

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

“Fake it until you make it”

En tolkande fenomenologisk analys av
sju mäns depressionsupplevelser

Julia Tideström

Examensarbete 30 poäng
Psykologprogrammet
Vårterminen 2018

Handledare: Petra Boström

Lär dig tiga

*Var jordens natt är full av ont.
Hjärta, lär dig att tiga.
De hårda själar, hårda sköldar
spegla ljus från stjärnornas hem.*

*Din klagan gör dig mera svag.
Hjärta, lär dig att tiga.
Blott tystnad helar, tystnad härdar,
orört kysk och skuldlöst sann.*

*Du söker kvalets heta liv!
Hjärta, lär dig att tiga.
Av sår och feber stärkes ingen.
Ljus som stål är himmelens borg.*

- Karin Boye (1924/1996)

”Fake it until you make it”

En tolkande fenomenologisk analys av sju mäns depressionsupplevelser

Julia Tideström

Sammanfattning. Studier har visat att mäns diagnostiska underrepresentation kan förstås utifrån genusteoretiska förklaringsmodeller och att maskulinitetsnormer påverkar mäns hjälpsökande negativt. Syftet med studien var att undersöka upplevelsen av depression ur ett maskulinitetsperspektiv. Semistrukturerade intervjuer genomfördes och bearbetades med en tolkande fenomenologisk analys. Samtliga informanter (N=7) beskrev långvarig psykisk ohälsa som de inte upplevt sig ha verktyg att varken förstå eller hantera, vilket kopplades till plötsliga och dramatiska insjuknanden. Att bli deprimerad beskrevs av flera som en förutsättning för att lära känna sig själv, likt ett nödvändigt ont med nya förmågor till följd. Depressionen framställdes även som präglad av självrannsakan och nyorientering. Männens berättelser tolkades i relation till begreppet maskulinitet.

Depression är en av dagens mest frekvent förekommande diagnoser (Läkemedelsverket, 2016) och har i flera sammanhang kallats för vår tids stora folksjukdom (se t. ex. Ferrari, Somerville, Baxter, Norman, Patten, Vos, & Whiteford, 2013; WHO, 2018). Vidare förekommer depression som diagnos inom alla samhällsgrupper, även om betydande gruppkillnader avseende prevalens har kunnat påvisas (Evertsson & Magnusson, 2014). Undersökningar har till exempel funnit en globalt sned könsfördelning (Ferrari et al., 2013) och i Sverige beräknas kvinnor få diagnosen dubbelt så ofta som män (Läkemedelsverket, 2016). Forskare inom de medicinska (se t. ex. Landén & Elert, 2007) och psykologiska (se t. ex. Altemus, 2006) paradigmen har historiskt främst förklarat den sneda könsfördelningen utifrån biologiska olikheter, då kvinnor ansetts mer sårbara än män. Allt fler kritiker har dock hävdats att denna snedfördelning istället bör förstås utifrån genusteoretiska aspekter och menar följaktligen att männen utgör ett mörkertal (se t. ex. Addis, 2008; Martin, Neighbors & Griffith, 2013). En rad forskare argumenterar utifrån detta för att normer om maskulinitet försvårar adekvat förståelse av och hjälpsökande för depressionsrelaterade symtom (se t. ex. Addis & Mahalik, 2003). Sådana förklaringsmodeller kan till viss del styrkas med den självmordsstatistik som visat att män begår självmord nästan tre gånger så ofta som kvinnor (Folkhälsomyndigheten, 2017) - en handling som nästan alltid föregås av depression (American Association of Suicidology, 2014). Statistik för depression och självmord verkar alltså till viss del motsäga varandra. Varför är män underrepresenterade inom depression, men överrepresenterade inom självmord?

Depression

Upplevelsen av att vara deprimerad är givetvis unik för varje individ, även om ett antal gemensamma aspekter kunnat fastställas (American Psychiatric Association, 2013). Karaktäristiskt för depression anses vara starka känslor av hopplöshet, värdelöshet och skuld i kombination med

negativa kognitioner om självet, andra och framtiden (Barlow, 2014). De negativa kognitionerna yttrar sig främst genom tolkningsförvrängningar där individen ständigt härleder, förklarar och attribuerar upplevelser utifrån negativa premisser (Barlow, 2014). Den deprimerades beteende präglas generellt av minskad företagsamhet, stark obeslutsamhet och sänkt initiativförmåga (American Psychiatric Association, 2013). Depressionen anses även avspeglas i det sociala livet där relationer som tidigare upplevts meningsfulla omvärderas, varför den deprimerade tenderar att gradvis dra sig undan (Barlow, 2014; Rhodes & Smith, 2010). Depression beskrivs därför också som ett tillstånd präglad av social isolering (Rhodes & Smith, 2010). Dessa tankar, känslor och beteenden används därmed som några av flera kriterier vilka i kombination med ett kartläggande av individens funktionsnivå och självmordsbenägenhet ligger till grund för diagnosticering. Utifrån detta görs en bedömning huruvida depression föreligger, där även depressionens svårighetsgrad fastställs.

