning i en hotfull, såsom till exempel våld eller fattigdom (APA 2020). Forskningen visar att 25 % av Sveriges befolkning kommer att någon gång under deras liv utveckla en depression, och nästan 50 % av dessa individer kommer att utveckla en depression mer än en gång i deras liv (Hjärnfonden 2021).

2.2 Konsekvenser för folkhälsan

En studie som gjorts visade på att 41,27 % av läkare som arbetat under Coronakrisen uppvisade tillräckliga symptom för depression för att bli diagnostiserade (Javadekar et al, 2021, ss 23–24). Studien visade även att 30,76 % av befolkningen också visade tillräckliga symptom för depression för att kunna erhålla en diagnos. Denna studie visar en kraftig ökning, speciellt bland läkare, men också en betydande ökning i samhället sedan coronakrisen. Med hänsyn till detta ser vi ett stort och växande behov av behandling och stöd för individer som uppfyller kriterier men som inte kontaktat sjukvård eller fått en diagnos (ibid.).

25 % av alla möten som individer har med sjukvården består idag av problematik relaterad till depression och ångest. På grund av den betydande ökningen har fokus bland forskare riktats mot att undersöka varför tillståndet ”depression” ökar och varför det blivit den ”moderna sjukdomen” (Basu & Dixit 2021, ss. 683). Dessa studier har bemärkt en omfattande förändring i hur människor lever i den moderna världen, och utifrån detta har man försökt se hur den moderna individens liv ökar risken för att bli deprimerad. En av de stora förändringarna är den ökade komplexiteten i varje individs liv som infallit som en konsekvens ju mer valfrihet människor har fått. Med utvecklingen av internet, teknologi och andra fenomen, är människor inte längre lika inskränkta i deras möjligheter. Vad som dock har inträffat är en betydande minskning i individers självrapporterade lycka i deras tillvaro då deras valfriheter ökat (Basu & Dixit 2021, ss. 684). Studien visade på att människor mådde bra av att ha mer än ett val, men att när valmöjligheterna växte så fanns det en vändpunkt där det i stället ledde till en ökad risk för utvecklingen av symptom som liknar ångest och depression. Studien visar på att i dagens samhälle så är människor fria att leva hur de vill i en aspekt som de aldrig varit tidigare i historien, men att detta också skapar svårigheter i deras tillvaro då mötet med oändliga möjligheter/val paralyserar individen. I diskussionen för hur depressionen framkommer visade Basu och Dixit (2021, s.695) att med samhällets utveckling som ger mer och mer autonomi och självbestämmande till individen, så ökar också risken för individen att göra ”fel” val i sina liv. Konsekvenserna av dessa val för individerna visar sig sedan i symptom där individen skuldbelägger sig själv på grund att man gjort fel val i sitt liv. Ångern som framkommer i en sådan situation kan sedan manifesteras i symptom av depression och ångest. Studien menar på att tillstånd som depression kommer att växa då individers liv blir och mer komplexa och deras självbestämmande ökar. Desto mer autonomi individen har i sitt eget liv desto mer benägen blir individen att skuldbelägga sig själv för misstag och händelser som inträffar (ibid.).

Den ökade risken för självmord har också en stor påverkan gällande både tillfredsställelse i livet och förväntad livslängd. Skillnaden gällande förväntad livslängd för personer som led av klinisk depression vid 15 års ålder visade sig vara mellan 6–21 år (Korhonen et al, 2021, s. 833). Skillnaden i förväntad livslängd visade sig vara större bland personer som befinner sig inom den psykiatriska slutenvården än för dem individer som blev behandlade inom öppenvården med hjälp av antidepressiva läkemedel. Studien menar däremot på att det är svårt att fastställa rollen depressionen har för förväntad livslängd, då individerna som befann sig inom slutenvården i större bemärkelse dog i alkohol och narkotikarelaterad problematik än

de som behandlades genom frivården (Korhonen et al, 2021, s. 835). I studien visade sig att ”onaturliga” dödsfall hade den största påverkan på skillnaden i förväntad livslängd mellan de två olika grupperna. Individerna som behandlades med antidepressiva läkemedel visade på en betydande lägre risk för suicidalitet, som till vis del bidrar till skillnaden mellan grupperna. Skillnaden i suicidalitet bidrog till 3 års skillnad i förväntad livslängd. I det nuvarande samhällsläget där depression redan är ett av de vanligaste psykiatriska tillstånden så finns det forskning som visar på en allvarlig ökning efter Coronakrisen (ibid.).

2.3 Utsatthet för depression

Med tanke på den betydande ökningen av individer som antingen har fått en diagnos eller uppger symptom av depression, är depression en central fråga inom forskningen gällande psykisk ohälsa (Socialstyrelsen 2019). Depression och ångest är de två vanligaste psykiatriska tillstånden bland både vuxna och unga. För individen som lider av depression så är den depressiva episoden ofta en långvarig process och risken för återfall är hög även om individen förklaras *frisk* vid ett tillfälle. Utifrån rådande kunskap gällande depression så är det tydligt att finns en stark ärftlig komponent (Jermy et al, 2021, s. 7343). Studier visar på att det finns genetiska skydds- och riskfaktorer gällande risken att bli utsatt för depression. Genom att studera olika människors genetiska kod och sedan se hur prevalent depression är hos dessa människor så har forskare lyckats hitta evidens för ärftlig sårbarhet gällande depression. En studie visar på att det finns en betydande genetisk faktor för om depressionen är långvarig. Samtidigt finns det en genetisk sårbarhet gällande risken för att individen som har depression att begå självmord (Jermy et al, 2021, ss.7342–7344). Risken för självmord är högre för människor som lider av depression än människor som är friska, men även om man studerar människor som har diagnosen ”depression” så ser man en betydande ökad riskfaktor för självmordsförsök och självmord beroende på vilken genetisk kod man har (ibid.).

2.4 Behandling

Den vanligaste metoden för behandling av depression är kognitiv behandlingsterapi (Bruijnicks et al, 2022, s. 9). Den centrala värderingen för denna typ av behandling är att genom skapandet av nya och *bättre* förhållningsätt och tankar så kan man förbättra sin egen hälsa. KBT har utvecklat flera olika typer av behandlingsformer men det centrala målet med behandlingen är att hjälpa individen bearbeta sina känslor och fysiologiska mekanismer och

samtidigt förstå sina beteenden. Behandlingen visar god effekt i minskning av depressionssymptom i samband med att individens förmåga att aktivt delta i KBT behandlingen blir bättre (ibid.). KBT behandling visar på lindring av symptom mellan andra veckan och tredje månaden efter att behandlingen påbörjats. Behandlingen leder generellt, inom denna period, till en minskning av 0,72 poäng på BDI-II (Becks depression inventory), vilket kan jämföras till annan form av behandling som till exempel interpersonell terapi, som visade på en negativ effekt vid slutet av behandlingen gällande depressionssymptom efter 6 månader med en ökning av depressionssymptom (0,42). Däremot så visade interpersonell terapi på en betydande effekt i minskningen av dysfunktionellt tänkande jämfört med de individer som behandlades med hjälp av KBT. Det är dock inte tillräckligt att använda denna studie för att fastställa effekterna av kognitiv eller interpersonell terapi, men vad studien visar på är att det finns god anledning till att dessa är de vanligaste formerna av behandling för olika grader av depression och att terapierna har en effekt för behandlingen av depressionssymptom. På grund av den otillräckliga storleken på urvalet är det svårt att fastställa skillnader i effektivitet gällande de olika terapierna (Bruijniks et al, 2022, ss.9–10).

I sjukvårdens arbete med depression så visar den farmakologiska behandlingen en positiv effekt (Solek et al, 2021, s.14). Det finns evidens som visar på att antidepressiva läkemedel är effektiva i att minska symptomen av depression. Detta visar sig både i ökat livstillfredsställelse och minskad suicidalitet. Dessa positiva effekter gäller dock inte för samtliga individer som erhåller behandlingen, och även för de som lyckas behandla sin depression så är det en ofta en långvarig process där biverkningar av läkemedlet kan skapa annan form av problematik. Långtidsbruk av antidepressiva läkemedel visar på en negativ effekt för vissa livsfunktioner, som till exempel reproduktiv funktion (Solek et al, 2021, s.15). En annan problematik i analysen av effekten av behandling är att det finns ett stort mörkertal bland personer som har symptom av depression men inte får behandling för dessa. Detta kan bero på att individerna inte uppfyller kriterierna för att kunna få en diagnos. De 3 olika behandlingsformerna jag presenterat är vanliga behandlingar som visat sig ha en positiv effekt men trots detta så visar forskningen att endast 30–40 % blir återställda efter en första behandlingsprocess (ibid.). På grund av den betydande chansen för att första behandlingen inte lyckas är kampen mot depression ofta en långvarig process där olika behandlingsformer får kombineras och prövas för att se vad som är effektivt för individen (Doktorn 2022).

Trots de olika behandlingsmetoderna som används i dagens samhälle, finns det omfattande kritik gällande effektiviteten av behandlingsmetoderna som används. STAR* D (Sequenced Treatment Alternative to Relieve Depression) är en av de största studierna som gjorts som undersökt hur effektiva behandlingarna i dagens samhälle är (Kroch et al, 2021, s.2). Vad studien visade på är att det idag endast är runt 50 % som får remission under tiden de erhåller behandling. Andelen som fick remission efter två behandlingsprogram var också 50 %. Utifrån detta har en del av forskningsvärlden menat på att det finns depressioner som är resistenta mot behandlingar (Treatment Resistant Depression). Ett annat perspektiv är dock att människorna som erhåller behandlingarna får inte rätt typ av behandling. Deras symptom kategoriseras på ett visst sätt och sedan föreslås antingen psykofarmaka eller psykoterapi utan hänseende till individens unika situation (Kroch et al, 2021, ss.2–4).

2.5 Självs kattad hälsa

Förutom att titta på öppenvården och slutenvården för att se vem som erhåller behandling för psykisk ohälsa så används också ett annat mått för att kontrollera och värdera folkhälsan. Genom *Självs kattad hälsa* (SRH) rapporter har man uppmärksammat en skillnad i hur depression-symptom påverkar vissa grupper mer än andra. Kvinnor uppger i allmänhet sämre psykisk hälsa än män. Studier visar på hur individer som har depression symptom samtidigt uppger sämre hälsa än de som inte visade på depression symptom. Studien visar också på att depression symptom är mer förekommande bland personer som är socioekonomiskt utsatta. Individerna som studerades hade inte en diagnos, men hade symptom som hade ett kausalt samband till deras självrapporterade hälsa (Leao & Perelman 2017, s. 759). Genom att titta på studier som analyserar SRH ser vi att det finns en kongruens gällande vilka subgrupper som är mest sårbara, då unga vuxna och kvinnor uppger sämre hälsa och är också överrepresenterade i behandling av depression (Folkhälsomyndigheten 2022). En del av problematiken i uppskattningen av depression är dels i att diagnosen utdelas utifrån hur allvarliga symptomen är. Nedstämdhet, trötthet, sömnbesvär kan vara tecken på depression, då de är vanliga symptom bland personer som har en diagnos, däremot så innebär det inte att en person som har dessa symptom nödvändigtvis får en diagnos eller känner till att dessa symptom är onaturliga. Självs kattad hälsa kan också ses som ett försök från den medicinska modellen att nå fram till individer så att de själva kan uttrycka sina egna symptom och dess allvar, i stället för att bli ”bedömda” av en professionell i mötet med sjukvård eller socialtjänst

(Leao & Perelman 2017, ss. 759–760). Även fast detta ger möjligheter för individen att själv bedöma deras nuvarande psykiska välbefinnande så förändrar detta inte frågeformulären som används. Individen kan endast rapportera sin egen hälsa utifrån de frågor som anses ”valida” eller relevanta och individens egna språk ska filtreras med dessa frågor (Leao & Perelman 2017, ss. 760–762). Med hänsyn till detta resultat så missar individen fortfarande möjligheten att själv definiera sin egen problematik med sitt eget språk utan att behöva filtrera sin egen upplevelse av depression.

2.6 Upplevelser av depression

I tidigare skede i denna studie har jag presenterat kunskapsläget gällande depression för att redovisa kunskapen samhället har gällande depression. Nu kommer jag att mer specifikt berätta om individuella upplevelser av depression och det är denna forskning som kommer att användas för att problematisera och fördjupa den analysen av det empiriska materialet.

Depressionen som människor upplever i deras liv beskrivs sällan med hjälp av diagnoskriterier, utan individen använder sitt eget språk för att beskriva vad den benämner som depression. I narrativa kontexter beskrivs upplevelser av depression till en början med att individen uppger en djup och långvarig insikt om att ”någonting är fel” (Kroch et al, 2021). Denna insikt kan gälla en speciell händelse men brukar däremot också beskriva deras tillvaro i helhet. Människorna har en känsla av att någonting inte är som det ska vara i deras liv och detta reflekteras i deras mående (ibid.) Efter den personliga insikten kommer en period där individen försöker förstå och identifiera vad som är fel och vad som orsakar de känslor som individen känner. Om individen lyckas identifiera var problematiken ligger, i sin egen förståelse, så är det nästa steget att söka någon form av hjälp. Denna hjälp sker oftast på egen hand där individen själv identifierat behov som hen behöver tillgodose för att kunna må bättre. Denna process av *återhämtning* kan vara en långvarig självständig kamp där personen erhåller behandling i form av psykoterapi eller antidepressiva läkemedel (ibid.).

Människors berättelser av depression beskriver det som en episod i deras liv där man kom till insikten att man var oengagerad och isolerad från sin omgivning och sig själv (Hänninen & Valkonnen 2019). *Återhämtningen* beskrivs i stället som en episod där man återigen försöker engagera sig i sin omgivning och sin egen tillvaro. Erfarenheten av att vara deprimerad brukar skilja sig i fyra olika faser (ibid.). Dessa faser är beroende på vilket stadie individen är i

gällande huruvida dem har kommit till en personlig insikt om hur de mår och vad de behöver göra framöver för att må bättre. Den första fasen beskrivs som en känsla av isolation, skam och inre konflikt mot sig själv. Den andra fasen beskrivs som individens försök att öppna upp sig själv till andra för att *lösa* sin isolation (Bygstad-Landro & Giske 2018). Tredje fasen beskrivs som perioden där individen försöker lära sig strategier för att hantera sin situation. Den slutliga fasen förekommer i människors liv i form av en acceptans för deras erfarenheter och deras försök att bli bättre och bli engagerade i sin tillvaro igen. Depressionen uttrycker sig som en process där individen varit *avstängd* och ska försöka bli *aktiverad* igen (Kroch et al, 2021). Dessa faser som individen rör sig mellan under den depressiva episoden är inte en linjär process, utan individen kan växla mellan olika faser beroende på nya erfarenheter som leder till en betydande förändring i individens liv.

