



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

”Med tankens kraft”

- en studie av upplevelsen av copingstrategier hos kvinnor med depression

Socionomprogrammet

C-uppsats

Författare: Alexandra Vila Isaksson
Alena Karmakova

Handledare: Ninni Carlsson

Abstract

Titel ”Med tankens kraft”

- en studie av upplevelsen av copingstrategier hos kvinnor med depression

Författare Alexandra Vila Isaksson och Alena Karmakova

Nyckelord Kvinnor, depression, copingstrategier, genus

Syftet med uppsatsen är att undersöka upplevelsen av olika copingstrategier hos kvinnor med depression. Copingstrategierna har belysts utifrån hur effektiva kvinnorna anser dem vara och vi har även granskat om och i så fall hur dessa copingstrategier är könsbundna. Vår empiri bestod av intervjuer med fem informanter som alla gått eller går i behandling. Våra teoretiska analysredskap har varit coping och genusteori. Resultatet av studien visar att informanterna använder sig av flera olika copingstrategier för att hantera sin depression och att dessa huvudsakligen kan delas upp i känslfokuserad och problemfokuserad coping. Missbruk var en vanligt förekommande känslfokuserad copingstrategi. Drogfrihet, samtal samt kognitiva ansträngningar för att försöka hitta orsakerna till sina problem var vanligt förekommande problemfokuserade hanteringssätt. Informanterna upplevde de problemfokuserade copingstrategierna som mest effektiva. Vi fann att flera av de copingstrategier som kvinnorna använde sig av var könsbundna såsom att samtala om känslor och att söka socialt stöd. Tidigare forskning visar att kvinnor traditionellt sett använder sig mest av känslfokuserad coping vilken anses vara mindre effektiv för att motverka depression. Detta går att härleda till vår empiri, våra informanter har tidigare använt sig av känslfokuserad coping såsom missbruk och självskadebeteende men då de upplevt att dessa hanteringsstrategier ej haft någon positiv inverkan på deras mående har de idag övergått till mer konstruktiva, problemfokuserade copingstrategier.

FÖRORD

Först och främst vill vi ge ett varmt tack till vår handledare Ninni Carlsson som med skarpsynthet och ett stort engagemang guidat oss genom uppsatsarbetet. Du är en klippa!

Ett stort tack går därefter till er som med kort varsel ställt upp för intervjuer. Det har varit mycket intressant och inspirerande att få träffa och kunna intervjua er. Utan er hade det inte blivit någon uppsats. Tack Amanda, Angelica, Sara, Jenny, Bianca och Anna!

Vi vill också passa på att tacka er som hjälpt oss att göra detta arbete möjligt genom att hjälpa oss att komma i kontakt med informanter.

Vi vill även rikta ett tack till våra praktikhandledare Charlotte Hveem, auk. socionom och kurator vid Sahlgrenska psykiatri och Alf Bengtsson, bitr. enhetschef och leg. psykolog på Lärjeholms motivationshem, för värdefulla kommentarer och stöd under arbetet!

Slutligen vill vi passa på att tacka våra familjer och vänner som hjälpt oss under uppsatsens gång. Tack Olga, Elisabet, Jima och Sami för allt stöd och god mat!

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	5
1.1. Syfte och frågeställningar.....	6
1.2. Depression.....	7
2. TIDIGARE FORSKNING	9
3. TEORETISKA ANALYSVERTYG OCH CENTRALA BEGREPP	13
3.1. Coping.....	13
3.1.1. <i>Problemfokuserad coping</i>	14
3.1.2. <i>Känslfokuserad coping</i>	15
3.1.3. <i>Effektiv coping</i>	15
3.2. Genus.....	17
3.2.1. <i>Genussystem</i>	17
3.2.2. <i>Egenskapernas dikotomi</i>	18
4. METOD	19
4.1. Insamlingsmetod.....	19
4.1.1. <i>Urval</i>	19
4.1.2. <i>Datainsamling</i>	20
4.1.3. <i>Bearbetning av empiri</i>	21
4.1.4. <i>Litteratur- och materialsökning</i>	22
4.2. Etiska överväganden.....	22
4.3. Reliabilitet och validitet.....	24
4.4. Förförståelse.....	24
5. RESULTAT	25
5.1. Konfronterande problemhantering.....	25
5.2. Undvikande problemhantering.....	28
5.3. Instrumentell problemhantering.....	30
6. ANALYS	31
7. SLUTSATSER	37
REFERENSLISTA	39
BILAGOR	

”Jag är splittrad – mår fruktansvärt dåligt och också väldigt, väldigt bra.

Jag ser en utmaning i att jag mår dåligt också. Jag tänker att det här kan bara bli något bättre.

Så försöker jag tänka, ser det som en drivkraft. Jag har bara en väldig drivkraft i mig, jag ger mig aldrig. Boxningsmatch med känslor – och jag ska vinna! Jag är så nyfiken på att se var jag hamnar när jag mår bättre...” (Amanda)

1. INLEDNING

Enligt Världshälsoorganisationen WHO utgör depression ett omfattande och växande folkhälsoproblem i världen som framför allt diagnostiseras bland kvinnor. 41.9 % av de neuropsykiatriska sjukdomarna utgörs av depression hos kvinnor jämfört med 29.3 % hos män (WHO, 2009). Kvinnors överrepresentation av depression har framgått i de flesta samhällsliga studier i alla regioner i världen (Mumford et al., 1996; Almeida-Filho et al., 1997; Patel et al., 1999; ref WHO, 2005). Studier av ungdomar visar också en tydlig bild av fler depressionssymptom hos unga kvinnor (Gore & Colten, 1991). I Sverige uppskattas 5 % av befolkningen lida av depression. Varannan kvinna beräknas drabbas av depression någon gång i livet, men endast var tredje man (Jeanneau, 2003). Depression medför stort lidande och omfattande sociala och ekonomiska konsekvenser för både den drabbade personen och samhället (Jeanneau, 2003).

WHO menar att mer forskning behövs kring depression hos kvinnor då studier visar att det inte bara är den vanligaste psykiska sjukdomen hos kvinnor utan att den också är mer ihärdig hos kvinnor än män (WHO, 2009). Madeleine Jeanneau skriver i rapporten *”Kvinnors psykiska ohälsa i aktuell svensk forskning”* från 2003, att det i deras kunskapssammanställning finns påfallande få studier där enbart kvinnor undersökts och där syftet är att studera kvinno-specifika frågor. Hon menar att det förefaller som att det finns många kvinnogrupper som inte varit föremål för empirisk forskning och att bland annat patienters egna föreställningar om sina sjukdomar är ett eftersatt forskningsområde (Jeanneau, 2003). Janet M. Stoppard menar i sin bok *”Understanding Depression, Feminist social constructionist approaches”* (2000) att en tänkbar förklaring till att det är fler kvinnor än män som lider av depression, kan vara de könsrelaterade skillnaderna i coping.

Skärsäter (2003) menar att hälso- och sjukvårdens stöd till män och kvinnor med depression kan vara att ta tillvara och understryka kvinnors egna copingstrategier (Jeanneau, 2003).

Med utgångspunkt i ovan nämnda problemområde och resultat från tidigare forskning har vi bestämt oss för att forska vidare kring upplevda copingstrategier hos kvinnor med depression då vi ser ett tydligt forskningsbehov av detta. Att synliggöra de copingstrategier kvinnorna använder sig av kan förhoppningsvis vara ett sätt att öka kunskapen om depression och hur man motverkar den, något som dels direkt kan gynna kvinnorna själva och dels leda till effektivare behandling i framtiden.

Under socionompraktiken praktiserade en av författarna som kurator inom den psykiatriska slutenvården. Där kom hon i kontakt med många kvinnor som mådde psykiskt dåligt. När hon märkte att antalet kvinnliga patienter var överrepresenterat och att depression var vanligare förekommande hos kvinnor än hos män väcktes ett intresse hos henne att få veta mer om orsakerna till detta. När hon sedan fortsatte arbeta som kurator märkte hon att de kvinnor som hade effektiva copingstrategier verkade kunna hantera sin sjukdom bättre. Den andra författaren gjorde sin praktik inom missbruksvården och förstod snart att missbruket för många var en copingstrategi; klienterna självmedicerade med alkohol och droger för att må bättre psykiskt. Detta väckte hennes intresse för missbruk som copingstrategi, och fick henne även att undra vilka andra copingstrategier som används för att hantera psykisk ohälsa? Är några effektivare än andra?

1.1 Syfte och frågeställningar

Vår förhoppning är att denna studie kan bidra till ökad kännedom och förståelse om vad kvinnor med depression själva anser vara verkningsfullt för att hantera sin sjukdom. Syftet med vår studie är att belysa de olika copingstrategierna som kvinnorna använder sig av utifrån deras effektivitet. Vi kommer även att undersöka om och i så fall hur dessa copingstrategier är könsbundna. De kvinnor vi studerar har eller har haft depression och går eller har gått i behandling inom psykiatri eller missbruksvården. För att besvara vårt syfte ställer vi oss följande specifika frågeställningar:

Vilka copingstrategier använder kvinnorna sig av för att hantera sin depression?

Vilka av dessa copingstrategier upplever kvinnorna som effektiva?

Är dessa copingstrategier könsbundna? I så fall hur?

I vår uppsats har vi valt att utgå från en medicinsk definition av depression. Vi är dock medvetna om att det finns andra förklaringsmodeller. För att smalna av vårt forskningsområde kommer vi inte beröra andra psykiska sjukdomar än depression i uppsatsen. Vårt fokus ligger inte på

behandling men det kommer ändå tas upp i samband med de copingstrategier som kvinnorna beskriver då flera av dem är aktiva i behandling. Syftet är inte heller att redogöra för stressrelaterad coping i allmänhet, utan endast coping i samband med depression. Vi kommer inte heller att gå in på orsaker till depression.

Vi kommer här att definiera begreppet depression eftersom det ingår i vårt problemområde. Begreppet coping kommer att definieras i teorikapitlet.

1.2 Depression

Depression är ett tillstånd där känslor som nedstämdhet, brist på intresse, minskad energi, självmordstankar, sömn och aptitstörningar går långt utanför normala känslsvängningar. De flesta av oss blir »deppiga« då och då, men vi kan oftast förknippa detta med något som har hänt och hitta ett sätt att lindra känslan. Men för den som blir allvarligt deprimerad blir livet ofattbart färglöst och förtvivlan genomsyrar alla tankar och handlingar. Handlingskraft och motivation löses upp och livet i allmänhet förefaller meningslöst. Sömn är ofta den enda möjligheten att komma undan, men personen kan få svårigheter att somna och sedan vakna tidigt och känna sig ännu mer desperat. Man kan känna skuld på ett sätt som helt saknar proportioner och hopplöshet över att saker och ting aldrig blir bättre. En önskan att komma bort från alltsammans eller självmordstankar är mycket vanligt vid depression. För en del kan självmord till slut verka vara enda utvägen (Jeanneau, 2003). Från och med tonåren och upp till 55-årsåldern är kvinnor kraftigt överrepresenterade vad det gäller depression (Cullberg, 2005). De lätta till medelsvåra depressionerna har blivit vanligare, vilket delvis kan bero på att man idag är mer uppmärksam på sjukdomen. Nästan nio av tio blir botade från sin depression om behandlingen består av både antidepressiva läkemedel och samtalsterapi. Drygt hälften av dem som har drabbats av en depression en gång i livet, insjuknar på nytt. För de som haft två eller flera depressiva episoder ökar risken för återfall till mellan 75 och 90 procent och för en del kan depressionen bli långvarig. Många deprimerade får inte den vård de behöver, vilket kan bero på att den som är djupt deprimerad inte orkar eller vill söka hjälp. Vanligen vill den drabbade inte gå till läkare och det kan krävas en hel del övertalningsförsök från de anhöriga (Jeanneau, 2003). Om man har en svår depression är inte bara risken för självmord större utan man kan även drabbas av fysiska besvär. (ibid) Depression kan vara ett

tidigt tecken på någon kroppslig sjukdom som exempelvis demens, brist på sköldkörtelhormon eller hjärt-kärlsjukdom (Cullberg, 2005).