Addis (2008) är en av flera forskare som hävdar att de depressionskriterier som listats i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) främst utformats efter kvinnors symtombeskrivningar, vilket han anser begränsa möjligheterna till adekvat diagnosticering av män. Addis (2008) menar följaktligen att kriterierna formulerats som internaliserade (t. ex. känslor av värdelöshet, hopplöshet, skuld), vilket han menar skiljer sig från de externaliserade symtom män generellt uppvisar (t. ex. ilska, utagerande och irritabilitet). Flera studier (se t. ex. Krumm, Checchia, Koesters, Kilian & Becker, 2017; Salk, Hyde, Abramson, 2017) har i linje med Addis teorier påvisat att de konventionella diagnoskriterierna kan vara svåra för män att identifiera sig med, vilket i sin tur kan leda till att fel eller ingen diagnos ställs. Specifika tester där externaliserade symtom inkluderas har därför skapats i syfte att undersöka huruvida en sådan justering påverkar depressionsprevalensen. I studier där sådana tester använts har en jämnare könsfördelning uppnåtts, med en maximalt jämn fördelning på 30% män respektive 33% kvinnor (screening inom klinisk population) (Martin et al., 2013). Sådana fynd kan därmed tänkas stödja resonemanget om att mäns och kvinnors upplevelser av depression i vissa avseenden skiljer sig åt, och att detta kan skapa problem vid diagnosticering av och förståelse för depression (Martin et al., 2013). Hur kan vi i så fall skapa en ökad förståelse för hur upplevelsen av depression kan variera?

Genusteori

Genusteori vilar på grundpremisen att individen i samspel med sin omgivning införlivar normativa sätt att vara, tänka, känna och handla utifrån sin biologiska könstillhörighet (Buckingham-Hatfield, 2006). Det register av upplevelser och uttryckssätt en individ använder sig av begränsas därför utifrån normer om vilken accepterad beteenderepertoar som finns att tillgå inom ramen för personens specifika könstillhörighet (Magnusson & Marecek, 2010). Beteckningen genus blir därför relevant då den belyser den interaktionella aspekten av hur individen formas utifrån sitt sociala kön, sitt *genus* (Magnusson & Mareck, 2010; Addis & Mahalik, 2008). Genusnormer blir enligt detta synsätt betydelsefulla när vi söker förståelse för individers känslomässiga reaktioner på en specifik situation (Addis & Mahalik, 2008). Studier om vuxnas bemötande av barn har bland annat visat att föräldrar och pedagoger inte verbaliserar pojkars känslor på ett lika differentierat och frekvent sätt som gentemot flickor (se t. ex. Martin & Green, 2005; Chaplin, Tara, Cole, Pamela & Zahn-Waxler, 2005; Adams, Kuebil, Boyle & Fivush, 1995; Einarsson, 2000; Addis & Cohane, 2005). Andra studier har även funnit att

omgivningen generellt tenderar att förstärka pojkars aktiva känslouttryck så som ilska och utagerande, och försvaga mer passiva känslor så som sorg och oro (se t. ex. Chaplin et al., 2005; Addis, 2008). Vidare menar samma studier även att pojkar som gråter eller uttrycker känslor som manar till tröst generellt distraheras och avleds i större utsträckning än flickor som utför samma typ av beteenden (Addis, 2008; Addis & Cohane, 2005). I linje med detta har Branney & White (2008) i sin intervjustudie funnit att män fått höra att de är 'för mycket som tjejer' eller 'homosexuella' i samband med att de som barn öppet gråtit eller på annat sätt förmedlat känslor av rädsla och sorg. Detta uppfattade informanterna som en form av bestraffning för sådana beteenden, vilka även beskrevs som statutssänkande (Branney & White, 2008). Genusteoretiska förklaringsmodeller har skapats för att förklara grunderna till sådana förhållningssätt där stereotypa föreställningar om pojkar som starka, aktiva och känslomässigt "enkla" verkar vara betydande (se t. ex. Addis & Cohane, 2005).

Bristen på adekvat spegling (känslomässig och verbal upprepning eller bekräftelse) menas påverka barns förmåga till reglering av och förståelse för känslomässiga processer (se t. ex. Rydén & Wallroth, 2008). Barn som inte får möjligheten att utveckla sådana verktyg att förstå och hantera sina känslor riskerar därför att även i vuxen ålder få bristande förmågor att själva skapa konstruktiva förhållningssätt till känslomässiga problem (se t. ex. Rydén & Wallroth, 2008; Broberg, Risholm, Ivarsson & Mothander, 2015). Det blir helt enkelt svårt att lära sig förstå och förmedla känslor om inga eller få av sådana inläringstillfällen ges (se t. ex. Rydén & Wallroth, 2008; Broberg, Risholm, Ivarsson & Mothander, 2015). Studier har utifrån sådana teoretiska antaganden undersökt psykisk ohälsa bland män (se t. ex. Addis & Cohane, 2005; Addis, 2008). Män uppvisar generellt mer oförståelse inför egna symtom och söker inte vård i samma utsträckning som kvinnor, vilket leder till en negativ spiral där symtomen förvärras och hjälpsökandet kompliceras (Addis & Cohane, 2005; Addis, 2008). Detta menar flera teoretiker till stor del beror på männens införlivande av maskulinitetsnormer (se t. ex. Addis & Cohane, 2005; Addis, 2008; Valkonen & Hänninen, 2012, Branney & White, 2008).

