



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Motivation, mening och förändring i depressionsbehandling

- en kvalitativ studie om patientupplevelser

Axel Andersson

Psykologexamensuppsats. 2022

Handledare: Per Johnsson
Examinator: Erwin Apitzsch

Abstract

The purpose of this study was to examine patients' experiences of psychological treatment for depression, with an emphasis on motivation, meaning, and change. The study used qualitative methods, specifically thematic analysis with a critical realist epistemological foundation. Five adult participants were recruited and interviewed with semi-structured interviewing techniques. The material was transcribed, coded, and compiled into themes. The first main theme was concerned with the process of seeking professional help, the second theme was about the content of therapy itself, and the last theme related events and life circumstances to therapy and perceived mental health. The analysis and discussion highlight the importance of dealing with existential concerns that depressed patients with high degrees of hopelessness and meaninglessness may have, as a part of building a therapeutic alliance. Motivation to change may be created by uncovering repressed feelings that could be made available by discussing fundamental existential realities. The study also identifies possible negative effects on depressed patients' mental health pertaining to the structure of the healthcare system. Methodology, clinical value, and implications for future research are discussed.

Keywords: major depression, thematic analysis, therapeutic processes

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka patienters upplevelse av psykologisk behandling för depression, med betoning på mening, motivation och förändring. Studien använde kvalitativ metodik, specifikt tematisk analys med en kritisk-realistisk epistemologisk grund. Fem vuxna deltagare rekryterades och intervjuades semi-strukturerat. Materialet transkriberades, kodades och tematiserades. Det första temat handlade om processen att söka hjälp, det andra temat handlade om innehållet i själva terapin och det sista temat handlade om hur livsomständigheter tycks koppla till terapi och mående. Analysen och diskussionen understryker vikten av att bemöta deprimerade patienter med hög grad av hopplöshet och meningslöshet i deras existentiella frågeställningar, som en del av att bygga terapeutisk allians. Motivation till förändring tycks nära sammankopplat med undantryckta känslor som möjligtvis kan tillgås genom att diskutera existentiella grundförutsättningar. Studien belyser också möjlig negativ påverkan på deprimerade individers mående till följd av vårdsystemets strukturella utformning. Metodologi, kliniskt värde och implikationer för framtida forskning diskuteras.

Nyckelord: egentlig depression, tematisk analys, terapiprocesser

Tack!

Ett stort tack till alla er som deltog i studien! Utan er generösa villighet att dela med er av era upplevelser hade denna studie inte kunnat genomföras. Jag vill därtill tacka min handledare Per, för din praktiska vägledning och hjälp, men framför allt för att du stöttat mig när jag varit stressad och fylld av tvivel. Slutligen vill jag med stor kärlek tacka mina nära och kära samt alla er som kommit med glada tillrop under denna tid. Ni har betytt mer än ni tror!

Innehållsförteckning

Motivation, mening och förändring i depressionsbehandling – en kvalitativ studie om patientupplevelser	1
Syfte	5
Forskningsfrågor	5
Metod.....	6
Ontologisk och epistemologisk grund	6
Rekrytering	7
Deltagare	7
Datainsamling	8
Analysmetod	8
Tematisk analys.....	8
Kvalitetskriterier och reflexivitet i kvalitativ forskning	10
Kvalitetskriterier.....	10
Reflexivitet	12
Etik.....	12
Resultat	13
Att sträcka ut en hand i ett nattsvart mörker	13
Hopp om en ljusning	14
Att kollidera med vårdsystemet.....	15
Terapins innehåll.....	17
Rätt terapeut för rätt patient.....	17
Nya perspektiv.....	19
Allt det som händer utanför terapirummet.....	22
Ensam bland andra	22
Praktikaliteternas värld.....	24
Diskussion	25
Att sträcka ut en hand i ett nattsvart mörker	25
Terapins innehåll.....	28
Allt det som händer utanför terapirummet.....	31

Studiens styrkor och svagheter	34
Kvalitetskriterier.....	34
Reflexivitet och tolkning.....	37
Implikationer för klinisk praktik och vidare forskning.....	38
Slutsatser.....	39
Referenser.....	41
Bilaga 1. Annons	48
Bilaga 2: Intervjuguide	50
Bilaga 3. Forskningspersonsinformation.....	51
Bilaga 4: Samtyckesblankett	54

Motivation, mening och förändring i depressionsbehandling – en kvalitativ studie om patientupplevelser

Depression karaktäriseras av känslor av nedstämdhet, minskat intresse för tidigare lustfyllda aktiviteter, koncentrationssvårigheter, låg självkänsla, hopplöshet, suicidtankar, förändrad aptit och sömn samt fysisk trötthet (World Health Organization, 2019). Sjukdomen är ett av samtidens största folkhälsoproblem och är tillsammans med ångestsyndrom på global nivå högt upp på listan över icke-dödlig förlust av hälsa (World Health Organization, 2017). Covid-19-pandemin har vidare förvärrat situationen ytterligare då depressiva tillstånd och ångesttillstånd har ökat i prevalens markant i takt med pandemin, med en uppskattad global ökning av egentlig depression motsvarande 27,6% till följd av pandemin (Santomauro et al., 2021). Den tilltagande globala ökningen och den börda depressiva tillstånd utgör för samhället och individen ställer höga krav på behandlingar med god effekt.

Det finns en stor mängd litteratur som visar att det finns effektiva behandlingar för depression, i synnerhet antidepressiva läkemedel i kombination med psykoterapi (Cuijpers et al., 2020). I Sverige är rådande klinisk rutin vid behandling av egentlig depression beroende av svårighetsgrad i denna och är, för lindrig till medelsvår depression, kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell psykoterapi (IPT), läkemedelsbehandling, fysisk aktivitet och psykodynamisk korttidsterapi (korttids-PDT) (Socialstyrelsen, 2021). Vid medelsvår till svår depression kan medicinska interventioner som elektrokonvulsiv behandling (ECT), magnetstimulering (rTMS) och annan medicinering användas (Socialstyrelsen, 2021). KBT, IPT och korttids-PDT faller alla inom paraplybegreppet psykologisk behandling.

Trots intensiv debatt är det dock inte tydligt om det är någon skillnad i behandlingseffekt mellan olika former av psykoterapi (Linde et al., 2015; Shinohara et al., 2013). Även om behandlingar påvisar tydlig effekt så förblir verkligheten att upp mot hälften av patienter som får psykoterapi inte svarar på behandling och endast en tredjedel når remission (Cuijpers et al., 2021). Det är viktigt att understryka att dessa siffror påvisar en mycket god effekt jämfört med kontrollförhållanden, men samtidigt är det en stor andel av patientgruppen som inte nås av våra bästa behandlingar. Detta motiverar innovation och vidareutveckling av befintliga metoder.

Läget kompliceras ytterligare av att det är metodologiskt mycket svårt att etablera sambandet mellan mediator och symtomlindring vid depressionsbehandling. Med andra ord är det inte tydligt exakt vad som leder till förbättring vid behandling med psykoterapi, utan tros

vara ett komplext nätverk av förändringsmekanismer (Lemmens et al., 2016). Midgley et al. (2014) har argumenterat för brister i kvantitativ metodik, då randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier) har svårt när det kommer till att klargöra mångfacetterade mekanismer för förändring i terapi. De menar att en *mixed-method approach*, d.v.s. att integrera kvalitativ och kvantitativ forskning skulle ge ett ökat förklaringsvärde och brygga gapet till klinisk praktik (Midgley et al., 2014). På ett liknande sätt menar Hill et al. (2013) att kvalitativ metodik även erbjuder oss möjligheten att undersöka utfall på ett mer nyanserat sätt, inte bara själva terapiprocessen, då patienten inte är bunden av på förhand definierade utfallsmått.

Att konstatera att en behandlingsmetod har ett visst statistiskt utfall för en viss patientgrupp räcker emellertid inte i klinisk verksamhet, då det finns ett behov av att undersöka de processer som leder till förändring i psykoterapi för att kunna ta korrekta beslut om implementering av behandling (Norcross et al., 2006). Doss (2004) har argumenterat för att utfall är kopplat till en kedja av förändringsprocesser, bestående av både processer relaterat till terapins innehåll och klientens egen förändringsprocess, som sedan tillsammans skapar en förändringsmekanism som leder till ett utfall. Doss (2004) menar att denna kedja av förändring kan se olika ut för olika terapeutiska interventioner, men med samma utfall. Exempelvis kan den terapeutiska förändringsprocessen inom beteendeterapi vara att schemalägga trevliga aktiviteter inom ramen för terapi, vilket samverkar med patientens egen förändringsprocess där patienten genomför aktiviteten trots motstånd, vilket i sin tur leder till en större sannolikhet att patienten själv planerar in fler trevliga aktiviteter, vilket slutligen leder till minskade depressiva symtom (Doss, 2004). I kontrast kan det inom interpersonell terapi vara så att terapeutens stöd vid negativ affekt leder till att patienten känner sig trygg med att uttrycka sina känslor, vilket leder till att patienten hanterar känslor bättre i vardagen, vilket leder till en minskning av depressiva symtom (Doss, 2004). Det centrala är att utfallet i sig inte nödvändigtvis vittnar om vilka förändringsprocesser som lett fram till det. Förändringsfaktorer kan grundläggande delas in i relationsfaktorer, deltagarfaktorer och behandlingsfaktorer (Norcross et al., 2006).

Luyten et al. (2006) har argumenterat för att den kategoriska modellen av egentlig depression så som den definieras i DSM lider av en rad brister, med konsekvenser som innefattar både låg klinisk relevans och undermåliga forskningsresultat. Bland annat underströks vikten av etiologiska faktorer och patientens unika kontext för behandlingsutfall. Randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier) har vid depressionsforskning ofta en brist

i att de undersöker etiologiskt heterogena grupper, samtidigt som de ej tar hänsyn till unika vidmakthållande mekanismer för patienternas depression (Luyten et al., 2006). Detta är problematiskt då etiologin och faktorerna som ligger bakom utvecklandet av depression, har visats vara centrala för vilka specifika interventioner som fungerar. Luyten et al. (2006) menar att just spridningen i etiologi kan vara en av anledningarna till att RCT-studier ofta visar att terapeutisk allians står för majoriteten av andel förklarad varians för utfall, snarare än specifika interventioner. Vidare menar de att en dynamisk modell för depression, där etiologi, mekanismer och kontextinteraktioner betonas, har en större klinisk relevans än ett kategoriskt diagnosystem.

Kvalitativa ansatser kan brygga detta gap till klinisk praktik, bland annat genom att bidra med patientperspektivet när det kommer till behandling och dess förändringsprocesser. Exempelvis har studier med en kvalitativ metodologisk ansats nyligen undersökt ungdomars upplevelse av terapi för depression inom ramen för KBT och PDT (Ferguson et al., 2022; Løvgren et al., 2019). Bland annat underströk studierna behovet av en vänlig och samarbetsbaserad ansats, diversitet i interventioner, utvärdering, och flexibilitet i utformningen av terapin efter individens behov. Gemensamt för båda dessa studier är att patienter rapporterade att relationen med sin terapeut är mycket viktig, vilket går i linje med empiri som påvisat en signifikant effektstorlek av terapeutisk allians för olika utfallsmått vid psykologisk behandling för depression bland vuxna (Cameron et al., 2018).

Ett centralt fynd Ferguson et al. (2022) gjort, är att de har identifierat temat *effekten av egentlig depression på terapin*, där de exemplifierade hur patienterna har upplevt depressionen som ett problem för att kunna delta aktivt i terapin, då de upplevde att negativ självbild, låg motivation och kognitiva svårigheter förknippade med tillståndet gjorde det svårt att delta. Det finns tidigare empiri som har påvisat statistiskt att just depressivitet är en stark barriär vid psykologisk behandling, i synnerhet brist på motivation (Mohr et al., 2010). Det är troligt att aspekter av depression, exempelvis anhedoni och hopplöshet, som är en del av tillståndet i sig, orsakar både problem i det terapeutiska förloppet och orsakar avhopp från behandlingsprogram. Horne et al. (2021) påvisar i en systematisk översikt att depression och motivation är nära förknippade, då deprimerade patienter var mycket mindre benägna att spendera fysisk eller psykisk energi för belöningar. Implikationerna av detta är att motivation är en fundamental aspekt för terapeutisk behandling, då någon form av motivation krävs för att omsätta interventioner i det vardagliga livet. Det är också tänkbart att motivation kan vara

en central patientfaktor när det kommer till avbrott i behandling. Cooper och Conklin (2015) har skrivit en meta-analys, där de bland annat efterlyser studier som på ett systematiskt sätt undersöker specifika patientfaktorer som anledning för avhopp, då det enligt författarna inte finns nog kunskap om detta i nuläget. En tänkbar patientfaktor för avhopp skulle kunna vara motivation.

Inom existentiell psykologi och filosofi är motivation och mening närbesläktade, där existentiella grundförutsättningar, bland annat livets temporala aspekt, utgör ramarna för ett meningsfullt liv (Längle, 2005). Motivation brukar definieras som drivkraften som leder till handling mot ett visst mål, medan mening inom ett existentiellt ramverk är ett vidare begrepp som sammanknyter en persons inre upplevelser, förståelse och känslor med den yttre världen, på ett sätt som ger mervärde i förhållande till vem man är och vem man vill vara. Med andra ord är mening något som skapar harmoni mellan en persons inre och handlingar i den yttre verkligheten (Längle, 2005). Berra (2021) har argumenterat för att det finns en underkategori av depression som kan benämnas *existentiell depression*, som karaktäriseras av hopplöshet, meningslöshet och en mörk världssyn, som särskiljer sig från andra patologiska varianter av depression som förekommer i en vårdkontext. Oavsett om detta de facto är ett separat tillstånd, skilt från annan depression, aktualiseras existentiella teman hos många patienter som bemöts inom vården. Depression är ett mångfacetterat tillstånd med stor fenotypisk variation, men ett genomgående drag hos patienter som lider av dessa tillstånd är att existentiella teman som döden, meningslöshet och isolering är centrala, vilket även terapeuter som arbetar med KBT kommer att stöta på (Heidenreich et al., 2021). Det är därför viktigt att vårdpersonal bekantar sig med denna typ av frågeställningar för att kunna bemöta patienter på ett bra sätt. Bygstad-Landro och Giske (2018) har betonat att ensamhet och en längtan efter tillhörighet är ett genomgående drag i upplevelsen av depression. De menar att det är viktigt för vårdpersonal att kunna bemöta meningslöshet och att förstå den ensamhet som existentiella funderingar skapar, för att bryta just upplevelsen av ensamhet i sitt eget lidande. Det är tänkbart att förmågan att hantera existentiella funderingar i kontakten med dem som lider av depression kan vara en av grunderna till en god terapeutisk allians.