2. TIDIGARE FORSKNING

I detta kapitel kommer vi att motivera vårt val av forskningsobjekt, presentera kunskapsläget inom området samt presentera ett urval av forskning inom ämnet.

Vårt val av forskningsobjekt bygger på tidigare kunskap om depression, kvinnor och copingstrategier. Många tidigare studier visar att depression är vanligare förekommande hos kvinnor än hos män (WHO 2009). En forskare har en tes om att en tänkbar förklaring till detta kan vara de könsrelaterade skillnaderna i coping (Stoppard, 2000). Stoppard menar att kvinnor på grund av bristande copingresurser har tillgång till färre aktiva copingstrategier än män, vilket kan anses vara negativt då de aktiva copingstrategierna bättre anses motverka depression. (Nolen-Hoeksema, 1990; ref Stoppard, 2000) Ingela Skärsäter (2003) har som tidigare nämnts också påvisat vikten av att hälso- och sjukvården tillvaratar och understryka patienternas egna copingstrategier. Denna forskning bildar en utgångspunkt för våra forskningsfrågor. Efter att ha synat kunskapsfältet i området kunde vi konstatera att det finns en del forskning om användandet av upplevda copingstrategier vid psykisk sjukdom. De flesta av dessa studier fokuserar dock på återhämtning från psykisk sjukdom och grundar sig på intervjuer med människor som blivit friska från sin sjukdom och ser tillbaka på sin återhämtningsprocess. Vi har inte kunnat finna någon studie som byggt på intervjuer med kvinnor som idag lider av depression något vi tror kan ha en poäng då man får fram andra berättelser när det är en del av kvinnornas vardag. Vi har dock inte kunnat finna några studier som enbart fokuserar på upplevda copingstrategier hos kvinnor med depression. Vi har funnit en hel del studier som undersöker könsskillnader i val av copingstrategier vid depression men vi har inte funnit så många som analyserar dessa könsskillnader ur ett genusperspektiv. Vi har inte heller funnit några studier som undersöker kvinnors egna upplevelser av vad som utgör en effektiv copingstrategi. Genom att studera den upplevda effektiviteten hos de copingstrategier som kvinnorna använder sig av samt se om och i så fall hur dessa är könsbundna är vår förhoppning att kunna öka kunskapen och förståelsen för hur kvinnor kan utveckla mer effektiva copingstrategier för att motverka depression.

Sofia Lind, Mittuniversitetet (2009) har skrivit en C-uppsats som anknyter till vårt forskningsområde då hon har forskat kring upplevda copingstrategier hos personer som mått psykiskt dåligt. Hennes uppsats heter: "Idag mår jag bra – Vägen från psykisk ohälsa i

tonåren.” I hennes studie beskrev respondenterna olika strategier som de använde för att hantera sitt mående på. Strategierna användes antingen för att distrahera sig från det dåliga måendet eller för att hitta konstruktiva sätt att hantera det på. Strategierna kunde bestå av att träna, läsa litteratur och delta i behandling. Vissa strategier var konstruktiva såsom att läsa en bok medan andra var dämpande för stunden men inte hjälpte i längden såsom självskadebeteende. Behandlingshem eller hem för vård och boende var viktiga för respondenterna, de upplevde att tiden där gav dem en viktig strategi för att må bra, vilket var rutiner. Viktiga personer, främst professionella och vänner främjade omformningen av livet för respondenterna. I centrum för förändringen stod dock individens egen roll där denne tog makten över sitt liv och tog ansvar för sig själv.

Alain Topor (2004), författare till boken *”Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem”* tar också upp olika sätt att hantera psykisk sjukdom på. Boken baseras på erfarenheter och kunskaper som har utvecklats av brukare som återhämtat sig och av forskare som undersökt denna återhämtningsprocess. Boken ger en översikt av vad litteraturen har att berätta om hur det går för dem som hamnar i stora psykiska svårigheter. Författaren lägger stor vikt vid att de som har känt den psykiska smärtan in på bara kroppen också ska bli hörda, både om det som gjorde det hela värre och om det som gjorde det bättre. Topor tar upp olika hanteringssätt som brukarna använder sig av för att hantera sina problem. Dessa är bland annat att söka förstå, att fatta ett beslut till förändring, att öka sin aktivitetsnivå, att formulera sig, att sänka sin aktivitetsnivå samt att söka sig till positiva situationer.

Ingela Skärsäter vid Sahlgrenska Akademien vid Göteborgs Universitet (2003) skriver om det sociala nätverkets betydelse i studien: *”Kvinnors uppfattning om socialt stöd vid tillfrisknande vid depression”*. I denna framkom att en viktig strategi för kvinnorna var samtalet med både vänner och professionella. Mötet med andra människor var livgivande och känslan att ha någon förtrogen att vända sig till för att få uttrycka sina känslor var ett stöd som hjälpte dem att bättre förstå sig själva. Stödet fungerade direkt i kvinnornas vardag, men var också indirekt stödjande i den utvecklingsprocess som kvinnorna gick igenom.

Burns, Shaw och Croker (1986) påvisar vikten av att använda copingstrategier vid depression. De skriver i tidskriften *”Behaviour Research and Therapy”* (Volume 25, 1987) i kapitlet *”Thinking styles and coping strategies of depressed women: an empirical investigation”* om hur negativa, förvrängda tankar och attityder angående användningen av vissa

copingstrategier särskiljer patienter med grava depressioner från en icke deprimerad kontrollgrupp. Hög kognitiv förvrängning, kombinerat med en ovilja att använda copingstrategier förutspår både diagnos och allvaret i depressionen. Som en reaktion på stressande livshändelser är individer som förvränger sina erfarenheter i en negativ riktning mer benägna att bli deprimerade och denna reaktion kan förvärras av underlåtenheten att använda copingstrategier. Individer med negativt vinklade tankar som använde sig av ett stort antal copingstrategier hade större förmåga att kontrollera sin depression.

Forskning från Världshälsoorganisationen WHO (2009) visar att det finns tre huvudsakliga skyddsfaktorer för att motverka utvecklingen av psykiska sjukdomar, särskilt depression: att tillräckligt självständigt kunna utöva kontroll som svar på svåra händelser, att ha tillgång till vissa materiella resurser som gör det möjligt att kunna välja vid svåra situationer samt psykologiskt stöd från familj, vänner eller professionella (ibid).

Nedan kommer ett urval av den forskning vi funnit kring könsskillnader i användandet av copingstrategier:

Peggy A Thoits (1991) noterar i kapitlet "*Gender Differences in Coping with Emotional Distress*" i antologin "*The social context of coping*" att det är relativt få forskare som har undersökt könsskillnader i copingrespons även när det har ingått ett stort antal personer av båda könen i en studie. När det gäller coping som ej är direkt stressrelaterad har dock stereotypa skillnader kunnat påvisas. Veroff et al. (1981) frågade i en studie ett stort nationellt urval av vuxna hur de hanterade oro och perioder av elände. Där framkom det att män var påtagligt mer benägna än kvinnor att inte göra något alls eller inte tänka på det men att de också var mer benägna att citera problemlösande insatser. Kvinnorna däremot var mer benägna att ta hjälp av andra eller att se bön som ett sätt att klara av bekymmer och elände. På samma sätt fann Stone och Neale (1984) som samlat över 2368 rapporter om dagliga problem att män oftast handlade direkt, medan kvinnorna rekommenderade mer passiva strategier som distraktion, laxering/rening, avspänning och bön. Kvinnorna var dock mer benägna att söka socialhjälp, vilket kan ses som en aktiv strategi.

Kleinke, Staneski och Mason (1982) har också forskat kring könsskillnader när det gäller att hantera depression. I tidskriften "*Sexroles, A Journal of Research*" har de publicerat sin studie vars syfte var att jämföra copingstrategierna vid depression hos kvinnliga och manliga

universitetsstuderande. Studien visar en respons på depression som korreleras med en hög nivå av hjälpsökande och depressionsstämpel som är karakteristisk hos kvinnor. Deprimerade kvinnliga studenter gråter, förebrår sig själva, stämplar sig själva som deprimerade och söker hjälp hos andra människor. Deprimerade manliga studenter flyr genom att använda droger, tillbringa tid ensam, och att finna humor i sin situation. Författarna kom fram till att deprimerade kvinnor kan ha mest utbyte av minskning av självförebråelser och lämplig omvärdering av depressionssymptomen, medan deprimerade män kan ha mest utbyte av ökad självkänedom och aktiv coping.

Gary Felsten (2000) vid Psykologiska institutionen vid Indiana University, USA har utvärderat könsskillnader i användandet av tre specifika copingstrategier i förhållande till varandra och till stress och symptom av depression. Studien visade att i ett stickprov av män och kvinnor från två universitet, så sökte kvinnor något mer än män socialt stöd men män och kvinnor skiljde sig inte åt i användandet av problemfokuserad eller undvikande coping. Sökandet efter socialt stöd visade sig mildra förhållandet mellan stress och depression och användandet av undvikande copingstrategier utgjorde en stark indikator för depression (Thoits, 1991). Pearlin och Schooler (1978) fann många små skillnader i vilken grad män och kvinnor använder olika copingstrategier och härleder dessa till könsskillnader i socialisation. Socialisationshypotesen menar att på grund av könsroller så är män socialiserade till att använda mer aktiva och instrumentella copingstrategier medan kvinnor är socialiserade att använda mer passiva och känslfokuserade handlingar och söka mer socialt stöd. (Ptacek et al., 1992; Rosario et al., 1988; ref Felsten, 2000)

3. TEORETISKA ANALYSVERKTYG OCH CENTRALA BEGREPP

Vi har valt att använda coping som analysverktyg eftersom vi forskar kring hantering av depression och coping är en teori som bygger på olika hanteringssätt. Vi kommer även använda oss av ett genusperspektiv för att undersöka huruvida de olika copingstrategierna är könsbundna.

3.1 Coping

Enligt Lazarus och Folkman (1984) syftar coping till de kognitiva och beteendemässiga ansträngningar som en individ vidtar för att klara av situationer eller krav som bedöms som påfrestande eller överskridande individens egna resurser (Lazarus & Folkman, 1984, ref. Folkman 1991). Genom att försöka hantera situationen med hjälp av olika copingstrategier söker individen förändra betydelsen av/eller meningen med olika händelser. Syftet med coping är att förbättra individens förmåga att bedöma och att klara av vardagen (Lazarus och Folkman, 1988; ref Starke, 2003). Copingdefinitionen innehåller tre viktiga grunddrag:

För det första så är coping *processorienterad* vilket innebär att den syftar på vad en person *verkligen* försöker göra för att förändra sina tankar och handlingar när en situation uppkommer. Detta till skillnad från den strukturella egenskapsorienterade taktiken som hänvisar till vad en individ brukar eller borde göra.

För det andra så är coping *kontextuell*, vilket innebär att den är beroende av sammanhanget och hänvisar till vad en individ faktiskt tänker eller gör i en specifik situation. Coping bestäms således inte bara av individuell läggning utan också av individens bedömning av kraven i en specifik situation.