Depression uttrycker sig också som en smärtsam paradox i människors liv. Samtidigt som individer är deprimerade och upplever starka känslor av ledsamhet, hopplöshet, apati, ilska och utsatthet så känner de också ett starkt behov för att engagera sig i sitt personliga liv och deras sociala miljö. Även fast depressionen uttrycker sig i form av isolation så känner sig individen att hen blir *dragen* till att ta kontroll över sitt liv och engagera sig i sina relationer till andra människor (Kroch et al, 2021). De upplever samtidigt ett ständigt behov för att konfrontera deras besvär även fast denna konfrontation i kort sikt gör deras upplevelse av depressionen mycket mer intensiv. Utifrån detta perspektiv uttrycker sig depression som en *box* där individer hamnar där man både vill agera för att bota sina symptom men samtidigt inte kan agera då konfrontationen innebär en direkt kontakt med de negativa känslor som orsakar individen smärta. Rädslan att konfrontera dessa känslor skapar ”episoden” som blir depression, där individen inte förmår sig själv att bemöta sina känslor och bearbeta dessa utan väljer i stället att undvika dessa till den aspekt hen kan (Kroch et al, 2021).

Konsekvenserna av detta blir att känslorna växer sig starkare och inom tid tar över individens tillvaro där ingenting förutom depressionen existerar, och samtidigt upplever individerna att de inte kan göra något åt situation. Människors erfarenheter blandas in med depressionen, och individerna börjar associera depressionen med specifika erfarenheter som de har just nu eller som de haft tidigare (ibid.).

Det blir otydligt för individen själv ifall hen reagerar på ett visst sätt på grund att hen är deprimerad eller om händelsen i sig var så traumatisk att det utlöste symptom av depression. Individen beskriver en inre konflikt som endast kan lösas genom reflekterande och genom att

konfrontera problematiken. Många av de som återhämtat sig från depression utan professionell behandling upplever att deras framgång skett på grund av personliga insikter (Kroch et al, 2021). Dessa personliga insikter har bestått av reflektioner över hur de är som människor och vad de behöver för att vara lyckliga. Förutom detta beskrivs också ett behov att lära sig vilka faktorer som bidrar till att deras depression blir värre och vilka faktorer som bidrar till att depressionen blir lindrigare. Genom att lära sig dessa faktorer får individen självinsikt för att därefter anpassa sitt liv där man använder den nya kunskapen för att undvika erfarenheter som de vet kommer att påverka dem negativt. När individen inhämtar denna kunskap bygger de också en självsäkerhet i sina instinkter, där de nu kan lita på sig själva (Ridge 2018).

Människors erfarenhet av depression kan uttrycka sig som en spirituellt resa, där individen förlorat väsentliga delar av sitt *riktiga själv* och måste finna sitt autentiska själv för att kunna bli frisk (Hänninen & Valkonen, 2019). Resan beskrivs som en erfarenhet där individen behöver komma närmare och bearbeta sina inre konflikter, hitta mening i livet och bygga en motivation till att engagera sig i sin omgivning. Att hitta mening i livet och bearbeta de inre konflikterna är väsentligt därför att individerna som befinner sig i en depressiv period inte kan övertyga sig själva att deras negativa känslor är meningslösa. Individer som är allvarligt deprimerade beskriver sina erfarenheter som *smärtsamma* och i den aspekten så ger det också mening till deras erfarenheter. När individer upplever betydande smärta på grund av sin depression så kan de inte bortförklara denna smärta med hur meningslös deras smärta är. Den intensiva smärtan som individer upplever blir ett *bevis* på att de inte är likgiltiga till sin tillvaro. Denna insikt kan också bli en katalysator för förändring, där individen inser att ”mitt liv vore bättre om mitt lidande minskade”. Meningen och motivation som individen därför hittar blir att minska sitt eget lidande, snarare än att hitta något som motiverar dem till att deras liv är meningsfullt (ibid.).

2.6.1 Tematiska erfarenheter i depression

En studie visade på att människor som befinner sig i en episod av depression uttrycker specifika tematiska upplevelser (Sterner et al, 2020). Den första tematiska upplevelsen beskrivs som en process där individens liv förlorar nyans och färg. Erfarenheten beskrivs som en övergång från ett liv fullt av färger som blir mer och mer grått. Förlusten av färger beskrivs som en upplevelse där individen förlorar sin lycka i livet, där positiva händelser känns

”tomma” och negativa händelser känns som katastrofer. Temat beskrivs som en process där individens motivation och spänning till livet förloras och de blir mer och mer emotionellt likgiltiga och isolerade. Den emotionella likgiltigheten resulterar i ett socialt tillbakadragande trots att individerna upplevde ett starkt behov för att diskutera deras upplevelser med andra (ibid.).

Det andra temat är en process av sorg för det förlorade självet, där individen går igenom en period där hen glömmer sitt *gamla jag* och i stället börjar identifiera med de depressiva symptomen. Konsekvenserna av detta blir att individens känslor av hopplöshet stärks och de kan inte se en framtid där de kan återvända till de ”färgglada” dagarna (Sterner et al, 2020). Att leva med de depressiva symptomen blir en normalitet och symptomen börjar alltmer ses som en del av deras ”själv” i stället för en sjukdom (ibid.).

Det tredje temat är en process där individen går igenom sina svårigheter i tystnad, på grund av det sociala tillbakadragandet. Individen försöker hitta strategier för att på egen hand behandla de depressiva symptomen (Sterner et al, 2020). Även i situationer där stöd gavs av familj och vänner, sågs detta stöd aldrig som tillräckligt. Diskussionerna om deras erfarenheter slutade ofta med att individerna kände sig missförstådda eller att de sågs som ansvarslösa individer som inte kunde ta hand om sig själva (ibid.).

Ett annat väsentligt tema som förekom i resultatet av studien var individernas skepticism och besvikelse med behandling, som sågs som otillräcklig och dåligt anpassad för deras unika upplevelser (Sterner et al, 2020). Individens problematik behandlades ofta med antidepressiva läkemedel, även fast individerna uppgav en preferens för psykoterapi. De antidepressiva läkemedlen minskade inte deras behov av social kontakt och tillgodosedde inte deras önskan att återgå till det ”färgglada” livet. Psykoterapin upplevdes som mer positivt där individerna som fick KBT upplevde en tillfällig lindring av deras depressiva symptom (ibid.).

2.6.2 Erfarenheter med diagnossystem

Lewis (2009) studie angående människors upplevelser av depression visade på att diagnossystemen hade både positiva och negativa effekter för individen. Den positiva effekten visade sig i form av *objektiv* validering för deras problematik. Individerna uppgav en lättnad när de fått sin diagnos då de nu hade en förklaring till deras problematik. Diagnosen blev ett

bekräftande för deras erfarenheter och konsekvenserna av detta blev en positiv inställning till behandling för att återgå till sitt ”friska” själv(ibid.).

Även fast diagnosen blev en validering för några individer, blev det en shock för andra. Individer upplevde att deras erfarenheter reducerats till enkla ”symptom” som förklarades som depression (Lewis 2009). Resultatet av detta blev ett motstånd till diagnosen. Diagnosen upplevdes som en nedlåtande värdering av deras erfarenheter. Individer upplevde att deras diagnoser försvårade deras situation, där de nu kände en hopplöshet för deras situation som ”sjuka”. Diagnosen ansågs inte vara en lämplig etikett för deras upplevelser utan sågs i stället som en bortförklaring av deras unika upplevelser (ibid.).

Individerna berättade om deras *fientlighet* till behandling som inte bekräftar deras upplevelser. Denna grupp bestod av individer som beskrev deras erfarenheter med tillståndet *depression* men inte gavs en diagnos i mötet med psykiatrin (Lewis 2009). Nekarandet av en diagnos skapade en situation där individer upplevde ilska för att deras symptom inte sågs som ”legitima”. I stället så förklarades deras upplevelser med att de inte är deprimerade har annan form av problematik. Förnekandet av en diagnos upplevdes som en nedvärdande inställning till deras svårigheter. I stället för att mötas av acceptans så upplevde individerna ett motstånd, där de sågs som individer som endast ville ha rätt till receptbelagda läkemedel(ibid.).

3 Teori och begrepp

3.1 Det konstruktivistiska perspektivet

Ett konstruktivistiskt perspektiv innebär att man ser på omvärlden och dess fenomen ur ett perspektiv som menar på att absolut sanning inte existerar (Wang 2013). Den konstruktivistiska modellen menar på att världen vi lever i förmedlas och skapas med hjälp av språk och är därför tolkningsbar och inte objektiv. Om världen är gjord av tolkningar så innebär detta att sanning är en berättelse (Burr 2015). Det är denna berättelse som ger oss sammanhang mellan olika fenomen som vi uppmärksammar eller studerar. Den berättelse som omger vår kultur men också individen är därför en grundläggande tolkning, som ger oss möjligheten att studera omvärlden utifrån vissa antaganden. Kunskap genereras genom att vi skapar berättelser om omvärlden och hur den ser ut (Wang 2013).

Det konstruktivistiska perspektivet menar på att *objektiva fakta* inte existerar, då vi inte kan uppnå objektivitet och lämna den kultur som vi befinner oss i (Burr 2015). På grund av detta så kan vi inte lämna perspektivet som *tolkare* och studera något ur ett objektivt perspektiv. Då all kunskap som genereras kommer ifrån tolkningar av omvärlden så kan vi inte studera omvärlden utan att prata om värderingar, då våra värderingar påverkar hur vi förstår vår omvärld (Thomassen 2007). Varje berättelse utgår från ett visst sammanhang och utifrån en viss tolkare, och påverkar därför också vad som observeras och hur det framställs för oss. Utifrån detta så fastställer den konstruktivistiska läran att det inte finns en sanning, utan att det finns sanningar om ett visst fenomen beroende på vem som tolkar och utifrån vilket sammanhang objektet tolkas. Den konstruktivistiska läran menar därför att det vi kallar för kunskap är ett utkast och att utkastet alltid kan redigeras ifall samhällets värderingar förändras. En sådan förändring kan leda till att tidigare utkast får förändras eller bortkastas till följd av den sociala miljön nu värderar en annan berättelse som *bättre* (Lewis 1995).

3.2 Socialkonstruktivism

Socialkonstruktivism har sin huvudsakliga natur i den konstruktivistiska läran men lägger fokuset på social interaktion och språk som verktyget som genererar kunskap. All kunskap som genereras sker i en viss kontext och utifrån ett visst sätt att interagera, både mellan subjekt och objekt (Burr 2015, s. 69). När vi då studerar ett visst fenomen och så skapar vi en konstruktion. Ett socialt problem är inte något som finns oberoende av våra språkliga traditioner och våra värderingar som människor. Det är vårt sätt att interagera med omvärlden och våra värderingar som leder till att vi definierar ett fenomen som ett *socialt problem*. Vi kan inte studera något oberoende av våra värderingar och därför så är den kunskap vi inhämtar en konstruktion, som vi skapar genom att interagera (Thomassen 2007, ss. 206–207). I stället för att fokusera på *sanning* så ligger fokuset på kontexten, då varje fenomen som studeras alltid befinner sig i en specifik kontext vid ett specifikt tillfälle. Den sociala kontexten är i ständig förändring och det är i mötet mellan människor som där värderingar grundas och vad som är ”rätt och fel” bedöms. I dessa interaktioner så skapar vi en normativ bild av omvärlden, och detta blir vår nuvarande berättelse om hur omvärlden ser ut. Det vi kallar för sanning och kunskap är en produkt av människors kommunikation med varandra (Burr 2015, s.71).

3.2.1 Depression som social konstruktion

Till skillnad från den medicinska definitionen av depression där fenomenet definieras som en *sjukdom* och kategoriseras utifrån biologiska funktioner, så existerar ett annat perspektiv på depression som menar på att depression inte kan separeras från kultur, värderingar och språket i samhället (Lewis 1995). Förutom detta så kan depression inte heller separeras och kategoriseras som något som existerar *utanför* människors subjektiva upplevelser. Depression kan inte reduceras endast till de biologiska funktionerna utan beskrivs också som en känsla som ”att vara deprimerad” (ibid.). DSM-5 reducerar depression till specifika symptom i hopp om att stärka objektiviteten i diagnossystemen. Problematiken i detta är dock att människors subjektiva upplevelser inte fångas upp (ibid.).

Om individen upplever och förmedlar depressionen med ett språk som diagnoskriterierna inte kan kategorisera så anser den medicinska modellen att hen inte är deprimerad. Att se depression som en social konstruktion innebär däremot att se att sjukdomen i sig inte är ett objektivet fenomen, utan förstås och filtreras genom människors språk, kultur och upplevelser. De kriterier som DSM-5 eller ICD-10 mäter är fenomen som samhället associerat och kategoriserat som depression, men i ett annat sammanhang kan depression uttrycka sig annorlunda (Wang 2013, ss-12-14). Att se omvärlden ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv är att se att det inte finns någonting objektivet, utan att allting som observeras alltid tolkas och fenomen sker i ett visst sammanhang. Ur denna aspekt kan också diagnoser av depression, som de formuleras i DSM-5 och ICD-10, ses som sociala konstruktioner där den rådande kontexten för hur vi pratar om depression har kategoriserats i dessa specifika symptom som diagnoserna ska kontrollera (ibid.).

Depression är inte ett naturligt fenomen, utan förekommer som ett fenomen i en specifik kontext som baseras på hur vi pratar om vår psykiska hälsa och hur vår kultur och individuella erfarenheter påverkar hur vi ser på omvärlden (Wang, 2013, s.13). Tidigare forskning menar på att depression kan ses som en social konstruktion och som en *objektiv* sjukdom med hänsyn till specifika symptom som existerar *utanför* kontextuella sammanhang. Med hänsyn till detta finns det oro att depression som tillstånd förlorat sin betydelse och sin objektivitet när människor fått möjlighet att definiera sina egna erfarenheter som depression som förklaring. I motsägelse mot den kliniska förklaringsmodellen har det blivit alltmer vanligt att människor idag förklarar olika erfarenheter som depression (Knudson et al, 2008). I denna bemärkelse så sker det schism mellan två olika förklaringsmodeller. Ena modellen förklarar

depression som sjukdom med specifika symptom och den andra modellen förklarar depression som olika erfarenheter som skapas i sociala och individuella sammanhang (ibid.).