Det är möjligt att många av de patienter som lider av motivationsproblem i en vårdkontext i vidare bemärkelse lider av en upplevelse av existentiell meningslöshet. Det är tänkbart att man kan komma åt motivation till behandling genom att försöka hitta mening i existentiella perspektiv, tillvaron och livet. Exempelvis framhöll Crowe et al. (2012) att

förändring vid depression bland patienter som fått antingen KBT eller IPT tycks vara relaterat till en förmåga att omformulera sina problem och sin situation på ett för patienten meningsfullt sätt som sedan leder till förändring, oavsett vilken terapeutisk intervention de fått. Kvalitativa undersökningar av den subjektiva upplevelsen av depressionsbehandling med fokus på just motivation, mening och förändring skulle kunna ge en mer detaljerad bild av förändringsprocesser i terapi, vilket i sin tur kan vägleda kliniker i sin vardagliga praktik, samt forskning i förbättringen av befintliga metoder.

Tidigare forskning har i stor utsträckning bestått av kvantitativa ansatser för att undersöka mekanismer och behandlingsutfall (Cuijpers et al., 2020; Lemmens et al., 2016). Fler studier med en kvalitativ metodologisk ansats behövs för att komma närmre fenomenet depression och dess förändringsprocesser (Hill et al., 2013; Midgley et al., 2014). Motivation är en central aspekt av depression som har implikationer både för förändringsprocesser och terapiutfall (Horne et al. 2021; Mohr et al., 2010). Det är tänkbart att många patienter som lider av motivationsbrist lider av meningslöshet i en vidare bemärkelse. Nyligen har strukturerade kvalitativa studier undersökt upplevelsen av behandling bland ungdomar med depression, där bland annat depressionens effekt på behandlingen identifierats som ett viktigt tema (Ferguson et al., 2022; Løvgren et al., 2019). En studie av Crowe et al. (2012) med liknande metodik för patienter med depression identifierade meningsfull omformulering av patientens problem som en viktig förändringsprocess som är gemensam för olika terapimetoder. Liknande studier för vuxna i en svensk kontext hade varit önskvärt.

Syfte

Denna studie syftar till att undersöka individens upplevelse av psykoterapi för depression genom att belysa centrala patientupplevelser när det kommer till förändring, motivation och mening. En mer detaljerad bild av dessa aspekter kan ge ökad förståelse för de mekanismer som bidrar till förändring och vad som kan tänkas ligga i vägen då förändring inte lyckas ske. Dessa nya perspektiv kan bidra till en ökad förståelse för hur depressionsbehandling upplevs av deprimerade individer, vägleda klinisk praktik, samt inspirera till vidare utveckling av behandlingsmetoder genom en vidgad förståelse för förändringsprocesser inom ramen för psykoterapi.

Forskningsfrågor

- Hur upplevs depressionsbehandling av patienter med egentlig depression?

- Vad upplever patienter som lider av egentlig depression att motivet till förändring är?
- Vilka hinder för förändring upplever patienter med egentlig depression?

Metod

Ontologisk och epistemologisk grund

Epistemologi är läran om kunskap, eller med andra ord, hur den kunskap vi genererar relaterar till världen (Willig, 2022). Mer specifikt berör epistemologi inom kvalitativ forskning förhållandet mellan forskare och deltagare, samt hur kunskapen skapas i interaktionen mellan dessa (Ponterotto, 2005). Den kunskap som genereras om världen och hur den genereras, bygger på antaganden om verklighetens beskaffenhet. Frågor om vad som faktiskt finns i världen kallas ontologi (Ponterotto, 2005). Enligt Willig (2022) finns det tre huvudsakliga epistemologiska hållningar inom kvalitativ forskningsmetodik. Dessa är: realistisk, fenomenologisk/tolkande och socialkonstruktionism. Kortfattat innebär en realistisk epistemologi att det förutsätts finnas en objektiv verklighet som vi kan beskriva och undersöka genom datainsamling. Vad som är verkligt kan innefatta sociala eller psykologiska processer, i den mån de predicerar beteende oberoende av deltagares medvetenhet om dessa processer (Willig, 2022). En fenomenologisk/tolkande ansats berör subjektiva upplevelser och tolkningar av dessa. Här är man intresserad av den råa texturen av individens erfarenhet och man försöker fånga den mänskliga upplevelsen utan att göra uttalanden om orsaker. Man tänker sig att det finns en extern verklighet, men försöker inte beskriva denna, utan menar att det som finns tillgängligt är själva upplevelsen av den (Willig, 2022). Socialkonstruktionism tar detta ett steg vidare och berör varken verkligheten eller individens upplevelse, utan handlar snarare om analys av hur man pratar om och konstruerar verkligheten i en språklig, historisk och kulturell kontext (Willig, 2022). Således är det diskursen om ett fenomen som står i fokus, där man ofta är intresserad av hur kunskap skapas av språkbruk och sociala processer.

Frågeställningarna i den aktuella studien formulerades att röra upplevelser, vilket brukar vara associerat med en fenomenologisk epistemologisk ansats, där texturen av den subjektiva erfarenheten står i fokus. Däremot gjorde jag inom ramen för detta arbete anspråk på att kunna beskriva psykologiska processer i behandlingskontext, vilket i sig är en realistisk ansats, då psykologiska processer kan ses som något som finns i världen. Med det sagt utgick jag inte ifrån att det föreligger ett okomplicerat samband mellan deltagarnas utsagor och den

objektiva verkligheten, utan att en nivå av tolkning och medskapande som forskare är del av bilden. Den ontologiska grunden för denna ansats är att det finns en sann objektiv verklighet, men att denna inte kan mätas eller beskrivas på ett tillförlitligt sätt, utan präglas av vår subjektiva upplevelse av denna, vilket är en position som kallas *kritisk realism* (Ponterotto, 2005). Sammantaget var en kritisk realistisk epistemologisk hållning, det vill säga en syntes mellan postpositivistisk realism och en mer tolkande hermeneutisk ansats, adekvat för frågeställningen. Detta var lämpligt då studien avsåg att närma sig psykologiska processer genom att tolka deltagarnas upplevelser.

Rekrytering

Rekrytering genomfördes under fem veckor hösten år 2022 i september och oktober månad. Rekryteringen gjordes via mailutskick till studenter vid Lunds universitet och informationsblad som sattes upp på offentliga anslagstavlor på universitetets campusområde, universitetsinstitutioner och universitetsbibliotek. Därtill gjordes inlägg i öppna och stängda Facebook-grupper som berör depression och nedstämdhet, under förutsättning att gruppen var stor nog och att delning av informationen om pågående studie inte gick emot gruppens ordningsregler. Samtliga grupper i vilka annonsering genomfördes hade fler än tusen medlemmar.

Polkinghorne (2005) understryker att målet med kvalitativ forskning är att bilda en rik förståelse av en upplevelse, vilket innebär att deltagarna bör väljas ut i den mån de kan bidra till att fördjupa förståelsen för den aktuella frågeställningen. Därför har urvalet för den aktuella studien inte varit slumpmässigt, utan riktats mot att inkludera de individer som har upplevelser av det studerade fenomenet och som är villiga att prata om det.

Deltagare

Rekrytering bedrevs utifrån kriterierna att deltagande skulle vara vuxna individer (18 år eller äldre) med erfarenhet av egentlig depression som centralt problem och som har tagit del av psykologisk behandling för dessa problem inom de senaste två åren. Sju deltagare anmälde sitt intresse under rekryteringsperioden som var fem veckor lång och sträckte sig från september till början av oktober under hösten år 2022. En deltagare exkluderades då denne inte var svensktalande och en som initialt visade intresse drog sig ur deltagande innan intervju. Övriga fem som anmälde sitt intresse inkluderades i studien. Urvalet består av fem individer som alla fått psykologisk behandling för depression. Tre av deltagarna har erfarenhet av både KBT och PDT, och två av deltagarna har erfarenhet av enbart PDT. Därtill

har tre av deltagarna erfarenhet av kontakt med kuratorer. Deltagarnas ålder var mellan tidiga tjugofemårsåldern och mitten av fyrtioårsåldern. Urvalet bestod av två kvinnor och tre män. Tre av de deltagande var universitetsstudenter. Övriga två var aktiva inom arbetslivet.

Då forskningsläget inte entydigt stödjer att en enskild terapiform är mer effektiv än en annan (Linde et al., 2015; Shinohara et al., 2013), gjordes ingen diskriminering mellan de olika terapiformerna (KBT, IPT och PDT) som är en del av de svenska nationella riktlinjerna för depressionstillstånd (Socialstyrelsen, 2021). Det var heller inte fokus för den aktuella studien att jämföra terapiformer, utan snarare att undersöka patienters upplevelse av psykologisk behandling. Benämningarna terapi, psykoterapi och psykologisk behandling användes utbytbara inom ramen för detta arbete och åsyftar alla antingen KBT, PDT eller IPT. Det var inte ett krav att deltagarna skulle ha en positiv upplevelse av terapi. Däremot var det ett krav att deltagarna skulle behärska det svenska språket, för att undvika problem med språkbarriärer och översättning. På förhand gjordes bedömningen att annan dominant sjukdomsbild, såsom svåra trauma eller psykosjukdomar, skulle innebära exklusion från studien, då egentlig depression i sig skulle vara det huvudsakliga tillståndet. Termen depression syftar till egentlig depression i denna studie.

Datainsamling

Data genererades med hjälp av semi-strukturerade intervjuer av fem deltagare. Semi-strukturerade intervjuer är den vanligaste metoden för datainsamling inom kvalitativ metodik, där det används en förbestämd intervjuguide innehållande ett fåtal öppna frågor som grund för intervjun (Willig, 2022). Intervjun är semi-strukturerad i det avseendet att det lämnas utrymme för följdfrågor till den intervjuades egna utsagor för att stimulera spontan återgivning av deras upplevelse. Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades. Intervjuerna utgick ifrån en intervjuguide innehållande dels öppna frågeställningar med syfte att generera spontan återgivning av upplevelser, dels frågor grundade i psykologisk teori.

Analysmetod

Tematisk analys

Data analyserades med hjälp av tematisk analys enligt Braun och Clarke (2006), vilket är en strukturerad och flexibel kvalitativ forskningsmetod som avser att finna teman och mönster i ett dataunderlag. Diskussionen jämförde sedan materialet med befintliga teoretiska ramverk. Analysen följde de sex steg Braun och Clarke (2006) rekommenderar:

1. Bilda en nära bekantskap med dataunderlaget. Inkluderar transkribering och

läsning av materialet.

2. Kodning av hela materialet på ett enhetligt sätt.
3. Sortera koder till mer övergripande teman.
4. Ytterligare genomgång av teman och undersöka om dessa fungerar i förhållande till kodning och materialet i sin helhet.
5. Definiering, analys och namngivning av teman.
6. Sammanställning i rapport, noggrann presentation av analys och teman grundat på exempel från det ursprungliga materialet.

Willig (2022) menar att det är viktigt vid tematisk analys, vilket var studiens valda metod, att tydliggöra den epistemologiska och ontologiska grunden som studien vilar på, då metoden i sig inte är associerad med ett specifikt ramverk, utan snarare är en praktisk och lättillgänglig metod, lämplig för dem som är nya med kvalitativ forskning. Studien utgick ifrån en kritisk-realistisk epistemologisk hållning, vilket innebär att denna studie gjorde anspråk på att kunna beskriva psykologiska processer, motivation och upplevelser, men med en förförståelse om subjektivitet i forskningsprocessen och att forskaren i någon mån tolkar verkligheten. Frågeställningens kunskapsanspråk krävde ett visst mått av realism, då psykologiska processer beskrevs, men jag var också medveten om att tolkning av dessa, forskarens bias och deltagarnas subjektiva erfarenheter innebar att det vore naivt att tro att det som beskrevs kunde sägas vara objektiv verklighet. Därför var frågeställningarna fenomenologiskt inspirerade på så sätt att de handlade om deltagarnas upplevelser. Då tematisk analys erbjöd ett strukturerat och lättillgängligt sätt att arbeta med frågeställningen, som väl motsvarade studiens epistemologiska och ontologiska grund, var metoden ett motiverat val för studiens syfte. Målsättningen med tematisk analys är att åtminstone delvis kunna besvara den ursprungliga frågeställningen, beroende på komplexiteten i det material som genereras (Willig, 2022).

Induktiv kontra deduktiv tematisk analys. En tematisk analys kan antingen vara induktiv eller deduktiv (teoretiskt driven) (Braun & Clarke, 2006). I en induktiv tematisk analys görs kodning och tematisering på ett sätt som nära motsvarar fynd i data, utan att kodning och tematisering relaterar till redan existerande teoretiska ramverk. I en deduktiv analys kommer kodning och tematisering att relateras till den teoretiska förförståelse som ligger till grund för en mer riktad frågeställning. I denna studie var målet att ringa in upplevelsen av terapi på ett sätt som kan relateras till aktuella frågeställningar, vilket liknar en

deduktiv ansats. Däremot har jag låtit bli att använda koder och teman som har sitt ursprung i teori och försökt låta materialet tala för sig själv. Själva kodningen och tematiseringen har därför bedrivits induktivt för att hålla möjligheten för bifynd öppen, även om frågeställningen och diskussion har en psykologisk teoretisk inramning.

Semantisk kontra latent analysnivå. Analysen kan bedrivas på antingen semantisk eller latent nivå (Braun & Clarke, 2006). En analys på semantisk nivå använder deltagarnas utsagor på en ordagrann nivå, där likheter i berättelser jämförs. Analys på latent nivå behandlar snarare underliggande antaganden eller koncept som påverkar det som sägs på en ordagrann nivå (Braun & Clarke, 2006). Analysen i denna studie bedrevs i huvudsak på semantisk nivå, där deltagarnas berättelser på en ordagrann nivå var fokus för analys. Viss analys på en latent nivå, d.v.s. analys av underliggande antaganden och konceptualiseringar som kan tänkas påverka deltagarnas utsagor, gjordes också.

Kvalitetskriterier och reflexivitet i kvalitativ forskning

Kvalitetskriterier

Då kvalitativ forskning producerar kunskap på ett sätt som inte kan utvärderas med traditionella vetenskapliga mått som intern validitet, extern validitet, reliabilitet och objektivitet på ett meningsfullt sätt, har forskare utvecklat olika sätt att säkra kvaliteten i kvalitativ forskning (Willig, 2022). Den aktuella studien använde det ramverk som Morrow (2005) föreslår för postpositivistisk kvalitativ forskning och de generella kriterier som Elliott et al. (1999) utvecklat.

Kvalitetskriterier enligt Morrow. Beroende på epistemologisk hållning medföljer en rad kvalitetskriterier för att höja trovärdigheten av kvalitativ forskning. För en postpositivistisk realistisk epistemologisk ansats inom kvalitativ forskning föreslog Morrow (2005) parallellkriterierna trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och saklighet, motsvarande de traditionella kvalitetskriterierna intern validitet, extern validitet, reliabilitet och objektivitet som traditionellt är associerade med en kvantitativ forskningsansats.

Trovärdighet. Trovärdighet handlar om hur den vetenskapliga processen har sett ut, där reflexivitet, diskussion med kollegor, att ta flera olika perspektiv i analyser och en rik beskrivning av deltagarnas upplevelser och situation är sätt att höja trovärdigheten.