Maskulinitet

Connell (2008) beskrev i sin bok *Maskuliniteter* begreppet 'hegemonisk maskulinitet', vilket avser en idealiserad maskulinitet utifrån vilken alla andra sätt att vara maskulin utgår hierarkiskt. Denna idealisering innefattar bland annat karaktäristika så som rationalitet, framgång, styrka, heterosexualitet och kontroll - även om idealet är kontextspecifikt och därför också varierar (Connell, 2008). Connell (2008) menar följaktligen att olika sätt att vara maskulin rangordnas utifrån kontextuella ideal och positioneras i relation till varandra. En sådan rangordning kopplas i sin tur till begreppet *feminisering*, en förhandlingsprocess i vilken män deltar då de införlivar feminint kodade karaktäristika (Connell, 2008). Flera studier har på liknande sätt visat hur depression kan ses som feminisering eller "*misslyckad maskulinitet*" då diagnosen på många sätt är förknippad med feminint kodade karaktäristika så som passivitet, nedstämdhet, orkeslöshet och sänkt aktivitetsnivå (se t. ex. Emslie, Ridge, Ziebland & Hunt, 2006; Connell, 2008). Sådan feminisering kan tänkas få en rad olika konsekvenser: Martin et al. (2013) visade till exempel hur mäns ideal om styrka, rationalitet och prestation stod i konflikt med upplevelsen av att vara deprimerad och därmed ledde till ett förnekande av symtom och en ovilja att söka hjälp. Depressionen beskrevs i studien antingen som ett hot mot det maskulina eller som en konsekvens av mannens oförmåga att leva upp till maskulina ideal: antingen gör depressionen honom svag, eller så blir han deprimerad för att han är svag (Martin et al., 2013).

Syfte och frågeställningar

Den forskning som presenterats har visat att det finns goda skäl att anta att fler män är deprimerade än dagen diagnostik kan uppvisa. Det verkar även som att genusnormer påverkar pojkar och mäns möjlighet att registrera och förmedla upplevelser av psykisk ohälsa. Att som man i dagens samhälle bli deprimerad verkar alltså inte vara en lätt uppgift att hantera.

De studier som undersökt män med depression har främst varit kvantitativa och fokuserat på generella symtombeskrivningar. De kvalitativa studier som genomförts har presenterat mer djupgående beskrivningar av individuella upplevelser, varav några redogjorts för ovan. Dessa studier är dock nästan uteslutande utländska och även relativt få till antalet. Det faktum att kvinnor historiskt sett har dominerat diagnosen har fått den naturliga konsekvensen att förhållandevis lite forskning genomförts för att undersöka mäns depressionsupplevelser. Andelen kvalitativa studier med fokus på män är få, varför forskare inom ämnet menar att det behövs fler kvalitativa studier utifrån ett psykologiskt perspektiv (se t. ex. Valkonen & Hänninen, 2012). Målet med sådana studier skulle därför vara att bredda förståelsen av hur depressionsupplevelser varierar mellan individer och grupper. Syftet med denna studie var därför att undersöka mäns upplevelser av depression, i relation till begreppet maskulinitet. Följande frågeställningar användes:

Hur beskriver och förstår män upplevelser av tidigare depression?

Hur har depressionen påverkat upplevelsen av självet?

Hur relateras depressionen till normer om maskulinitet?

Metod

Design

Utifrån frågeställningarnas karaktär gjordes bedömningen att en kvalitativ intervjustudie med tolkande fenomenologisk analys (IPA) skulle maximera möjligheten att få svar på dessa samt ge insamlade data störst rättvisa (Smith, Flowers & Larkin, 2008). Syftet med studien ansågs stämma väl överens med den dubbla hermeneutik som är central för IPA: forskaren försöker förstå hur informanten förstår sin upplevelse (Smith et al., 2008). Då IPA som metod även avser skapa förståelse för hur upplevelser får mening inom individers personliga, sociala och kulturella kontext (Smith et al., 2008) ansågs detta stämma väl överens med de genusteoretiska aspekter tidigare forskning menat vara betydelsefulla för förståelsen av mäns depressionsupplevelser.