För det tredje så går det inte att definiera coping utifrån sitt resultat. Coping hänvisar till *ansträngningen* att kunna klara av en viss situation, inte till hur framgångsrika olika ansträngningar är. Människan konfronteras ofta med situationer eller förhållanden som man inte kan klara av. Effektiv coping innebär därför snarare en acceptans av oönskade resultat än en förmåga att övervinna dem (Lazarus och Folkman, 1984; ref Folkman, 1991).

De copingstrategier som en individ har är beroende av individens resurser. En person har både individuella copingresurser och resurser som individen har tillgång till genom sin omgivning. Individens hälsa är ett exempel på en individuell resurs. Hälsa kan vara en förutsättning för att kunna hantera stressfyllda situationer och sjukdom och trötthet kan innebära att individen har svårare att finna konstruktiva copingstrategier. Att tro på sig själv är ytterligare en resurs liksom förmågan att söka information och finna alternativa lösningar (Lazarus och Folkman, 1984; ref, Starke, 2003). Individens sociala förmåga är också en viktig resurs för att kunna kommunicera och fungera tillsammans med andra individer. Exempel på resurser som individen kan få genom sin omgivning är socialt stöd och materiella tillgångar. Dessa gör individen mindre sårbar och underlättar copingprocessen (Lazarus och Folkman, 1984; ref, Starke,2003). Faktorer som kan hindra användandet av copingresurser kan till exempel vara att man internaliserat kulturella värden som fördömer vissa typer av handlingar eller känslor. Andra hinder för coping kan vara psykologiska brister och känslighet hos individen (Folkman, 1991). Bristande resurser i samhället samt en hög nivå av hot och stress hos individen kan också vara faktorer som påverkar individens coping negativt (Starke,2003). Ett annat hinder kan vara att individen inte vill visa sig svag och beroende och därför inte söker socialt stöd även om de har tillgång till det (Folkman,1991).

Folkman och Lazarus (1980) beskriver att coping har två huvudfunktioner: dels att hantera eller förändra problemet som ger upphov till smärta och dels att reglera de känslor som problemet ger upphov till. Den första hanteringssättet kallas för problemfokuserad coping och det andra för känslufokuserad. Vanligtvis används problemfokuserad coping i situationer som bedöms kunna förändras, medan känslufokuserad coping används i situationer som man inte upplever kunna förändra. Att använda sig av en av dessa copingformer kan även underlätta användandet av den andra. Oftast använder man sig dock av båda formerna av coping när man möter en svår eller stressfylld situation och proportionen mellan de båda avgörs av vilket resultat de förväntas ge (Folkman & Lazarus, 1980; ref. Folkman, 1991).

3.1.1 Problemfokuserad coping

Problemfokuserad coping innebär att individen försöker påverka situationen och omständigheterna. Individen försöker genom handling förändra betydelsen av relationen mellan individen och omgivningen. Problemfokuserad coping innebär både kognitiv

problemlösning och direkt handling mot omgivningen eller sig själv. Problemfokuserad coping används främst när individen uppfattar det som att förändring är möjligt. Tillvägagångssättet kan liknas vid en problemlösande process med strategier riktade inåt, mot individen. Genom kognitiv omvärdering kan individen förändra sitt beteende och lära sig att förhålla sig till saker på ett nytt sätt. Problemfokuserad coping kan innebära såväl aggressiva mellanmännsliga försök att ändra situationen som lugna, genomtänkta försök att lösa problem (Folkman, et al., 1986a; ref, Starke,2003). Problemfokuserad coping innefattar även kognitivt besluttagande, social förmåga, problemorienterade beteenden, sökande efter råd samt uppsättning av mål (Folkman, 1991).

3.1.2 Känslfokuserad coping

Känslfokuserad coping innebär att individen försöker förändra sina känslor inför det svåra eller stressfyllda. Dessa copingstrategier används när individen befinner sig i situationer som upplevs som svåra eller omöjliga att förändra. I stället för förändring försöker individen hantera de känslor som situationen ger upphov till. Genom olika kognitiva ansträngningar försöker individen förändra innebörden av en händelse eller situation genom att bland annat försöka se det positiva i sådant som kan uppfattas som negativt. Dessa copingstrategier används för att antingen leda bort från eller undvika det som upplevs vara svårt eller stressande. Att göra positiva omtolkningar av en negativ händelse betyder inte att individen förvränger verkligheten utan är snarare ett sätt för individen att distansera sig ifrån den eller att lösgöra sig från det som känns svårt. Distanseringen kan också förstås som att individen uppfattar problemet men väljer att inte ta del av dess emotionella betydelse (Folkman, 1984; ref, Starke, 2003). Olika sätt att använda sig av känslfokuserad coping kan vara genom träning, meditation, stödgrupper, religion, humor eller att prata med någon som bryr sig och förstår. Det kan också vara att man anstränger sig att fly genom att använda droger eller alkohol (Folkman, 1991).

3.1.3 Effektiv coping

Det går inte att bedöma vad som är bättre och sämre coping utifrån kvalitativa aspekter. Coping måste bedömas utifrån kontexten, man måste ta hänsyn både till individens bedömning och resurser samt till sammanhanget. Det man utgår ifrån är således individens

möjligheter att handskas med krav oavsett hur framgångsrika försöken är (Folkman et al., 1986b; ref, Starke, 2003). Bedömningen om vad som är en effektiv coping debatteras i copinglitteraturen. Definitioner av effektiv coping påverkas av valet av underliggande teoretisk modell. När till exempel den underliggande teoretiska modellen är ego-psykologisk, har kriterierna som används för att bedöma coping att göra med verklighetsförankringen. Om den underliggande teoretiska modellen baseras på djurmodellen, är effektiv coping samma sak som att utföra lämpliga uppgifter framgångsrikt. Den kontextuella modellen med tonvikten på förhållandet mellan individen och omgivningen i ett specifikt sammanhang leder till en kontextuell definition på effektiv coping. Den här definitionen utgår från två typer av förhållanden: det mellan verkligheten och individens bedömning och det mellan individens bedömning och coping. Förhållandet mellan verkligheten och individens bedömning refererar till kampen mellan vad som objektivt anses hända i individ - omgivningsförhållandet och hur individen bedömer det. En allvarlig avvikelse från en trovärdig bedömning kan leda till dålig coping (Cohen, Evans m.fl, 1986; ref, Folkman, 1991). En person kan även realistiskt bedöma vad som händer, men kan vara orealistisk i sin bedömning av egna resurser eller personlig skicklighet för att klara av kraven. En pessimistisk bedömning av copingresurser eller skicklighet kan leda till begränsade försök till coping, medan en alltför optimistisk bedömning av resurserna skulle kunna leda till överdriven besvikelse och skuldläggning för ett dåligt resultat.

Förhållandet mellan individens bedömning och coping refererar till förhållandet mellan individens bedömning av föränderlighet och faktiska copingprocesser. Det är vanligtvis lämpligt att lita mer på problemfokuserad coping i situationer där det finns en möjlighet att förändra resultatet, medan det är lämpligt att lita mer på känslfokuserad coping i situationer där det är lite som individen kan göra för att förändra resultatet. En dålig matchning mellan individens uppskattning av förändring och faktiska copingprocesser kan leda till ökade problem. Om individen håller fast vid problemfokuserad coping i situationer som man inte kan kontrollera förblir individen fast i en frustrerande situation som troligen resulterar i starkare smärta och utmattning (Cohen, Evans; Stokols & Krantz, 1986). Och om individen misslyckas med att använda problemfokuserad coping i situationer som kan förändras, kommer individen troligen inte att få uppleva den önskade förändringen. Det är dock viktigt att känna till att individer som bestämmer sig för att det inte finns något att göra för att förändra resultatet av en situation, troligen bedömer vad som *kan* förändras, nämligen deras känslomässiga respons. ”*Jag kan inte förändra det som sker, men jag kan förändra hur jag*

känner inför detta". I det här fallet används känslufokuserad coping för att *förändra, kontrollera* och *hantera* den känslomässiga responsen. Så man ska inte anta att en individ som förlitar sig på känslufokuserad coping i en situation där man har en uppenbar liten möjlighet till kontroll, nödvändigtvis känner sig hjälplös och främtagen kontrollen. Fastän ett adekvat förhållande mellan verkligheten och individens bedömning och också mellan individens bedömning och coping är nödvändigt för effektiv coping, är det inte tillräckligt; individen måste också vara effektiv i sin förmåga till coping för att uppnå det önskade resultatet. (Cohen, Evans; Stokols & Krantz, 1986).

3.2 Genus

Vi kommer att tolka kön genom att utgå ifrån genussystem och egenskapernas dikotomi. Med kön menar vi det biologiska könet och med genus menar vi det konstruerade.

3.2.1 Genussystem

1988 myntades begreppen genus och genussystem av Yvonne Hirdman. (www.jamstallldhet.nu) Hon menar att det finns ett genussystem som definierar vad som är manligt och kvinnligt, och att alla föds in i det systemet. Det finns två grunddrag i genussystemet: Det ena är att könen hålls isär och att isärhållningen bestämmer sysslor, platser och egenskaper. Det andra är att det manliga är normen. Den manliga överordningen och den kvinnliga underordningen är inbyggd i kulturen, språket och tänkandet och präglar hela uppväxten. Pojkar ska spela ishockey och flickor ska dansa balett. Man kan jämföra genussystemet med apartheid, där män och kvinnor hänvisas till olika jobb och ges olika egenskaper (ibid). Begreppen genus och genussystem fick stor betydelse för analysen av maktförhållandet mellan kvinnor och män och för forskningen om hur det manliga och kvinnliga skapas (Hirdman, 1988). Man föds med ett kön, men man formas till ett genus. Det finns vissa biologiska skillnader mellan könen, till exempel att kvinnor kan föda barn, men de biologiska skillnaderna förs sedan över på andra områden som inte alls har med biologi att göra (www.jamstallldhet.nu). Denna ordningsstruktur av kön "är förutsättningen för andra sociala ordningar. Ordningen av människor i genus har blivit basen för den sociala, ekonomiska och politiska ordningen" säger Hirdman (Hirdman, 1988 s.52).

3.2.2 Egenskapernas dikotomi

Den australiensiska sociologen R.W Connell menar med begreppet *egenskapernas dikotomi* principen att kvinnor och män har olika uppsättningar av egenskaper. Som en följd av den principen kopplas kroppsliga skillnader och sociala effekter ihop. Att vara omvårdande, lättpåverkad, pratsam, känslös och intuitiv räknas som kvinnliga egenskaper. Tron på egenskapernas dikotomi har varit viktig i västerlandet sedan 1800-talet och det var det första ämnet med genusanknytning som det forskades på. Man trodde att kvinnan hade sämre intellekt och omdöme, vilket resulterade i att man som kvinna förvägrades rösträtt och möjlighet till högre studier. Nu för tiden har forskningen fastställt att kvinnor och män psykologiskt är mycket lika när man jämfört en lång rad egenskaper. Ett klassiskt citat av Simone de Beauvoir ”Man föds inte till kvinna, man blir det” visar att könstillhörigheten inte är ett oföränderligt tillstånd, utan något man ständigt får arbeta med. Liknande tankar har Connell som anser att ”vi intar en plats i genusordningen - eller förhåller oss till den plats vi blivit tilldelade - genom vårt sätt att uppträda i det dagliga livet och vi måste hela tiden arbeta för att upprätthålla denna roll” (Connell, 2003 s.58).