Överförbarhet. Överförbarhet handlar om att forskaren på ett transparent sätt lyckas beskriva forskningsprocessen för läsare, så att det görs tydligt hur forskningsfynd kan relateras till andra situationer.

Pålitlighet. Pålitlighet handlar om huruvida studiens utförande är konsekvent och strukturerat, så att processen kan vara replikerbar.

Saklighet. Saklighet handlar om huruvida studien representerar forskningsmaterialet snarare än forskarens subjektivitet, vilket medför en förståelse för att forskarens bias alltid kommer att vara en del av bilden vid kvalitativ forskning.

Kvalitetskriterier enligt Elliott et al. För den syntes av realism och tolkande ansats som var aktuell i denna studie gjordes bedömningen att postpositivistiskt grundade kvalitetskriterier inte var nog för att säkerställa god forskning. Elliott et al. (1999) har utvecklat kvalitetskriterier som är avsedda att användas för kvalitativ forskning. Kriterierna är inte avsedda för en särskild metod, utan är tänkta att kunna användas som ett kvalitetsmått för alla former av kvalitativ forskning (McLeod, 2011). Dessa kriterier är som följer (Elliott et al., 1999):

Att äga sitt perspektiv. Detta innebär att forskaren bör redogöra för sina egna teoretiska och personliga antaganden som berör ämnet, för att läsaren ska ha möjlighet att förstå hur forskaren har tolkat materialet.

Kontextualisera urvalet. God kvalitativ forskning bör redogöra för deltagarnas livsomständigheter på ett sätt som möjliggör för läsaren att se varifrån deras berättelser kommer, så att den genererade kunskapen kan placeras i en kontext för ökad förståelse.

Illustrera med exempel. Forskaren bör redogöra för hur analysproceduren gått till och ge tillräckligt med exempel från dataunderlaget för att alternativa tolkningar ska kunna vara möjliga för läsaren.

Tillgängliga trovärdighetskontroller. Exempel på sätt att höja trovärdigheten kan vara att diskutera materialet med andra forskare, analysera från olika perspektiv, triangulering med andra utfallsmått, eller kontrollera förståelsen med deltagarna.

Koherens. Den genererade kunskapen bör presenteras på ett koncist och koherent sätt för att det för läsaren ska vara möjligt att själv urskilja de olika meningsbärande delarna. Detta kan exempelvis uppnås genom strukturerade teman som består av grupperade koder.

Generella kontra specifika forskningsmål. För att uppnå en generell förståelse för ett område, behöver detta baseras på en mängd olika källor med varierande kontextuell bakgrund. För specifika frågor bör materialet vara extensivt nog för att läsaren ska kunna bilda sig en uppfattning om det som efterforskas.

Resonera med läsaren. Den skriftliga sammanställningen bör vara författad på så sätt att läsaren resonerar med materialet och upplever att hens kunskap och förståelse har vidgats av läsningen.

Reflexivitet

Då forskaren är delaktig i meningsskapandet genom att tolka materialet, är det viktigt med *reflexivitet*, vilket är ett sätt för forskaren att synliggöra sin egen bias och antaganden i skapandet av forskningsresultaten. Som del av detta är det viktigt att forskaren själv noterar de processer som uppstår som en del av arbetet, så att dessa kan integreras i analysen (Morrow, 2005). Alvesson och Sköldberg (2017) menar att god forskning innefattar reflexivitet på fyra nivåer. Dessa är interaktionen med det empiriska materialet, tolkningar om bakomliggande innebörder, kritisk tolkning om kulturella och kontextuella ramar samt slutligen en självkritisk och språklig reflektion kring den egna texten.

Sammantaget säkrade den aktuella studien kvalitet genom att nyttja Morrows (2005) kriterier för realistisk kvalitativ forskning, de generella kriterier för kvalitativ forskning som lades ut av Elliott et al. (1999) och reflexivitet på de nivåer som Alvesson och Sköldberg (2017) föreslår.

Etik

Studien har genomgått etikprövning hos Etikprövningsmyndigheten och blivit godkänd, diarienummer 2022-03447-01. Upplevelser av vård och psykisk ohälsa är att betrakta som känsliga personuppgifter, varför studien etikprövades. Etiska överväganden har därför varit en central del av projektet. Deltagarna har fått underteckna samtyckesblankett efter att ha tilldelats skriftlig och muntlig information om studiens syfte samt hur datainsamling och datahantering går till. Deltagarna informerades om att de kunde avbryta sitt deltagande vid vilken tidpunkt som helst utan att ange skäl. Därtill informerades deltagarna om hur de kunde ta del av studiens resultat.

Studien bedömdes inte medföra allvarliga eller långtgående risker för deltagarna. Obehagliga känslor kan väckas vid intervju om detta ämne, men bedömdes inte medföra etisk risk. Tvärtom erbjöd intervjuerna deltagarna ett tillfälle att delge sina egna upplevelser av depressionsbehandling på ett sätt som inte har konsekvenser för pågående vård. Intervjun kunde därför fungera som ett tillfälle för fördjupad reflektion och perspektivtagande, utan risk för praktiska konsekvenser. Detta kunde i sin tur ge fördjupad förståelse för sig själv och sina psykologiska processer. Intervjuaren besatt kompetens inom samtalsteknik och kunskap om

psykologiska reaktioner som sannolikt kunde ha kommit att aktualiseras under deltagandet, vilket bedömdes bidra till en säkrare intervjusituation. Deltagarnas välmående prioriterades i första hand. För att säkerställa detta frågades de vid intervjutillfället både före och efter själva intervjun om hur deltagandet upplevdes.

Varje deltagare tilldelades ett nummer som materialet märktes med. Inga personnamn eller personnummer användes. Datafiler som användes för analysen innehöll inga personnamn eller personnummer. Därtill skrevs rapporten med noga övervägande om vilka citat ur det transkriberade materialet som användes, för att säkerställa anonymitet. I de fall citat användes som ursprungligen innehöll personlig information, användes [] för att markera att denna information tagits bort. Känsliga uppgifter behandlades i enlighet med rådande säkerhetsrutiner på Institutionen för psykologi vid Lunds universitet. All data avidentifierades före bearbetning och sammanställning.

Resultat

Genom analysprocessen identifierades tre huvudteman, bestående av sex underteman, vilka presenteras i tabell 1. Respektive tema och följande underteman beskrivs därefter ingående och illustreras med citat från intervjuerna.

Tabell 1

Huvudteman och underteman

Huvudteman	Underteman
Att sträcka ut en hand i ett nattsvart mörker	Hopp om en ljusning Att kollidera med vårdsystemet
Terapins innehåll	Rätt terapeut för rätt patient Nya perspektiv
Allt det som händer utanför terapirummet	Ensam bland andra Praktikaliteternas värld

Att sträcka ut en hand i ett nattsvart mörker

Samtliga deltagare berättade om upplevelsen av att söka hjälp. Det gjordes tydligt att första steget mot förändring togs av individerna själva, innan ens en fot har satts i terapirummet. Återgivelsena speglade det inre motstånd som väcktes av att söka hjälp, både utifrån de känslor som redan fanns med som del av depressionstillståndet och av vårdsystemets praktiska ramar.

Hopp om en ljusning

Samtliga deltagare beskrev sin tid före kontakt med vården som svår. De berättade om hur de under en tid, ofta lång, lidit av diverse svårigheter med depressionssymtom, såsom uppslukande känslor av meningslöshet, svårigheter i sociala relationer och en oförmåga att hantera vardagslivet. Problemens ursprung var av varierande karaktär, från sorgprocesser vid förlust av anhöriga som övergått i depression, till mer diffusa ursprung, där nedstämdhet varit en del av livet under många år, utan tydliga anledningar. Gemensamt för alla deltagare var att beslutet om att söka hjälp bottnade i känslan av att deras mående övergått i något som de inte kände var hållbart. Det slutliga beslutet att söka hjälp kom till slut ifrån deltagarna själva, att de själva upplevde att de behövde göra någonting åt sin situation, även om deltagare 1 och 5 beskriver hur de fått upp ögonen för möjligheten att söka vård på uppmaning av närstående. Deltagare 2 och 3 beskriver hur de upplevde att de inte hade någon annanstans att vända sig och en brist på stöd från familj. Deltagare 2 berättade om sin upplevelse:

Jag tänkte hela tiden bara på att jag ville dö... och att jag orkar ingenting och jag bara grät... jag grät för sådana knäppa småsaker, jag började bli helt... jag ville inte gå på ICA för jag blev jättestressad av tanken på att det skulle vara andra människor på ICA... Jag kunde inte göra någonting med mitt liv och så kände jag att jag hade ingen att prata med, så då hörde jag av mig till vårdcentralen.

Det framgår av deltagarnas berättelser att tre deltagare har försökt att må bättre på egen hand på ett eller annat sätt innan de slutligen söker vård och samtliga deltagare verkar ha levt med ett lidande en tid innan vård har sökts. Detta antyder att förändringsprocessen påbörjas redan före entré i terapirummet. Gemensamt för tre deltagare är att de hade en tanke om att man "borde" prata med någon när man mår dåligt, men har dragit sig för att söka vård av olika anledningar. Tre av deltagarna beskrev en känsla av att deras situation var något man borde klara av själv. Att faktiskt söka professionell hjälp från vården verkar ha varit en sista utväg när ens egna försök till förbättrat mående inte har lyckats. Deltagare 4 beskrev detta:

Jag påstår för mig själv att jag gör allt jag kan för att må bättre och kanske jag lurar mig själv då liksom... och då tänkte jag att detta har jag inte prövat, jag

har ingenting att förlora, jag får väl pusha fram detta och se... om detta inte leder till någonting, då vet jag inte vad jag ska göra, men jag måste åtminstone göra detta i alla fall.

Det verkar som att det fanns ett underliggande hopp om att vården skulle hjälpa, även om det bland deltagarna fanns en varierande mängd försiktighet i deras optimism om förändring baserat på föreställningar om vårdens effektivitet. Deltagare 1, 2 och 3 gav visst uttryck för hoppfullhet om förbättring i samband med hjälpsökande och nya vårdkontakter. En viss pessimism fanns hos deltagare 5 och 4 i början av terapikontakten. Deltagare 4 berättade om sin uttalade pessimism:

För jag har alltid, alltid tänkt genom åren att det vore bra att prata med psykolog, alltid tänkt "nej inte för mig". Alltså det behöver inte jag, vad ska de kunna hjälpa mig med? Det finns ingenting de kan göra för mig.

Sammanfattningsvis var steget att söka hjälp något som upplevdes som utmanande, och föregicks ofta av försök att klara sig själv och få stöd av närstående. Första stegen i förändringsprocessen togs redan före terapin.

Att kollidera med vårdssystemet

När väl beslutet hade tagits om att söka hjälp och en initial kontakt med vården hade etablerats, delade alla deltagare utom deltagare 5 upplevelsen att processen inom vårdssystemet hade en direkt påverkan på deras mående till det negativa. De beskrev en nedslående hopplöshet som infann sig när man kom till insikt att det kanske inte var så lätt att få den vård man behövde som man trodde när man väl hade tagit sig över hindret att söka hjälp. Deltagare 5 beskrev i stället sökandet efter psykolog som oproblematiskt efter det att hen fått ett nytt jobb och därför hade råd att betala för terapin. Deltagare 2 beskrev upplevelsen av att söka vård:

När jag fick den här PDT-remissen, så det första som hände var väl att jag blev otroligt nedslagen av att jag skulle behöva söka någon att gå till, jag trodde att jag skulle... de skulle liksom säga "okej, men du ska vara hos Anna på måndag kl. 9" men så är det ju verkligen inte, utan blev ju hänvisad till att "ja

men gå in på [hemsida] och kolla vilka som är anslutna till oss och så skriv till dem och hör om de har en tid”. Och så skriver man till 30 personer och ingen har en tid.

Inte bara ansvaret att själv behöva hitta en terapeut har varit utmanande. Långa kötider och upplevda svårigheter med att ta sig in i systemet var gemensamt för alla deltagare utom deltagare 5. Bland svårigheterna återfinns upplevelsen av att kontaktförsök inte har följts upp av vårdcentralen, eller att det varit mycket obehagligt att delge sin problematik vid kontakten med potentiella terapeuter, då en kortare problembeskrivning var något som efterfrågades. Det var däremot inte bara systemets utformning som stod för motstånd i processen att söka hjälp. Deltagare 1 berättade också om ett upplevt motstånd till att söka hjälp då det var svårt att vara öppen och sårbar:

I: Vad var det som var svårt med att söka, skulle du vilja berätta lite om det?

D: Alltså både rent strukturellt hur vården är uppbyggd... det kan vara svårt med vem man ska vända sig till... att hela tiden prata med nya, för det blir ju ofta så, att man först träffar en sen någon annan, man har väldigt mycket olika vårdkontakter.

I: Runtslussad?

D: Precis. Men sen också svårt för att jag då... tyckte det var väldigt jobbigt att prata om känslor och hur jag faktiskt mådde. Och det gjorde ju att det var jobbigt liksom att... om jag inte accepterade hur jag mådde, eller ville öppna upp mig, så var det svårt i den bemärkelsen att ens söka.

Sammanfattningsvis påbörjades förändringsprocessen från en ohållbar vardag redan före själva terapin. Att söka vård tycks inte vara ett lättillgängligt första alternativ, utan något som gjorts efter ens egna försök att må bättre misslyckas. Beslutsfattandet att söka hjälp väckte olika grad av motstånd, baserat på förutfattade meningar om huruvida hjälp är effektiv, en ovilja att öppna upp sig och en känsla av att ens problem inte nödvändigtvis är legitima skäl att söka hjälp för. Acceptans av sin situation som ohållbar banar väg för ett steg mot tänkbar räddning inom vården, men hoppfullheten tycks minska när mycket av ansvaret att få

hjälp läggs hos den vårdsökande. Detta verkar upplevas särskilt negativt av dem som redan lider av känslor av trötthet, hopplöshet och meningslöshet.

Terapins innehåll

Deltagarna beskrev olika upplevelser av de första intrycken av terapi och sin terapeut. Tre av deltagarna berättade om ett motstånd mot att direkt öppna upp sig, grundat i antingen en svårighet att prata om sina egna inre tillstånd, eller på grund av en reservation mot själva terapeuten. Deltagare 4 och 5 beskrev en emotionell tillbakadragenhet under de första samtalen innan de vågade lita på terapeuten. Initialt vid nya vårdkontakter beskrev fyra deltagare en känsla av hoppfullhet associerat med den nya kontakten, en förhoppning om att kunna bli hjälpta. Dessutom berättade alla deltagare utom deltagare 2 om hur de haft erfarenhet av kortare terapikontakter eller samtalsstöd innan de hittade den terapeut som de fick sin huvudsakliga behandling hos. Deltagare 1 och 2 har upplevt terapikontakter där de efter ett fåtal sessioner upplevde att de inte alls fungerade och beskrev hur optimismen inför möjligheten att kunna bli hjälpta sjönk. För samtliga deltagare tycks första intrycket under de första samtalen i en terapikontakt varit avgörande för terapins utveckling eller tidiga avslut. När ett förtroende väl har etablerats fullföljde samtliga deltagare längre terapier.