Deltagare

Sju informanter rekryterades i syfte att skapa ett homogent urval och för att möjliggöra en djupgående och idiografisk analys. Idiografi avser här en forskningsansats som syftar till att redogöra för specifika personers specifika upplevelser (Smith et al., 2008). Utifrån detta formulerades inklusions- och exklusionskriterier för att skapa ett tillräckligt homogent urval:

informerarna måste vara biologiska män, vara 25-45 år och någon gång upplevt sig vara deprimerade men vid tillfället för intervjun betrakta sig som friska. Initialt rekryterades fem deltagare genom bekvämlighets- och snöbollsurval, med restriktionen att inte rekrytera informanter vars berättelse kunde tänkas påverkas negativt av för nära bekantskap med intervjuledaren. Ytterligare två deltagare rekryterades via annonsering i två Facebook-grupper med olika profiler: en feministisk och en för föräldrar. Medelåldern beräknades till 36,5 utifrån ett åldersspann mellan 27 till 45 år. Samtliga informanter arbetade eller studerade. Fem av sju informanter hade barn och sex av sju levde i någon form av parrelation. Längden på männens depressionsepisoder varierade, där den kortaste var ett år och den längsta från tidig barndom till 26 års ålder. Några av informanterna hade fått diagnosen depression. Formell diagnos var dock inte ett inklusionskriterium utifrån studiens syfte och frågeställningar. Fem av sju informanter rapporterade om en tillhörighet inom kristna gemenskaper och en informant var homosexuell.

Tillvägagångssätt

Efter att initial kontakt tagits via telefon, sms eller Facebook ville sju av de åtta män som anmält intresse delta. Dessa sju fick kort därefter ett följebrev via mail. Följebrevet informerade om praktiska aspekter av deltagandet så som tid och plats för intervju, men även om etiska aspekter så som 1) studiens syfte 2) deltagandets frivillighet och rätten att när som helst avbryta sin medverkan, 3) deltagarnas anonymitet samt 4) den känslomässiga påverkan intervjusituation eventuellt skulle kunna innebära. Intervjuerna varade i 59–105 minuter och genomfördes vid ett tillfälle per informant. Utgångspunkten för val av intervjuplats var att informanten skulle känna sig bekväm att genomföra intervjun på ett öppet sätt, varför detta diskuterades innan platsen för intervju bestämdes. Tre intervjuer genomfördes på Psykologiska Institutionen, två på informanternas arbetsplatser, en i intervjuarens hem, en i informantens hem samt en med hjälp av videosamtal via Skype. Sex av sju intervjuer spelades in på ljudfil och transkriberades ordagrant. Betoningar, användande av pauser och gester skrevs ut för att återge intervjusituationen så exakt som möjligt. En intervju spelades inte in på grund av tekniska fel och antecknades därför istället i efterhand, i samråd med informanten. Intervjuledaren gick då igenom fråga för fråga och antecknade de svar informanten gett. Informanten fick sedan läsa igenom texten, vilken godkändes efter några korrigeringar. Samtliga informanter fick slutligen ta del av det analyserade intervjumaterialet så som det sammanställts i studiens resultatform innan detta redovisats.

Intervju

Intervjuerna genomfördes med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide (se Bilaga 1). Intervjuguiden innehöll sju huvudfrågor med ett antal föreslagna följdfrågor under varje huvudfråga. Exempel på ämnen som berördes är tidiga symtom, upplevelsen av depression samt tillbakablickande reflektioner kring förloppet och dess konsekvenser (t. ex. *kan du berätta om när du först märkte att du inte mådde som du brukade; hur var dina och omgivningens reaktioner*). Syftet med frågorna var att försöka fånga och förstå de upplevelser och reflektioner informanten själv ville betona i kontexten för sin depressionsupplevelse. Utifrån teoretiska rekommendationer användes en passiv intervjustil med förhoppningen att detta skulle göra informanten aktiv och fri i sitt berättande (Willig, 2013).

Analys

Intervjuerna analyserades enligt en tolkande fenomenologisk analys (Smith et al., 2008). Den första delen av analysen var därför fenomenologisk till sin karaktär, vilket innebar förutsättningslös och utforskande läsning av materialet i syfte att försöka förstå fenomenet utifrån informanternas perspektiv. Analysens första del inleddes med att varje transkript lästes igenom och att initiala noteringar och koder gjordes. Denna procedur upprepades flera gånger innan analysen nådde nästa steg. Andra steget innebar ännu en noggrann läsning av transkripten, med ambitionen att undersöka huruvida intervjuspecifika teman kunde skapas utifrån koderna. Skapandet av teman ämnade fånga gemensamma, betydelsefulla och återkommande mönster i varje intervju. De intervjuspecifika teman som framkom strukturerades följaktligen i kronologisk ordning för att sedan relateras till varandra. Först här kopplades olika informanternas berättelser till varandra för att försöka finna gemensamma fenomen i de upplevelser informanterna beskrivit. Efter struktureringen av informanternas olika teman färdigställdes inleddes en ny sorts bearbetning av intervjumaterialet. Samtliga teman beskrevs och tolkades med hjälp av informanternas egna beskrivningar i form av citat. Under denna process ändrades temastrukturen något då skrivprocessen ständigt väckte nya tolkningar. Denna process avslutades då materialet på bästa sätt ansågs fånga informanternas upplevelser, med de likheter och skillnader detta innebar.

Etik och reflexivitet

Undertecknad är psykologstudent och har länge varit intresserad av genus och feminism. Det har under utbildningens gång allt mer blivit min uppfattning att inte bara kvinnor och icke-binära personer drabbas av genusnormers konsekvenser. Som redogjort för ovan verkar även män påverkas negativt, vilket gjort mig särskilt intresserad av att undersöka psykisk ohälsa inom en manligt kodad kontext. Då jag själv identifierar mig som kvinna saknar jag ett inifrån-perspektiv i hur det är att vara och bli bemött som man, vilket självklart påverkar mitt sätt att förstå och tolka intervjumaterialet. Det blir inom ramen för dessa utgångspunkter även viktigt att poängtera att den tolkning som gjorts ämnar vara den mest trovärdiga, inte den enda möjliga.