4. METOD

I uppsatsen har såväl etiska som metodologiska överväganden gjorts. Vi har valt att använda oss av en kvalitativ forskningsmetod för att få svar på våra frågeställningar. Vi finner denna metod mest användbar då man i den kvalitativa metoden försöker nå kunskap om individens subjektiva upplevelser utifrån hennes egna ord och formuleringar. Genom en empatisk inlevelse försöker undersökaren ”se världen med den andras ögon”. Utifrån en sådan förståelse av den studerades inre upplevelsevärld eller subjektiva tolkning av den yttre världen kan man sedan beskriva upplevelsen utifrån olika teoretiska perspektiv (Larsson m.fl, 2005). Vi har genomfört vår undersökning genom att göra individuella kvalitativa forskningsintervjuer. Syftet med en kvalitativ forskningsintervju är att få beskrivningar av den intervjuades livsvärld i avsikt att tolka de beskrivna fenomenens mening (Kvale, 1997).

4.1 Insamlingsmetod

4.1.1 Urval

Vi har valt att fokusera på att intervjua kvinnor som har eller har haft depression och som går eller har gått i behandling eller terapi. Vi har intervjuat sex kvinnor i åldrarna 19-34 år. Vi kommer dock bara att använda oss av fem intervjuer då den sjätte inte visade sig passa in i vår urvalskategori. Några kvinnor vi skulle ha intervjuat ångrade sig under urvalsprocessen. Då vi utgår från ett hermeneutiskt perspektiv i vår uppsats för att kunna uppnå vårt syftes mål har vi valt att begränsa oss till fem intervjuer eftersom att denna tolkningsanalys är tidskrävande och vi har en begränsad tidsram (Kvale, 1997).

För att få tag på informanter kontaktade vi olika behandlingshem för missbrukare, olika psykiatriska öppenvårdsmottagningar, slutenvård och vårdcentraler. Anledningen till att vi kontaktade behandlingshem för missbrukare var att vi från början tänkt fokusera på samsjuklighet. Trots att vi sedan valde att fokusera på psykisk sjukdom tyckte vi fortfarande att det var lämpligt att göra intervjuer med kvinnor från dessa verksamheter då det ena behandlingshemmet även arbetar med psykisk sjukdom. Vi frågade även kvinnorna när dem ringde om de hade depression.

Först kontaktade vi verksamhetscheferna för att få tillstånd för vår studie och sedan kontaktade vi enhetscheferna för de respektive verksamheterna. Själva och med personalens

hjälp satte vi upp ett informationsbrev i väntrum, vid receptioner och liknande som vände sig till informanterna (se bilaga). På grund av ett svalt intresse valde vi sedan att be personalen informera patienterna om vår studie på möten. Informanterna fick ta del av informationsbrevet och kunde på så sätt själva välja om de ville delta och i så fall ringa oss. Eftersom att vi fortfarande inte hade fått tag på tillräckligt många informanter informerade en av författarna själv om vår studie för några kvinnor på hennes arbetsplats inom slutenvården i psykiatri. Hon valde dock att endast informera kvinnor som inte var hennes egna patienter på grund av maktförhållandet. Hon var även noga med att informera kvinnorna om att deras behandling inte skulle påverkas på något sätt om de deltog i intervjun (se vidare etiska överväganden). Det fanns olika orsaker till att informanterna ville delta i vår studie. Anledningarna var bland annat att de inte hade så mycket att göra under dagen, att de tyckte det var roligt att träffa nya människor och att de ville dela med sig av sina erfarenheter och kunskaper. En informant var nyfiken på ett av våra namn och en annan blev intresserad av att träffa en av oss igen efter att ha fått kortfattad information om studien.

4.1.2 Datainsamling

Intervjuerna skedde under vecka 9, 10 och 11. Redan när vi blev uppringda av informanterna informerade vi dem kort om de etiska aspekterna inför intervjun (se vidare etiska överväganden). Innan varje intervju gick vi sedan utförligt igenom de etiska aspekterna ytterligare. Fyra av intervjuerna skedde på de två olika behandlingshemmen där kvinnorna bodde, de övriga två i psykiatrins lokaler på sjukhuset. Intervjuerna gjordes i ostörda lokaler där informanterna kunde känna sig trygga. Det är viktigt att skapa en atmosfär där informanterna känner sig trygga och kan tala fritt om sina upplevelser och känslor (Kvale, 1997). Intervjutiden varierade mellan 40 och 75 minuter. Intervjuerna spelades in med bandspelare efter informanternas godkännande. En av oss intervjuade och den andra antecknade och ställde kompletterande frågor. Två av intervjuerna gjorde en av oss själv, dels på grund av sjukdom och dels efter önskemål från en av informanterna. Efter att vi stängt av bandspelaren satt vi kvar ett tag och pratade fritt för att ge oss och informanterna möjlighet att reflektera över det som sagts under intervjun. Vi besvarade även frågor som informanterna hade till oss.

Under analysarbetet av uppsatsskrivandet har vi insett hur svårt det är att skapa frågor så man verkligen får fram den information man vill ha. Kvale (1997) menar att en bra intervjufråga

bör bidra både tematiskt till kunskapsproduktionen och dynamiskt till skapandet av en bra interaktion mellan informanten och intervjuaren samt att själva frågorna bör vara korta och enkla (Kvale, 1997). De frågor vi hade i vår mall (se bilaga) tror vi bidrog till skapandet av en bra interaktion mellan informanten och oss som intervjuare och att det bidrog till mycket reflektion hos informanterna över hur de hanterar sin depression och vilka copingstrategier de använder sig av. Våra intervjuer har varit halvstrukturerade, vi har utgått från en intervjuguide men även lämnat utrymme för andra frågor (Larsson, 2005).

Varje intervju inleddes med att vi frågade om informanternas bakgrund för att vi skulle få en bild av personen vi intervjuade. Därefter ställde vi mer specifika frågor om psykisk hälsa, strategier, missbruk om det fanns, behandling och framtidsversioner. Vid intervjuerna antog en av oss en aktiv roll som intervjuare och ställde frågorna medan den andra intog en passiv roll genom att hålla sig i bakgrunden och göra anteckningar och eventuella tilläggsfrågor eller kommentarer. Utöver de frågor som var formulerade i intervjuguiden tillkom en del följdfrågor som varierade för varje informant. Genom detta upplägg hoppades vi ge informanterna ett utrymme som uppmuntrade dem till att förmedla sina erfarenheter och upplevelser (Kvale, 1997).

4.1.3 Bearbetning av empiri

Efter varje intervjutillfälle satte vi oss ned och pratade kring våra intryck kring intervjun och informanten för att ha som ett komplement när vi så fort som möjligt efteråt transkriberade intervjun. Vi transkriberade intervjuerna så exakt som möjligt med undantag för pauser och oväsentlig information för studien (då informanterna helt avvek från ämnet). På så sätt kunde analysprocessen av materialet som vi fick ske parallellt med datainsamlingen (Kvale, 1997). Vi har skrivit ut intervjuerna i stort sett ordagrant men i vissa fall gick det inte att uppfatta enskilda ord eller till och med hela stycken. I samband med utskriften började även processen med att skapa och komma på vilka teman vi skulle använda oss av för att analysera resultaten. När alla intervjuutskriften var klara bearbetade vi materialet med hjälp av en metod som kan betraktas som en form av meningskategorisering, då vi fördelade in materialet under olika teman för att sedan sammanfatta resultaten under varje tema i mer samlade textstycken (Kvale, 1997)

4.1.4 Litteratur- och materialsökning

För att hitta litteratur på området copingstrategier hos kvinnor med depression har vi använt oss av biblioteksdatan Libris och GUNDA. När vi väl hittat dessa första böcker har vi sedan kunnat gå vidare genom att titta på vilka referenser de använt sig av. Vi har även sökt artiklar i databaserna CINAHL, CSA samt PSYCINFO. Vi har också använt oss av material från Socialstyrelsens hemsidor samt tidigare skrivna uppsatser.

4.2 Etiska överväganden

De etiska övervägandena vi gjort i vår forskningsstudie bygger på Vetenskapsrådets forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet, 2002). Dessa principer grundas på fyra allmänna huvudkrav: *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. Under vår datainsamling var vi noga med att informera våra informanter om dessa etiska aspekter. Dels i det informationsbrev som vi använde oss av för att rekrytera informanterna och dels kortfattat muntligt på telefon när de kontaktade oss. Slutligen informerade vi dem mer utförligt innan varje intervju då det enligt Kvale (1997) är viktigt att informera muntligt.

Informationskravet innebär att vi som forskare informerar informanterna om den aktuella forskningens syfte. Vi gjorde detta genom att berätta för våra informanter om vilka vi var: att vi läser på socionomprogrammet och håller på att skriva en C-uppsats. Det är även viktigt att informera informanterna om deras uppgift i forskningen och vilka villkor som gäller för deras deltagande. Vi poängterade att deras deltagande är frivilligt och att de har rätt att avbryta sin medverkan när de vill. Om informanterna ville kunde de även avstå att svara på frågor som upplevdes för svåra eller känsliga att svara på. Vi lämnade våra kontaktuppgifter till informanterna så att de har möjlighet att kontakta oss om de skulle vilja avbryta sitt deltagande i studie.

Samtyckeskravet innebär att man inhämtar informanternas samtycke att delta i forskningen. De som medverkar i en undersökning skall ha rätt att självständigt bestämma om, hur länge och på vilka villkor de skall delta (Vetenskapsrådet, 2002). Inför vetenskapliga undersökningar ska forskare göra en vägning av värdet av det förväntade kunskapsstillskottet mot möjliga risker i form av negativa konsekvenser för berörda undersökningsdeltagare och eventuellt för tredje person. Såväl kortsiktiga som långsiktiga följder skall därvid beaktas

(Vetenskapsrådet, 2002). När det gäller vilka konsekvenser som deltagande i undersökningen kan ha för intervjupersonen är huvudprincipen att deltagande personer ska lida så lite skada som möjligt. Fördelarna, att få ny och viktig kunskap, ska väsentligen uppväga skaderisken för intervjupersonerna (Larsson m.fl, 2005). Innan varje intervju försäkrade vi oss om att informanten hade någon professionell att prata med efteråt om det skulle behövas, exempelvis om svåra minnen skulle väckas. Eftersom att vi är medvetna om att personer som mår eller har mått dåligt psykiskt lätt kan bli trötta försökte vi även vara uppmärksamma på hur informanterna mådde och inte göra för långa intervjuer. Vi sa även till dem att vi kunde ta en paus om de kände sig trötta.

När vi rekryterade informanter med hjälp av personalen på de olika behandlingshemmen var vi medvetna om att det alltid finns en risk att informanterna kan känna sig tvingade att delta på grund av maktrelationen mellan patient och personal. För att motverka detta maktförhållande i så hög grad som möjligt bad vi personalen att informera kvinnorna i grupp så att ingen skulle känna sig pressad att delta. Informanterna fick ta del av informationsbrevet och kunde på så sätt själva välja om de ville delta och i så fall ringa oss. När en av författarna rekryterade respondenter via sitt arbete var hon noga med att endast informera kvinnor som inte var hennes egna patienter på grund av ett liknande maktförhållande. Hon var även noga med att informera kvinnorna om att deras behandling inte skulle påverkas på något sätt om de deltog i intervjun.

Konfidentialitetskravet innebär att man ger personerna som ingår i en undersökning största möjliga konfidentialitet. Risken för att individer oavsiktligt kan identifieras med eventuella negativa konsekvenser som följd skall avvägas mot värdet av ett nytt kunskapsstillskott. För att säkerställa våra informanternas anonymitet kommer vi inte uppge namnen på de behandlingshem och sjukhus där intervjuerna gjordes. Vi kommer även använda oss av pseudonymer som informanterna själva fick möjlighet att välja om de ville och vi kommer även att avidentifiera alla personliga uppgifter som kan härledas till en viss person. Vi har varit noga med att bandspelaren med personuppgifterna förvarats på ett sådant sätt att obehöriga inte kunnat tagit del av dem. Vi kommer även att radera alla intervjuer när uppsatsen är färdigskriven.