Rätt terapeut för rätt patient

Av materialet framkom att de terapikontakter som varit mindre lyckade innan deltagarna hittat sin terapeut, inte nödvändigtvis kunde härledas till en upplevelse från patientens sida att terapeuten gjort något direkt fel. Det verkar snarare ha handlat om en blandning av brist på personlig kontakt med terapeuten och metodval som inte upplevts som hjälpsamma av deltagarna. Deltagare 1 beskrev en kortare KBT-kontakt på följande sätt:

Jag vet inte hur stor erfarenhet han hade av depression och att behandla den, så jag kände att det ofta blev väldigt opersonligt. Till exempel första gången jag kom dit så tror jag att jag satt en timme och svarade på... ja men ett formulär verkligen, det var väldigt såhär... fråga efter fråga... för mig blev det väldigt uppstylat och inte en personlig kontakt alls.

Det verkar dock inte nödvändigtvis ha varit så att en brist på personlig kontakt och värme varit avgörande för huruvida terapin upplevts som värd att fortsätta. Tre av deltagarna har upplevt skepticism mot terapeuten under de första samtalen, men ändå fortsatt att gå dit.

Deltagare 4 motiverade att fortsätta terapin trots motstånd: ”Det var därför jag gick dit, jag har inte tagit mig hela den här vägen för att strunta i det, speciellt när jag vet att jag behöver någon form av hjälp, så då går jag dit...”

Det verkar snarare ha varit så att terapeutens förmåga att ingjuta förtroende för att förändring är möjlig som har varit det centrala, snarare än värme i sig. Deltagare 3 och 5 beskrev tidigare vårdkontakter de upplevt som mindre lyckade på ett sätt som antyder att deras vårdgivare visserligen varit varma och välmenande, men att detta inte räckt. Fyra av deltagarna menade att det i början av terapin var mycket utmanande att gå i terapi, ibland rent av jobbigt. Utmaningen i sig verkar dock ha varit viktig, då ett annat perspektiv indirekt ingett hopp om att terapin kunde vara hjälpsam. Alla deltagare underströk att god kontakt och en känsla av att bli sedd och förstådd varit centralt i deras upplevelser. Sammantaget vittnar detta om att personlig kontakt är mycket viktigt, men inte utan ett etablerat förtroende för att terapeuten och terapimetoden ska vara hjälpsam. Således tycks det vara viktigt som terapeut att dels se patienten där hen är och skapa personlig kontakt, dels att man bygger ett förtroende för att ens metod och perspektiv är hjälpsamma. Båda delarna är viktiga, då deltagare 3 och 5 har haft upplevelse av värme och stöd, men att detta ändå inte varit en lyckad kontakt. Å andra sidan är metodval och förtroende för behandlingsinnehållet inte det enda att förlita sig på för att kontakten ska vara lyckad. Deltagare 1 beskrev hur en tidigare kontakt arbetat på samma sätt som en senare, men att den personliga kontakten varit så pass mycket bättre att den senare kontakten var den som fortsattes:

Som jag sa, så var jag hos en annan psykolog och hos henne tror jag att jag var två eller tre gånger innan jag då gick till honom. Och där kändes det ju mycket bättre och vi pratade ju om ungefär samma saker. Så jag tror det var mer... det personliga än själva utformningen kanske.

Däremot gjordes det tydligt av deltagare 1 och 3 att en alltför strukturerad ansats i den initiala kontakten kan upplevas som oförstående av patienten, vilket båda upplevt i tidigare, korta terapikontakter. Även deltagare 4 beskrev en tidigare terapiomgång i termer av att det var bra praktiska verktyg, men att hen inte upplevde att de riktigt kom åt kärnan av problemen. Det var tydligt att både deltagare 1 och 3 kom till terapin med ett stort lidande och existentiella frågeställningar, där mer praktiska interventioner som veckoscheman och

frågeformulär inte riktigt upplevdes som meningsfulla, vilket förstärkte den hopplöshet som redan rådde. Fyra av deltagarna lyfte just upplevelsen att bli förstörd under de första samtalen som central. De terapeuter de känt sig förstörda av är också de som de fortsatt att gå till. Detta understryker vikten av att terapeuten bemöter patienten där hen är och på så sätt visa förståelse och bygga förtroende, vilket tycks handla om förmågan att bemöta patienten på ett sätt som känns relevant för deras aktuella frågeställningar och problem, eller att motivera metodens koppling till desamma. Deltagare 3 berättade om en mindre lyckad terapikontakt:

Det var liksom så... så planerat på ett sätt som... det var så mycket uppgifter man skulle göra... jag tror att jag tyckte det kändes meningslöst. ... problemet var inte bara att jag mådde dåligt utan det var mycket så här, varför ska man må bra liksom? Det var där det föll och då var ju de här uppgifterna totalt meningslösa.

På ett liknande sätt beskrev deltagare 1 hur det fanns en förförståelse för att rutiner i vardagen påverkar måendet, men att ett fokus på dessa orsakade en känsla av att inte bli förstörd:

Jag kände att, även om det kanske inte var så det var menat, att det var... ja men om du ändrar de här tre sakerna, om du får dina rutiner, så borde du må bra. Och det visste ju jag på något sätt, men det var ju inte som att jag mådde bra innan när jag hade de här rutinerna. ... så det minskade nog mitt förtroende och att det blev liksom... ja men vad ska vi göra med de här större sakerna?

Sammanvägt verkar det viktigt att terapeuten möter patienten i existentiella frågeställningar och är mån om den personliga kontakten, samtidigt som terapeuten ingjuter förtroende för det givna arbetssättet och att det kan hjälpa patienten att må bättre.

Nya perspektiv

Det verkar som att alla deltagare sökte vård med hopp om en räddning, att vården skulle kunna hjälpa dem att må bättre, vilket även tycks ha sträckts in i terapirummet. Det tycks finnas en underliggande förhoppning om att terapeuten ska lösa deras svårigheter hos två deltagare. Deltagare 1 och 3 beskrev hur de tänkte att deras ansvar för sitt mående sträckte sig till att ta sig själva på allvar och att faktiskt söka vård. Samtliga deltagares berättelser

vittnar om att de någon gång under terapin har fått insikten att de själva måste stå för mycket av arbetet utanför terapirummet. Detta verkar i sig ha varit en jobbig insikt, då deltagarna upplevde svårigheter med att känna att saker är meningsfulla eller givande, eller rent utav led av hopplöshet. Det verkar därför som att det är utmanande att hitta sin egen riktning och ta hand om sig själv, samtidigt som det har varit ett viktigt steg i att må bättre. Två av deltagarna berättar också att de fortsatt att jobba vidare med samma kärnområden efter avslutad terapi, något som också verkar ha varit fallet för övriga tre deltagare, även om de inte uttryckligen poängterar detta. Deltagare 2 berättade om att insikten om sin egen roll i att må bättre:

Efterhand så blev det väl mer och mer uppenbart att okej men... det räcker inte att bara ha min terapeut, utan jag måste också ta tag i mitt liv utanför och ha bra relationer som jag kan lita på när jag går därifrån.

Denna insikt kräver dock att patienten vet vad hen tycker är viktigt, hur hen praktiskt kan göra för att komma närmare målbilden, vilket i sin tur vilar på hoppet om att det faktiskt kan bli bättre om dessa handlingar genomförs. Tre av deltagarna berättade om att de kämpat med att inte veta vad de själva vill göra, eller vad som är viktigt för dem. Gemensamt för dessa deltagare är att de har fått frågor av sina terapeuter om vad de tycker är viktigt eller vad som är meningsfullt, vilket varit svårt att besvara detta. Den tycks intuitivt att den hopplöshet som kännetecknar depression kan göra det mycket svårt att besvara denna typ av frågor. Det verkar därför viktigt att vid arbetet med deprimerade patienter inte stanna vid detta raka sätt att fråga, då frågan troligtvis inte kommer att kunna besvaras. Deltagare 2 beskrev denna upplevelse:

Jag upplevde att det var svårt att känna in mig själv och verkligen svara på vad jag ville eller vad jag tyckte eller vad jag kände. För det var väldigt... mina viljor eller önskningar eller behov låg väldigt, väldigt djupt nedtrampat. ... Det fick mig att känna mig dålig... att jag inte visste vad jag ville fick ju mig att känna att så här ”andra människor vet vad de vill, varför kan jag inte känna det, fan det är något fel på mig...”.

En möjlig väg framåt för att hantera denna svårighet att veta vad som är viktigt är att arbeta med känslor. Genomgående lyfte alla deltagare att nya sätt att tänka om sig själv och känslor varit centralt för deras upplevelse att må bättre. Det verkar dock inte vara så lätt att lyfta fram känslor. Både deltagare 1 och 2 berättade om en frustration gällande känslor och viljor, när terapeuten ställde frågor om vad personen själv värderar som meningsfullt eller vilken känsla som ligger till grund. Deltagare 1, 2 och 3 beskrev hur ett fokus på deras egna känslor och viljor till en början kändes både främmande och utmanande, men senare varit essentiellt för att kunna må bättre. Deltagare 3, 4 och 5 berättade om hur en större förståelse för sig själv och självkärlek banat väg för förbättrat mående, då de tidigare har beskyllt sig själva för sitt lidande. Gemensamt för alla deltagare är att det tycks ha varit centralt att slå sig loss från negativa och depressiva tankemönster om sig själv och världen. Det verkar som att ett viktigt steg i förändringsprocessen är att hitta de underliggande känslor och viljor som kan komma att motivera handling i vardagslivet. Deltagare 1, 3 och 5 berättade om deras tankemönster om världen och livet som problematiska, vilket går i linje med det ruminerande som är vanligt hos deprimerade individer. Deltagare 3 berättade om en initial frustration med sin terapeut som insisterade på att arbeta med känslor snarare än tankar, något som deltagaren senare lyfter fram som bland det absolut viktigaste med hela terapin:

Hela min liksom världsbild innan byggde så mycket på alla de här resonemangen som jag hade om meningslöshet och allt det, och han bara sket liksom totalt i det. ... Vilket till en början var frustrerande, men sen efter ett tag funkade det jättebra.

Precis som med andra insatser krävs det en grundläggande vilja att förändra sin situation och ett hopp om att detta är möjligt för att kunna motivera varför det är viktigt att lyfta fram känslor som vägledande för beslut. Genomgående tycks det vara så att frågeställningar om livet och döden är viktiga delar att beröra inom ramen för terapin, då fyra deltagare berättade om stunder där de haft insikter om att de inte vill leva livet på det sätt som de gör nu, att inte vilja dö ensam eller en önskan om att njuta av livet. Det görs också tydligt att alla deltagare på olika sätt har tänkt på döden. Deltagare 1, 3 och 5 berättade om sin tidigare syn på döden som en utväg. Deltagare 5 resonerade om hur tidigare syn på döden varit ett hinder för att kunna leva livet på riktigt:

Jag gjorde mig även fri och självständig från döden och den rädslan liksom. ... det har varit en del av min identitet att jag inte är rädd för döden. Men vi pratade om att det... det var ju också ett sätt att skilja mig från, eller att klippa banden med allting här i livet egentligen. Alltså relationer, mina föräldrar, klippa bandet med min egen rädsla, mina egna känslor...

Fyra deltagare pratade om vändpunkter i deras mående kopplat till situationer där de insett att de inte vill leva som de gör, eller vill ha ut något annat av livet. Insikten om att livet inte är evigt verkar därför vara en möjlig väg till att hitta viljan för att förändra sin situation. Samtliga deltagare har gett uttryck för omfattande tankar på döden, men det görs endast tydligt i berättelserna från deltagare 3 och 5 att döden har bemötts på ett utförligt sätt inom ramen för terapi. Deltagare 2 och 4 berättade om en önskan att ha pratat mer om stora frågor som meningslöshet och döden. Deltagare 1 berättade om en vändpunkt i sitt mående på följande sätt:

Jag tror jag var så pass trött på att må dåligt att jag såg det som att jag liksom stod vid två vägval: att antingen ge upp helt och ta mitt liv, eller försöka må bättre. Och då valde jag att må bättre.

Sammanfattningsvis verkar det som att det är viktigt att patienten inser att hen själv måste stå för majoriteten av förändringen. Det ruminerande sättet att se världen som deltagarna upplevt tycks vara ett sätt att skjuta undan känslor. Dessa underliggande känslor verkar vara centrala att få fatt i, samtidigt som det är svårt att motivera varför känslor är viktiga utan att beröra existentiella frågor om livet och döden.

Allt det som händer utanför terapirummet

Deltagarnas berättelser om deras upplevelser av depression och behandling belyser genomgående att livsomständigheter har en stor inverkan på måendet. Samtliga deltagare beskrev spontant hur antingen arbetssituation, relationer med nära och kära, eller boendesituation har påverkat dem och deras mående, inte bara som del av insjuknande i depression, utan även i processen att må bättre.

Ensam bland andra

Fyra av deltagarna beskrev känslor av ensamhet. Vissa har haft svåra relationer till föräldrar, eller har upplevt förlust av närstående. Tre av deltagarna beskrev ensamhet som inte nödvändigtvis tycks relatera till social isolering, utan snarare känslomässig isolering. De beskrev på olika sätt hur de känt sig ensamma i sin situation, även i de fall där det funnits anhöriga, partners eller vänner i den sociala sfären. Särskilt påtagligt är att en brist på stöd från närstående och känslomässig intimitet verkar ha varit bidragande faktorer till att depressionen utvecklats från första början. Deltagare 1 berättade om ensamhet: ”Jag kände att jag fortfarande hade folk som brydde sig om mig och som jag tyckte om, men ensamhet i... jamen i mina känslor liksom”.

För två av deltagarna tycks rädslan för att vara själva ha varit starka drivkrafter att förändra sin livssituation. Deltagare 4 beskrev tanken på att vara själv som en av anledningarna till att söka hjälp och att gå i terapi: ”Om jag fortsätter så här så kommer jag att dö ensam typ, den känslan. Och då, då tänkte jag, nej det här måste ju ta slut”.

På ett liknande sätt tycks upplevelsen av förbättrade nära relationer sammanfalla med ett förbättrat mående. Huruvida insikter i terapin främjat förbättrade relationer, eller om detta är något som skett oberoende i takt med förbättrat mående, eller om förbättring i relationen i sig är det som förbättrat mående är oklart. Två deltagare beskrev att en förbättrad relation till närstående varit viktigt för dem, men det är något otydligt om detta kan tillskrivas terapin. Deltagare 4 berättade att samtal om kärleksrelationer varit viktigt för att våga ta steget mot att hitta en relation som hen trivs i. Deltagare 2 beskrev att hen fått en ny partner och förbättrad relation till sina vänner, vilket gett mycket glädje, men det görs inte tydligt om detta hade att göra med terapins innehåll eller om det var en biprodukt av förbättrat allmäntillstånd. Övriga två deltagare pratade inte nämnvärt om relationernas vikt. Deltagare 5 sade uttryckligen att terapin hjälpte avsevärt i förhållande till relationen till föräldrarna och att den hjälpt hen med relationella mönster i sin romantiska relation:

Och alltså det hjälpte jättemycket, jag har mycket bättre relation med mina föräldrar idag och den tvingade mig också att ta massa beslut i min relation med mina föräldrar som var ganska drastiska, för att liksom komma vidare i den relationen.