Med ett socialkonstruktivistiskt perspektiv kan man se på fenomenet depression på följande vis. Sjukdomen i sig är en konstruktion som vi skapat efter att ha uppmärksammat ett visst beteende, och som vi har bedömt som problematiskt efter de värderingar som råder i den kontext vi befinner oss i. Man kan också gå ännu längre och säga att ”sjukdom” i sig är en social konstruktion, där vi uppmärksammat ett fenomen som ter sig på ett visst sätt och har kategoriserat det. Användbarheten i ett sådant perspektiv ligger i att man kan utmana de traditionella och normativa uppfattningarna som kan vara *låsta* (Burr 2015). Till exempel kan man ifrågasätta ifall alla depressionssymptom bör ses som problematiskt eller *avvikande*.

Ett vanligt förekommande symptom för de som lider av depression är likgiltighet. Med utveckling av den sociala kontexten är det möjligt att likgiltighet inte ses som ett problematiskt beteende eller tankesätt. I vissa kulturer och kontexter kan likgiltighet vara normativt beteende. En fördel med det socialkonstruktivistiska perspektivet är att vi alltid kan ifrågasätta den berättelse som vi har i det rådande samhällsläget, och göra nya tolkningar utifrån annorlunda värderingar (Wenneberg 2010). Problemet som kan förekomma med detta perspektiv är att när individer ”dekonstruerar” de naturliga hållpunkterna, så hamnar de i en situation där man kan dekonstruera allting. På grund av detta så är det viktigt att den som använder detta perspektiv är tydlig med att förmedla vilket sammanhang man utgår från och vilken kontext man baserar sig utifrån (Burr 2015).

3.3 Vändpunkt

Vändpunkter kan ses som erfarenheter som har varit av speciell vikt till en viss individ. Positiva eller negativa erfarenheter kan båda bli en vändpunkt för individen beroende vilket värde den specifika händelsen har för individen och hur individen tolkar händelsen. Dessa *signifikanta erfarenheter* kan också förekomma i form av personliga insikter, där individen kommer till en specifik insikt som leder till en betydande förändring i deras liv. Dessa typer av vändpunkter förklaras som uppenbarelser, som skapar en förändring i hur individen ser på sig själv och sin omvärld (Johnsson 2002). Vändpunkter kan relateras till betydande förändringar i känslor, tankar och beteende hos individen (ibid.).

Ett annat perspektiv på vändpunkter menar att signifikanta händelser sker utanför individen (Matzger et al, 2005). En person som lider av depression och får sparken och på grund av detta kommer till insikt om allvaret i sin situation. Visserligen kommer individen till insikt om sin situation, men händelsen där de blev av med sitt jobb kan också bemärkas som den *signifikanta* händelsen som skapade en förändring. Förståelse för vändpunkter är relevant speciellt inom behandling av psykisk ohälsa, då man försöker skapa vändpunkter i personers psykiska mående (ibid.).

Svårigheter i behandling är dock med att uppnå dessa vändpunkter är att varje händelse som är signifikant har värde för den specifika individen, men kan inte generaliseras till andra individer (Kearney & Sullivan 2003). Det är också otydligt ifall behandlingen bör fokusera på att skapa en förändring i människors mående först eller att skapa en förändring i deras vardagliga liv och rutiner. När personer berättar om vändpunkter i behandling så berättar dem om ingrepp eller insatser som skapat en enorm förändring i antingen deras psykiska välbefinnande eller deras *externa liv* (Brookfield 2019). Olika behandlingsformer i psykiatri såsom KBT och psykofarmaka försöker uppnå samma mål, vilket är att skapa en signifikant påverkan i individens liv som är positiv för individen (ibid.).

Vändpunkter representeras dock inte endast i positiva sammanhang, utan kan också bemärkas som signifikanta händelser av negativ karaktär (Depue et al, 2014). Personliga trauman kan bli en vändpunkt för individen där deras mående och deras tillvaro blir värre. En studie som gjorts visade att 30 % av respondenterna svarade att en av de mest signifikanta händelserna i deras liv var en personlig förlust/trauma. Respondenterna menade att konsekvenserna av händelsen för individen blev så pass omfattande på grund av deras reaktion till händelsen att traumat utlöste en episod av depression. Denna vändpunkt, som också kallas för *rock bottom*, hänvisar till en händelse som haft en betydande negativ karaktär (ibid.). Upplevelser av rock bottom leder till starka negativa känslor som tar över individen och förändrar deras syn på sig själva och sin miljö. Denna upplevelse kan däremot också ha en långsiktig positiv effekt för individen, där individen i framtiden alltid jämför nya negativa erfarenheter med denna händelse (Depue et al, 2014). I jämförelsen så upplever de ett starkt självförtroende då de redan ”återhämtat” sig från en betydligt värre upplevelse. På det vis blir *rock bottom* upplevelsen också ett skydd för individen där hen känner sig starkare då de redan upplevt tidigare trauman men lyckats ”vända” på det i en positiv riktning (Sutin et al, 2010).

Vändpunkter kan också uttrycka sig i form av ett kognitivt skifte som sker hos individen. Det kognitiva skiftet skapar ett nytt perspektiv hos individen som tidigare hämmats. Med detta nya perspektiv, i relation till sig själv och sin miljö, väljer de att förändra sitt beteende. När det kognitiva skiftet sker hos individen och hen väljer att angripa sin problematik från ett annat perspektiv och ser en förändring i hens liv stärks individen i deras självsäkerhet att de går i rätt riktning och att vändpunkten är positiv (Kearney & Sullivan 2003).

4 Metod och tillvägagångsätt

4.1 Forskningsansats

I denna studie har jag valt att arbeta med en kvalitativ metod. Den frågeställning jag formulerat och studiens syfte är inte anpassade till att besvaras med siffror då studiens riktning ligger i att undersöka värderingar, tankar och känslor (Svensson 2015). Syftet med denna studie är inte att kunna generalisera resultatet till populationen utan i stället att undersöka hur depression ser ut i människors liv, en berättelse som är mer lämpad för att förklaras med ord än siffror. Jens Rennstam & David Wästerfors (2015) förklarar kvalitativa studier på följande sätt: "Kvalitativa studier syftar inte till att mäta hur mycket och hur många utan till att begripa processer, betydelser och kvaliteter". För att besvara min frågeställning så kommer jag att tolka människors berättelser som utges i böcker. I den aspekt så redovisar jag inte för materialet som objektiv information utan i datainsamlingen så sker en tolkning där jag påverkar mitt material (Bryman 2016). I kvalitativa studier så finns det olika val av metoder som forskaren kan använda för att analysera sitt material. Beroende på vilken typ av frågeställning och syfte som forskaren har med sin studie, så påverkar detta vilken kvalitativ metod som är bäst lämpad för den studien (Rennstam & Wästerfors 2015).

I denna undersökning är syftet att studera hur depression kan uttrycka sig i narrativa berättelser om psykisk ohälsa. Undersökningen kommer att studera självbiografier där författarna diskuterar och presenterar sin erfarenhet med depression. I studerandet av subjektiva upplevelser av dessa slag så är det praktiskt och motiverat att använda ett tillvägagångsätt som tillåter mig att analysera *mjuka värden* i form av känslor, tankar och upplevelser (Bryman 2011). En kvalitativ ansats är bäst lämpad i studerandet av mjuka värden, till skillnad från en kvantitativ metod där studerandet av dessa värden hade behövts

göras på ett annorlunda sätt. Då syftet med studien är att studera hur individer beskriver depression samt hur depression konstrueras som tillstånd i narrativa berättelser, så är den kvalitativa metoden mer lämpad för denna frågeställning. En kvalitativ ansats har till syfte att beskriva ett visst fenomen och hur fenomenet ter sig (Ahrne & Svensson, 2015).

4.2 Val av metod

I planeringen gällande detta studien fanns det en osäkerhet gällande huruvida en diskursanalys eller innehållsanalys hade varit mer lämpad. Hade studiens syfte och frågeställning varit mer fokuserat på språkets funktion så hade en så diskursanalys varit lämplig då en diskursanalys hade bättre illustrerat språkets funktion i konstruktionen av depression. En kvalitativ innehållsanalys är mer lämpad för denna studie då det finns intresse både för hur författarna av självbiografierna beskriver sin depression, och för att analysera och tolka det latenta innehållet som kan vara relevant för att besvara min frågeställning (Bryman 2011). Fördelen med en innehållsanalys är att flera olika nivåer av abstraktion kan användas i analys av sitt material. I stället för att exklusivt analysera språket som används för att beskriva depression så kan fokus i stället koncentreras på innehållet, både det som framkommer i språk och det som inte framkommer ordagrant (Nygård 2022). Med kvalitativ innehållsanalys avses en metod som i främsta fall används i analys av olika typer av texter och dokument. I analysen av dessa texter så ska materialet sedan kodas och kategoriseras utifrån olika teman som tolkas i analys av materialet.

Studien kommer att bedrivas genom att använda både ett induktivt och deduktivt angreppssätt. Detta angreppssätt, *abduktion*, låter mig tolka självbiografierna fritt och generera ny kunskap och förståelse (Nygård 2022). Genom att *pröva* diagnoserna av depression, som de formulerats och förstås i tidigare forskning, gentemot subjektiva upplevelser av depression ur ett socialt konstruktivistiskt perspektiv så blir studien dels teoriprovande och teorigenererande. Teorigenerandet sker främst i hänsyn till hur de subjektiva upplevelserna kan ge oss ny kunskap för hur människor konstruerar depression. Eventuell svaghet med ett sådant angreppssätt i samband med en innehållsanalys är att jag som tolkare har ett stort inflytande i hur jag tolkar det material jag inhämtar, och att min förförståelse och kunskap kommer att ha en påverkan i hur och vilket material som blir relevant för att besvara min frågeställning. Valet av ett abduktivt angreppssätt i en kvalitativ innehållsanalys resulterar i en studie där jag använder både förförståelse och teori för att vägleda mig i tolkningen av min

empiri. Genom att både använda min förförståelse av depression i samband med nytt material utifrån de subjektiva utsagorna, så kommer det resultat som jag inhämtar vara präglad av mig (Bryman 2011).

Präglandet av inhämtat material är inte unikt för denna metod, men kan märkas tydligare i en innehållsanalys då man också kan tolka det latent innehåll, som till betydande del bygger på författarens egen förståelse och kunskap (Öberg 2015). I val av en sådan metod är det därför viktigt att resultatet presenteras på sådant sätt att jag som bedrivit undersökningen är transparent med mina tolkningar och vilken förståelse jag har i analys av det som sägs. Sådan transparens blir ännu viktigare i analysen av information som inte är manifest i självbiografierna (ibid.). För att behålla en god kvalitet av materialet och öka trovärdigheten i resultatet är det viktigt att jag som analyserar empirin är transparent med skillnaden på det som framkommer i böckerna ordagrant och det som jag själv tolkar utifrån texterna (Bryman 2019).

4.3 Urval av självbiografier

Gällande urvalet av dokument i denna analys så har jag valt att analysera fem självbiografier. Genom att välja självbiografier så framkommer en transparens i författarnas egna tankar och känslor och dessa *mjuka värden* är centrala för att besvara mina frågeställningar. Genom att använda självbiografier blir det också mer praktiskt att följa berättelserna och se hur specifika händelser påverkar författarnas erfarenhet av depression. Urvalet har gjorts genom Lubsearch databas med koden ”depression”. Därefter valdes fem svenska självbiografier där författarna berättar om sin egen upplevelse av depression. Detta val gjordes slumpmässigt så länge detta kriterium var uppfyllt. Ett sådant urval blir ett *målinriktat urval* då det är en väldigt specifik kategori av material som är relevant för denna studie, nämligen personer som har haft depression eller symptom av depression (Bryman 2019). Eftersom studiens syfte är att undersöka hur depression uttrycker sig i individers liv så har jag också presenterat den rådande kontexten och samhällsbilden som gäller för definitionen av depression.

Jag kommer att använda detta perspektiv för att utmana och kontrollera ifall den diagnostiska förklaringen av depression står i enlighet de subjektiva upplevelsorna som självbiografierna skildrar. Livshistorierna som speglas i självbiografierna måste ha med ett realistiskt perspektiv. Med detta syftas till att jag som analyserar ser på självbiografierna som ett verktyg

för att undersöka den subjektiva verkligheten som författaren beskriver/upplever (Öberg 2015). Materialet som inhämtas är en tolkning av en social och subjektiv verklighet, som författarna försöker förmedla till läsaren. En självbiografi, liksom andra typer av textdokument, redovisar alltid en aspekt av verkligheten. Texterna måste därför alltid analyseras i den kontext som de skapas i (Bryman 2019). Självbiografierna kan inte analyseras som en urskiljning av objektiva fakta som går att generalisera till sanning. För att ge ett exempel så kan jag inte med hjälp av denna studie fastställa ifall diagnosen av depression är väl formulerad eller inte. Vad studien däremot kan åstadkomma är att ge perspektiv för hur människor som uppges depression upplever detta *tillstånd* och hur väl de diagnostiska kriterierna kan förstå deras berättelser. Beroende på hur denna upplevelse ser ut, så kan ny information uppkomma som kan ge oss perspektiv gällande alternativ symptom för depression.

De självbiografier som valts för denna studie är följande:

1. Carl Déman: Med livet som insats - min historia
2. Charlie Eriksson: Aldrig ensam
3. Josefin Dahlberg: Idag är jag fri
4. Helén Klint: Året efter Aaron
5. Ann Heberlein: Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva

Det centrala temat som rör alla dessa självbiografier är psykisk ohälsa. Samtliga böcker gäller inte individer som har fått diagnosen depression men som däremot upplever symptom av depression. Alla böckerna pratar om helt unika liv och erfarenheter men har ett gemensamt spår gällande någon form av psykisk ohälsa. I urvalet av böckerna var det centralt att författaren visade på symptom av depression, även ifall annan form av psykisk ohälsa också var förekommande. Jag har gjort mitt urval utifrån kriteriet att författarna beskriver deras upplevelse med depression. Detta har gjorts för att försäkra att det material jag analyserar är relevant för den undersökning jag vill genomföra.

4.4 Studiens tillförlitlighet

I bedömningen av kvalitet gällande urvalet av självbiografier så har urvalet gjorts med hänsyn till fyra centrala kriterier som Bryman (2011) beskriver som autenticitet, trovärdighet, representativitet och meningsfullhet. Urvalet av böcker ska göras i enlighet med dessa kriterier i den aspekt det är möjligt för att försäkra så god kvalitet av material som möjligt.