Nyttjandekravet innebär att de uppgifter informanterna lämnar endast får användas för forskningsändamål och inte användas eller utlånas för kommersiellt bruk (Vetenskapsrådet, 2002). Vi var noga med att följa detta krav genom att tala om för våra informanter att all empiri bara skulle användas i C-uppsatsen.

4.3 Reliabilitet och validitet

Med reliabilitet menas resultatens konsistens och innebär i vetenskapligt sammanhang att man skulle kunna få fram samma resultat då man upprepar undersökningarna. Man använder då samma mätinstrument och frågor och i och med det bör svaren bli samma om det inte har hänt något som påverkar resultaten. Reliabilitet innebär att man testar tillförlitlighet av att mätningarna är korrekt gjorda (Svenning, 2003). För att tillförlitligheten skulle vara så hög som möjligt valde vi att spela in intervjuerna med en ljudinspelare. Validitet innebär att man endast undersöker det som man ska undersöka och ingenting annat (Svenning, 2003). Validitetstänkandet har varit ständigt närvarande i vår studie och under intervjuerna formulerade vi våra frågor på så sätt att informanterna verkligen svarade på det vi ville ha svar på och inte pratade om sådant som inte var relevant för vår studie. Samtidigt kan egna reflektioner från informanterna skapa tankar som ändå kan kopplas till våra frågor.

4.4 Förförståelse

Vårt kunskapssökande startar alltid i någon form av förkunskaper. Dessa kan vara personliga erfarenheter, fördomar, vardagskunskaper eller vetenskapliga kunskaper. I princip skulle vi inte förstå någonting utan förförståelse. Förförståelse formar vårt sätt att uppleva verkligheten. Olika individer har olika förförståelse och detta kan därför leda till missuppfattningen sinsemellan. Ofta är förförståelsen något omedvetet, något som vi har socialiserats in i. (Thurén, 2007). Det är viktigt att vi som forskare klargör vilken förförståelse och vilka förväntningar vi har med oss in i forskningsprocessen. Ju mer noggrant och utförligt forskaren redovisar, desto tydligare blir alla momenten i tolkningsprocessen. Det gör kunskapen mer nyanserad och lättare att värdera, därmed också mer tillförlitlig när det gäller kunskapsanspråken (Widerberg, 2002). Då vi båda har erfarenhet av att bemöta kvinnor med depression hade vi redan en viss förförståelse inom området. Våra förutfattade meningar om hur kvinnor med depression antas vara kan ha påverkat våra tolkningar av det de sagt och gjort att vi dragit andra slutsatser än om vi inte haft denna förförståelse. Vi har under hela vår forskningsprocess försökt vara medvetna om detta och kritiskt ifrågasätta de antagningar vi gör och ventilerat våra fördomar.

5. RESULTAT

Vi kommer att presentera vårt resultat genom att lyfta fram de mönster vi hittat i empirin. Hos informanterna har vi funnit huvudsakligen två olika sätt att hantera sitt mående: dels hantering genom att konfrontera problemet och dels hantering genom att undvika det. Vi har även funnit exempel på så kallad instrumentell problemhantering, vilken kan diskuteras om den kan ses som konfronterande eller undvikande.

5.1 Konfronterande problemhantering

I vår empiri ser vi exempel på hur informanterna försöker påverka sin situation genom att hitta orsaker till sina problem och konfrontera dem:

Amanda beskriver att ett ständigt intresse för sina problem hjälper henne att hantera dem:

"... varför är det så här? Vad kan jag göra åt det? Det är just den här biten som jag förstått är min styrka... Har en diskussion med mig själv. Har jag anledning att känna så här nu? Varför känner jag så här nu? Jag har en dialog med mig själv... Nyfikenheten, att ta reda på saker, förstå saker... Jag är en varför-person!"

Angelica försöker hitta orsaker till varför hon känner som hon gör:

"...se om det är något som ligger bakom det, om det är något gammalt som blivit väckt i mig."

Angelica beskriver hur hon idag lär sig att sätta ord på sina tankar och känslor och tränar sig i att hantera sina känslor genom samtal i stället för droger:

"Det är svårt att leva utan droger men det är lättare än med dem. För man tänker ju hela tiden, blir man arg så är man van att ta någonting för att bli lugn och om man mår bra då ska man må ännu bättre. Så har jag hållit på i 4,5 år, det är som en vana. Men vi lär oss att hantera det genom samtal, samtal och ännu mera samtal... bara prata med andra människor för dem kanske ser något som jag inte ser. Då blir det lite lättare... Att inte döva det med någonting, att jag känner efter och uttrycker mig."

Två av informanterna tränar sig i att konfrontera sina problem genom att ha social färdighetsträning på behandlingshemmet. Den sociala färdighetsträningen innebär bland annat att informanterna får träna sig i att ta kontakt med olika myndigheter och delta i olika gruppaktiviteter. De får även permission på helgerna för att kunna träna sig i att klara vardagen på egen hand.

"Nu när jag är här på behandlingshemmet... ibland bara med en personal så gör vi saker som jag kanske tyckt varit jobbiga förut. Vi tränar ju på social färdighetsträning här. Vi har ju en coach här och det är inte så mycket sitta och älta sina problem utan mer "vad har du för problem?" så får vi försöka lösa dom sakerna. Det här är ju lite mer anpassat till att komma ut i verkligheten sen."

(Bianca)

Sara beskriver hur hon försöker bryta gamla tankemönster och träna sig i olika vardagsrutiner som hon tidigare haft svårt för:

”... Att jobba med självförtroendet... Det är ju med tankens kraft, man får tänka hela tiden. Att man tänker ”nej, jag ska inte säga det” och så gör man det i alla fall. Att jag går emot mig själv. För jag vill ju inte säga vissa saker och jag vill ju inte göra vissa saker. Så det är hela tiden sånt här. Jag är inte lika negativ som jag var förut. Jag har slutat vara det.”

Amanda försöker själv analysera ut vilka strategier hon behöver för att klara sig i livet:

” Jag kommer alltid klara mig själv. Jag är streetsmart. Skulle inte vara rädd att åka till Kina idag, jag vet att jag alltid kommer att överleva. Har jag inte verktygen så analyserar jag ut vilka slags verktyg jag behöver och hittar dem. Jag har radarblick för sånt.”

Självironi och humor är några av hennes strategier:

” ...Då hade jag hittat en grupp människor som jag tyckte det var roligt att umgås med, de var mina första riktiga kompisar. Som tyckte om mig, då märkte jag att jag hade en rolig humor. Självironi, humor, lurar på mig själv. Det som fått mig att överleva i livet.”

Jenny beskriver att hennes familj har en stor betydelse i hennes liv och att hon med hjälp av den får kraft att försöka övervinna det som känns svårt. Hon försöker hitta sin styrka genom att fokusera på det positiva:

”Det handlar om att hitta styrkan hos sig själv, man måste hitta det positiva som man har ...Man kan ta ett A4-papper och skriva nackdelar och fördelar. Och försöker bara se det goda när jag mår jättedåligt. Jag tänker att min depression eller mina psykiska besvär inte ska få komma i vägen. Jag har ett mål. Att tro på mig själv hjälper att hitta min styrka och överleva det som är dåligt.”

Alla informanterna har någon gång i deras liv haft någon form av missbruksproblematik. För de informanter som nyligen lämnat missbruket bakom sig så är strävan mot fortsatt drogfrihet central. Drogfriheten ger dem en bättre kontakt med sitt inre och blir i sig ett sätt att kunna börja konfrontera sina problem i stället för att undvika dem med hjälp av droger.

Man kan se hur Angelica gör ett ansträngande arbete för att uppnå en belöning i form av drogfrihet som är hennes dröm:

”...Att jag håller mig kvar på den här banan. Att jag verkligen håller mig kvar och håller ut när det är jobbigt. Att jag inte går tillbaka till drogerna för det är enkelt. För är jag inte drogfri då kommer jag inte att uppnå något annat. Då kommer jag att rasera allting.”

Även Sara upplevde sitt tidigare tablettmissbruk som ett hinder för henne då det hindrade henne att agera och ta itu med sina problem:

”Om jag inte ätit tabletter så hade jag gjort något åt det som jag inte trivdes med just då. Men när man åt tabletter så gick det inte, det var bara att härda ut.”

Flera informanter uttrycker vikten av mänsklig kontakt, att ha medmänniskor runt sig som kan stötta en och att kunna dela sina erfarenheter med andra som upplevt samma sak. De tycker alla att samtal hjälper dem att ta itu med sina problem. På behandlingshemmen har de terapi och olika samtalsgrupper och flera går regelbundet på möten i olika självhjälpsgrupper såsom Anonyma Narkomaner (NA) och Anonyma Alkoholister (AA). Angelica till exempel tycker att det hjälper henne mycket att prata om sina känslor:

”Samtal är det viktigaste tycker jag. Absolut ingen medicinering här. Prata, prata mycket om sina känslor och så. Det är säkert att det hjälper... få speglingar från gruppen och andra åsikter och... . För vi har ju morgonsamlingar där vi pratar... Ja, det finns ju tre personal här och fem tjejer som bor här.”

Flera av informanterna beskriver NA/AA-mötena som ett verktyg. Genom att träffa och samtala med andra människor med samma problematik lär de sig hantera och acceptera sina problem. De kan ge varandra stöd och inspiration att gå vidare. Sara upplever att det känns bättre att ha någon med sig som man känner när man går på mötena. Det gör det lättare att möta nya människor; man blir mindre nervös och osäker.

”...Det finns ju NA-möten som jag går på. Och nu har jag fått med mig en kollega här ur huset, så nu ska vi gå tillsammans. Och det är ju bättre än att gå själv. Och det är ett verktyg.” (Sara)

Angelica beskriver att NA-mötena även är ett sätt för henne att skapa ett nytt socialt nätverk. På NA-mötena upplever hon att man känner sig välkommen, man blir accepterad för den man är och det finns utrymme att dela med sig av sina känslor.

”Jag går mest på NA-möten och där får jag träffa lite drogfria människor så. Det finns mycket kärlek där. Det är bra, det är ett steg framåt. Dem ska jag gå på...”

En hjälp för informanterna till fortsatt drogfrihet är den utsluss, återfallsprevention och eftervård som de kommer ha efter att de lämnar behandlingshemmet:

”Det är ju tänkt så att den här behandlingen kommer pågå ett år. Även om jag åker härifrån så kommer jag åka hit en gång i veckan på återfallsprevention. Så det är många som håller koll på mig.” (Sara)

Jenny berättar om hur hennes religion hjälper henne att hantera livet:

”Jag tror på Gud och han vägleder mig, jag har en skatt inom mig som alla människor har, det är bara att jag måste ta reda på den.”

Några av informanterna verkar hantera sina problem genom att flytta fokus från sig själva och i stället utveckla medmänsklighet. Jenny känner med personer som har liknande erfarenheter som hon själv och försöker genom detta ta itu med dessa problem i ett större samhälleligt perspektiv:

”Jag vill hjälpa utsatta barn. Vill börja jobba, vill bli läkare eller psykiatriker för att hjälpa barn som gått igenom samma sak. Åka till andra länder och hjälpa barnen där. Jobba utan att få lön, det spelar ingen roll, bara hjälpa andra människor. Kvinnor och män som bråkar, som inte har mat, det är fruktansvärt. Man ska inte klaga här i Sverige egentligen för hur man lever. Man har mat för dagen, tak över huvudet för sina barn och för sig själv.”