Sammanfattningsvis är ensamhet i sin upplevelse något som verkar vara centralt i depressionen. Det verkar inte vara så att faktisk avsaknad av människor i den sociala sfären är av största vikt, utan snarare huruvida man har tillgång till stöd och känslomässig närhet. Relationen till nära och kära verkar därför vara av stor vikt att beröra i terapirummet. Det implicerar också att terapeuten har en viktig uppgift i att bemöta deprimerade patienter på ett emotionellt plan för att bryta känslan av att vara oförstådd och ensam i sin upplevelse.

Praktikaliteternas värld

Utöver relationer består livet också av en rad omständigheter som har en direkt koppling till depressionstillståndet. Fyra deltagare pratade om hur praktiska omständigheter påverkat måendet, bland annat boendesituation, arbetssituation, husdjur, flytt eller att börja studera någonting nytt. Exempelvis beskrev deltagare 4 hur ett byte till ett mindre stressigt jobb på sätt och vis var början på förbättringsprocessen, i att det tillät mer tid för reflektion, vilket sedermera ledde till påbörjad terapikontakt: ”När jag började jobba med [arbete] så kunde jag sakta ner och börja fundera lite mer på... vad är det egentligen som hänt och varför mår jag som jag gör och varför känner jag som jag gör?”

Ofta har större förändringar i deras livskontext varit förknippat med ett påtagligt påverkat mående. Implikationen är att terapins effektivitet verkar stå i förhållande till dess möjlighet att bidra till att patienten kan reflektera kring sitt liv på ett sätt som tillåter denne att göra val som erbjuder ett liv som korresponderar mer med deras egna önskningar och det som känns meningsfullt. Deltagare 1 beskrev hur flytt hemifrån snarare bidrog till utvecklingen av nedstämdhet medan deltagare 2 berättade om hur byte av jobb, boende och studier var starkt positiva förändringar som bidragit till ett avsevärt bättre mående. Deltagare 5 berättade om hur den ekonomiska friheten som kom med ett nytt jobb och hur ett förbättrat mående gjorde det möjligt att söka hjälp, då deltagaren inte riktigt sett att det var ett alternativ på absoluta botten. Tre av deltagarna berättade om förbättrat mående i termer av förbättrad faktisk livssituation, även om två av deltagarna inte lyfte detta som anledningar till att må bättre. Livskontexten och huruvida den är tillfredsställande tycks ha att göra med både problemens uppkomst och lösning, vilket understryker att en viktig förändringsfaktor är sådant som ligger utanför terapin och patienten. Således verkar det viktigt att terapin hjälper patienten att ge perspektiv som möjliggör de val och förändringar i livet som går i linje med deras inre viljor, samtidigt som det verkar viktigt som vårdpersonal att ha en viss ödmjukhet inför terapins effekt i jämförelse med oberoende förändrade livsomständigheter.

Diskussion

Det huvudsakliga målet med studien var att undersöka hur psykologisk behandling upplevts av dem som blivit behandlade för depression. Upplevelserna har delats upp i teman för att underlätta analys, ökad läsbarhet och koherens. Diskussionen är disponerad på så sätt att resultaten som genererats diskuteras och jämförs med tidigare forskning och teori, därefter diskussion av studiens metodologiska styrkor och svagheter, och avslutningsvis diskuteras studiens kliniska och forskningsmässiga värde.

Att sträcka ut en hand i ett nattsvart mörker

Förändringsprocessen från ett försämrat mående tycks påbörjas före vårdkontakt i samband med en önskan om förändring. Tre av deltagarna berättade om försök att själva må bättre. Det verkar dock som att det inte är lätt att själv veta vilka strategier som kan implementeras för att förbättra sitt eget mående. Implikationen är att effektiva självhjälpsstrategier skulle kunna vara ett sätt att motverka förekomsten av egentlig depression. Det finns studier som indikerar att det finns lovande effektiva självhjälpsstrategier för hantering av subkliniska depressiva symtom, men inga bevis pekar entydigt mot att dessa motverkar senare utveckling av egentlig depression (Corpas et al., 2022; Morgan & Jorm, 2008). Bland dessa interventioner är självhjälp baserad på KBT, träning, aktivitetsplanering, musik och husdjur, med många fler (Corpas et al., 2022; Morgan & Jorm, 2008). Detta implicerar att en ökad kunskap i den allmänna befolkningen om grundläggande KBT-strategier för depression skulle kunna bidra till minskade symtom. Vidare tycks det naturligt att t. ex träning, trevliga aktiviteter, musik, är associerat med mindre depressiva symtom. Det är däremot naivt att tro att det är så pass lätt som att uppmana deprimerade individer att öka innehållshalten av positiva upplevelser i deras liv, då anhedoni och hopplöshet lätt skapar stora hinder för initiering av beteende, vilket också speglas i intervjumaterialet. Samtliga deltagare beskriver att ingenting kändes roligt eller meningsfullt, eller hur saker som tidigare varit roliga plötsligt inte är det när depressionssymtomen tilltar. Detta knyter åter an till frågan om hur man skapar motivation till förändring, snarare än vilka förändringar som är associerade med förbättrat mående. Två av deltagarna har gett uttryck för att de vet att rutiner är viktiga för att må bättre, men har inte lyckats implementera dem i sitt liv, eller mår dåligt trots rutiner.

Deltagarna berättade om svårigheter med att söka hjälp av olika anledningar, bland annat för att det upplevdes jobbigt att öppna upp sig känslomässigt, både för närstående och

för en professionell kontakt. Vidare lyfts det i intervjumaterialet att deltagarna i olika utsträckning initialt har sökt stöd hos närstående. I vissa fall har en brist på stöd bidragit till en ensamhet som lett fram till kontakt med vård som en sista utväg. I andra fall har kontakt med exempelvis vänner, givit deltagarna insikten att de kanske borde söka hjälp grundat i det stöd de fått. Sammantaget tycks socialt stöd vara en viktig komponent i förbättringsprocessen.

Enligt Barney et al. (2006) är stigma angående depression förknippad med känslor av skam inför sin egen situation och att en förväntan att andra ska reagera negativt på hjälpsökande beteenden är negativt predicerande för att de som lider av depression ska söka professionell hjälp. Dessutom menar Barney et al. (2006) att närmare hälften av alla som lider av depression avstår från att söka professionell hjälp. De fynd som gjorts i den aktuella studien vittnar till en viss del om en samstämmighet med dessa resultat, då deltagarna till viss del beskrivit en vilja att klara sig själva och lösa sin situation. Det är först när situationen blivit ohållbar som professionell hjälp sökes. Detta återspeglas i resultat som erhållits av van Zoonen et al. (2015) som visar att ungefär 40% av individer med subklinisk depression avstår från att söka hjälp just med motiveringen att de upplever att de kan klara av sina egna problem.

Det görs dock inte tydligt i intervjumaterialet om skam är centralt i motståndet till att söka hjälp, eller om det rör sig om andra faktorer, som trötthet, hopplöshet eller brist på tilltro till vårdssystemet i sin helhet. Det bör också nämnas att inte alla deltagare tyckte att det var svårt att söka hjälp. Den skepticism som deltagarna berättar om gentemot terapeuten är också något som går i linje med de resultat som Barney et al. (2006) presenterar, även om det inte explicit sägs att skepticismen grundar sig i en förväntan att bli illa bemött. Två av deltagarna har dock erfarenheter av att bli illa bemötta av vårdpersonal. Det finns olika förklaringar till motståndet att söka hjälp. Exempelvis är det troligt att rådande sociala normer kring depression bidrar till känslor av skam inför sin egen situation. Huruvida en förväntan på att bli bemött negativt vid vårdsökande föreligger framgår inte tydligt av intervjumaterialet, men tycks impliceras av den skepticism som deltagarna ger uttryck för. Däremot görs det tydligt att själva vårdsystemets struktur i sig är problematiskt. Implikationen för klinisk verksamhet blir således att terapeuten behöver undersöka och bemöta eventuell skepticism som följer av sociala normer och av hjälpsökandeprocessen, som del i att bygga en trygg arbetsallians.

Genomgående görs det tydligt i deltagarnas berättelser att vårdsystemets utformning har medfört motstånd vid hjälpsökande. Som del av det depressiva tillståndet är det vanligt att

känna hopplöshet, meningslöshet och trötthet. Det är därför av direkt negativ konsekvens för denna grupp av patienter att rådande system lägger över mycket ansvar på individen för att få den hjälp de behöver. Fyra av deltagarna berättade om hur de på ett eller annat sätt upplevt svårigheter med att ta sig in i systemet och att få hjälp. Det är troligt att många som lider av depressionstillstånd har liknande upplevelser, där det värsta tänkbara scenariot är att sökande helt ger upp att försöka få hjälp till följd av systematiskt motstånd. För dem som deltagit här har utfallet trots allt blivit positivt, men inte utan ansträngning och frustration. Givetvis gäller samma praktiska förutsättningar för annan problematik, men problemet förstoras troligtvis för dem som redan lider av låg energi, motivation och hopplöshet.

Enligt Socialstyrelsen (2021) får 70% av alla patienter som diagnosticeras med depression- eller ångestsyndrom vård inom primärvården och 20% remitteras till specialiserad psykiatri. Vidare skrivs 65% av alla antidepressiva ut inom primärvården (Socialstyrelsen, 2021). Det görs inte tydligt vilken form av behandling som ges. Socialstyrelsen (2019) påvisade att det föreligger en stor spridning inom Sveriges regioner i tillgängligheten av psykologisk behandling. Enligt Socialstyrelsens utvärdering (2019) uppger verksamheter som besvarat undersökningen att över hälften av patienterna med depressions- eller ångestsyndrom fått psykologisk behandling (KBT, IPT eller PDT) och att nästan samtliga besvarande verksamheter kan erbjuda psykologisk behandling. Svansfrekvensen är dock låg. Samma utvärdering av Socialstyrelsen (2019) påvisar att det enligt regionernas patientadministrativa system framgår att betydligt färre patienter får psykologisk behandling, där det föreligger en stor variation mellan regionerna, med spridningar från cirka 10% av patienter till som högst 57%. Nationellt sett får 23% av patienterna inom vuxenpsykiatri dokumenterad KBT eller annan psykologisk behandling (IPT eller PDT) (Socialstyrelsen, 2019). Samtidigt är väntetiden för förstabesök och bedömning långa. Följaktligen rekommenderade Socialstyrelsen (2019) att regionerna bland annat kan förbättra vården genom att öka tillgängligheten till psykologisk behandling vid ångest- och depressionstillstånd.

Det är alltså föga förvånande att studiens deltagare ger uttryck för frustration över vårdssystemet i sina intervjuer. Lösningen på detta problem är emellertid inte något som går att lösa inom ramen för terapi, utan är ett kulturellt och samhällsligt problem. Med det sagt har den kulturella och samhällsliga kontexten implikationer som sträcker sig in i terapirummet. Det är viktigt att som vårdpersonal minnas att patienterna som kommer till terapi med stor sannolikhet har mött frustrerande motstånd innan de ens kommit till terapirummet. En viss

mängd skepsis mot vårdssystemet i sin helhet är därför rimligt att förvänta sig, varför extra energi bör läggas på att bygga förtroende och allians som har påverkats redan före första mötet. Två av deltagarna har uttryckligen berättat om en skepsis mot terapeuten och vårdens möjlighet att faktiskt hjälpa. Det är inte osannolikt att själva processen att söka hjälp i någon mån skapar frustration som riktas mot terapeuten. Det riskerar alltså att bli upp till den enskilde terapeuten att axla ansvar för vårdssystemets brister och arbeta i uppförsbacke med att etablera det förtroende som krävs för en lyckad terapi.

Detta tema är inte direkt knutet till de ursprungliga frågeställningarna. Detta handlar snarare om upplevelsen av att söka vård, men temat var så pass framträdande i intervjumaterialet att det inte kunde bortses från, särskilt då det tycks ha implikationer även för upplevelsen av själva terapin. Sammanfattningsvis tycks vårdssystemets utformning och strukturella problem utgöra ett reellt hinder för förändring och orsakar motivationsbrist och förstärker hopplöshetskänslor hos deprimerade patienter, vilket kan ha konsekvenser både för måendet och för själva terapin. Därtill är mörkertalet för dem som inte söker hjälp grundat i okunskap eller stigma, men lider av depressiva symtom troligtvis stort (Brown et al., 2022; van Zoonen et al., 2015). Brown et al. (2022) har argumenterat för att det finns en lucka i litteraturen gällande praktiska interventioner för att främja hjälpsökande beteende i den generella befolkningen. Svensk sjukvård tycks stå inför ett dubbelt problem då tillgängligheten av psykologisk behandling redan är låg, samtidigt som det är troligt att många som är i behov av vård inte söker vård. Forskning i en svensk kontext gällande faktorer till hjälpsökande beteende och vårdssystemets strukturella förutsättningar inverkan på befolkningens psykiska hälsa och vårdsökande är därför önskvärda.

Terapins innehåll

Den aktuella studien understryker att relationen till terapeuten är ytterst viktig för fortsatt terapeutiskt arbete och fullföljd behandling, vilket motsvarar tidigare forskning som också identifierat den terapeutiska alliansen som en av de viktigaste komponenterna vid terapeutiskt arbete (Cameron et al., 2018; Ferguson et al., 2022; Klein et al., 2003; Løvgren et al., 2019). Något som identifieras i denna studie är att den terapeutiska alliansen tycks ha att göra med terapeutens förmåga att bemöta patienterna i deras lidande och existentiella funderingar. I de fall deltagarna upplevt en diskrepans mellan deras inre upplevelser och terapeut samt metod, har detta bidragit till känslor av att inte bli sedd, förstådd eller rentav tilltagande hopplöshet. Ilardi och Craighead (1994) menar att många icke-specifika

behandlingsfaktorer kan reduceras till just en förmåga att inom terapin minska känslor av hopplöshet, vilket kan skönjas även i denna studies resultat.

Särskilt strukturerade kliniska ansatser som inte först grundats i förståelse och personligt bemötande tycks särskilt avskräckande för två av deltagarna. Implikationen är att terapeuter oavsett inriktning behöver bemöta rådande tankar kring livet, döden och meningslöshet på ett förtroendeingivande sätt för att motivera patienten till fortsatt behandling och att metoden är adekvat för denna typ av problematik. Cooper och Conklin (2015) efterlyser studier som undersöker anledningar till tidiga avhopp. Den aktuella studien antyder att motivationsbrist till följd av en upplevelse av att inte bli förstådda kan vara en sådan anledning.