Förutom de etiska aspekter som nämnts ovan under rubriken 'tillvägagångssätt' bör även andra aspekter av ett etiskt förhållningssätt benämnas. Det etiska genomförandet inkluderar en medvetenhet om de tolkningar som gjorts och hur dessa kan påverka informanternas upplevelse av deltagandet. Det är även viktigt att ständigt reflektera kring i vilken grad de tolkningar som görs är empatiska och faktiskt speglar informantens upplevelse. För att undvika missförstånd har de tolkningar som gjorts utgått från de citat informanterna själva godkänt. Samtidigt är det viktigt att betona att författarens tolkningar alltid i någon mån kommer skilja sig från de reflektioner informanterna själva gjort.

Det faktum att studien använder extern teori som verktyg för diskussion kan göra att andra relevanta faktorer utelämnas. Då denna studie inte syftar till att vara komparativ eller allomfattande finns det inte heller, som ovan nämnt, några anspråk på att göra den enda möjliga tolkningen av intervjudata. Informanterna var även väl informerade om syftet med studien och förde själva diskussioner kring i vilken mån de upplevt att normer kring maskulinitet påverkat deras upplevelser

och historia. Denna studie syftar därför till att erbjuda ett förslag till forskningen gällande hur vi bättre kan förstå och arbeta med depression bland män. Den statistik och de forskningsfynd som redovisades i inledningen anses därför kunna motivera valet av en sådan genusinriktad teori. Vidare är studien explorativ snarare än hypotesprövande till sin karaktär, vilket innebär att teorin används som ett av flera möjliga verktyg i syfte att bättre förstå ett relativt oupptäckt område.

Resultat

Syftet med denna studie var att undersöka mäns upplevelser av depression i relation till begreppet maskulinitet. Nedan redovisas de tematiserade resultaten i tabellform, för att sedan presenteras med hjälp av en kronologisk struktur.

Tabell 1.1

Tema	Undertema
1. <i>"Jag har aldrig mått bra" – tiden före insjuknandet</i>	1.1 Känslig och utsatt 1.2 "Skärp dig!" 1.3 Att tvingas till insikt
2. <i>"Jag är en last för alla andra" – tiden som deprimerad</i>	2.1 Att falla och aldrig nå botten 2.2 Vad känner jag egentligen? 2.3 Jag är den enda som kan göra mig frisk
3. <i>"Jag har inget intresse av att låtsas längre" –tiden efteråt</i>	3.1 "Robin 2.0" 3.2 Det nya livet: frihet under ansvar

1. "Jag har aldrig mått bra" - tiden före insjuknandet

Samtliga informanter redogjorde för tydliga brytpunkter för insjuknandet, men valde också att använda ett historiskt perspektiv där ett gradvist insjuknande beskrevs. Olika faktorer i uppväxten reflekterades kring som orsaker insjuknandet. Alla informanter beskrev upplevelser av en tidig känslighet som inte fått komma till uttryck på konstruktiva sätt. Några beskrev tydliga rop på hjälp som avvisats (Peter, Anders, Robin), andra berättade att de inte förstått vad de känt och därmed inte kunnat förmedla det (Gustav, Markus) (alla namn är fingerade). Samtliga beskrev hur de på olika sätt lärt sig stänga inne sina känslor, något de fortsatte med så länge det var möjligt. Informanterna kom sedan på olika sätt till en plats i livet där de inte längre varken kunde eller ville dölja hur de mätte, vilket beskrevs som en brytpunkt för insikten om att något inte stod rätt till.

1.1 Känslig och utsatt. Flera informanter beskrev hur de tidigt upplevt känslor av utsatthet. Det kopplades då alltid till barndoms- eller ungdomstiden och beskrevs med ord som "udda" (Peter), "annorlunda" (Erik) och "ensam" (Anders). Vissa beskrev dessa upplevelser inom ramen för familjen, medan några betonade relationer med jämnåriga som betydelsefulla. Flera beskrev sig även som osäkra på sin tillhörighet och sitt värde.

"Mycket hade väl att göra med att jag kände... mig ganska... värdelös tror jag? Ehm... och... inte jämt kanske, men... ah, jag vet att jag kämpade med sådana känslor av att jag antagligen var oälskbar. Ehm... och att jag nog var väldigt konstig, att jag nog var

väldigt ful, och det var väldigt mycket... ah, fokus på att jag var ful inombords och ful utombords och att jag inte... passade in i några sammanhang, tror jag.” (Filip)

Upplevelsen av utanförskap framställdes i relation till en inneboende känslighet som flera menade funnits där länge: *”jag har aldrig mått bra”* (Peter). Några upplevde även att denna känslighet använts mot dem i syfte att sänka deras status (*hökskådning: Filip; hackordning: Anders*). Filip berättade att han under puberteten förstått att han inte *”stod så högt i rang”*, vilket han beskrev påverkade självbilden negativt. Flera informanter redogjorde för liknande upplevelser: några trodde att känsligheten orsakat utsattheten, medan andra beskrev det som att känsligheten var en konsekvens av deras utsatthet (Filip, Peter, Anders). Flera informanter beskrev även dessa fenomen som ömsesidigt genererande.