Amanda beskriver hur hon älskar att göra fint för andra och att hälsa för henne är att se andra lyckas:

”...Då får jag lyckokänslor och det är hälsa för mig. Gör blomkorgar åt andra och hjälper hemlösa katter. När de gör framsteg - det är hälsa för mig. Vara med i projekt på jobbet, utbilda andra - se andra människor lyckas.”

Detta kan förstås som ett sätt för henne att angripa sina egna problem – att se andra lyckas kan inge hopp och vara en inspiration. Men det kan även vara ett sätt för henne att undvika att ta tag i sina egna problem.

Flera av informanterna beskriver vikten av att ha rutiner i vardagen när deras behandling är avslutad och anstränger sig därför att lösa sina problem på en praktisk nivå:

"Ja, det är ju svårt att bara ta bort alkoholen, man måste ju byta ut den mot något annat. Och det får man väl jobba på. Försöka hitta ett intresse eller kanske gå och träna och så. Men det är ju mer något som jag får ta tag i när jag kommer hem, för här är det ju så skyddat. Jag känner ju inte något sug här... Om jag bara är själv hemma så kommer jag inte kunna komma upp själv på mornarna. Så det viktiga är ju att jag har en praktikplats eller så så jag har saker att göra på dagarna." (Bianca)

"Jag har skrivit in mig på arbetsförmedlingen och jag ska börja studera, plugga upp gymnasiet på Komvux, på folkhögskola. Bara ha ett vanligt arbete." (Angelica)

Sammanfattningsvis har vi här sett olika exempel på hur våra informanter försöker hantera sina problem genom att konfrontera dem. Informanterna har bland annat ansträngt sig mentalt genom att försöka hitta orsaker till sina problem och förändra sina tankemönster och vardagsrutiner. En annan förekommande konfronterande problemhantering är olika samtalsformer, där informanterna kan dela sina erfarenheter med andra. Drogfrihet i sig som problemhantering har också framkommit. I nästa avsnitt kommer vi titta närmare på hur informanterna använder sig av en undvikande form av problemhantering.

5.2 Undvikande problemhantering

Hos informanterna har vi även sett olika typer av undvikande problemhantering. De flesta beskriver att de använt sig av missbruk som självmedicinering:

"Jag mådde inte bra för början så jag började självmedicinera. Jag skulle inte börjat med det annars om jag mådde bra och var glad. Det slog över lite, det blev fel droger och fel, fel umgänge, fel jobb – allting blev fel!" (Angelica)

Sara beskriver hur hennes psykiska mående gått upp och ner i olika perioder och att hon för några år sedan tog hjälp av lite starkare grejer för att klara av livet:

"... käkade jag en massa tabletter, det är det som jag har gått på. Benzo och sömntabletter ibland. Höga doser varje dag. "

Sara beskriver även hur det blev som en ond cirkel när tabletterna ibland fick henne att må ännu sämre:

"Men då var det ju bara att slänga i sig vad man hade och så var det inget mer med det. Så var det hela tiden. Nej, jag mår fan inte riktigt bra idag, jag tar allting".

Bianca tror att hennes missbruk var en följd av hennes psykiska mående:

"Ja, jag tror att alkoholen är en följd av det för först hade jag ätstörningar, sen så skar jag mig... Det känns som om att jag gått från beroende till beroende. Alkohol bytte ut något annat."

För flera av informanterna fungerade missbruket som ett sätt att fly från verkligheten:

"Det var den där lulliga känslan som jag var ute efter. Så, jag tyckte det var gott att gå och lulla. Det var lite roligt, var det." (Sara)

Tre informanter beskriver hur de känt sig mer avslappnade när de varit påverkade vilket minskat deras krav på sig själva i sociala sammanhang:

”Jag kände att jag var mer bekväm i mig själv också när jag druckit jämfört med tidigare. Det var mycket lättare att träffa folk och att prata med folk när jag var berusad.” (Bianca)

Sara beskriver hur hon upplevde allt som lättare när hon använde tabletter:

” Jag vet inte, men det var väl helt enkelt min grej, kände jag. Allting, det var ju mycket lättare att gå till jobbet, det var mycket lättare att gå till dagis, det var mycket lättare att härda ut en tråkig dag om man hade ett gäng tabletter gömda någonstans... För det första så gjorde dem att man inte var nervös, man tänkte inte på hur man såg ut, man tänkte inte på vad folk gjorde eller sa... Utan att tänka på det så gick dagarna bara.”

Angelica upplevde att hon fick bättre självkänsla och blev självsäkrare när hon använde droger. Drogerna gjorde att hon vågade närma sig andra människor för att få närhet och vänner:

”Det var ingen som sa hur bra jag var, att jag var bra på någonting, som gav mig kärlek, gav mig närhet och jag själv vågade inte ta närhet och ta kärlek från andra eller be om det och när jag tog droger så kände jag mig bättre i mig själv och då vågade jag närma mig andra...”

Bianca beskrev hur hon blev gladare när hon drack:

”Ja, jag hade ju roligare helt enkelt. Så då blev det att jag drack mer och mer... Om jag ska vara nykter hela mitt liv så kommer jag ju inte ha lika roligt som alla andra, för många gånger så har man ju roligt när man är full.”

Återkommande hos informanterna är att de alla beskriver hur missbruket gett dem större problem men att det även hjälpt dem att hantera sina svårigheter genom att undvika dem. De beskriver även hur missbruket lett till positiva upplevelser.

Sara berättar att hennes knep tidigare var att gå och lägga sig när hon mådde dåligt men att hon nu inte kan göra det längre för att det har gått lite längre tid.

Flera av informanterna beskriver att de isolerar sig eller går undan när de mår dåligt:

” ... jag hade ingen lust att vara med människor...jag vill inte prata med folk, jag vill inte synas, jag vill bara vara själv.” (Angelica)

Angelica beskriver att hon flyr in i TV:n när hon har en dålig dag:

”... då sitter jag framför TV:n bara och det blir en flykt, jag flyr in i TV:n och jag orkar inte röra på mig ..”

Angelica berättar att hon tidigare sökte sig utåt för att få bekräftelse, något som också kan ses som ett sätt att undvika att ta tag i det bakomliggande problemet:

”Jag sökte mig utåt, till kompisar, till killar. Jag var så osäker i mig själv. Ingen självkänsla och inget självförtroende.”

Ett annat sätt att gå runt problemet kan vara att försöka omtolka det till något positivt, något som Amanda beskriver:

”Jag är splittrad – mår fruktansvärt dåligt och också väldigt väldigt bra. Jag ser en utmaning i att jag mår dåligt också. Jag tänker att det här kan bara bli något bättre. Så försöker jag tänka, ser det som en drivkraft. Jag har bara en väldig drivkraft i mig, jag ger mig aldrig. Boxningsmatch med känslor – och jag ska vinna! Jag är så nyfiken på att se var jag hamnar när jag mår bättre...”

5.3 Instrumentell problemhantering

En annan form av problemhantering som vi funnit i vår empiri är den instrumentella. Informanterna beskriver alla hur de mår bättre och får positiva upplevelser av att vara aktiva genom olika gruppaktiviteter, hobbies och fysisk träning. Det går dock att diskutera huruvida detta kan ses som en konfronterande eller undvikande form av problemhantering. Informanterna konfronterar inte direkt orsaken till sitt dåliga mående men de gör det på ett indirekt vis. Genom att göra olika aktiviteter kan man se det som att informanterna tar en omväg om sitt dåliga mående för att på så sätt komma ur det. De olika aktiviteterna ger informanterna ny energi och möjlighet att få perspektiv på sina problem för att på så sätt kunna konfrontera dem.

När Angelica är aktiv mår hon bättre psykiskt. Hon låter entusiastisk när hon berättar:

”När jag mår bra så är jag aktiv, då så går jag ut en sväng, pratar mycket med tjejerna här och tvättar och bakar en kaka eller nåt, då är jag i gång! ”

Bianca beskriver hur hon får mer energi av att göra saker:

”Jag har mer energi, mår bättre i allmänhet. Jag testar på mer saker, går och tränar, handarbete höll jag inte på med innan. Man försöker ju kanske hitta saker som man tycker om själv. Så jag stickar mycket och sånt där...”

Angelica tycker det är positivt att de har ett fullspäckat schema på behandlingshemmet:

”Vi har meditation varje morgon.. sen morgonsamling där vi säger hur vi mår, på dagen har vi kreativitet eller fys eller en lektion och på eftermiddagen samma sak. 4 dagar i veckan går vi på AA och NA-möten och varje kväll har vi kvällsmöte där vi pratar om hur dagen har varit. Så det rullar på hela tiden”

Flera berättar även att de mår bättre av fysisk aktivitet:

”Jag brukar gå ut och gå när jag mår dåligt. Då kan jag gå väldigt långt.. Det brukar hjälpa.” (Sara)

6. ANALYS

I analysen kommer vi att diskutera vårt resultat med hjälp av tidigare forskning och teorier. Vi kommer att använda oss av copingteorin samt tolka kön utifrån begreppen genussystem och egenskapernas dikotomi.

Tidigare forskning av bland annat Topor (2004) och Lind (2009) kring användandet av copingstrategier hos människor som mår psykiskt dåligt visar att strategierna ofta används för att distrahera sig från det dåliga måendet eller för att hitta effektiva sätt att hantera det på. Vanligt förekommande copingstrategier är att söka förstå, att fatta ett beslut till förändring, att vid behov öka eller sänka sin aktivitetsnivå, att formulera sig, att söka sig till positiva situationer, att träna, att läsa litteratur och att delta i behandling. Vissa strategier var konstruktiva såsom att läsa en bok medan andra var dämpande för stunden men inte hjälpte i längden såsom självskadebeteende. Behandlingshem eller hem för vård och boende upplevdes också som en form av strategi eftersom att de där lärde sig rutiner, vilket var viktigt för dem att må bra (Lind 2009). Vi kan se en tydlig koppling mellan denna tidigare forskning och vår empiri, överlag använder sig också våra informanter av dessa copingstrategier för att hantera sitt mående. De av våra informanter som bor på behandlingshem tycker exempelvis också att vardagsrutiner varit en stor hjälp för dem i deras strävan att förändra sitt liv i en positiv riktning. Tidigare har de på grund av sitt mående blivit passiva och har inte kunnat aktivera sig. Topor (2004) tar upp att positiva erfarenheter är en viktig del i en återhämtning. Han menar att det gör skillnad att man inte bara tror eller känner att man kan skulle kunna klara av hinder som tidigare har verkat oöverkomliga, utan att man faktiskt övergår dem. Man får en konkret erfarenhet. Hos våra informanter kan vi också se hur positiva erfarenheter tycks stärka dem. Två av dem beskriver att de genom social färdighetsträning på behandlingshemmet fått träna sig i att göra olika saker som de tidigare haft svårt för. Genom att uppleva att de är kapabla att göra saker som de tidigare tyckt varit osannolika får de bättre självkänsla vilket skapar en positiv spiral. Informanterna får även permission på helgerna för att kunna träna sig i att klara vardagen på egen hand vilket också blir ett sätt för dem att successivt överkomma saker som de tidigare upplevt som problematiska. Till skillnad från tidigare forskning har våra informanter dock inte visat sig ha något behov av att sänka sin aktivitetsnivå.

När vi granskat vår empiri har vi huvudsakligen kunnat urskilja två olika sätt som informanterna hanterar sin depression på; dels hantering genom undvikande och dels hantering genom konfrontation. Dessa olika hanteringssätt går att koppla till Lazarus och Folkmans begrepp problemfokuserad och känslfokuserad coping som vi presenterade i teoriavsnittet (Lazarus & Folkman, ref. Folkman, 1991). Vanligtvis används problemfokuserad coping i situationer som bedöms kunna förändras, medan känslfokuserad coping används i situationer som man inte kan förändra.