Det finns studier som sammankopplat motivationsbrist med utfall vid depressionsbehandling och att depressionens inverkan på terapi agerar som barriärer vid psykologisk behandling (Ferguson et al., 2022; Horne et al., 2021; Mohr et al., 2010). Tre deltagare har erfarenhet av en eller flera tidigare behandlingar som de valt att avsluta i förtid. Anledningen till dessa avbrott beskrivs i termer av oförstående från terapeuten och att det inte kändes meningsfullt. Sammantaget ger dessa utsagor ledtrådar om att avbruten kontakt kan ha att göra med relationen till terapeuten eller förtroende för den valda metod, där brist på någotdera tycks relatera till en missanpassning mellan terapeut, terapeutiskt fokus och inre upplevelser, där existentiella frågor tycks ha varit det centrala för den aktuella studiens deltagare. Detta stärker fynd från tidigare forskning som understrykt vikten av att bemöta patienter med depression i deras existentiella frågeställningar (Bygstad-Landro & Giske, 2018; Heidenreich et al., 2021). En annan tolkning av resultatet är att berättelserna vittnar om behovet av att matcha terapeut och patient utifrån andra faktorer, exempelvis personlighet eller relativa styrkor hos terapeuten i förhållande till patientens behov och preferenser. Det finns forskning som indikerar att en matchningsprocess i vårdprocessen skulle kunna stärka positiva utfall vid psykoterapi (Constantino et al., 2021).

Så som illustrerats i studiens resultat tycks känslor vara en integral del i att må bättre. Tre av deltagarna beskrev ruminerande och kognitivt laddade världsbilder som går i linje med Becks kognitiva triad för depression, d.v.s. negativa tankar om självet, världen och framtiden (Beck et al., 1987). Utsagorna antyder att dessa tankekonstrukt kan agera som ett sorts försvar mot obehagliga känslor, vilket till och med explicit och spontant beskrevs av en av deltagarna som berättade om hur en dysfunktionell relation till döden var ett sätt att klippa bandet med

många saker i livet, däribland känslor. Det är känt att känslor, eller mer specifikt emotionsreglering, har en central roll vid depression (Rottenberg, 2017). Samtidigt uttrycker tre av deltagarna initiala svårigheter med att identifiera känslor och drivkrafter. En central del av det terapeutiska arbetet med deprimerade patienter som lider av hopplöshet och meningslöshet tycks därför vara att hitta ett sätt att komma åt känslomässigt innehåll som inte är lättåtkomligt för patienten. Det finns terapiformer som försöker lösa detta problem, exempelvis emotionsfokuserad terapi (EFT) för depression, där den terapeutiska alliansen och emotionella scheman står i fokus (Greenberg, 2017).

Deltagarna berättar om känslor av ensamhet och omfattande tankar kring döden. Dessa tangerar de existentiella grundförutsättningar som Yalom (1980) definierar för den mänskliga existensen, nämligen frihet, döden, isolering och meningslöshet. Längle (2005) menar att människan behöver förhålla sig till dessa grundvillkor på ett konstruktivt sätt för att skapa motivationen att leva ett uppfyllande liv. Exempelvis implicerar döden att livet har temporalitet och progression, medan ensamhet vittnar om varje människas unika upplevelse. Alla deltagare berättade om tankar på döden och döden nämns ofta som något centralt vid vändpunkter i behandlingen. Uttalanden om att inte vilja dö ensam, inte vilja leva sitt liv på detta sätt, eller att göra valet mellan att dö eller att må bättre, vittnar om en påträngande medvetenhet om att livet inte är för alltid. Tre deltagare berättade om att tankar på döden tidigare snarare varit något som känts som en trygg möjlig sista utväg. En deltagare problematiserade detta självantagande i sin berättelse, att tankar på döden blev som ett sätt att komma undan jobbiga känslor som hörde samman med livet. En annan deltagare beskrev en förändrad syn på döden efter terapin, att den inte längre var central eller en utväg, utan nämns snarare som en anledning att leva ett uppfyllande liv medan tid finns. Detta perspektivskifte tycks återfinnas även i övriga deltagares berättelser. Sammanvägt tycks det viktigt att döden berörs med patienter som har omfattande tankar om denna, då döden, eller snarare livets temporala inramning, har potential att agera som en motivator att leva livet på ett sätt som bär mening. Att omvandla döden från ett sätt att fly ångest till en fundamental existentiell motivator inom terapi kan möjligtvis vara ett sätt att koppla an till känslor och mening. Jag vill mot bakgrund av denna diskussion hävda, att bemöta deprimerade patienter i deras funderingar kring döden är en essentiell komponent i att bilda terapeutisk allians och att skapa motivation för förändring.

Allt det som händer utanför terapirummet

Känslor av ensamhet beskrevs av deltagarna, vilket går i linje med vad man kan förvänta sig hos individer som lider av depression, då ensamhet har visats vara en predisponerande och vidmakthållande faktor vid depressiva tillstånd (Erzen & Çikrikci, 2018). Griffiths et al. (2011) påvisade att sökande av emotionellt stöd hos närstående eller vänner är en viktig del i att må bättre och att söka professionell hjälp, men att en förväntan på negativt bemötande eller stigma är vanligt förekommande. Griffiths et al. (2011) menar att arbete på samhällsnivå med minskad stigmatisering av depression och att öka befolkningens kunskap om tillståndet är möjliga vägar framåt för att hantera depression som samhällsfenomen. På terapinivå antyder känslor av ensamhet ett behov att det inom ramen för terapi ska finnas en möjlighet för patienten att känna sig mindre ensam, vilket också återspeglas i de mindre lyckade kontakter som vissa av deltagarna upplevt. Att inte känna sig sedd eller förstådd när man redan är ensam i sin upplevelse är troligen en bidragande faktor till att dessa kontakter varit mindre lyckade. En annan implikation är att terapi behöver förhålla sig till det sociala nätverk som patienten befinner sig i, för att facilitera förbättrad kvalitet på sociala relationer och tillgängliggöra emotionellt stöd även utanför terapin.

Det framgår av deltagarnas berättelser att händelser i världen utanför terapirummet är nära sammanflätade med mående, vilket i sig inte är förvånande. Det finns en rik litteratur som sedan länge har kartlagt kopplingen mellan stress, livshändelser och sedermera utveckling av depression (Hammen, 2005; Mazure, 1998; Tennant, 2002). Detta går även att urskilja i deltagarnas berättelser om tiden innan nedstämdhet, då det finns tydliga kopplingar till sociala eller praktiska omständigheter som har förändrats, sammanfallande med tiden då deras problem förvärrades. Deltagarna tycks däremot inte ha fått identiska behandlingar, då fokus varit annorlunda beroende på deltagare. Möjligtvis skulle flexibiliteten och fokus vid patientens unika problem i en historisk kontext förklara varför flertalet patienter har upplevt att nutidsfokuserade strukturerade KBT-behandlingar varit mindre lyckade, men upplevt sig mer hjälpta av PDT. Det är tänkbart att problemens etiologi är direkt kopplade till problemets kärna och sedermera lösning. Detta är samstämmigt med bilden som Luyten et al. (2006) argumenterar för, att olika etiologiska faktorer bland deprimerade patienter påverkar vilka interventioner som är effektiva vid behandling, vilket skulle kunna förklara varför terapeutisk allians uppvisar så pass stora effektstorlekar oberoende typ av psykologisk behandling.

Därtill visar resultaten i den aktuella studien att positiva livsförändringar tycks vara sammankopplade med bättre mående. Även om ett sådant påstående tycks intuitivt, är det inte självklart att en individ som lider av känslor av hopplöshet och nedstämdhet skulle kunna tillgodogöra sig någon form av förändring baserat enbart på externa omställningar. Needles och Abramson (1990) har påvisat att enbart positiva livsförändringar inte är nog för att öka hoppfullhet och minska depressiva symtom, utan att det krävs en förmåga att attribuera positiva förändringar på ett stärkande sätt i kombination med faktiskt positiva livsförändringar. Detta implicerar, i kombination med den aktuella studiens resultat, att terapi fyller en viktig roll i det avseendet att terapi erbjuder patienterna en möjlighet att förändra negativa synsätt på världen, som i sin tur tillåter patienterna att tillgodogöra sig förändring på ett stärkande sätt. Möjligtvis skulle detta kunna förklara varför många positiva förändringar i livsomständigheter tycks infalla under eller i nära anslutning till terapi. Huruvida terapi stärker patienterna så att de kan förändra sin vardag, eller om terapi ger patienter perspektiv som tillåter dem att tillgodogöra sig positiva förändringar, är oklart.

Deltagarnas berättelser vittnar om att de i anslutning till terapi, eller under pågående terapi, har gjort val att förändra livet, ibland drastiska. Exempelvis byte av jobb för att tillåta sig mer reflektionstid, flytta eller helt byta bana i livet. Inom existencialistisk filosofi och psykologi brukar det talas om just frihet, val och ansvar (van Deurzen, 2010). Jean-Paul Sartre pratar om att mänsklig existens präglas av frihet och oundvikligen att göra val och att det i detta finns ett stort ansvar hos individen att synliggöra sig själva för att kunna leva ett liv där man är förmögen att göra dessa medvetet; även om val ofta är förknippat med ångest (Sartre, 1946, refererat i van Deurzen, 2010). Detta perspektiv ter sig nära förknippat med terapi och går att uttyda i intervjumaterialet, då flertalet av deltagarna har gjort stora livsomställningar i nära anslutning till eller under pågående terapi. Jag menar att det finns ett värde i detta filosofiska perspektiv, då terapi har en potentiellt viktig roll i att hjälpa patienter att synliggöra möjliga livsval och dess konsekvenser. Detta har återspeglats i flera av intervjuerna, där livsomständigheter, möjliga handlingsalternativ och dess konsekvenser har diskuterats i lyckade terapier. Crowe et al. (2012) menar att just omformulering av problem på ett meningsfullt sätt och förmågan hos patienten att ta ansvar för deras roll i ett givet problem, samt att våga genomföra förändring, är det som är centralt i terapi, oavsett terapiform. Detta går i linje med de fynd som görs i den aktuella studien. Naturligtvis kan livskontexten diskuteras utan att det har rötter i existencialism, men det tycks intuitivt att existentiella

perspektiv erbjuder ett teoretiskt ramverk som nära motsvarar det som individer med depression karakteriserat av hopplöshet och meningslöshet upplever.

Enligt Heidenreich et al. (2021) är just existentiella problem som döden, ansvar, meningslöshet och isolering vanligt förekommande inom ramen för terapi, även för dem som jobbar med KBT. Detta görs tydligt även inom denna studie, vilket indikerar ett kliniskt värde i att som terapeut bekanta sig med och bära med sig dessa perspektiv, vilket stärks av exempelvis Bygstad-Landro och Giske (2018) som finner att det finns ett behov av att bemöta patienter i existentiella frågeställningar. Ottens och Hanna (1998) menar att existentiella terapier har ett värdefullt perspektiv, särskilt på livskontext och patienternas ontologiska grundantaganden, som med framgång kan integreras i kognitiva terapier. Viss evidens finns också som stödjer att rent existentiella terapier är verksamma när man mäter psykologiska utfall (Vos et al., 2015). Möjligtvis är det psykodynamiska ramverket mer flexibelt i förhållande till existentiella frågeställningar, vilket är något som tycks framgå i den aktuella studiens resultat. Detta skulle också förklara varför de deltagare som haft många existentiella frågeställningar inte har trivts med KBT, men har avslutat PDT-behandling. Möjligtvis skulle KBT-terapierna vara lättare att ta åt sig för deprimerade individer med hopplöshet och meningslöshet om existentiella perspektiv synliggjordes och bemöttes inom ramen för terapin på ett mer utförligt sätt. Sammantaget tycks det viktigt att terapin uppmärksammar de valmöjligheter i livet som patienten har framför sig och stärker patienten i att själv ta ansvar för dessa.

Kunskapen om att positiva aktiviteter utanför terapin är associerat med symtomlindring vid depression är välkänd. Interventioner som beteendeaktivering, det vill säga schemaläggning av positiva aktiviteter med målsättning att bryta mönster av inaktivitet och undvikande, har en dokumenterad relation med symtomlindring vid depression (Ekers et al., 2014). Majoriteten av deltagarna i den aktuella studien har dock fullföljt PDT-behandlingar, där beteendeaktivering inte är ett inslag, då beteendeaktivering är ett inslag i KBT. Samtidigt vittnar berättelserna om att en förändring i beteenderepertoar har varit viktigt för dem. Som Doss (2004) argumenterar, kan olika terapier ha olika förändringsmekanismer som leder till samma mätbara utfall. Sammantaget tycks det viktigt att terapin, oavsett typ, lyckas bringa förändring i vardagslivet. Det är heller inte säkert vilken förändringsmekanism som är involverad vid beteendeaktivering, då denna kan se olika ut för olika patienter. Oavsett finns det en utmaning i att motivera en individ som finner allting meningslöst och hopplöst att

faktiskt implementera konkreta beteenden. Motivationsprocessen är därför central. Som påvisats i denna studie kan känslor och en existentiell inramning potentiellt vara viktiga för att komma åt underliggande motivation att förändra livskontexten.

Studiens styrkor och svagheter

Studien gör inte anspråk på generaliserbarhet eller att etablera orsak och verkan, vilket följer direkt av den kvalitativa metodik som använts. Syftet har varit att beskriva upplevelser och att genom tolkning identifiera möjliga mekanismer som kan vara viktiga i terapi, som sedan kan tas vidare i annan forskning eller vägleda klinisk praktik. Det bör kommenteras att studien inte gör anspråk på att jämföra terapiformer.

Möjliga metodologiska förbättringar är att rekrytera via vårdsystemet, exempelvis i samarbete med primärvården, för att få ett större urval, rikare material, och en formell diagnos som inte vilar på deltagarnas egna utsagor och bedömning av denna. Detta gjordes inte i den aktuella studien till följd av tidsbrist.

Det bör också poängteras att studiens deltagare alla har upplevt en lyckad behandling, även om flera har erfarenhet av mindre lyckade sådana. Att nå ut till dem som inte har en positiv erfarenhet och undersöka deras upplevelse hade varit berikande för kunskapsläget. Vidare har den aktuella studien inte tagit hänsyn till sociala faktorer såsom deltagarnas eller terapeuternas könstillhörighet eller deltagarnas utbildningsnivå och socioekonomiska status. Det är tänkbart att dessa faktorer kan ha stora implikationer för upplevelsen av psykologisk behandling för depression.

Kvalitetskriterier

Kvalitetskriterier enligt Morrow. Följande är en diskussion av de kriterier för postpositivistisk kvalitativ forskning som specificerats av Morrow (2005):

Trovärdighet. För att säkerställa intern konsistens har jag haft kontakt med handledare om analysen, kontinuerligt kollat av med intervjudeltagarna att jag förstår dem rätt i intervjusituationen, analyserat motsägelsefulla utsagor och presenterat en rik mängd data från intervjuerna i analysen för att illustrera kopplingen mellan analys och dataunderlag. Därtill har jag arbetat med trovärdigheten genom att inkludera ett avsnitt om reflexivitet.