Kriterierna är dels ett redskap för att bedöma både hur tillförlitlig och äkta materialet är, dels för att bedöma dess relevans till mitt syfte och dels dess relevans för studiens frågeställning (ibid.).

Att kontrollera *trovärdigheten* i dokument som självbiografier är kontrollera om materialet är utan felaktigheter och förvrängningar (Bryman 2019). Det är otydligt ifall författarna är motiverade till att förmedla sina tankar ur ett visst perspektiv. Dessutom har samtliga författare också använt sig av redaktörer så materialet kan inte betraktas som opåverkat då det är oklart hur mycket inflytande redaktörerna haft i biografiernas berättelse. För att hantera detta så valde jag att fokusera på företeelser som stärks genomgående i boken, och distansera mig själv från information som författarna var otydliga med.

Självbiografiernas *autenticitet* påverkas också av att de inte kan betraktas som helt självständiga berättelser. Det är otydligt hur och till viss redaktör och bokförlag som utgett boken påverkat författarens berättelse. Självbiografierna kan betraktas som typiska i kategorierna ”psykisk ohälsa” och ”depression”. Men då varje självbiografi skildrar en individuell berättelse finns det betydande skillnader. En annan svaghet för studien är materialets tydlighet. Det är inte klart att jag tolkar empirin som författarna har menat i sitt skrivande. Dessa missförstånd är mer förekommande när författaren är otydlig eller motsägelsefull i sitt språk.

I analys av kvalitativt material som självbiografier, bör jag som tolkare av materialet ha en sund skepticism till det jag läser. Denna skepticism ska användas för att ”bearbeta” författarens tankar och känslor som framkommer i texten. En svaghet vid analys av självbiografier är det osäkra naturen kring författarens egna ändamål med berättelsen. Det är möjligt att berättelsen inte skrivs för att vara ärlig och transparent angående deras liv utan skrivs för att ett visst rykte (ibid.). Det är också otydligt till vilken del författarna själva har kunskap om depression. Representativiteten i det material som valts ligger därför i min tolkning och förförståelse av depression och psykisk ohälsa, som låg till grund för urvalsprocessen. Med tanke på detta har jag ämnat redovisa denna förförståelse och kunskap i syfte att behålla transparens. Med tanke på dessa svagheter så kan studiens resultat inte användas för att generalisera till population, eller uttrycka sig i absolut mening om depression. 5 berättelser av depression är inte tillräckligt material för att kunna göra en sådan generalisering. Vad studien därmed kan uppnå är att ge ny förståelse för hur människors

upplevelser av depression ser ut och hur deras upplevelser förstås i mötet med diagnoskriterier.

4.5 Empiri

Idag är jag fri – Josefin Dahlberg (2019)

Josefin Dahlberg uppger i denna bok hennes erfarenheter med hänsyn speciell hänsyn till hennes upplevelser av psykisk ohälsa. Boken skrivs i en kontext där Dahlberg skildrar sina erfarenheter och beskriver sina tankar och känslor om hennes liv. Titeln ”Idag är jag fri” är också en inblick till hennes perspektiv när hon skrev denna bok. Med tanke på att hon valt denna titel kan vi förstå att hon tidigare inte känt sig fri, men fångad i stället. Hon berättar om signifikanta händelser i hennes liv och hur dessa händelser påverkat henne både positivt och negativt. Boken beskriver en berättelse om en individ som upplever depression och sedan möter diagnossystemen i behandling.

Med livet som insats (min historia) – Carl Déman (2019)

Carl Déman börjar med att berätta om hans erfarenheter och signifikanta händelser som påverkat hans liv. Sedan börjar han förklara hur han kom att bli spelberoende och hur beroende ledde till problematik med hans psykiska hälsa. Déman berättar om sina erfarenheter av depression och hur hans upplevelse av depression sett ut. Kampen med hans depression illustreras i titeln ”Med livet som insats” där han upplever att han måste göra allt han kan för att bli bättre och bli frisk. Boken skildrar både hans erfarenhet av depression samt mötet med diagnosystemen i behandling.

Aldrig ensam – Charlie Eriksson (2017)

Charlie Eriksson beskriver i sin självbiografi sina egna upplevelser och erfarenheter av depression. Boken skildrar både hans individuella erfarenheter och hur han blivit bemött av behandling när han sökt hjälp. Bokens titel ”Aldrig ensam” är en skildring för hur starka hans känslor av isolation och avstängning från sin omvärld varit under hans liv. Eriksson författar om hela sitt liv, och signifikanta händelser som inträffat och påverkat hans psykiska mående. Boken skildrar svårigheterna som Eriksson upplevt med sin depression och hur han upplevt diagnosystemen i mötet med behandling.

Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva – Ann Heberlein (2009)

Ann Heberlein beskriver sin långa kamp emot psykisk ohälsa. I 20-års åldern blev hon diagnostiserad med bipolär sjukdom typ 2. Hon beskriver sin erfarenhet av behandling och hur hennes psykiska ohälsa utvecklats under hennes livslopp. Denna självbiografi förmedlar Heberleins svårighet att återgå till ett ”normalt” liv och den långa kamp som utmattat henne både fysiskt och psykiskt. Titeln ”Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva” visar på en stark dissociation från hennes egna liv, där hon är omotiverad och oengagerad till hennes tillvaro men har inte ”modet” till att försöka begå självmord.

Året efter Aaron – Helen Klint (2019)

Helen Klint börjar med att författa en av hennes livs mörkaste stunder, nämligen när hon förlorat sin son 2 dagar efter att Aaron räddats med hjälp av kejsarsnitt. Boken beskriver Klints reaktion till händelsen och hur denna kris skapade en lång och svår period för henne där hon utvecklade olika psykiska symptom. Självbiografen skildrar Klints svårigheter att acceptera vad som inträffat samt att ta sig an sin egen problematik som utvecklats i samband med tragedin. Klint redovisar för sin egen upplevelse av depression och hennes kontakt med diagnoserna och behandling när hon sökt hjälp för sin depression.

4.6 Analysgång

I genomförandet av en kvalitativ innehållsanalys så kan man göra på olika sätt. I denna studie så har analysprocessen genomförts genom skapandet av meningsenheter. Dessa meningsenheter har valts utifrån ett deduktivt angreppssätt där min förförståelse och tidigare forskning varit vägledande för att hitta relevanta meningsenheter för denna studie (Boréus 2015). Efter att meningsenheterna identifierats har dessa sedan kondenserats till bärande meningsenheter. Genomgående i denna process analyserades och lästes texten om och om igen för att se ifall jag missat väsentliga och relevanta meningsenheter för min studie. Efter analysprocessen var klar hade jag 250 meningsenheter. Dessa meningsenheter reducerades sedan till 200 meningsenheter efter att jag ämnat att kondensera och hitta kärnan i vad meningsenheterna uttryckte. Efter denna kondensering påbörjade kodningen av meningsenheterna vilket resulterade i 89 koder. Dessa koder användes sedan för att skapa underteman och teman. Underteman som skapades med syfte att fånga det mer manifesta innehållet medan teman skapades i hänsyn till det latent innehåll i empirin. Slutresultat kom i 6 olika teman och 7 underteman.

Efter skapandet av underteman och teman så lästes empirin en sista gång för att förstå materialet med teman i tankarna under analysprocessen (Öberg 2015). En striktare utformning av teman hade resulterat i en underlättande av analysen men hade däremot missat fördelen med mer öppna teman. Genom att mer öppna teman som såg till det latent innehåll så kunde jag komma närmare materialet och författarna och använda min förförståelse för att analysera materialet (Bryman 2019). Exempel på analysprocessen kan man se i Bilaga 1.

4.7 Etiska överväganden

Till skillnad från alternativa metoder så har man inte direkt kontakt med respondenter i denna form av metod. Eftersom analysen gjorts med hjälp av självbiografier, där författaren själv publicerat informationen för samhället, så har det varit svårt att applicera samtyckes-principen som präglar stora delar av metodforskningen (Burr 2015). En annan princip som inte gått att applicera är anonymitet, då författarnas självbiografier är publicerade under deras namn. Med tanke på detta är det svårt att ta ställning gällande anonymitet och samtycke (Öberg 2015). Ett dilemma som däremot förekommer är huruvida materialet är lämpligt för den forskning jag vill bedriva, och om materialet för användas i ett syfte som författaren i all sannolikhet inte känner till. Jag har valt att analysera dessa självbiografier för att bättre förstå depression som diagnos och för att se hur depression konstrueras som tillstånd i narrativa berättelser. Med tanke på detta så lyfter jag materialet ur sin egen kontext och för in den i kontexten som är relevant för min egen studie och jag tolkar materialet ur ett perspektiv som författaren själv möjligtvis inte avsett. Med tanke på att detta är vad jag kommer göra är det viktigt att poängtera att materialet inte kommer att presenteras som författarna redovisat, utan kommer att vara präglad av mig. För att undvika ett dilemma är det viktigt att det framkommer tydligt när materialet präglas av mig.

5 Analys

Analysen kommer att göras genom skapandet av underteman och teman som är centrala för analysen och är baserade på både min teoretiska förankring i det socialkonstruktivistiska perspektivet och min tolkning av författarnas berättelser. Underteman har använts för att analysera det manifesta innehållet. Teman har skapats för att få med det implicita och latent innehåll i empirin.

För att besvara frågeställning 1 så skapades 4 teman. Dessa teman var *vändpunkter*, *depressiva tankar*, *depressiva känslor* och *flykt till depression*. Därefter skapades 7 underteman som var *vändpunkter i en social kontext*, *externa och interna vändpunkter*, *negativa tankar*, *onormala tankar*, *negativa känslor*, *onormala känslor* och *motivation till depression*. För att besvara frågeställning 2 så skapades 2 teman och inga underteman. Dessa teman var *bekräftelse* och *missförstånd*.

5.1 Konstruktionen av depression

5.1.1 Vändpunkter

Genom individers liv går vi igenom olika perioder. I författarnas biografier så skildras händelser, både inflytelserika och mindre viktiga händelser. Vändpunkter är signifikanta händelser som skapat/lett till en betydande förändring för individen (Johnsson 2002.)

Min stackars mamma som varit med om min envisa sida förut förstod snabbt att det var lika bra att jag fick som jag ville. Så klart försökte hon först få ur mig vad det egentligen handlade om, men jag vägrade svara. Jag skämdes otroligt för det som hade hänt och tyckte inte synd om mig själv för det jag blivit utsatt för, utan skuldbelade mig själv. Allt var mitt fel. ... Så fort jag kom att tänka på det eller när ångesten kom gjorde jag allt jag kunde för att tänka på något annat. Jag var känslomässigt avstängd den här tiden, blev som en robot (Dahlberg 2018, s.58).

En signifikant händelse kan se ut som det gjorde i Dahlbergs fall där nakenbilder av henne cirkulerade i skolan hon gick i. På grund av denna händelse så skedde det en respons hos Dahlberg. Denna respons var både tankemässig, emotionell och beteendemässig. På grund av denna händelse så skedde det en stor förändring i hennes liv och hennes tillvaro där stora personlighetsförändringar förekom. Till en början blev hon emotionellt avstängd och likgiltig. Hon valde att sluta gå till skolan i en tid och sedan ändra skola och slutligen så växte hennes skuldtankar och känslor av skam fram som kom att bli långvariga. Signifikanta händelser kan vara både positiva och negativa, och både fenomen sker i författarnas liv, där en viss händelse blir en katalysator för en betydande försämring eller förbättring i deras psykiska mående (Kearney & Sullivan 2008).

5.1.1.1 Vändpunkter i en social kontext

Med ett nytt uppdrag i livet, att börja studera, kände jag mig för första gången på länge peppad på livet. Det här var min chans. Mitt hjärta pumpade snabbare än vanligt och det pirrade i blodet. Känslan av att allt skulle gå bra var tillbaka och jag förstod hur mycket jag saknat den. Jag kände mig så lättad att jag nästan skuttade fram på gatan och återigen kunde jag se mitt framtida lyckliga jag framför mig (Dahlberg 2018, s. 132)

Vändpunkter sker alltid i en viss kontext, och på grund av detta ser författarnas vändpunkter väldigt olika ut. Vad som definieras som en ”signifikant händelse” beror dels på individens individuella situation, dels i vilken social kontext individen befinner sig i. Signifikanta händelser är ett centralt tema i konstruktionen av depression därför att dessa betydande händelser skapar stora förändringar i människors liv, speciellt i fall där händelsen är negativ (Matzger et al, 2005). Vändpunkterna kan både vara av positiv och negativ karaktär. Tidigare forskning visar på en typ en vanlig typ av vändpunkt som sker i människors liv som kallas för ”rock-bottom” upplevelse (Sutin et al, 2010). Denna ”rock -bottom” upplevelse kan förstås som en katalysator, en utlösande faktor till hur individer börjar skapa en ny identitet, där depression blir förklaringsmodellen som används för att förstå och tolka den negativa händelsen. Denna negativa upplevelse står i kontrast till positiva vändpunkter, som istället förklaras som uppenbarelser eller ”epiphanyer” som leder till betydande positiv förändring i individens liv (Johnsson 2002). I ovanstående citat ser vi två exempel på två olika typer av vändpunkter. Både dessa erfarenheter är väsentliga i konstruktionen av depressionen, då den negativa erfarenheten förstås som ”utlösandet” av den depressiva episoden och den positiva erfarenheten förstås som en upplevelse som lindrar eller botar individens depression.

Med ett socialkonstruktivistiskt perspektiv kan vi förstå vändpunkter som ett fenomen som är beroende på den sociala kontexten och miljön som individen befinner sig i. Empirin visar på att vändpunkter inte kan förstås som ett objektivt fenomen, utan måste relateras till individens egen situation och deras värderingar. Vad en individ betraktar eller upplever som ”signifikant” gäller inte för en annan individ som lever under en helt annan miljö med annorlunda värderingar och normer. Författarnas olika livsupplevelser och värderingar om sig själv och omvärlden resulterar i att vad som upplevs som en vändpunkt blir individuellt. Kearney & Sullivan (2003) menar på att det är just detta som skapar svårigheter i förståelsen för vändpunkter då en de erfarenheterna sällan generaliseras till andra individer utan måste förstås utifrån individens egen synpunkt. Både de positiva och negativa vändpunkterna sker i

en specifik kontext, där individen befinner sig i en miljö där vissa värderingar råder över andra. I en annorlunda kontext hade därför händelsen inte nödvändigtvis förstås som signifikant.