I vår empiri finner vi en hel del exempel på hur informanterna försöker påverka sin situation genom att hitta orsaker till sina problem och konfrontera dem. Denna form av problemfokuserad coping innebär både kognitiv problemlösning och direkt handling mot omgivningen eller sig själv. När vi analyserar vårt resultat märker vi att problemfokuserad coping tar sig olika uttryck hos informanterna, den vara mer eller mindre konfronterande.

Informanterna försöker konfrontera sina problem på ett mer direkt sätt genom att försöka förstå vart problemet ligger och hitta orsaker till varför de känner som de gör. Genom att diskutera med sig själva lär sig informanterna att sätta ord på sina tankar och känslor. Ett ständigt intresse för problemen ger dem de insikter de behöver för att kunna finna konstruktiva lösningar och gå vidare. Mer indirekta sätt att konfrontera sina problem har vi också funnit hos informanterna. Att flytta fokus från sig själv till mer utsatta människor eller djur blir ett sätt för informanterna att ta itu med sina problem i ett större samhällsligt perspektiv.

Vidare går det dock att diskutera kring vad som verkligen kan anses vara problemfokuserad coping eftersom att coping är kontextuell och beror mycket på sammanhanget och individen.

Folkman (1991) anser att copingstrategier såsom träning, stödgrupper, religion, humor och samtal med någon som bryr sig kan ses som exempel på känslfokuserad coping medan vi uppfattat dem ha en problemhanterande funktion i vår empiri. Vad som anses förändra en individs situation och omständigheter är en komplex fråga. Ett hanteringssätt som exempelvis humor och religion kanske inte konfronterar och löser det yttre problemet på en gång men kan bidra till att individen mår bättre och på så sätt kan lösa sina problem på lite längre sikt. Även samtal anser vi fyllt en problemhanterande funktion för informanterna, det har av dem själva setts som ett mycket uppskattat verktyg i deras strävan att bli friska från sin depression. De informanter som berättade att de varit isolerade under en period har alla negativa erfarenheter från detta och upplevelser av att det förvärrat deras depression. En informant berättar till

exempel hur lätt det är att snurra in sig i negativa tankar om man inte har någon att prata med. För att bryta den isolering som många befinner sig i påvisar Topor (2004) vikten av att möta andra som uttrycker det man själv känner och är med om då det blir ett sätt att avdramatisera ens erfarenheter och normalisera sin situation. Flera av informanterna beskriver NA/AA-mötena som ett sätt att träffa andra med samma problem. Där lär de sig att hantera och acceptera sina problem och kan ge varandra stöd och inspiration att gå vidare. Även Skärsäter (2003) och Lind (2009) påpekar vilken stark betydelse det sociala nätverket har för att underlätta tillfrisknande.

I vår empiri har vi funnit exempel på hur informanterna använder sig av känslfokuserad coping genom att försöka reglera sina känslor och förhålla sig till situationer som de inte ser som möjliga att förändra. Den vanligaste förekommande formen av känslfokuserad coping är missbruk, alla våra informanter berättade att de haft någon form av missbruksproblematik. Missbruket fungerade som en form av självmedicinering, genom missbruket kunde informanterna döva sin smärta och finna en kortvarig lösning på sina problem. Enligt Cullberg (2005) är det vanligare att depression föregår missbruket hos kvinnor än hos män. Solveig Olaussen beskriver i sin avhandling *"Kvinnor med substansmissbruk och psykisk ohälsa"* att missbruk i vardagen hos kvinnor är en form av passivt motstånd, något vi också kunde se i vår empiri (Olaussen, 2008). För de informanter som hade barn och familj och därmed var bundna till hemmet och dess arbetsuppgifter blev missbruket ett sätt att hårdna ut med de rutiner som de inte trivdes med. Att använda sig av alkohol och droger kan bli en förevändning för att komma bort från det som kan kännas svårt och tungt (Cullberg, 1984). Flera informanter nämner positiva upplevelser de haft i samband med droger men de strävar idag efter att vara drogfria då de alla erfarit att missbruket förvärrat deras mående och haft en destruktiv inverkan på deras liv.

En annan form av känslfokuserad coping som vi fann i empirin var försök att se det positiva i något som oftast kan uppfattas som negativt. En av våra informanter försökte se sitt dåliga mående som en utmaning och till och med som en drivkraft till att gå vidare. Denna positiva omtolkning behöver inte betyda att individen förvränger verkligheten utan är snarare ett sätt för individen att distansera sig ifrån den eller att lösgöra sig från det som känns svårt (Folkman, 1984; ref, Starke, 2003).

Informanterna beskriver alla hur de mår bättre och får positiva upplevelser av att vara aktiva genom olika gruppaktiviteter, hobbies och fysisk träning. Detta går att koppla till Topors

(2004) forskning om återhämtning. Han menar att olika aktiviteter kan vara viktiga för att må bättre då individen genom dessa får en möjlighet att distrahera sig och få distans till sina problem. Vi har valt att beteckna dessa strategier som instrumentella då vi anser dem vara både en konfronterande och undvikande form av coping. Träning betecknades som en känslfokuserad copingstrategi av Folkman (1991). Vi håller med om att träning inte direkt löser orsaken till depressionen men för flera av våra informanter kan det ha varit en start för dem, flera beskriver exempelvis att de mått bra av promenader och vi kan därmed anta att dessa promenader utgör en början för informanterna till att starta ett nytt liv, då de tidigare kanske varit mycket passiva och inte kunnat ta sig för någonting. Vad som på ytan bara kan verka som en enkel promenad kan i sin speciella kontext vara en början till problemlösningshanterande.

Ett av syftena med vår studie var att undersöka hur effektiva informanterna upplever att sina copingstrategier är. Bedömningen om vad som är en effektiv coping debatteras i copinglitteraturen. Det går inte att bedöma vad som är bättre och sämre coping utifrån kvalitativa aspekter. Coping måste bedömas utifrån kontexten, man måste ta hänsyn både till individens bedömning och resurser samt till sammanhanget (Folkman et al., 1986b; ref, Starke, 2003). En copingstrategi som alla informanterna inte tycker är effektiv är missbruk; de har alla provat att missbruka för att försöka hantera sitt dåliga mående men har i efterhand kunnat konstatera att det inte hjälpte dem, tvärtom upplevde flera att deras psykiska mående förvärrades. Även andra former av känslfokuserad coping såsom att fly från sina problem genom att sova och gå undan tycks informanterna uppleva som ineffektiva. Exempel på copingstrategier som informanterna upplever som effektiva går att finna bland de instrumentella och problemfokuserade; kognitiva ansträngningar att hitta orsaker till problemen, att förändra gamla tankemönster, drogfrihet, samtal och aktivitet är alla strategier som informanterna upplever har en positiv inverkan på deras depression. Dessa resultat överensstämmer med tidigare forskning där problemfokuserad coping bättre anses kunna moverka depression än känslfokuserad, se bland annat Nolen-Hoeksema (1990; ref, Stoppard, 2000) och Felsten (2000). Copingstrategier som samtal, kognitiva ansträngningar och aktivitet för att hantera psykisk sjukdom har även i tidigare studier upplevts som effektiva av brukarna, se Topor (2003), Lind (2009) och Skärsäter (2003).

Vi har använt oss av begreppen *genussystem* och *egenskapernas dikotomi* för att undersöka om de olika copingstrategierna som informanterna använder sig av är könsbundna. I vårt

material framgår det tydligt att många av de copingstrategier som informanterna använder sig av går att härleda till traditionellt kvinnliga egenskaper och göromål. Hirdman (2003) menar att vårt samhälle är uppbyggt av ett genusystem som definierar vad som är kvinnligt respektive manligt. Egenskaper som omvårdande, lättpåverkade, pratsamma, känslsamma och intuitiva anses vara utpräglat kvinnliga, något som även går att påvisa hos våra informanter. Återkommande hos våra informanter är deras behov av att samtala vilket kan ses som en könskonstruktion. Genom samtal upplevde de att de fick stöd och bättre förståelse för sig själva. Informanterna hade behov av att prata om sina känslor och sätta ord på dem, vilket också anses vara kännetecknande för deras kön. Många beskriver till exempel NA-mötena som en stor hjälp. Genom att känna med andra och visa omsorg om både människor och djur har våra informanter även visat sig vara omvårdande, något som också anses höra till kvinnliga egenskaper. Att flytta fokus från sina egna problem till andra har varit ett sätt för informanterna att få distans till sina egna problem. Pearlin och Schooler (1978; ref, Felsten, 2000) har undersökt i vilken grad män och kvinnor använder sig av olika copingstrategier. De kunde finna en uttalad obalans mellan kvinnor och män när det gällde vilka mekanismer de använde sig av. Denna obalans kunde de härleda till könsskillnader i socialisation. Socialisationshypotesen menar att på grund av könsroller så är män socialiserade till att använda mer aktiva och instrumentella copingstrategier medan kvinnor är socialiserade att använda mer passiva och känslfokuserade handlingar och att söka mer socialt stöd (Ptacek et al., 1992; Rosario et al, 1988; ref, Felsten, 2000). Studier av bland annat Veroff et al., (1981; ref, Thoits, 1991), Stone och Neale (1984; ref, Thoits, 1991) och Nolen-Hoeksema (1990; ref, Stoppard, 2000) styrker denna hypotes. Vår empiri skiljer sig dock från denna forskning, då våra informanter använder sig av både aktiva och känslfokuserade copingstrategier. Våra informanter har dock också visat en stark benägenhet att söka socialt stöd vilket kan antas bero på socialisation.

Stoppard (2000) menar att kvinnors överrepresentation i depression kan bero på dessa könsrelaterade skillnader i coping. Stoppard refererar till Nolen-Hoeksema (1990) som menar att aktiva copingstrategier anses vara antidepressiva därför att de distraherar individen från deras depressionssymptom, medan grublandet förvärrar symptomen. Kvinnor karakteriseras som "otillräckliga copers" inom denna förklaringsmodell. Även Felsten (2000) påvisar att undvikande coping är en kraftfull indikator för depression. Traditionella uppfattningar om effektiva copingstrategier, som Nolen-Hoeksemas (1990; ref, Stoppard, 2000) formulering vilar på antagandet att en individ har tillgång till olika källor, som pengar, status, och makt,

privilegier som många kvinnor saknar. Även Lazarus och Folkman (1984) menar att resurser som socialt stöd och materiella tillgångar gör individen mindre sårbar och underlättar copingprocessen (Lazarus och Folkman, 1984; ref, Starke, 2003). För en ensamstående kvinna med barn krävs det mycket planering för att exempelvis ha möjlighet att utöva någon form av fritidsaktivitet, vilket kan anses som ett exempel på en aktiv copingstrategi. Om tendensen är att kvinnor försöker klara av depressionssymptom genom att använda sig av ”grubblande” kan en orsak till det vara att de inte har tillgång till några mer aktiva alternativ. (Nolen-Hoeksema,1990; ref, Stoppard, 2000)

7. SLUTSATSER

Vi kommer i detta kapitel redovisa våra konklusioner genom att besvara våra frågeställningar.

Förhoppningen med vår uppsats har varit att bidra till ökad kännedom och förståelse om vad kvinnor med depression själva anser vara verkningsfullt för att hantera sin sjukdom. Syftet med vår studie var att belysa de olika copingstrategierna som kvinnorna använder sig av utifrån deras effektivitet. Ett andra syfte var att undersöka om och i så fall hur dessa copingstrategier är könsbundna. För att kunna besvara vårt syfte ställde vi oss följande specifika frågeställningar:

Vilka copingstrategier använder kvinnorna sig av för att hantera sin depression?