”Och sen var jag ganska tillbakadragen antar jag, jag blev väl mer och mer liksom, mobbad, och jag vet inte... jag var liksom aldrig någon sådär riktigt, bra på sport, jag var ganska smart... och jag vet inte, det gled väl liksom till att jag försökte vara sämre liksom, än jag var. För... jag vet inte, för att smälta in bättre kanske eller någonting. Jag har väl sakta tränat mig in i mansrollen, liksom...” (Anders)

Även de två informanter som inte gav uttryck för känslor av utanförskap innan insjuknandet beskrev en känslighet med start i barndomen (Robin, Markus). Robin beskrev hur han inte förstått sin känslighet och därmed inte kunnat uttrycka den: *”jag har brottats med saker utan att veta om det”*. Markus beskrev hur han varit väl medveten om sina känslor, men ändå lyckats dölja allt för sin omgivning: *”du bara visar det som är bra och så visar du inte det som inte är bra, väldigt enkelt”*. Gemensamt för Robin och Markus verkade alltså vara upplevelsen av en attraktiv social ställning och ett utåt sett bra liv, samtidigt som de inombords mätte dåligt – utan sin egen och/eller omgivningens vetskap. Oavsett känslor av utanförskap eller ej, beskrev samtliga informanter en genomgående konfliktfylldhet. Att vara känslig verkade nämligen kräva ständiga avvägningar mellan egna och andras förväntningar: att antingen vara sig själv eller att tillhöra.

1.2 ”Skärp dig!” Alla informanter beskrev hur de tidigt under barndomen på olika sätt uppfattat det icke-önskvärda i att visa sig sårbar och uttrycka behov kring detta. Några redogjorde för konkreta erfarenheter: föräldrar som avvisade en önskan om tröst (*’Skärp dig!’*: Peter), jämnåriga som retades när sårbarhet uttrycktes (Anders) och familjemedlemmar som förstärkte slutenhet framför öppenhet (Robin). Andra beskrev en mer abstrakt uppfattning att de nog borde dölja sina negativa känslor (Gustav, Markus, Erik). Anders reflekterade kring i vilken grad hans slutenhet kunde bero på omgivningens bristfälliga bemötande: *”Jag tror att det är jävligt svårt... /.../... att ens kompisar säger rätt sak [när män söker tröst bland män], det tror jag inte händer”*. Flera informanter förde liknande resonemang och beskrev hur de gradvis blev allt mer känslomässigt slutna (Robin, Erik, Gustav). Begrepp som att ha en mask, att skådespela, att bli en clown, att hålla skenet uppe och *”fake it until you make it”* användes. De flesta beskrev även att de fortsatt känna starka och negativa känslor, men oftast lyckats dölja det.

”Jag trycker undan, jag flyr, jag gör allt för att hålla det [ångesten] i schack. Och periodvis har jag ju lyckats att hålla det så pass långt bort från mig att jag inte har behövt facea det, men så fort det har kommit nära så har jag ju blivit livrädd, ehm... och, ah... och flytt, och jag har ljugit för mig själv och ljugit för andra. Försökt lura både mig och hela världen att det inte existerar, liksom.” (Peter)

Flera informanter berättade hur de sedan gått från att initialt försöka dölja sina känslor till att successivt känna mindre och mindre, till slut ingenting: *"över en natt så bara tärpte jag igen alla mina känslor"* (Robin). Erik beskrev på liknande sätt sin upplevelse av att ha varit mobbad: som något väldigt jobbigt till en början, men som han gradvis avskärmade sig från: *"...det intressanta är att när jag tänker på det [mobbingen] nu, så har jag liksom inga känslor kring det överhuvudtaget."*

Samtliga informanter beskrev sedan hur de med tiden började ifrågasätta sin slutenhet och sina strategier. Flera informanter beskrev ett förstärkande av de strategier de själva identifierade som ohållbara (Gustav, Peter, Markus). Några förklarade detta utifrån ett sista hopp, andra utifrån upplevelsen av att bara ha ett möjligt alternativ. Gustav berättade till exempel hur han under denna period återkommande tänkte: *"det här går inte"* följt av: *"det måste gå"*. Andra gav mer konkreta exempel: Peter beskrev sitt arbete som den enda tillvaro där han inte fick panikångest, varpå han arbetade ännu mer. Markus berättade att hans försök till undvikande av känslor allt mer misslyckades, varför han började använda sig av pornografi i syfte att distrahera sig och må bättre. Robin beskrev hur han länge plågades av stark huvudvärk, men ändå periodvis arbetat än mer. Samtliga nådde till slut en brytpunkt där de inte längre kunde dölja vad de innerst inne kände. Det som tidigare gett önskvärda effekter framstod allt mer som kontraproduktiv i takt med att hälsan försämrades allt mer.