I ovanstående citat redovisades två signifikanta händelser, där individen befann sig i kontext där både socialt umgänge och utbildning sågs som ”signifikanta”.

När en konflikt därför inträffade och relationen mellan individen och umgänget förvärrades blev denna konflikt ”startskottet” som utlöste många andra erfarenheter och händelser.

Erfarenheterna kan betraktas som konsekvenserna av vändpunkten. Denna kunskap reflekteras dock inte av rådande kunskap gällande depression, där fokus istället ligger på specifika symptom (Praktiskmedicin 2020). Vad empirin däremot visar att bakom de underliggande symptomen som associeras med depressionen, så sker det signifikanta händelser som utlöser den depressiva episoden i individen liv. I konstruktionen av depression så blir vändpunkterna därför en central faktor då depressionen blir en ”stämpel” som används för att kategorisera och förstå deras erfarenheterna som följer den negativa vändpunkten.

Beroende på vilket socialt sammanhang individen befinner sig i så påverkar detta både hur signifikant händelsen blir för individen. Förstärkning sker genom att individen social miljö också förstår individens upplevelse som negativ. Detta kan uppmärksammas speciellt ifall där individer uppger att de begått ett stort misstag som de inte kan förlåtas för. När dessa känslor speglas tillbaka till individen av deras familj, umgänge och samhälle så stärker detta vändpunktens betydelse för individen. Efter ett sådan vändpunkt visar empirin på att individer uppger flera symptom som står i enlighet med de symptom som redovisas i de medicinska diagnoserna. Dessa symptom kan till exempel vara minskat självförtroende, skuld-känslor och sömnsproblematik etc (APA 2020). Positiva och negativa vändpunkter spelar därför en betydande roll i konstruktionen av depression i människors liv, där depression blir ”språket” som individen använder för att förklara och förstå konsekvenserna av ”rock-bottom” upplevelsen men också för att förklara lindringen av konsekvenserna.

5.1.1.2 Externa och interna vändpunkter

Vändpunkter kan också definieras som externa eller interna. I empirin så förekommer det både signifikanta erfarenheterna som har sin grund i individen, och erfarenheter utanför individens kontroll. Démans externa vändpunkt var när han förlorat sitt jobb och hans drickande och spelberoende växte. Anledningen till att detta blev en vändpunkt för honom är både på grund av hans egen värdering av vikten av att ha jobb samt hans förståelse om hur

samhället ser på arbetslösa individer. Händelsen blir en extern vändpunkt på grund av Déman befinner sig i en miljö där ”arbete” är av hög signifikans.

Sakta med säkert övergick mina oskyldiga små hemligheter till rena lögnar. De små summorna blev större och större och lögnerna värre och värre. Dessutom ljög jag för alltför personer. Men de som själva var intresserade av spel och kanske även fast i spelandet var jag lite ärligare. Ibland ljög jag folk rakt i ansiktet när de frågade om min jag hade ordning på min ekonomi, om jag tagit några lån eller hade några skulder, och ibland friserade jag bara sanningen lite. (Déman 2019, s. 87).

Förlorandet av ett jobb kan förstås som en extern vändpunkt, där händelsen kan förstås som utanför individens kontroll men som ändå påverkar individen på ett betydande sätt. Händelsen blir signifikant därför att individen befinner sig i en social kontext där hen värdesätter jobbet (Matzger et al, 2005). Förlorandet av detta jobb blir därför en smärtsam upplevelse, där individen skuldbelägger sig själv och upplever starka negativa tankar och känslor om sig själv. Hade jobbet inte haft ett betydande värde för individen hade dock händelsen inte betraktats som signifikant, vilket vi ser i till exempel Heberleins fall.

Merparten av vår tid sysslar vi med att förströ oss. Med att få tiden att gå. Vi har massor av tid att vara ångestfyllda, sömnlösa och neurotiska. En massa tid att *känna efter*. Jojo. Många av oss arbetar för mycket. Jag, till exempel. Men är det jag gör på riktigt? Skriva en massa skit, prata en massa skit (Heberlein 2009, s. 122)

Den externa händelsen ses som meningsfull beroende på både individens värderingar och samhällets värderingar. Den externa vändpunkten kan också förklaras som en början på den depressiva episoden som individer ”skapar” därför att händelsen som inträffat varit betydligt meningsfull för dem. Signifikansen händelsen har haft beror påverkas också av individens egna perspektiv om hur en ”normal” individ bör vara. I en kontext där arbetet värderas högt, både av individen själv och deras sociala miljö, så blir förlusten av detta arbete en betydande negativ erfarenhet. Om individen däremot befinner sig i en miljö där miljön inte speglar denna värdering, så kan förlusten av jobbet också bli en händelse som inte spelar någon betydande roll i individens tillvaro. Det som medföljer den externa vändpunkten är ett kognitivt skifte i individen, där de får ett nytt sätt att tänka om sig själv och deras miljö. Ifall där händelsen är negativ så medföljer ett kognitivt skifte som individen upplever som negativt.

Interna vändpunkter syftar däremot på insikter som individen kommer till, istället för händelser som sker i individens liv. Den interna vändpunkten är en erfarenhet som inte sker som reaktion till något i deras tillvaro, men är i stället en reaktion till sig själv.

Jag var nitton år och fram tills nu har jag förnekat mitt spelberoende, trots att jag jobbade jämnt men ändå alltid var pank och hade så stora skulder att jag inte visste hur jag någonsin skulle kunna betala tillbaka dem. Händelsen med jobbet gjorde att det sakta började sjunka in att jag hade ett problem som jag inte kunde ta mig ur själv. Vad jag skulle kalla det till en början visste jag inte ens själv (Déman 2019, s.93).

Den personliga insikten sker i reflekterandet över individens situation och beteende, när individen kommer till en insikt som skapar ett kognitivt skifte. Det kognitiva skiftet som sker till följd av den personliga insikten leder till en förändring i hur individen ser på sig själv och sin omvärld (Johnsson 2002). I ovanstående citat ser vi ett tillfälle där en individ kom till en betydande insikt gällande deras relation till spelande. Denna insikt blev en vändpunkt på grund av konsekvenserna som den fick för individen. Den interna vändpunkten blev startskottet för många andra insikter, som sakta men säkert ledde till en betydande förändring i deras liv och hur de såg på sin situation. Insikten leder också till en förändring i värderingar, där individens tidigare bild av sig själv och sin sociala miljö ändras. Konsekvenserna av denna förändring blir att individen återigen får tolka sin situation utifrån den nya kunskapen för att återigen definiera sin situation (Kearney & Sullivan 2003). I fall där den interna insikten är av negativ karaktär, så framkommer depression som en konstruktion, ett koncept, som används för att förklara de negativa erfarenheterna. Depressionen blir en kategori som används för att ”samla” de erfarenheter som de tidigare sett som separata och unika, men som de nu ser som konsekvenser av ett visst tillstånd. I ovanstående citat ser vi att individen kommit till om spelberoende, men latent i empirin framkommer en acceptans för att de har ett problem. Det som tidigare ”hobbies” definieras nu istället som ”problem”. Denna förändring i värdering, sker i en situation där individen tidigare befunnit sig i en speciell social kontext men nu befinner sig i en ny kontext. Depressionen konstrueras som ett begrepp, en förklaring till det beteende som nu definierats som ”problematiskt”.

5.1.2 Depressiva tankar

I konstruktionen av depression så förekommer individer sätt att beskriva deras tankar som en väsentlig faktor. Specifika tankar associeras med tillståndet depression medans andra tankar inte gör det. De tankar som associeras med depression ses både som symptom och som upphovet till deras depression. Depression blir ett språkligt verktyg för individen att kategorisera specifika tankar individen har om sig själv och sin miljö. Dessa depressiva tankar förekommer i två olika former, *onormala* och *negativa* tankar

5.1.2.1 Negativa tankar

Jag har inte någon längtan efter att dö. Jag vill inte dö. Jag åtrår inte döden. För mig är självmordet snarast en tvångstanke. Nej jag längtar inte efter att dö. Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva. Tanken på tomheten, på evigheten, skrämmer mig (Heberlein, s. 12).

I konstruktionen av depression så framkommer det att vissa tankar värderas annorlunda än andra. Tankar som associeras och som används för att skapa tillståndet depression beskrivsär de tankar som individerna upplever som negativa. Till viss del reflekteras detta i tidigare forskning, där vi ser att tankar om exempelvis suicid framställs som ett symptom av depression (WHO 2011). Vissa tankar upplevs som negativa av individer på grund av vilka konsekvenser de får. Dessa tankar kan få konsekvenser både till hänsyn till deras personliga tillstånd och deras sociala miljö. Beroende på vilka värderingar individen har så påverkas därför också vilka tankar som associeras och används för att konstruera depressionen. Tankar som upplevs som negativa av en individ upplevs inte som negativa av en annan som befinner sig i en annorlunda kontext. Tankar som bedöms som ”negativa” behöver dock inte nödvändigtvis medföra negativa konsekver för individen. En annan situation som förekommer är att individen påverkas av den rådande sociala miljön de befinner sig i som ser vissa tankar som positiva och andra som negativa. Om en individ befinner sig i en miljö där deras tankar avviker från vad deras sociala nätverk speglar tillbaka till dem, så får individen en respons om vad positiva och negativa tankar är. Negativa tankar som en ”kategori” i konstruktionen av depression kan därför förstås som delvis skapat av individen, men också av deras miljö vad som värderas som positivt och negativt.

Depressionen blir en förklaringsmodell för att förklara varför individen har specifika avvikande tankar som inte står i enlighet med den sociala miljön de befinner sig i. I

interaktion med vänner och familj så påverkas människors perspektiv på deras egna tankar utifrån vilken respons de får. Även om individen själv inte upplever konkreta negativa konsekvenser så får de insikt om att deras perspektiv är "avvikande" och annorlunda. Detta står i enlighet med tidigare forskning som visar på att individen som uppger depression har en djup och långvarig insikt om att "något är fel". Denna insikt sker i mötet mellan individens egna värderingar och deras miljö (Kroch et al 2021). De tankar som individen bedömer och upplever som negativa blir de tankar som associeras och används för att skapa tillståndet depression. Genom detta skapande så går individen från en situation där de tidigare upplevt sig som "avvikande" men nu istället ser sig själva som "sjuka". Genom att konstruera depression så får individen ett nytt perspektiv. Detta nya perspektiv förändrar hur de ser på sin situation och de negativa tankarna blir "depressiva tankar".

5.1.2.2 Onormala tankar

Några timmar dessförinnan hade jag fått en kraftig panik-ångestattack och haft otroligt starka självmordstankar. För att bli kvitt ångesten tog jag en överdos av värktabletter och lugnande medicin. Jag ville finna ro och lämna jordelivet och sluta vara onormal. Min väg ut ur lidandet var att dö. En 22-åring ville sluta leva, en ung kille tänkte lämna sina föräldrar, tre bröder, släkt, vänner, klasskamrater, lagkamrater och många fler i sorg (Eriksson 2017, s. 13)

En annan faktor i konstruktionen av depression är hur individen definierar normalitet. Empirin visar att beroende på vilken social kontext individen befinner sig i, så påverkas vad som anses som normala och onormala tankar. I ovanstående citat framkommer det att självmordstankarna inte framställs som negativa eller positiva, utan istället framställs som onormala. Självmordstanken upplevdes inte som negativ utan sågs istället som en väg ut ur lidande. Självmordstankar kan ur en aspekt förstås som negativa tankar, men kan också ses som en väg ut ur en situation där individen inte ser någon annan lösning. Vad individen upplever som normala och onormala tankar beror dels på deras individuella situation, dels på hur de står i förhållande till deras sociala miljö. När individen uppger tankar som familj och vänner bedömer som "onormala" så stärker detta individens syn på att de är annorlunda. Detta bidrar till att individen konstruerar depression för att förklara varför de har dessa onormala tankar. Tidigare forskning visar också att individen som upplever en depressiv episod har ett minne om deras "gamla jag" (Sternier et al 2020).

Minnet om en annan tid där man inte hade dessa onormala tankar blir ett bevis för att de lider av depression, då det inte finns någon bättre förklaringsmodell till varför de nu blir mer och mer socialt tillbakadragna och utanför. Upplevelsen av negativa och onormala tankar ses som en grundläggande aspekt i medicinska förståelsen av depression. Men vad som framkommer i empirin är att tankarna också genomgår en process. Från att individen upplevt en betydande negativ vändpunkt som utlöst negativa/onormala tankar så sker det en lång process där tankarna blir mer och mer avvikande från vad deras sociala miljö speglar tillbaka (ibid.). Genom att förklara deras avvikande tankar som en konsekvens av depression så skapas också en ny identitet. Tankarna som individen tidigare associerat med sig själv associeras nu istället med en ”sjukdom”. Genom att benämna sina tankar som ”depressiva” så distanserar sig individen från sina tankar, och uppger att de inte är i kontroll, som i till exempel Démans fall.

Återigen använde jag mig av pappas teori om att det varit en mognadsgrej och att jag bara behövt lära mig att ta ansvar. Det hade jag gjort nu. Jag har lärt mig av mina misstag. Till en början satsade jag bara några hundralappar per helg och under ganska lång tid lyckades jag hålla det så, men insatserna, riskerna och antalet spel ökade sakta men säkert. Och snart var jag fast igen i samma tankar (Déman 2019, ss. 101–102)

Depression används som en förklaring till varför individen inte kan kontrollera sina negativa och onormala tankar. Genom att skapa identiteten som ”sjuk” så lämnar individen över ansvaret för sin situation till sjukdomen, ett ansvar som de tidigare burit själva (Hänninen & Valkonen, 2019). Detta ser vi i hur individen berättar att de är ”fast” i samma tankar. Vad som individen värderar som ”depressiva tankar” kan inte reduceras till specifika tankar, utan är individuella utifrån vad hen anser som negativt och onormalt.

5.1.3 Depressiva känslor

Ett annat centralt tema som förekommer i konstruktionen av depression är värderingen av känslor. Beroende på vilka känslor individen upplever i en viss situation och hur individen tolkar dessa känslor, så påverkas deras syn på sig själv och sin situation. Beroende på vilket språk individen använder för att förmedla sina känslor så påverkar detta vilken värdering hen

ger de känslor. Depressiva känslor förekommer som en kategori för att förklara negativa och onormala känslor som individen inte har en bättre förklaring för.