Vi har kunnat se att kvinnorna använt sig av olika copingstrategier för att hantera sin depression och att dessa olika copingstrategier huvudsakligen kan delas upp i så kallad känslfokuserad eller problemfokuserad coping. De känslfokuserade copingstrategierna har utgjorts av en undvikande form av problemlösning, kvinnorna har försökt reglera och förhålla sig till de känslor en viss situation väckt hos dem i stället för att konfrontera och försöka förändra själva problemet då de inte upplevt detta som möjligt. Den vanligaste förekommande formen av känslfokuserad coping var missbruk. De problemfokuserade copingstrategierna har bestått av en mer direkt konfrontation av själva problemet, då de upplevt att det varit möjligt att förändra situationen. Exempel på problemfokuserad coping är informanternas försök att förändra sina tankemönster och att förbli drogfria. De copingstrategier som våra informanter uppgett att de använder sig av överensstämmer med resultat från tidigare forskning, se exempelvis Topor (2003) och Lind (2009).

Vilka av dessa copingstrategier upplever kvinnorna som effektiva?

Vad gäller effektiviteten hos dessa copingstrategier så var alla informanterna överens om att missbruket bara hjälpte dem på kort sikt och således inte var någon effektiv copingstrategi. Strategier som kvinnorna upplevde som effektiva, på så sätt att de hade en positiv inverkan på deras liv, var ansträngningar att hitta orsaker till problemen, att förändra gamla tankemönster, drogfrihet, samtal och aktivitet. Alla dessa copingstrategier går i sin kontext att tolka som

problemfokuserad coping vilket överensstämmer med tidigare forskningsresultat som menar att aktiv, problemfokuserad coping tillskillnad från känslfokuserad coping motverkar depression, se bland annat Nolen-Hoeksema (1990; ref, Stoppard, 2000) och Felsten (2000).

Är dessa copingstrategier könsbundna? I så fall hur?

Vi har kunnat se att vissa av copingstrategierna som kvinnorna använder sig av är könsbundna, såsom att söka socialt stöd, hantering genom att prata om känslor samt att visa omsorg och känna för andra, vilka kan klassas som typiska kvinnliga egenskaper, se Connell (2003) Tidigare forskning menar att könsskillnader i coping beror på socialisation; kvinnor anses använda sig av passiva och känslfokuserade copingstrategier medan män anses använda sig av mer aktiva och instrumentella (Ptacek et al. 1992; Rosario et al, 1988, ref Felsten,2000). Stora delar av den tidigare forskning vi funnit kring könsskillnader i coping styrker detta antagande. Kvinnorna i vår studie har dock visat sig använda både känslfokuserade och problemfokuserade copingstrategier vilket tyder på att de inte är könsbundna.

Genom att besvara våra frågeställningar tycker vi att vi fullgjort vårt syfte med uppsatsen och infriat vår förhoppning om att kunna bidra till ökad kännedom och förståelse om vad kvinnor med depression själva anser vara verkningsfullt för att hantera sin sjukdom. Ett mönster vi ser hos informanterna är att de alla tycks uppleva att de håller på att få tillgång till fler och fler effektiva copingstrategier. Strategier de tidigare använde som självmedicinering och självska debeteende har fått lämna plats för andra mer konstruktiva vilket bådär gott för framtiden.

REFERENSLISTA:

- Connell, R.W (2003). *Om Genus*. Uddevalla: Daidalos AB.
- Cullberg, J. (2005). *Dynamisk Psykiatri*. Finland: Natur och Kultur.
- Eckenrode, J (red) (1991) *The social context of coping*. New York: Plenum Press
- Folkman & Lazarus (1980) i kapitlet *Translating Coping theory into an Intervention* ur *The social context of coping*.
- Gilje, N. & Grimen, H. (1995): *Samhällsvetenskapernas förutsättningar*. Göteborg: Daidalso.
- Gore & Colten, (1991) I kapitlet *Gender, Stress and Distress* ur *The social context of coping*.
- Kvale, S. (1997): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, S. (2005): I kapitlet *Kvalitativ metod i Forskningsmetoder i socialt arbete* Larsson, S, Lilja, J & Mannheimer K. (red). Lund: Studentlitteratur.
- Lazarus, R. S & Folkman, S (1984): *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Starke, M. (2003). *Att bli tonåring - ett föräldraperspektiv* Västra Frölunda: Intellecta DocuSys AB.
- Stoppard, J. (2000). *Understanding Depression, Feminist social constructionist approaches*. London: Routledge.
- Svenning, C. (2003). *Metodboken – samhällsvetenskaplig metod och metodutveckling. Klassiska och nya metoder i informationssamhället. Källkritik på nätet*. Eslöv: Lorentz förlag.
- Thoits, A. Peggy i kapitlet *Gender Differences in Coping with Emotional Distress* i antologin *The social context of coping*.
- Thurén, T. (2007): *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Liber.
- Topor, A (2004). *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Widerberg, Karin (2002) *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur
- Winberg, M. (red.) (1998): *Jobbigt! – en antologi om arbete och arbetslöshet*. Malmö: Sober förlag

Artiklar

Banyard och Graham-Bermann (1993:306). ”*Sex differences in Coping with Depression*”.

Banyard och Graham-Bermann(1993:313). ”*Sex differences in Coping with Depression*”.

Burns, Shaw och Croker (1986). ”*Thinking styles and coping strategies of depressed women: an empirical investigation*” i tidskriften *Behaviour Research and Therapy*, volym 25, 1987

Felsten,G. (2000) ”*Gender and coping: Use of distinct strategies and associations with stress and depression*”. Psykologiska institutionen, Indiana University, USA

Hirdman,Y. (1988). *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, nr 3, s.49-63

Kleinke, Staneski och Mason (1982). *Sexroles - A Journal of Research*, volym 8, nr 5, maj 1982.

Rapporter:

Jeanneau, M. (2003). *Kvinnors psykiska ohälsa i aktuell svensk forskning*. Enheten för Psykisk Hälsa inom samhällsmedicin, Stockholm: Ormbergs tryck.

Socialstyrelsen (2005). *Folkhälsorapport*.

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABCB727A9/6169/20051114.pdf>

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistiska-samhällsvetenskaplig forskning*. www.vr.se

Världshälsoorganisationen, WHO (World Health Organization)

WHO (2000): *Women and mental health, WHO Fact sheet nr.248*

WHO (2005): *Gender and Health research series*

WHO (2009): *Gender and women's mental health: Women's mental health: The Facts*.

www.who.org

Uppsatser och avhandlingar:

Lind, S. (2009). *Idag mår jag bra - vägen från psykiska ohälsa i tonåren*. Mittuniversitetet.

Olaussen, S. (2008). *Kvinnor med substansmissbruk och psykisk ohälsa*. Psykologiska institutionen

Internetsidor:

(<http://www.jamstallhet.nu/jmst/maktkon/hirdman/hirdman.htm>)

Intervjuguide

Bakgrund

Ålder?

Bostadssituation?

Arbetsituation?

Familjeförhållande?

Socialt nätverk?

Diagnos?

- Vet du om du har fått någon diagnos?
- Hur upplever du att ha / inte ha en diagnos?
- Har det varit till hjälp att få en diagnos?

Psykisk hälsa

Upplever du att du har några psykiska besvär?

- Kan du berätta vilka i så fall?

När började du uppleva ditt psykiska mående som ett problem?

- Var det något speciellt som hände som fick dig att se på ditt psykiska mående som ett problem?

Kan du beskriva hur ditt psykiska mående sett ut sedan dess?

Vad kan din psykiska ohälsa bero på tror du? (Du behöver ej gå in så mycket på det, bara så att vi får en överblick)

Hur mår du idag?

Finns det någon psykisk hälsa i ditt liv? Berätta gärna!

- Vad får dig att må bra?
- Är vissa dagar bättre än andra?
- Hur märker du det? Berätta gärna!

Har ditt mående förändrats den senaste tiden?

Strategier

Vad gör du när det känns jobbigt?

- Var hittar du din styrka?
 - Har du hittat några speciella knep / strategier? Ge gärna exempel!
- Finns det någon skillnad på hur du gjort tidigare jämfört med idag?
- Vad i så fall? Berätta gärna!

Vad gör du en bra dag som du inte gör en dålig? Ge gärna exempel!

Har du blivit bättre på att hantera ditt mående idag jämfört med tidigare?

- På vilket sätt?
- Vem eller vad hjälpte dig till denna förändring?

Missbruk

Hur har din användning av alkohol, tabletter eller droger sett ut jämfört med idag?

Upplever du att du har / har haft ett missbruk? (Om nej hoppa till nästa område).

När och varför började du missbruka?

Upplever du missbruket som ett eget problem eller som en följd av ditt psykiska mående?

Vilka behov upplevde du tillfredställdes med drogerna?

Upplever du att dem ersatte något som du saknade?

- Vad i så fall?

Vad fick dig att ta beslutet att sluta missbruka? Berätta gärna!

Vad är av betydelse för dig för att leva utan missbruk?

Behandling

Hur länge har du varit i kontakt med

psykiatri/behandlingshemmet/öppenvårdsmottagningen?

Hanterar du dina problem annorlunda idag än vad du gjorde innan du fick kontakt med

psykiatri/behandlingshemmet/öppenvårdsmottagningen?

- På vilket sätt? Kan du berätta om något tillfälle?
- Fanns det någon vändpunkt för dig? Berätta gärna!

Har något förändrats under behandlingens gång? Kan du ge exempel?

Framtidsvisioner

Hur vill du att din framtid ska se ut?

Vad har du för drömmar?

Vad är viktigt och betydelsefullt för dig idag och i framtiden?

Känner du att du har tillräckligt med verktyg för att klara dig på egen hand i framtiden?

- Om nej, vad skulle du i så fall behöva utveckla/förändra?

Har du något att tillägga eller något som du tycker är viktigt att berätta innan vi avslutar intervjun?

Kvinnor!!!

Kolla hit

Är du en kvinna och har erfarenhet av depression?
Du har säkert mycket att berätta och många olika erfarenheter.
Är du intresserad mer information på nästa sida!

TILL DIG SOM ÄR I KONTAKT MED PSYKIATRIN

Vi är två socionomstudenter på Göteborgs Universitet som skriver en C-uppsats inriktad på depression hos kvinnor.

Syftet med vår uppsats är att ta reda på vilka olika strategier kvinnor använder sig av för att hantera sin sjukdom. Exempel på frågor som vi kommer att ställa är:

Vad gör du för att må bättre när du inte är på topp?

Hanterar du dina problem annorlunda idag än vad du gjort innan du kom i kontakt med psykiatrin?

Du som ställer upp för intervju behöver inte lämna ut personuppgifter och de uppgifter du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. de kommer inte att lämnas ut till någon eller användas så att du som person kan identifieras.

Rent praktiskt kan intervjun äga rum här i psykiatrins lokaler eller i universitetets lokaler på Sprängkullsgatan 23.

Intervjuerna kommer att ta ca 1 timme och planeras göras under vecka 11 och 12.

Är du intresserad så kan du ringa en av oss direkt. Om du vill kan du också prata med din behandlare så kommer hon/han att meddela oss så vi får kontakt. Hör gärna av dig om du vill ha ytterligare information.

Du kan nå oss på dagtid: Alexandra tel: XXXX Alena tel: XXXX

Vår handledare heter Ninni Carlsson och kan nås på följande adress:

XXXXXX

Tel: XXXX

E-post: XXXX

Vi ser fram emot att träffa just dig ☺

Dina erfarenheter är mycket värdefulla för oss.

Tack på förhand för din medverkan!

Alexandra Vila Isaksson och Alena Karmakova, socionomstudenter.