1.3 Att tvingas till insikt. Samtliga informanter beskrev hur de, efter olika försök att hantera sina problem, insåg att de nu skulle tvingas möta sig själva: *"Nu är det allvar. Nu är det på riktigt. Nu kan jag inte 'laja' längre. Nu måste jag facea mig själv, liksom. Allt. Rubbet. Det finns ingenting som jag kan blunda för"* (Peter). Informanterna berättade om sina olika vägar till denna insikt. Filip beskrev en inre förvissning om att något inte var som det skulle: *"det är något som är sönder i mig, som inte ska vara det"*. Anders berättade om en konkret situation där han drog sig undan på sin arbetsplats för att gråta: *"det kändes som att det började närma sig gränsen för hur dåligt livet kunde få va"*. Gustav och Erik beskrev långvariga sömnstörningar, minskad aptit och kraftiga skakningar. Även Robin fick somatiska symtom i form av återkommande feber och migrän, varför han till slut åkte hem till sina föräldrar: *"...och då bröt ju allt ihop. Då satt jag ju bara... jag satt i en stol i typ en vecka och bara glodde in i en vägg, och allt var bara mörkt liksom."* Robin beskrev samtidigt hur han i efterhand förstätt dessa symtom som en konsekvens av att under lång tid ha ignorerat sin psykiska ohälsa. Markus och Peter beskrev något annorlunda processer där de trots manifesta symtom så som överdriven ilska, panikångest och självdestruktivt beteende i efterhand kunde se att de inte förstätt symtomens innebörd och styrka. I deras fall var det istället omgivningen som till slut satte stopp.

"Jag tror utåt sett, att folk skulle säga att jag mådde bättre, förstår du hur jag menar? /.../ Min pappa kom och pratade med mig och sa 'Markus, jag ser att du mår dåligt. Du måste göra någonting.' /.../ Man måste ju skydda sig på något sätt, och då måste man stänga av sina känslor, och man måste liksom bli lite hårdare." (Markus)

Samtliga informanter redogjorde på olika sätt för resonemang om att det bara var en tidsfråga innan de på riktigt skulle behöva möta sin ohälsa. Samtidigt beskrevs yttre omständigheter som bidragande till att brytpunkten kom just där och då.

"Jag skulle nog säga att det [relationsuppbrottet] var nog kanske droppen nånstans som verkligen gjorde att jag sjönk lågt... alltså jag var redan låg, innan. Men där rycktes liksom hela livet under fötterna, och det var ju, det var först då som jag började tänka

att, nä men det finns ingen vits med livet överhuvudtaget. Jag visste inte vad jag skulle göra av mig själv, jag fick ju ångest av tanken att jag skulle leva en dag till.” (Erik)

Flera informanter beskrev insjuknandet som chockartat och dramatiskt: *”men en dag så tog det bara stopp, så bara: PANG!”* (Peter). Detta kopplades till de långvariga försöken att hålla sitt mående under kontroll: när det inte längre gick, släppte allt. På liknande sätt beskrev flera informanter hur insjuknandets starka brytpunkt kändes som ’slutet’: *”det här är kanske sista chansen. Sen kan jag lika gärna skjuta mig”* (Peter). De flesta informanter beskrev följaktligen att omgivningen vid det här laget inte visste något, men att deras ohälsa nu ofrånkomligen skulle bli tydlig för alla (Robin, Filip, Markus, Gustav).

Trots att informanterna beskrev hur ohälsan haft en lång historia i deras liv var det alltså först vid tillfället för insjuknandet som tanken på depression på allvar drabbade dem. Samtidigt beskrev de flesta hur de relativt kort därefter kunnat se en lång historia av förklaringar till det som skett. Robin var en av de informanter som resonerade kring betydelsefulla faktorer för sjukdomsförloppet: *”Tjejer är mer verbala med andra och släpper in andra i ens tankegångar, och att någon annan då kan säga att men det där är helt snett, du mår inte bra, du borde söka hjälp”*.

Det första temat beskrev komplexiteten i upplevelsen av informanternas väg till depressionen: en process de själva verkade förstå som något som spände över lång tid. Processen från öppenhet till slutenhet är något alla informanter på olika sätt gav uttryck för. Detta verkade delvis ha skett i form av att de tidigt uppfattat omvärldens förväntningar på hur de borde vara och känna. Detta kan tänkas ha haft både för- och nackdelar: det kan vara mycket värt att vara som omvärlden förväntar sig, särskilt om man tidigare känt sig annorlunda. Att inte visa sig känslig verkade nämligen ha inneburit en starkare känsla av tillhörighet och status. Trots anpassningar försvann dock inte informanternas upplevelser av känslighet, inte heller verkade de lyckas hantera den. De avvisanden informanterna möttes av verkade istället införlivas och bristen på konstruktiva verktyg tog gradvis ut sin rätt. Samma pojkar som initialt bejakat sina känslor och bett om hjälp utvecklades till vuxna män som inombords uppmanade sig själva att sluta känna efter. Omgivningens bemötande beskrevs därmed som direkt orsakande specifika konsekvenser så som oförståelse, ensamhet och bristfälligt hjälpsökande.