5.1.3.1 Negativa känslor

Utanför restaurangen Vurma är det fullt av människor som njuter en kaffe med näsan mot solen. När jag ser dem drabbas jag av samma känsla av utanförskap som på pizzerian kvällen innan. För dem är det här ännu en vanlig dag och jag befinner mig i en parallell verklighet fylld av kaos och rädsla. I korsningen vid Hemköp bryter jag ihop och börjar gråta hejdlöst. Gråten går inte att hindra. Det känns mer som en fysisk reaktion än ett uttryck av sorg (Klint 2019 s. 35).

Negativa känslor är känslor en kategori som individen upplever skapar problematik i deras tillvaro. Vad individen bedömer som en negativ känsla är däremot beroende på vilken situation hen befinner sig i. I ovanstående citat förekommen sorg som den negativa känslan. Språket som används för att förmedla denna visar på att individen inte ser det som något kontrollerbart, utan som en "fysisk reaktion". I de medicinska diagnoserna av depression så förekommer specifika typer av känslor som skuld, självkänsla som huvudsakliga symptom av depression (APA 2020). I analys av människors berättelser så förekommer det inte dock en sådan tydlig distinktion, då många typer av känslor kan upplevas som negativa beroende på vilken situation individen befinner sig i. I Klints situation så hade hon efter flera månader fortfarande inte lyckats bearbeta sin sorg efter sonens död. Känslorna konstrueras i ett viss socialt sammanhang, som i Klint situation där hennes "roll" som mamma var av ytterst vikt till henne. När hon förlorade denna roll upplevde hon därefter starka känslor av skuld (Kroch et al 2021). Tidigare forskning visar på att negativa känslor i depression är de känslor som individen upplever som "smärtsamma"(Kroch et al 2021).

Vad individen tolkar som negativa känslor beror på hur deras sociala miljö ser ut. När individen förmedlar specifika känslor och det sociala umgänget bekräftar dessa som negativa, så blir individen mer benägen att se sig själv som "sjuk". Dessa negativa känslor, som tidigare individen identifierat sig själv med, ses nu istället som en konsekvens av en sjukdom som existerar inuti individen. Känslor som individen upplever eller förstår som negativa blir alltså de känslor som används för att konstruera depressionen. Denna konstruktion stärks ytterligare när individen sedan förmedlar sina känslor med förklaringen av att de är "sjuka". Individerna

upplevelser och förståelse av dessa depressiva känslor påverkas av vad som bedöms som meningsfyllt och vad som värderas inom den miljö de befinner sig i. I en situation där individen upplever enorm sorg efter ett dödsfall så tolkas detta inte som depression, men när sorgen kvarliggör en lång period därefter, så blir individen mer och mer säker i att deras känslor är avvikande. För Klint blev depression en förklaringsmodell till varför hennes sorg var av sådan effekt att hennes tillvaro blev mer och mer outhärdlig.

5.1.3.2 Onormala känslor

Jag hade en vild fantasi och kunde drömma om allt från att bo med hästar i skogen till att vinna på lotto och köpa ett stort hus till pappa. Jag drömde mig bort när jag tyckte att verkligheten var för jobbig. När jag kände mig ledsen eller när jag skämdes – och jag skämdes ofta under min uppväxt – över min pappa, min mamma, över att vi inte hade några pengar och framför allt över mig själv. Jag vet inte varför jag kände så mycket skam (Dahlberg 2018, s. 38).

Dahlberg förklarar redan i en tidig ålder hennes känslor av skuld och skam då hon såg sig själv som huvudsaklig faktor till alla problem som inträffat i hennes liv. Hennes depression uttrycks i form av känslor som hon inte kan förstå, som hon ser som onormala. Bedömningen av vad som är normalt och onormalt är både baserat på individen och deras sociala miljö. I Dahlbergs fall beskrivs skam och skuldkänslorna som ett fenomen som alltid funnits inuti henne, och som gjort henne avvikande. Detta har speglats tillbaka till henne i mötet med samhällets värderingar där hon blivit bemött av information som stärkt hennes identitet som onormal och avvikande. De onormala känslorna som individen bär eller som växer fram i samband med en signifikant händelse påverkar individen och deras förmåga att agera. Depression konstrueras för att förklara varför individens tillvaro ser ut på ett visst sätt.

Förmedlingen av känslor med hjälp av språk påverkar också hur allvarliga känslorna är. Att beskriva sin situation som ”svår” förmedlar en viss verklighet, och att förmedla sin situation som ett ”helvete” förmedlar en annan. Ibland kunde författarna beskriva en negativ självbild och i andra fall kunde denna känsla vara betydligt starkare och förklaras som självförakt. Depression beskrivs i tidigare forskning som en process i olika faser, där individens känslor kan förekomma i olika nivåer av allvar (Brygstad-Landro & Giske 2018) Långvariga negativa känslor som skapar problem i individens liv blir känslor som definieras som ”depressiva”

eller som associeras med depression. Detta står i kontrast till att individen till vis del präglas av sin sociala miljö, som värderar specifika känslor som negativa och onormala (ibid.). Dessa onormala och negativa känslor genomgår också en process under den depressiva episoden, där individen upplever en oro för att problematiken ska växa sig större och större.

Jag vet att hon har rätt men jag är rädd att släppa taget och bli lämnad ensam. Jag litar inte på min förmåga att klara av det här på egen hand. Jag är rädd för att sorgen ska övergå till något värre utan att jag kommer se att det händer. Hur ska jag kunna veta skillnaden mellan sorg och depression och vad som är normalt och onormalt att känna (Klint 2019, s. 60)?

I människors berättelser konstrueras depression som en kategori av känslor som individen och samhället upplever som negativa. Känslorna existerar alltid i en kontrast till individen, där de använder tidigare erfarenhet för att beskriva varför de befinner sig i en ”depression”. Minnet av det ”gamla jaget” som hade annorlunda känslor existerar som ett bevis för individen att de är ”sjuka” och i behov av stöd (Ridge 2018). De onormala och negativa känslorna som individen tidigare identifierat sig själv med distanseras genom skapandet tillståndet ”depression”. I samspel med det sociala sammanhanget som individen existerar i och de värderingar som de speglar till individen, så skapas kategorin ”depressiva känslor” utifrån individens försök att identifiera orsaken till hens utanförskap. Genom detta identifierande så börjar individen på en lång process, där de kommer till insikt att de måste konfrontera och bearbeta de känslor som orsakar smärta och problematik i deras tillvaro (Ridge 2018). Under denna process så kommer individen till nya insikter, antingen genom att de depressiva känslorna stärks eller lindras, vad hen behöver göra för att förändra sin situation.

5.1.4 Flykt till depression

Ett annat centralt tema i konstruktionen av depression är författarnas beteende. Beteendet i sig kan inte separeras från tankar och känslor och alla 3 faktorer samspelar med varandra. I vissa fall kan tankar eller känslor leda till ett specifikt beteende och i andra fall kan ett visst beteende väcka tankar eller känslor (Leao & Perelman 2017, s. 758). Beteendet motiveras dels på grund av de existerande depressiva tankarna och känslorna, dels av den sociala miljön som individen befinner sig i.

5.1.4.1 Motivation till konstruktionen av depression

Jag behövde bara knappa in personnumret från körkortet på maskinen för att få sätta igång. Det var härligt att spela. Jag gick igång på kickarna, kände mig levande och fri. Förlusterna försökte jag bortse ifrån. Jag bara fortsatte och fortsatte och väntade på en vändning. Och när det vände, när vinsterna kom, kände jag mig storslagen. I den känslan skulle jag kunna stanna för alltid (Déman 2019, s. 60).

Samtliga författare beskrev depressiva känslor och tankar, och det var vanligt förekommande att specifika tankar eller känslor motiverade ett beteende. Démans spelande på casino och hans konsumtion av alkohol kan ur en aspekt anses som ett beteende som han utförde för att minska hans uttryckta depressiva tankar och känslor. När han spelade på casino eller när han var alkoholpåverkad så menade han på att depressionen inte var lika jobbig för honom.

I analys av empirin så framkommer det motivation till att konstruera depression för att kunna förklara specifika beteenden. I samband med en betydande negativ vändpunkt som utlöste depressiva tankar och känslor, så hittar individen strategier för att hantera hens problematik. Det framkommer dock också en existerande önskan för att vara deprimerad, så att depressionen kan användas som en förklaring till ett visst beteende som individen inte vill upphöra med men vet är problematiskt. En förklaring är vad Bryggstad- Landro & Giske (2018) benämner som den tredje fasen i människors upplevelser av depression. Den tredje fasen är den period under individens depression där hen söker strategier för att "behandla" sina egna symptom och hittar verktyg för att minska de depressiva tankarna och känslorna. Individen är motiverad för att minska symptomen som orsakar betydande smärta och svårigheter i deras liv. Beroende på den sociala kontexten individen befinner sig i så är hen villig att delta i olika typer av beteende ifall det dämpar symptomen de upplever, som i Démans fall där spelet används som en distraktion för att inte behöva konfrontera hans depressiva tankar och känslor. Konstruktionen av depression blir en ursäkt för att motivera ett visst beteende, som ger individen vad hen vill ha på kort sikt, men som förvärrar och förlänger den depressiva episoden.

Beroende på individens egna värderingar och samhällets värderingar så påverkar detta hur villig individen är att konstruera depression. Genom att konstruera en depression som en

sjukdom, så skapar individen en möjlighet för sig själv att distansera sig själv från sitt eget beteende, och istället använda depressionen som motivation till varför hen utför ett visst beteende. I en social miljö där missbruk ses som mer allvarligt än depression, så är individen motiverad att välja depression som förklaring för att bortförklara och förminska sin situation. I en annan kontext är det möjligt att individen är mer motiverad att se sin problematik som en konsekvens av missbruk än depression.

En förklaring till varför individer motiveras till att konstruera depression är rädslan att konfrontera deras tankar och känslor (Kroch et al 2021) Genom att konfrontera de depressiva tankarna och känslorna så utsätter sig också individen för dessa sårbarheter. I fall där individen inte förmår att bearbeta sina tankar och känslor så väljer hen att istället undvika och söka distraktioner, som på kort sikt minskar symptomen men som på långt sikt förlänger den depressiva episoden (ibid.). Genom att konstruera depression så får individen en möjlighet till att ”skuldbelägga” depressionen för all problematik och inte ta något ansvar för deras situation. I mötet med den sociala miljön som finns runt individen så kan hen också vinna sympati och förståelse, istället för skuldbeläggas och dömas. En annan förklaring är att individen medvetet vill förstora sin problematik för att inte kunna lämna ifrån sig ansvar. Genom att kategorisera tankarna och känslorna som en konsekvens av depression, så får individen möjlighet att lämna ifrån sig ansvar som de kan använda för att övertyga sig själva att de inte kan ”fixa” sig själva utan istället behöver hjälp. Individen skapar en identitet som en ”sjuk” person, och kan använda denna ursäkt för att agera på ett sätt som annars hade upplevts som nedvärderande (ibid.). Genom att använda den negativa vändpunkten som förklaring till varför de väljer att dricka alkohol eller spela på casino, så kan de få förståelse och sympati från sin sociala miljö. Skapandet av depressionen blir ett verktyg som individen använder för att tillgodose specifika önskemål samtidigt som de kan lämna över sig allt ansvar över varför deras tillvaro blir mer och mer problematisk.

Jag hade så klart hört talas om spelmissbruk och spelberoende, med det var uttryck jag och mina kompisar hade använt på skoj på samma sätt som vi skojade om att någon som spårat ur på en fest var alkis. Det var inget jag på allvar kunde tänka mig drabbas av. En spelmissbrukare var för mig en ensam, tillknäppt och tragisk människa som satt framför datorn dygnet runt, och fortsatte spela trots att han redan spelat bort både pengar, jobb och relationer. Och sån var ju inte jag (Déman 2019, s. 93).

Depressionen används för att maskera ett missbruk som Déman inte vill acceptera, på grund av det sociala sammanhanget han befinner sig i. Genom att förklara sitt beteende med depression vinner han sympati från familj och vänner, som han inte tror han hade fått om han identifierat som missbrukare. Detta stöds i tidigare forskning, där upplevelser av depression förklaras av människor som en djup och långvarig insikt om att ”något är fel med mig” (Kroch et al 2021). Denna insikt kan sedan användas för att göra saker som individen annars hade fått dåligt samvete över, eller som hade bemötts illa av familj och vänner. Genom att använda depressionen som förklaring, skapar individer en ”fiende” som är utanför deras kontroll och vinner förståelse och sympati från sin miljö.

Jag blev alltid fullast på festen och kvällens dramaqueen. Jag kunde hoppa ut genom fönster, skrika, gråta, ringa Johan fyrtio gånger eller spela död. Att spela död blev lite av min grej. Det var det optimala sättet att få bekräftelse... De puttade på mig, ropade i mitt öra och försökte skaka liv i mig och jag njöt av uppmärksamheten. Jag var sedd. Jag var älskad (Dahlberg 2018, s. 69).

Ur en aspekt så kan händelsen visserligen ses som ett trauma som skapar en oförmåga att ta sig till skolan, men ur en annan aspekt kan traumat också ses som en ursäkt för Dahlberg att göra det hon vill, i stället för vad hon behöver för hennes egen psykiska hälsa. Skapandet av sjukdomen leder till en motivering som individen kan använda för att tillgodose känslomässiga behov som värderar högre än andra. De depressiva tankarna och känslorna som vändpunkterna utlöser används för att motivera ett visst beteende och inte behöva känna något personligt ansvar över sin situation. Beroende på vilken social miljö individen befinner sig i, så kan depression vara en fördel som individen använder för att inte behöva bete sig på ett sätt som annars hade bedömts som ”oacceptabelt” eller ”avvikande”. Det som tidigare bedömts som onormalt ses nu istället som en naturlig konsekvens av deras sjukdom. Individen kan använda depressionen som verktyg för att få en viss respons av sin miljö som hen önskar (Ridge 2018). Varkonnen (2019) förklarar att människor upplever depression i faser och att individer i andra fasen försöker ”lösa” sin depression genom att behandla de negativa tankarna och känslorna som de upplever. I analys av empirin framkommer dock två olika perspektiv. Ett perspektiv är en situation där individen allvarligt försöker bearbeta och behandla de bekymmer som präglar den depressiva episoden. Ett annat perspektiv är att där individen ”självmedicinerar” på ett sätt som förlänger den depressiva episoden, då fokuset ligger på symptomen istället för de bakomliggande orsakerna.