Ursprungligen var målet att ha sex till åtta deltagare, men problem med rekrytering medförde ett något lägre deltagarantal, vilket gör underlaget något mindre rikt än det ursprungligen var tänkt.

Överförbarhet. Studiens deltagarantal och uteslutande av statistiska metoder medför att generaliserbarhet inte är möjlig. Däremot har deltagarnas utsagor och sedermera analys presenterats på ett utförligt sätt som förhoppningsvis går att relatera till för läsaren. Mer kunskap om deltagarnas situationer hade givetvis ökat förståelsen, vilket hade gjort det lättare för läsaren att se i vilken kontext fynden kan tänkas överförbara. Däremot har jag som författare valt att utesluta noggrannare beskrivning av deltagarna efter etiska överväganden, för att skydda anonymitet. Vidare har målsättningen varit att beskriva forskningsprocessen och min egen roll i denna på ett sätt som erbjuder insyn i hur kunskapen genererats.

Pålitlighet. Att använda en strukturerad metod med tydliga steg är ett medvetet val att höja pålitligheten. Därtill inkluderas beskrivningar av forskningsprocessen i denna rapport med målet att studiens metod ska vara tydlig och replikerbar.

Saklighet. Naturligtvis är det omöjligt att helt eliminera egen bias i kunskapsgenereringen. För att fynden ska representera materialet snarare än mina egna teorier, har jag varit noggrann med att representera datamaterialet i analysen, för att ge läsaren möjlighet att själv knyta samman analys med underliggande datamaterial i någon mån.

Kvalitetskriterier enligt Elliott et al. Nedan följer en diskussion av de generella kvalitetskriterier som utvecklats av Elliott et al. (1999):

Att äga sitt perspektiv. Subjektivitet kommer oreducerbart att vara en del av kvalitativ metodik, då forskaren är en del i den kunskapsgenererande processen. För att motverka detta inkluderar jag kvalitetskriterier och diskussion av dessa samt ett avsnitt om reflexivitet.

Kontextualisera urvalet. Det finns tydliga fördelar med att beskriva deltagarnas liv och situationer sett till möjligheten för läsaren att dra egna slutsatser utifrån ett berikat perspektiv på materialet. Däremot har jag vid författandet av denna studie medvetet valt att begränsa beskrivningar av deltagarna för att värna deras anonymitet. Således medför detta val en något sänkt kvalitet på studien, då det blir svårare för läsaren att helt förstå materialet. Däremot anser jag som författare att denna ökade transparens om analysprocessen och deltagarna inte är värt kostnaden av inskränkt integritet hos forskningsdeltagarna. De frågor som har besvarats har handlat om djupt personliga uppgifter om familjesituationer, psykisk ohälsa och lidande. Det skulle därför vara oetiskt att bidra med information som skulle kunna underlätta identifikation av deltagarna. Jag har valt att inkludera en minimal mängd information om deltagarna, för att ändå ge läsaren en ungefärlig uppfattning om urvalets

karaktäristika. Analysen har inkluderat sådant som exemplifierar livssituationen på ett sätt som inte riskerar att röja anonymitet.

Illustrera med exempel. Jag har valt att inkludera många citat, för att ge materialet och deltagarna en chans att tala för sig själva. Målsättningen har varit att citaten ska representera analysen, snarare än att det är citaten som analyseras. Utsagor har jämförts noggrant mellan deltagarna och de mest representativa citaten har valts ut som stöd för analysen. Citat innehållande personlig information som kan komma att spåras till en individ har uteslutits eller redigerats. Vidare har jag strävat efter att behålla citaten oredigerade i så stor utsträckning som möjligt, då jag inte velat riskera att mina egna tolkningar ska gå före det som deltagarna själva säger. Med det sagt har ett antal citat redigerats språkmässigt, med uteslutning av upprepningar, överdrivet talspråk eller andra grammatiska misstag, för att öka läsbarheten. All redigering har gjorts på ett noggrant sätt där kärninnebörderna av det som sägs inte ska ha påverkats av redigeringen. För att kontrollera att jag inte misstolkat det transkriberade materialet har jag också lyssnat på relevanta passager från ljudfilerna för att försäkra mig om att min förståelse av det som sägs inte förvrängs av själva transkriberingen.

Tillgängliga trovärdighetskontroller. Jag har själv genomfört intervjuerna, transkriberat, kodat och tematiserat. Jag har diskuterat med min handledare, men i stort varit själv vid analysarbetet. Det är därför en kvalitetsbrist enligt detta kriterium att jag inte haft en medförfattare som jag kunnat arbeta med, då en kollega hade möjliggjort diskussion av materialet på ett mer djuplodat sätt. Dessutom hade det medfört möjligheten att båda analyserar materialet individuellt för att sedan jämföra, vilket hade kunnat öka tillförlitligheten i analysen. Å andra sidan säkerställer ensamt författarskap att all data har analyserats på ett konsekvent sätt. Jag har varit mycket noggrann med att analysera all data på samma sätt och att implementera olika perspektiv vid analysen, då jag försökt hitta motsägande utsagor och exemplifiera detta i analysen. Därtill har jag under pågående intervjuer varit noggrann med att kontinuerligt sammanfatta deltagarnas utsagor och kontrollera att jag förstått dem rätt.

Koherens. Studien har bedrivits enligt en standardiserad metod och följt stegen enligt Braun och Clarke (2006) noggrant. Koder har grupperats till underteman som sedan utgör huvudteman. Syftet med huvudteman respektive underteman är att läsaren ska kunna förstå hur materialet och analysen hänger samman, samt att det ska gå att uttyda en röd tråd i deltagarnas utsagor.

Generella kontra specifika forskningsmål. Jag gör inom denna studie inte anspråk på generell kunskap, allmängiltighet eller generaliserbarhet. Detta följer direkt av studiens utformning och urval, då ett litet riktat urval aldrig kan anses representativt för den större populationen. Målsättningen har varit att fördjupa förståelsen för det specifika fenomenet som deltagarna har erfarenhet av. Jag har strävat efter att hålla intervjuerna så öppna som möjligt för att generera spontan återgivning och för att minimera bias från mig själv. I analysen har jag lyft olika aspekter av upplevelsen, vissa som är motsägelsefulla, i syfte att ge läsaren en bred förståelse av fenomenet. Jag har inte exkluderat utsagor som är motsägelsefulla eller bortsett från sådant som inte tycks relevant enligt min egen teoretiska bakgrund, utan har strävat efter att representera hela materialet på ett så datadrivet sätt som möjligt. Rapporten har inkluderat allt som kan tänkas vara relaterat till de specifika frågeställningarna, i syfte att bredda förståelsen för det området som undersökts.

Resonera med läsaren. Min målsättning under författandet av denna rapport är att låta deltagarnas utsagor tala för sig själva så långt det går. Genom att inkludera många citat från intervjumaterialet hoppas jag att texten upplevs som levande av läsaren. Språkbruket i analysen har medvetet försökts hållas levande för att bibehålla klarhet och intresse.

Reflexivitet och tolkning

Potter och Hepburn (2005) menar att ett centralt problem vid kvalitativ forskning är att misslyckas med att se intervjusituationen som en skapandeprocess snarare än neutral informationsinhämtning. Jag, i egenskap av att ha författat intervjuguide och hållit intervjuer, är medskapande i den konstruktion av kunskap som intervjun genererar, på så sätt att frågornas och följdfrågornas karaktär påverkar de svar som erhålls från intervjudeltagaren. Då jag har en given förförståelse för området, riskerar jag att förstärka rådande vetenskapliga fokus genom att exempelvis endast ställa följdfrågor om det jag anser relevant. Datamängden som erhålls kan därför inte anses vara en neutral informationskälla. Jag har försökt att motverka detta genom att stimulera spontan återgivning via öppna frågor, även om vissa riktade frågor krävdes under intervjusituationen för att fördjupa förståelsen för det givna problemet.

Vidare har jag under analysprocessen tolkat materialet utifrån den teoretiska förförståelse jag besitter i egenskap av examenstudent vid psykologprogrammet. Således kan det som jag identifierar som centralt i materialet skilja sig från vad andra hade identifierat. Analysprocessen har följt de steg som Braun och Clarke (2006) föreslår, men det bör

poängteras att processerna med informationsinhämtning, genomläsning, kodning och tematisering i någon mån inte skedde strikt sekventiellt, då vissa idéer ofrånkomligen florerade redan under tiden då intervjuer genomfördes. Däremot avhöll jag mig från att påbörja transkriberingsarbetet tills samtliga intervjuer var genomförda, med tanken att låta materialet få tala i sin helhet utan att omedvetet påbörja analysprocessen innan hela materialet var tillgängligt. Kodningen påbörjades efter avslutad transkribering och tematisering påbörjades efter kodning. Däremot noterades vissa mönster redan under transkribering och kodning, vilket troligtvis påverkat tematiseringen.

Tolkningen sker också i en given social och kulturell kontext, nämligen i en svensk akademisk sådan. Kunskapsanspråket kan därför inte anses överföras på ett tillförlitligt sätt till andra kulturella kontexter. Vidare är språkbruket i uppsatsen fackligt, vilket bidrar till viss otillgänglighet. Språkbruket har, främst i resultatdelen försökts hållas till en levande och lättillgänglig nivå för att det huvudsakliga budskapet skall vara lättförstått. Språket har medvetet begränsats till svenska för att inte skapa några lager av osäkerhet i interaktionen mellan intervjumaterialet, analys och sedermera sammanställning.

Implikationer för klinisk praktik och vidare forskning

Fyndet i denna studie är i många avseenden samstämmiga med tidigare forskningsresultat. Den terapeutiska alliansen tycks vara en grundpelare för lyckad bedriven terapi, samt att livsomständigheter spelar en stor roll vid depressiva tillstånd. Vidare är känslor nära kopplade till depressionstillståndet och det tycks finnas ett behov att komma åt dessa i de fall de är svårtillgängliga. Kopplingen mellan känslor, motivation, mening och förändring är svår att klarlägga, men studiens resultat indikerar att dessa är sammanvävda. Studien bidrar med att ringa in bemötandet av existentiella frågor som ett möjligt sätt att bygga terapeutisk allians och motivera förändring hos deprimerade patienter med hög grad av upplevd hopplöshet och meningslöshet. Vidare forskning kring exakt vilka mekanismer som kopplar samman bemötandet av existentiella frågeställningar och terapeutisk allians uppmanas. För klinisk praktik kan denna kunskap vara relevant för de terapeuter som upplever svårigheter med omotiverade patienter.

Studien belyser att olika patienter kommer till terapi med olika erfarenheter, vilket har implikationer för vilket terapiinnehåll som är lämpligt för en given patient. Fokus på patientens behov och en etiologisk ansats vid klinisk praktik understryks. Vidare belyser studien vikten av händelser i livet och att det är viktigt att terapi berör livet utanför. Möjligtvis

kan man genom att belysa viktiga val som finns tillgängliga för patienten, hjälpa patienten att leva livet i en riktning som känns meningsfull.

Slutligen görs det tydligt att det svenska vårdssystemets strukturella utformning kan leda till problem för individer som lider av depression. Vidare forskning om effekterna av långa vårdköer och att patienter själva i vissa fall behöver leta efter terapeut för att få vård är önskvärd, särskilt för deprimerade individer.

Slutsatser

Sammantaget upplevs depressionsbehandling av patienter som någonting som kan vara både mycket svårt och främmande, men också viktigt för att må bättre. De gånger som behandling upplevs som meningslös eller ej hjälpsam, korresponderar med tidiga avbrott. Detta i sin tur tycks ha att göra med terapeutens förmåga att bemöta patienten där hen är och se det individuella lidandet. En stor del i detta tycks vara att bemöta existentiella frågeställningar om döden och livet på ett adekvat sätt. De gånger patienterna upplever sig sedda och förstådda, fortsätter de i terapi.

Motivet till att söka hjälp tycks kopplad till hopp inför möjligheten att bli hjälpta, men också av insikter om att livet inte kan levas på det sätt som det levs. Förändring tycks driven av nya perspektiv som erbjuds i terapi, exempelvis genom att komma i kontakt med undantryckta känslor, eller att se på sig själva i ett mer positivt ljus. Terapi tycks ha en viktig roll i att hjälpa patienterna att komma åt dessa underliggande känslor och drivkrafter, vilka sedan leder till förändring i livet utanför terapirummet. Existentiella perspektiv som att använda livets temporala inramning som motivator för förändring, att uppmärksamma patienten på de val som finns tillgängliga och att belysa ansvaret som patienten själv har i detta, är perspektiv som möjligtvis är viktiga att lyfta i terapi. Deltagarna i den rådande studien tycks till viss del ha använt liknande formuleringar på eget bevåg. Det tycks av särskild vikt att inom mer strukturerade psykologiska behandlingar, som KBT, tillåta tid för dessa frågor, särskilt initialt, då detta verkar vara en del av att bygga en trygg terapeutisk allians med patienter som lider av depression karakteriserad av hopplöshet och meningslöshet.

De hinder som patienter upplever tycks främst ha att göra med vårdens strukturella förutsättningar, då vårdköer och ansvaret att själv leta efter terapeut har upplevts som svåra. Detta är särskilt beklämmande för deprimerade patienter som redan lider av hög grad av hopplöshet, meningslöshet och orkeslöshet. Därtill är det troligt att socialt stigma, syn på sitt eget lidande och bristande stöd från närstående kan hindra vårdsökande. Slutligen tycks ett

stort möjligt hinder vara relationen med terapeuten, i de fall patienterna inte upplever sig sedda eller förstådda, vilket underminerar förtroendet både för terapeuten och behandlingens effektivitet.

Referenser

- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. [3:e uppl.]. Studentlitteratur.
- Barney, L.J., Griffiths, K.M., Jorm, A.F., & Christensen H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 51–54. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/j.1440-1614.2006.01741.x>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1987). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Publications.
- Berra, L. (2021). Existential Depression: A Nonpathological and Philosophical-Existential Approach. *Journal of Humanistic Psychology*, 61(5), 757–765. <https://doi.org/10.1177/0022167819834747>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brown S. L., Lisk, S., Carter, B., Stevelink, S. A. M., Van Lieshout, R., & Michelson, D. (2022). How Can We Actually Change Help-Seeking Behaviour for Mental Health Problems among the General Public? Development of the ‘PLACES’ Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2831), 2831. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052831>
- Bygstad-Landro, M., & Giske, T. (2018). Risking existence: The experience and handling of depression. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3–4), e514–e522–e522. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jocn.14056>
- Cameron, S. K., Rodgers, J., & Dagnan, D. (2018). The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(3), 446–456. <https://doi.org/10.1002/cpp.2180>
- Constantino, M. J., Boswell, J. F., Coyne, A. E., Swales, T. P., & Kraus, D. R. (2021). Effect of Matching Therapists to Patients vs Assignment as Usual on Adult Psychotherapy Outcomes: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 78(9), 960–969. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.1221>

- Cooper, A. A., & Conklin, L. R. (2015). Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review, 40*, 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.001>
- Corpas, J., Gilbody, S., & McMillan, D. (2022). Cognitive, behavioural or cognitive-behavioural self-help interventions for subclinical depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 308*, 384–390. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jad.2022.04.085>
- Crowe, M., Whitehead, L., Carlyle, D., Mcintosh, V., Jordan, J., Joyce, P., & Carter, J. (2012). The process of change in psychotherapy for depression: helping clients to reformulate the problem. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 19*(8), 681–689. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01840.x>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H., & Furukawa, T. A. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 144*(3), 288–299. <https://doi.org/10.1111/acps.13335>
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A., & Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 19*(1), 92–107. <https://doi.org/10.1002/wps.20701>
- Doss, B. D. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(4), 368–386. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph094>
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., & Gilbody, S. (2014). Behavioural Activation for Depression; An Update of Meta-Analysis of Effectiveness and Sub Group Analysis. *PLoS ONE, 9*(6), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100100>
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology, 38* (Pt 3), 215–229. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1348/014466599162782>

- Erzen, E. & Çikrikci, Ö. (2018). The effect of loneliness on depression: A meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*. 2018;64(5):427-435. doi:[10.1177/0020764018776349](https://doi.org/10.1177/0020764018776349)
- Ferguson, N., Rice, S., Gleeson, J., Davey, C. G., & Hetrick, S. E. (2022). The experience of young people receiving cognitive behavioural therapy for major depression: A qualitative study. *Early Intervention in Psychiatry*, 1. <https://doi.org/10.1111/eip.13290>
- Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 106–117. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/14779757.2017.1330702>
- Griffiths, K. M., Crisp, D. A., Barney, L. & Reid, R. (2011). Seeking help for depression from family and friends: A qualitative analysis of perceived advantages and disadvantages. *BMC Psychiatry*, 11(1), 196. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-196>
- Hammen, C. (2005). Stress and Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 293–319. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>
- Heidenreich, T., Noyon, A., Worrell, M., & Menzies, R. (2021). Existential Approaches and Cognitive Behavior Therapy: Challenges and Potential. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(1), 209–234. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00096-1>
- Hill, C. E., Chui, H., & Baumann, E. (2013). Revisiting and reenvisioning the outcome problem in psychotherapy: An argument to include individualized and qualitative measurement. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (4th ed.) (pp. 373–386). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14805-024>
- Horne, S. J., Topp, T. E., & Ferkauf, L. Q. (2021). Depression and the willingness to expend cognitive and physical effort for rewards: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 88. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102065>
- Ilardi, S.S. & Craighead, W.E. (1994). The Role of Nonspecific Factors in Cognitive-behaviour Therapy for Depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1: 138-155. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1994.tb00016.x>

- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. G., Arnow, B., Blalock, J. A., Manber, R., Markowitz, J. C., Riso, L. P., Rothbaum, B., McCullough, J. P., Thase, M. E., Borian, F. E., Miller, I. W., & Keller, M. B. (2003). Therapeutic Alliance in Depression Treatment: Controlling for Prior Change and Patient Characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(6), 997–1006. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.997>
- Lemmens, L. H. J. M., Müller, V. N. L. S., Arntz, A., & Huibers, M. J. H. (2016). Mechanisms of change in psychotherapy for depression: An empirical update and evaluation of research aimed at identifying psychological mediators. *Clinical Psychology Review, 50*, 95–107. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.004>
- Linde, K., Sigterman, K., Kriston, L., Rücker, G., Jamil, S., Meissner, K., & Schneider, A. (2015). Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and meta-analysis. *Annals of family medicine, 13*(1), 56–68. <https://doi.org/10.1370/afm.1719>
- Luyten, P., Blatt, S. J., Van Houdenhove, B., & Corveleyn, J. (2006). Depression research and treatment: Are we skating to where the puck is going to be? *Clinical Psychology Review, 26*(8), 985–999. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.cpr.2005.12.003>
- Längle, A. (2005). The Search for Meaning in Life and the Existential Fundamental Motivations. *Existential Analysis: Journal of the Society for Existential Analysis, 16*(1), 2–14.
- Løvgren, A., Røssberg, J.A., Nilsen, L., Engebretsen, E. & Ulberg, R. (2019). How do adolescents with depression experience improvement in psychodynamic psychotherapy? A qualitative study. *BMC Psychiatry, 19*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2080-0>
- Mazure, C. M. (1998). Life stressors as risk factors in depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*(3), 291-313–313. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00151.x>
- McLeod, J. (2011). *Qualitative research in counselling and psychotherapy* (2nd ed.). Sage.
- Midgley, N., Ansaldo, F., & Target, M. (2014). The meaningful assessment of therapy outcomes: Incorporating a qualitative study into a randomized controlled trial evaluating the treatment of adolescent depression. *Psychotherapy, 51*(1), 128–137. <https://doi.org/10.1037/a0034179>

- Mohr, D. C., Ho, J., Duffecy, J., Baron, K. G., Lehman, K. A., Jin, L., & Reifler, D. (2010). Perceived barriers to psychological treatments and their relationship to depression. *Journal of Clinical Psychology, 66*(4), 394–409.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20659>
- Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2008). Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review. *Annals of General Psychiatry, 7*, 1–23.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/1744-859X-7-13>
- Morrow, S. L. (2005). Quality and Trustworthiness in Qualitative Research in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology, 52*(2), 250–260.
- Needles, D. J., & Abramson, L. Y. (1990). Positive life events, attributional style, and hopefulness: Testing a model of recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology, 99*(2), 156–165. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/0021-843X.99.2.156>
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (2006). *Evidence-based practices in mental health. debate and dialogue on the fundamental questions*. American Psychological Association.
- Ottens, A. J., & Hanna, F. J. (1998). Cognitive and existential therapies: Toward an integration. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 35*(3), 312–324.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/h0087832>
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology, 52*(2), 137–145. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/0022-0167.52.2.137>
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative Research in Counseling Psychology: A Primer on Research Paradigms and Philosophy of Science. *Journal of Counseling Psychology, 52*(2), 126–136.
- Potter, J., & Hepburn, A. (2005). Qualitative interviews in psychology: problems and possibilities. *Qualitative Research in Psychology, 2*(4), 281–307.
<https://doi.org/10.1191/1478088705qp045oa>
- Rottenberg, J. (2017). Emotions in Depression: What Do We Really Know? *Annual Review of Clinical Psychology, 13*, 241. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045252>

- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Shinohara, K., Honyashiki, M., Imai, H., Hunot, V., Caldwell, D. M., Davies, P., Moore, T. H. M., Furukawa, T. A. & Churchill, R. (2013). Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008696.pub2>
- Socialstyrelsen. (2019). *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-5-12.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>
- Tennant C. (2002). Life events, stress and depression: a review of recent findings. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(2), 173–182. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1046/j.1440-1614.2002.01007.x>
- van Deurzen, E. (2010). *Everyday mysteries: A handbook of existential psychotherapy* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.
- van Zoonen, K., Kleiboer, A., Beekman, A. T. F., Smit, J. H., Boerema, A. M., & Cuijpers, P. (2015). Reasons and determinants of help-seeking in people with a subclinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 173, 105–112. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jad.2014.10.062>
- Vos, J., Craig, M., & Cooper, M. (2015). Existential Therapies: A Meta-Analysis of Their Effects on Psychological Outcomes. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 83(1), 115–128. <https://doi.org/10.1037/a0037167>
- Willig, C. (2022). *Introducing qualitative research in psychology* (4th ed.). Open University Press.

- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.

Bilaga 1. Annon



LUNDS UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Motivation, mening och förändring i depressionsbehandling – en kvalitativ studie om patientupplevelser

Information om pågående studie vid Lunds universitet om depressionsbehandling

Hej!

Jag läser min sista termin på psykologprogrammet vid Lunds universitet och ska skriva min examensuppsats. Den handlar om hur personer med erfarenhet av depression upplevt sin behandling. Tidigare forskning har visat att psykologisk behandling, psykoterapi, är en effektiv metod för att behandla depression, men det är inte helt tydligt exakt vad som leder till förbättring. Det kan dessutom vara så att man upplevt att man inte blivit särskilt hjälpt, eller att det varit svårt att gå i terapi. Det är viktigt att få mer kunskap om hur behandlingen upplevs av dig som fått den, då din upplevelse kan hjälpa forskningen att förbättra den vård som ges.

Jag vill därför intervjua dig som lidit av depression och fått psykologisk behandling (exempelvis KBT, IPT eller PDT) för denna inom de senaste två åren.

Att delta

Om du samtycker till att delta i studien kommer jag vilja intervjua dig vid ett tillfälle i ca. 45–60 minuter. Jag kommer att ställa frågor om dina upplevelser av depression och behandling. Ljud från intervjun kommer att spelas in. Materialet kommer att pseudonymiseras. Deltagandet är helt frivilligt och du får utan anledning avbryta deltagande om du så önskar.

Vem ansvarar för studien?

Huvudansvarig forskare för studien är docent Per Johnsson vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet.

Kontaktuppgifter

För mer information, vänligen kontakta mig på mailadress: axel.andersson.899@student.lu.se

Vänliga hälsningar

Axel Andersson, psykologstudent termin 10

Bilaga 2: Intervjuguide

Intervjuguide – avsedd intervjutid 45–60 minuter.

Information:

- Du har fått behandling för depression. Skulle du vilja berätta vilken typ av behandling du fick?
 - Fullföljde du behandlingen?
 - Hur länge gick du i behandling?
 - När var detta?

Intervju:

- Skulle du vilja berätta lite, med dina egna ord, om tiden kring då du sökte vård?
 - Vad gjorde att du bestämde dig för att söka vård?
- Hur minns du tiden under...
 - ...början av behandlingen?
 - ...mitten av behandlingen?
 - ...slutet av behandlingen?
- Upplevde du några viktiga vändpunkter under denna tid? Skulle du vilja berätta om det?
- Upplevde du några tvivel eller motstånd? Vill du berätta om det?
 - Vad gjorde att du fortsatte/avbröt?
- Hur upplevde du din terapeut?
- Vad tror du på det stora hela var viktigast för dig under denna tid för att du skulle må bättre?

Bilaga 3. Forskningspersonsinformation



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Motivation, mening och förändring i depressionsbehandling – en kvalitativ studie om patientupplevelser

Information till forskningspersoner

Vi vill fråga dig om du vill delta i ett forskningsprojekt. I det här dokumentet får du information om projektet och om vad det innebär att delta.

Vad är det för ett projekt och varför vill ni att jag ska delta?

Vi vill fråga dig om du vill delta i en studie om depressionsbehandling vid Lunds universitet under hösten 2022. Den handlar om hur personer med erfarenhet av depression upplevt sin behandling. Tidigare forskning har visat att psykologisk behandling, psykoterapi, är en effektiv metod för att behandla depression, men det är inte helt tydligt exakt vad som leder till förbättring. Det kan dessutom vara så att man upplevt att man inte blivit särskilt hjälpt, eller att det varit svårt att gå i terapi. Det är viktigt att få mer kunskap om hur behandlingen upplevs av dig som fått den, för att få dina perspektiv på vad som ledde till förändring eller brist därav.

Denna studie syftar till att öka förståelsen för hur depressionsbehandling upplevs av de som får den. Genom ökad förståelse för patientens perspektiv är förhoppningen att bidra till förbättring av den vård som ges, samt vägleda vidare forskning. Vi vill därför intervjua dig som lidit av depression och fått psykologisk behandling för denna inom de senaste två åren.

Forskningshuvudman för projektet är Lunds universitet. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för projektet.

Hur går projektet till?

Om du samtycker till att delta i studien kommer vi vilja intervjua dig i ca. 45–60 minuter. Ljud från intervjun kommer att spelas in. Det kommer att ställas frågor om dina upplevelser

av depression och behandling. Deltagandet är helt frivilligt och du får utan anledning avbryta deltagande om du så önskar.

Möjliga följder och risker med att delta i projektet

Då ämnen som psykisk hälsa och behandling diskuteras, är det möjligt att intervjun kan väcka jobbiga tankar och känslor. Risken för att intervjun ska vara obehaglig och leda till psykiskt lidande bedöms som liten, men vi vill be dig att på förhand ta ställning till om detta är ett ämne du känner är okej för dig att prata om. Å andra sidan är det möjligt att du får en ny bild av din upplevelse och en chans att ge just ditt perspektiv på hur behandling varit för dig. Du kan närsomhelst avbryta ditt deltagande utan att ange skäl.

Vad händer med mina uppgifter?

Projektet kommer att samla in och registrera information om dig. Informationen består av intervjun, som kommer att spelas in med ljudupptagningsenhet som saknar uppkoppling till nätverk. Denna ljudfil kommer sedan att överföras till skrift, där all information om dig som deltar kommer att pseudonymiseras. Din berättelse kommer inte att vara möjlig att spåra till dig. Ljudfiler och skriftliga versioner av intervjun hanteras enligt rådande sekretess-rutiner på Institutionen för psykologi vid Lunds universitet. Lagrad information kommer att förstöras efter tre år. Obehöriga kan ej ta del av någon information.

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Ansvarig för dina personuppgifter är Lunds universitet. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i projektet, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Rätten till radering och till begränsning av behandling av personuppgifter gäller dock inte när uppgifterna är nödvändiga för den aktuella forskningen. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta docent Per Johnsson, Institutionen för psykologi, Lunds universitet, 046-222 87 71. Dataskyddsombud nås på Lunds universitet 046 222 00 00. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten, som är tillsynsmyndighet.

Hur får jag information om resultatet av projektet?

Du har möjlighet att närsomhelst ställa frågor om dina individuella data under hösten 2022. Eventuella oförutsedda fynd kommer att lagras tillsammans med övrigt material, och utesluts från studien i de fall det inte är relevant till studien syfte. Studien offentliggörs i januari 2023, vilket betyder att du först då kommer att kunna ta del av centrala forskningsfynd.

Försäkring och ersättning

Institutionen för psykologi är försäkrad hos Kammarkollegiet och via sjukhusets försäkringssystem. Ingen ersättning för deltagande.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida vård eller behandling.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för projektet (se nedan).

Ansvariga för studien

Huvudansvarig forskare för studien är docent Per Johnsson, Institutionen för psykologi, Lunds universitet.

Kontaktuppgifter vid intresse

Om du har några frågor eller vill anmäla ditt intresse att delta, vänligen kontakta mig på nedanstående mailadress.

Vänliga hälsningar

Axel Andersson, Masterstudent, psykologprogrammet, Lunds universitet.

axel.andersson.899@student.lu.se

Bilaga 4: Samtyckesblankett



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Motivation, mening och förändring i depressionsbehandling – en kvalitativ studie om patientupplevelser

Samtycke till deltagande i studie

Jag har fått ta del av både muntlig och skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien ”Motivation, mening och förändring i depressionsbehandling – en kvalitativ studie om patientupplevelser”.

- Jag samtycker till att uppgifterna om mig behandlas på det sätt som beskrivs i den skriftliga informationen om studien som tilldelats mig.

Plats och datum

Underskrift

Namnförtydligande