5.1.5 Sammanfattning

Konstruktionen av depression i människors liv sker genom ett samspel av vändpunkter, depressiva tankar och känslor. Individens egna personliga perspektiv samt den sociala kontexten som existerar runt individen påverkar vilka tankar och känslor som definieras som negativa och onormala. Vändpunkten som utlöser dessa tankar och känslor ses som början av den depressiva episoden. Individer skapar depression som en ”kategori” för de känslor och tankar som den rådande sociala kontexten bedömer vara negativa. De negativa tankarna och känslorna kombineras och förklaras som en sjukdom. Utlösandet av den depressiva episoden kan användas som en ursäkt att identifiera sig själv som ”sjuk”. Denna identitet kan användas till individens fördel beroende på vad hens värderingar och prioriteringar är. Denna identifiering ger individer möjlighet att motivera sitt eget agerande och beteende med att de försöker tillgodose sina känslomässiga behov som uppstår som konsekvens på grund av deras sjukdom. Med hänsyn till detta så finns det en betydande motivation i människors liv konstruera depression som en sjukdom och undvika det personliga ansvaret för deras egen situation. Genom denna konstruktion ges människor en möjlighet att agera på ett sätt som annars upplevts som avvikande eller oacceptabelt, men som nu istället kan tolkas som ett ”naturligt beteende”.

5.2 Mötet mellan diagnos och upplevelse

5.2.1 Bekräftelse

I föregående avsnitt så framstod depression som en konstruktion där individen upplever vändpunkter, tankar och känslor som bedöms och värderas som negativa och onormala. Detta bekräftas till vis del i hänsyn till tidigare forskning angående diagnoser av depression, där individer upplever en bekräftelse och en validering när deras tankar och känslor förklaras som *symptom* av depression (Montgomery 2016). Depressionen som individen konstruerat i deras liv bekräftas och individen får en ”legitim” etikett för sin psykiska ohälsa. Hankin (2019) förklarar att för en person ska kunna ges en depression diagnos i Sverige så måste minst 4 kriterier enligt ICD-10 diagnosen vara uppfyllda. Uppfyllandet av dessa diagnoskriterier sker lättare när individen känner igen sig i diagnoskriterierna.

Att leva med psykisk ohälsa är en ständigt pågående kamp. Stress, ångest, oro, minskad matlust och stora sömnproblem – det är några av de symptom som förekom i samband med min depression... Det betyder att fem eller sex av veckodagarna var tunga. De var fyllda av ångest, trötthet och nedstämdhet. Om någon skulle döma mitt mående efter de få bra dagarna hade jag aldrig fått möjligheten att återhämta mig (Eriksson 2017, s. 78).

Efter Erikssons suicidförsök så fick han diagnosen *svår depression*. Detta innebär att i mötet med psykiatrin så bedömde läkaren att han uppfyllt alla 3 huvudkriterier samt 5 andra kriterier som redovisas i ICD-10. En sådan diagnos innebär att en individ har betydande svårigheter att fullfölja sina dagliga aktiviteter i sitt liv (Socialstyrelsen 2019). I bemötandet med behandlingen och diagnoskriterier så upplevde Eriksson en validering för hans svårigheter, och denna validering stärktes när behandlingen han fick fungerade. Behandlingens positiva effekt blev ett bevis för honom som konfirmerade att han varit sjuk. Denna positiva effekt uppkommer också i Klints bemötande med behandling, där hon hennes känslor och tankar valideras i mötet med psykiatrin. Bekräftelsen kan ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv förstås som ett harmoniskt möte mellan både individens värderingar och den sociala miljöns värderingar. När individens berättelse om depression värderas av samhället som en sjukdom, så känner sig individen validerad. Bekräftelsen sker i en situation där språket individen använder för att beskriva sin depression matchar de medicinska diagnoserna. Bekräftelsen ger individen hopp om sin framtid, och hopp att kunna återfinna det ”gamla jaget” och det ”färgglada” livet som existerat innan den depressiva episoden (Ridge 2018). Genom att få diagnosen depression så får de ett bevis för deras erfarenheter. Genom att få bekräftelsen från diagnoserna att deras erfarenheter orsakats av en sjukdom så får de hopp om att kunna botas, och individen lyckas separera sig själv från de depressiva symptomen som de tidigare identifierat sig själva med. I samband med denna bekräftelse så får individen en ny bild av vad normalitet är, och ett hopp om att kunna återgå till ett normalt liv (Stern et al 2020)

Hon lyssnar uppmärksamt, ställer enstaka frågor och antecknar då och då i boken. När jag är klar har tiden för vårt samtal runnit ut. Jag ser att hon har tårar i ögonen... Trots detta känner jag mig ändå lättare inombords när jag går därifrån. Det är som att bördan lättar lite för varje gång jag delar med mig min historia (Klint 2019, 74)

Denna känsla av validering uppkommer enligt (Hänninen & Valkonen 2019) som en konsekvens när individen börjar i sin tredje fas av den ”depressiva episoden”. Den tredje

fasen beskrivs som perioden där individen lär sig att öppna upp sig för andra och dela med sina upplevelser av utanförskap och isolation. När depressiva tankar och känslor beskrevs och förstods som symptom av depression, så upplevde individerna en klarhet för sin situation.

Nu har jag en helt annan känsla i kroppen. Jag är uppfylld av ett behagligt lugn och kan njuta av den vackra sommarkvällen. Tänk ändå hur mycket samtalen med Britt påverkar mig. För det mesta vandrar tankarna iväg efter bara några minuter. Men jag upplever att övningen hjälper lite i alla fall. Jag får en kort stund vila från mina egna tankar... De följande veckorna upprepar jag övningen ofta (Klint 2019, ss. 113–114).

Anledningen till lättningen som samtalen med psykologen skapar kan förklaras med Basu & Dixit (2021) forskning om varför psykisk ohälsa ökat och varför depression är den ”moderna sjukdomen”. Forskningen visar på att i och med samhällets utveckling så har individers liv blivit mer och mer komplexa och det individuella ansvaret har ökat. Denna komplexitet, när den överstiger en viss gräns, resulterar i depressiva känslor och tankar hos individen. När Klint fick KBT övningar så upplevde hon en validering och en förändring i hennes depressiva episod. Denna förändring kan beskrivas som början på den fjärde fasen av depression där individen återigen försöker engagera sig i sin tillvaro och aktivt försöker bekämpa deras känslor och tankar av isolering och utanförskap (Kroch et al, 2021). Genom att deras känslor av utanförskap och isolering förklaras med depression så blir individen motiverad till att återigen delta och engagera sig i sin miljö, då den nu istället associerar utanförskapet med sjukdomen istället för ”självet”.

Det som individen tidigare uttryckt som onormala tankar och känslor eller negativa tankar och känslor, blir nu i stället symptom av en sjukdom som måste bekämpas. Förändringen i perspektiv som sker i mötet med diagnoskriterierna och behandlingen kan beskrivas som en personlig insikt som individen får, där perspektivet ändras från att ”något är fel med mig” till att ”jag är sjuk”. Denna personliga insikt blir början på *återhämtningsprocessen* som antingen kan ske i form av professionell hjälp, eller genom att tillgodose de känslomässiga behoven som utlöser symptomen av depression (Kroch et al 2021). Bekräftelsen som individen upplever sker också när behandlingen möter individens individuella behov. I Klint situation så var komplexitet och överväldigande negativa tankar det som orsakat henne övervägande problem. I mötet med KBT behandlingen så upplevde hon en lindring i dessa symptom. Lindringen av symptom bygger en självsäkerhet i instinkter, där individen upplever ett

starkare förtroende för deras egna upplevelser som "verkliga" och meningsfulla. Dessa erfarenheter stärker återigen individernas idé om att de kan bli botade från deras sjukdom.

Där inne finns inga falska fasader. Vi patienter är medvetna om att vi gör våra livs tyngsta resor. Det är ingen som vill vara inlagd, men vi förstår ändå nödvändigheten av vård och trygghet i det sköra skick vi befinner oss i (Eriksson 2017, s.80).

Ridge (2018) menar på att denna självinsikt kan ske i mötet med diagnoskriterier, där individen upplever en klarhet för sin situation som de tidigare inte kunnat förklara, som det var i ovanstående situation efter att Eriksson fått ett LPT och diagnosen *svår depression*. Acceptansen för behovet av trygghet och vård kan förstås som en del av den fjärde och slutliga fasen av depression, där individen inser vad hen behöver göra för att förändra sin situation och känner sig motiverad för att genomföra denna ändring (Bryggstad-Landro & Giske 2018). När diagnoserna bekräftar individernas berättelser av depression så upplever individen också en tillhörighet. Individens värderingar, som tidigare upplevts som avvikande och onormala, hamnar nu i en miljö där hen känner tillhörighet. Det som tidigare upplevts som en "unik" situation har nu blivit en sjukdom som inte är specifik till individen. Denna tillhörighet och bekräftelse leder till återkoppling mellan individ och den sociala miljön, som individen upplever som positiv.

5.2.2 Missförstånd

I föregående avsnitt analyserades hur diagnoserna kan uppmärksamma och validera människors erfarenhet av depression. Men diagnoserna skapar också ett "objektivt" ramverk som ska användas i arbetet för att "upptäcka" depression. Detta görs genom skapandet av de 7 kriterierna som används i ICD-10 (Hankin 2019). Diagnoserna används inte som sociala konstruktioner, vilket (Wang 2013) menar på att de är, utan används i stället som ett objektivt och "värderingslös" manual. I Sverige så ska alla diagnoser kodas enligt ICD-10, men psykiatri och sjukvården använder DSM 5 manualen också som hjälpande verktyg. Användandet av denna manual påverkar beslut gällande vilken diagnos som bör ges till individer. I empirin så framkommer missförstånd mellan individ och diagnos. Detta ser vi i situationer där individer i mötet med diagnoskriterierna "sorteras" bort eftersom de bedöms ha ett annan problematik än vad de själva uppger. I mötet med diagnosen och vården så förvrängs deras berättelser till något annat än vad de själva uppger. Även fast individerna har

konstruerat en depression i deras berättelser, så valideras denna inte då deras berättelser skiljer sig från de specifika symptomen. Socialstyrelsen (2019) menar på att en depression diagnos inte ska ges när en annan diagnos passar bättre. Vad som däremot framkommer i empirin är depressiva episoder där individerna använder sig av exempelvis alkohol eller spelande för att självmedicinera och bota de depressiva tankarna och känslorna. Vad diagnoserna istället uppmärksammar är ett missbruk som orsakar symptom som liknar depression men är ett annat fenomen.

Det kändes inte så. Vem fan ville ha mig? Så fort jag fick några klunkar alkohol i kroppen bytte jag från trasig självkänsla till större och större självförtroende. Jag tittade mig i spegeln och tänkte: Klart att någon vill ha mig... Utan en mans uppmärksamhet kände jag mig tom och värdelös (Dahlberg 2019, s. 100).

Ovanstående citat är ett följande exempel på självmedicinering, som i tidigare forskning beskrivs som den tredje processen under den depressiva episoden, där individen söker och använder strategier för att dämpa de depressiva tankarna och känslorna. Ur detta perspektiv kan det ses angeläget att en diagnos för depression borde ges till henne, men vad som händer i mötet med psykiatrin är att fokus i stället koncentreras på hennes missbruk. Varför händer detta? En förklaringsmodell till hur detta missförstånd sker är användningen av DSM-5 manualen som hjälpande verktyg. En av skillnaderna mellan dessa manualer är att DSM-5 betonar vikten att undersöka ifall en individ har ett underliggande missbruk innan en diagnos för depression skrivs ut (Truschel 2020). Ett missbruk kan utlösa psykosomatiska symptom som kan ”visa” sig som symptom av depression.

I mötet mellan diagnoserna och individernas upplevelser kan detta missförstånd ske. Detta missförstånd kan tolkas som en krock mellan individens värderingar och den sociala miljöns värderingar, där individen känner sig ännu mer avvikande och utanför än tidigare då deras berättelse och erfarenheter förnekats eller förändrats till något annat än vad de själva upplevt. Detta står i enlighet med Hänninen & Valkonnens (2019) förklaring om hur individer som befinner sig i en depressiv period går igenom olika faser. Efter att ha kommit till insikten att ”något är fel med mig” så har hon påbörjat sitt sökande av strategier för att förbättra sitt eget mående. Alkoholen blir för henne en ”självmedicinering” som används för att hon ska kunna engagera sig i sitt liv och tillgodose hennes känslomässiga behov. Användandet av alkohol blir ett verktyg som används för ”bryta” känslan av utanförskap och för att kunna engagera

sig i sitt liv. När detta missförstånd sker så stärks de depressiva tankar och känslor som individen har, speciellt när behandlingen inte reflekterar problematiken. Beroende på om läkaren använt sig av DSM-5 eller endast använt sig av ICD-10 så kommer hens tolkning av individens berättelse att se olika ut.

Jag är övertygad om att jag levt så här länge tack vare alla piller jag stoppat i mig. Utan drogerna skulle jag tagit livet av mig för många år sedan. Utan drogerna skulle jag varit död. Så är det. Men drogerna löser inte mina problem. Drogerna är ingen quick fix (Heberlein 2009, s. 24).

I mötet med diagnoskriterier så förstås hennes problematik, med användning av DSM 5, också som en potentiell konsekvens av ett existerande substans missbruk. Vad diagnosen missförstår är däremot individens förståelse för det egna beteendet, där Heberlein vet att drogerna inte är en lösning men att hon behöver dem för att hålla sig vid liv eftersom hon inte får behandling för sin depression. Hennes berättelse reduceras till ett substansmissbruk och hon stannar i den tredje processen, självmedicineringen, en längre period som också förlänger den depressiva episoden.

Så här i efterhand verkar det märkligt att jag inte fick hjälp i form av medicin långt tidigare. Varför väntade läkarna i sju år för att skriva ut antidepressiva? Jag var ju uppenbart sjuk, i många år. Jag sökte hjälp gång på gång, träffade ett antal mer eller mindre värdelösa terapeuter, kuratorer och psykologer (Heberlein 2009, s. 26).

Missförståndet som uppkommer i mötet med diagnoskriterierna och behandlingen skapade en smärtsam paradox, där individen samtidigt upplever ett behov att söka hjälp och försöka bota sin problematik, men samtidigt tvingas konfrontera problematiken i sökandet (Kroch et al 2021). På grund av att vissa individers berättelser reduceras till substansmissbruk eller andra diagnoser och deras upplevelse av depression inte valideras så blir individerna motiverade till att uttrycka sig på ett annorlunda sätt, att använda ett annat språk för att förmedla sina upplevelser. Detta leder till att individen själv förvränger sin upplevelse för att kunna ”checka” av symptomen som diagnoserna förutsätter. Detta leder till att även om individer får diagnosen depression, så blir behandlingen illa anpassad till individen då hens individuella behov och situation förändrats utifrån det ”trånga” utrymme som diagnoskriterierna skapar.

6 Avslutande diskussion

Syftet med denna studie har varit att undersöka människors individuella upplevelser av depression och hur dessa berättelser förstås i mötet med diagnoskriterier. I detta avslutande kapitel reflekterar jag angående studiens resultat och hur studien besvarat på frågeställningen samt vilka slutsatser som kan tas utifrån undersökningen.

6.1.1 Slutsatser

Människors berättelser av depression står i kontrast till vad de medicinska diagnoserna uppger. Depressionen konstrueras i människors berättelser genom både individuell och social värdering av specifika beteende, tankar och känslor. Beroende på vilket värde specifika tankar och känslor får i individen så kategoriseras dessa som depressiva tankar och känslor. Dessa tankar och känslor utlöses av signifikanta händelser av negativ karaktär som leder till en betydande och långvarig förändring i individens tillvaro. I samband med denna signifikanta erfarenhet så blir individen också motiverad till att konstruera depression i sitt liv för att kunna kategorisera och värdera sina erfarenheter. Genom denna kategorisering får individen en tydlig förklaringsmodell för hans erfarenheter och kan använda den konstruerade sjukdomen som ett motiv till att agera på sätt som i en annan kontext hade bedömts som onormalt och ansvarslöst. Depressionen skapas som en kategori för både individens negativa/onormala tankar och känslor.

I mötet med behandlingen så skapar diagnoserna både bekräftelse och missförstånd. Bekräftelsen sker där individens upplevelse av depression står i enlighet med diagnoskriterierna, och individen känner sig validerad i att de fått bevis för deras erfarenheter. Missförstånd sker i mötet mellan berättelser och diagnos sker däremot när individens erfarenheter inte stämmer igen med diagnoskriterierna eller när läkaren misstolkar individens problematik och väljer att sätta en annan diagnos som inte är i kongruens med individens egna erfarenheter.

6.1.2 Diskussion av resultat

Syftet med studien var att ta flera steg tillbaka i den rådande samhällsdebatten gällande depression och istället för att fokusera på behandling och diagnostik, fokusera på hur

depression bör definieras. Motivationen till att genomföra denna studie är att depression som mer och mer människor får diagnosen depression (Socialstyrelsen 2019). I samband med att depression som socialt problem växer sig större och större så visar rådande behandling blandade resultat, där endast 50 % av alla individer får remission för depression efter två behandlingsprogram.

På grund av denna bristande effektivitet, och ett allt mer växande behov av effektiv behandling och diagnostik, så har denna studie ämnat att återigen försöka definiera depression utifrån ett socialkonstruktivistiskt perspektiv. Vad studien därmed visar är att rådande diagnossystem inte är tillräckliga för att fånga upp människors unika berättelser av depression. Diagnoserna missar väsentliga erfarenheter, tankar och känslor som människor inte kan separera från depression. Diagnoserna reducerar depression till ett fåtal specifika symptom, men i människors berättelser så uttrycker sig depression på ett betydligt rikare och varierat sätt. Reduceringen av människors berättelser och missförstånden som sker i mötet mellan människors erfarenheter och diagnoserna kan vara en anledning till den bristande effektiviteten av behandling, men för att dra sådana slutsatser hade ytterligare studier behövts. I analysen av empirin visade det sig omöjligt att reducera människors upplevelser till specifika symptom som diagnoserna gör. Vad studien istället åstadkom är att separera människors tankar och känslor som associeras med depression, och hur individens och den sociala miljön individen befinner sig i påverkar hur depression uttrycker sig och hur den förstås i individens liv. I vidare studier hade det varit angeläget att undersöka till vilken nivå människor som erhåller en diagnos av depression känner att deras erfarenheter och upplevelser reduceras av diagnoserna. Om det vore så att en sådan studie visade på att människor upplevde en betydande reduktion, så är det angeläget att ifrågasätta den gällande samhällsbilden av depression och de gällande diagnoserna vi använder för att bemöta människor som är deprimerade.

7 Referenslista

Ahrne, Göran & Peter Svensson (2015) *Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt*. I. Ahrne, Göran & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Upplaga 2. Stockholm: Liber AB

American Psychiatric Association (2020) *What is depression?* (<https://psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>] Hämtat: 2022-03-10.

Basu, Sabnam & Shika Dixit (2021) Increasing Choices or Decreasing Hope? Explaining the Revising Prevalence of Depression From a Decision-Making Perspective. *Psychological Reports*, 125 (2) 681-702.

Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Upplaga 2. Stockholm: Liber AB

Bryman, Alan (2016) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Upplaga 3. Stockholm: Liber AB
Rennstam, Jens & David Wästerfors (2015) *Från stoff till studie- Om analysarbete i kvalitativ forskning*. Lund: Studentlitteratur

Brookfield, Samuel, Lisa Fitzgerald, Linda Selvey & Lisa Maher (2019) Turning points, identity, and social capital- A meta-ethnography of methamphetamine recovery. *International Journal of Drug Policy*, 67 (1) 79-90

Burr, Vivien (2015) *Social constructionism*. London: Routledge.

Bygstad-Landro, Marte & Tove Giske (2018) Risking existence: The experience and handling of depression. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (3-4) 514-522.

Dahlberg, Josefin (2018) *Idag är jag fri*. Lava Förlag

Déman, Carl & Helén Blurberg (2019) *Med livet som insats – min historia*. Lind co

Depue, Kristina M., Andrew J. Finch & Maury Nation (2014) The Bottoming-Out Experience and the Turning Point: A Phenomenology of the Cognitive Shift from Drinker to Nondrinker. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 35 (1) 38-56

Depue, Kristina M., Andrew J. Finch & Maury Nation (2014) The Bottoming-Out Experience and the Turning Point: A Phenomenology of the Cognitive Shift from Drinker to Nondrinker. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 35 (1) 38-56

Doktorn (2022) Medicinhistoria: *Depressionsbehandling – förr och nu*. [<https://www.doktorn.com/artikel/medicinhistoria-depressionsbehandling-f%C3%B6rr-och-nu/#:~:text=tusen%20%C3%A5r%20tillbaka,-,Inneb%C3%B6rden%20i%20depression%20beskrevs%20av%20Hippokrates%20f%C3%B6r%202500%20%C3%A5r%20sedan,var%20att%20undvika%20svart%20mat>] Hämtat: 2022-04-05.

Eriksson, Charlie, Ullakarin Nyberg & Peter Björning (2017) *Aldrig ensam*. Lava förlag

- Folkhälsomyndigheten (2022) *Statistik psykisk hälsa*.
[<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/>] Hämtad 2022-04-05.
- Folkhälsomyndigheten (2018) *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? – utvecklingen under perioden 1985–2014*
[<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/628f1bfc932b474f9503cc6f8e29fd45/varfor-psykiska-ohalsan-okat-barn-unga-18023-2-webb-rapport.pdf>] Hämtat: 2022-02-19.
- Folkhälsomyndigheten (2018) *Psykisk hälsa och suicidprevention – lägesrapport 2018*
[<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/49e2c585bddc480798d89683650ca67d/psykisk-halsa-suicidprevention-lagesrapport-2018-19006.pdf>] Hämtat: 2022-02-25.
- Hankin, Benjamin L., (2019) *A choose your own adventure story: Conceptualizing depression in children and adolescents from traditional DSM and alternative latent dimensional approaches*. Illinois: Elsevier.
- Heberlein, Ann (2009) *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva*. Mondial
- Hjärnfonden (2021) *Vad är depression?* [<https://www.hjarnfonden.se/om-hjarnan/diagnoser/depression/>] Hämtat: 2022-03-05.
- Hänninen, Vilma & Jukka Valkonen (2019) Losing and Regaining Grip: Depression and Everyday Life. *SAGE Open*, 9 (1) 1-9.
- Javadekar, Archana, Shravani Javadekar, Suprakash Chaudhury & Daneil Saldanha (2021) Depression, anxiety, stress, and sleep disturbances in doctors and general population during COVID-19 pandemic. *Industrial Psychiatric Journal*, 30 (1) 20-24.
- Internetmedicin (2021) *Depression hos vuxna*.
[<https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/psykiatri/depression-hos-vuxna/>] Hämtat 2022-03-19.
- Kearney, Margaret H. & Joanne Sullivan (2003) Identity Shifts as Turning Points in Health Behavior Change. *SAGE Journals*, 25 (2) 134-152
- Klint, Helen (2019) *Året efter Aaron - en berättelse om sorg, längtan och att ta sig tillbaka*. Blue Publishing
- Korhonen, Kaarina, Heta Moustgaard, Lasse Tarkiainen, Olof Östergren, Giuseppe Costa, Stine Kjaer Urhoj & Pekka Martikainen (2021) Contributions of specific causes of death by age to the shorter life expectancy in depression: a register-based observational study from Denmark, Finland, Sweden and Italy. *Journal of Affective Disorders*, 295 (1) 831-838.
- Kroch, Ella, Mary Breheny, Kirsten van Kessel & Joanne Taylor (2021) *Order and Disorder: Navigating Narrative Tensions in the Experience of Treatment Resistant Depression*. Auckland: US: Educational Publishing Foundation.

Lieberman, Jeffrey A., Robert Golden, Scott Stroup & Joseph McEvoy (2000) Drugs of the psychopharmacological revolution in clinical psychiatry. *Psychiatric services*, 51 (10): 1254-1258.

Matzger, Helen, Lee Ann Kaskutas & Constance Weisner (2005) Reasons for drinking less and their relationship to sustained remission from problem drinking. *Addiction*, 100 (11) 1637-1646

Johnsson, Eva (2002) *Självordsförsök bland narkotikamissbrukare*. Lund: Kfs AB.

Jermy, Bradley S., Kylie P. Glanville, Jonathan R. I. Coleman, Cathryn M. Lewis & Evangelos Vassos (2021) Exploring the genetic heterogeneity in major depression across diagnostic criteria. *Molecular Psychiatry*, 26 (12) 7337-7345.

Knudson, Marija, Siri Svanoe & Mackensie Tappe (2008) *The social construction of depression at St. Olaf College*. Minnesota: Olaf College

Lewis, Sian Elizabeth (1995) *The social construction of Depression: Experience, Discourse and Subjectivity*. Sheffield: Department of Psychology and Psychiatry.

Praktisk medicin (2020) *Depression hos vuxna*,
[<https://www.praktiskmedicin.se/sjukdomar/depression/#:~:text=Egentlig%20depression%2C%20unipol%C3%A4r%2C%20karakteriseras%20av,eller%20minskad%20gl%C3%A4dje%20m%C3%A5ste%20f%C3%B6religga.>] Hämtat: 2022-03-16.

Psycom (2020) *Depression Definition and DSM-5 Diagnostic Criteria*
[<https://www.psycom.net/depression-definition-dsm-5-diagnostic-criteria/>] Hämtat: 2022-03-17.

Thomassen, Magdalene (2007) *Vetenskap, kunskap och praxis – introduktion i vetenskapsteori*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

T Leão, J Perelman (2017) Depression symptoms as mediators of inequalities in self-reported health: the case of Southern European elderly. *Journal of Public Health*, 40 (4) 756–763.

Rennstam, Jens & David Wästerfors (2015) *Från stoff till studie- Om analysarbete i kvalitativ forskning*. Lund: Studentlitteratur

Rennstam, Jens & David Wästerfors (2015) *Att analysera kvalitativt material*. I. Ahrne, Göran & Peter Svensson (red.) Handbok i kvalitativa metoder. Upplaga 2. Stockholm: Liber AB

Ridge, Damian (2018) Making sense of the evolving nature of depression narratives and their inherent conflicts. *Subjectivity*, 11 (2)

Socialstyrelsen (2017) *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna*.
[<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2017-12-29.pdf>] Hämtad: 2022-03-14.

Socialstyrelsen (2019) *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom – Huvudrapport med förbättringsområden*.

[<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-5-12.pdf>] Hämtat: 2022-03-02).

Sutin, Angelina R., Paul T. Costa Jr., Elaine Wethington & William Eaton (2010) Perceptions of Stressful Life Events as Turning Points Are Associated with Self-rated Health and Psychological Distress. *Anxiety, Stress & Coping*, 23 (5) 479-492

Solek, Przemyslaw, Jennifer Mytych, Anna Tabecka-Longcynska & Marek Kozirowski (2021) Molecular Consequences of Depression Treatment: A Potential In Vitro Mechanism for Antidepressants-Induced Repototoxic Side Effects. *International Journal of Molecular Sciences*. 22 (11855) 1-19.

Wang, Fang (2013) *A Social Constructionist Analysis of the Discourse of Mental Depression in British and Chinese News– A Corpus-based Study* Birmingham: Department of English School of English, Drama, and American & Canadian Studies College of Arts and Law.

Wenneberg, Søren B (2010) *Socialkonstruktivism- positioner, problem och perspektiv*. Malmö: Liber.

World Health Organization (2022) *Mental health*. [https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1] Hämtat: 2022-02-05.

World Health Organization (2013) *Comprehensive mental health action plan 2013-2020*. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf?ua=1] Hämtat: 2022-02-14.

World Health Organization (2019) *Mental disorders*. [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>] Hämtat: 2022-03-12.

Kroch, Ella, Mary Breheny, Kirsten van Kessel & Joanne Taylor (2021) *Order and Disorder: Navigating Narrative Tensions in the Experience of Treatment Resistant Depression*. Auckland: US: Educational Publishing Foundation.

8 Bilagor

Meningsenhet	Kondensering	Kodning	Undertema	Tema
”Jag känner mig alltid så förbannad och ledsen och vet inte vad jag ska göra åt mitt liv. Mina tankar går alltid om hur hopplöst allting är och hur jag aldrig kommer att kunna förändring mig. Depressionen har blivit en del av mig som jag inte kan komma ifrån. Dessa onormala och negativa tankar kan jag inte komma ifrån. Att vara deprimerad är hemskt”	Mina tankar går alltid till hur hopplöst allting är. Depression är en del av mig. Dessa onormala och negativa tankar kan jag inte komma ifrån. Att vara deprimerad är hemskt”	Upplevelser i depression	Negativa tankar Onormala tankar	Depressiva tankar