2. ”Jag är en last för alla andra” - tiden som deprimerad

Nästan alla informanter beskrev hur insjuknandet bidrog till ett långt mer intensivt känsloliv än de tidigare upplevt. Flera beskrev även insjuknandet som präglad av ett kritiskt granskande av dem själva och de strategier de tidigare använt sig av. Många beskrev dock att de under denna fas även lärde känna sig själva och sina känslor bättre. Flera berättade även att de ofrånkomligen stod inför en ny uppgift – att mera öppet behöva visa sina känslor för omgivningen. De flesta beskrev en motstridighet inför sin ökade medvetenhet och om insikten av ett behov av hjälp.

2.1 Att falla och aldrig nå botten. De flesta informanter använde metaforer för att beskriva den period då depressionen först blev uppenbar för dem. Formuleringar som att vara som *”en båt som driver bort från hamn”* (Markus), att ha *”lagt alla ägg i en skål”* [som inte visade sig hjälpsam] (Erik) och att *”motgångar under denna tid är som droppar som hela tiden får bägaren att rinna över”* (Gustav) är några av flera exempel. Metaforer användes även för att beskriva vad som skulle kunna ses som känslor av hopplöshet.

”Det var ju ett bottenlöst mörker, alltså det... /.../ känslan av att du faller, och du når aldrig botten. Varje dag. Du kämpar och kämpar och kämpar och du får medicinering, du börjar i terapi, eh... du börjar ta ansvar och ändå så känns det som att du bara faller, faller, faller, faller. Och så höll det på. Alltså, utan uppehåll.”
(Peter)

Även Robin beskrev tydliga känslor av hopplöshet och förklarade samtidigt att han kort efter sitt insjuknande etiketterat sitt tillstånd som kroniskt - något han i efterhand insett att han inte haft några belägg för, men som han ändå var övertygad om där och då.

”De mörkaste tankarna var väl liksom, jag kommer aldrig komma ur det här. Det här kommer va mitt liv från nu. /.../ Så jag tänkte bara såhär att jag är en last för alla andra, eh... jag är... ah men det är bara, mörkt, liksom. Så... ah men, jag får förhålla mig till det här nu, jag kommer aldrig bli frisk.” (Robin)

Flera informanter beskrev även hur de under denna period haft tankar och planer på självmord (Peter, Gustav, Anders, Erik). Ett par informanter förklarade det faktum att de inte begick självmord utifrån sitt bristande mod (Peter, Anders). Samma informanter berättade även om självskade- och riskbeteenden så som långvarig ”matvägran”, att medvetet ta risker i trafiken och återkommande fel- och övermedicinering. Beteenden som dessa förstod informanterna antingen som känsloreglerande (Erik, Peter) eller som impulsiva försök att manifesteras sin egen värdelöshet (Anders, Gustav).

Nästan alla beskrev denna period som präglad av en känslomässig ensamhet. Några sjukskrev sig från sitt arbete, medan andra utåt sett upprätthöll samma liv som innan. Erik och Filip var de enda informanter som sökte stöd hos sin omgivning, och då endast hos vänner som de uppfattade också mådde väldigt dåligt. Resterande informanter beskrev hur denna period tvingat dem att ta ställning till hur de skulle hantera sin ohälsa i relation till omgivningen. Att dölja sin nedstämdhet var numera en omöjlig uppgift.

2.2 Vad känner jag egentligen? Samtliga informanter beskrev ett intensifierat känsloliv, om än utifrån olika synvinklar. Peter beskrev hur den första tiden som deprimerad var ”*piss och blå*”, även om han också förmedlade vad som skulle kunna ses som vissa fördelar:

”... det kom ju upp jättemycket. Både, eller jättemycket ilska, jättemycket sorg, jättemycket smärta, jättemycket ångest... jättemycket rädsla. /.../ Så att det var ju en mix av allting. Det känns som att jag var allt annat utom glad, liksom... /.../ Och där någonstans så... så finns det ju någon slags, ett barngråt som kommer fram, liksom, alltså. Det bara väller fram, bara 'bom!'. Fördämningar som har byggts upp med åren, ehm... ah. Och att jag får börja erkänna saker för mig själv.” (Peter)

Flera informanter beskrev det intensiva känslolivet som framför allt svårt, om än till viss del positivt. Efter att chocken kring insjuknandet lagt sig beskrevs denna fas som nästintill befriande: *”efter att ha ignorerat hur jag mådde så himla länge så var det nästan typ som att jag ville vältra mig i det. /.../ Det var oerhört skönt att få leva ut... den delen av mig ett tag”* (Filip). Många betonade hur detta möjliggjorde ett fokusskifte från att låtsas vara glad, till att istället ägna sig åt att blicka inåt och utforska vilka känslor som fanns där. Flera informanter framställde denna introspektion som bidragande till en ökad förmåga till självvrannsakan och utvärdering. Gustav och Filip berättade till exempel om ett ifrågasättande av tidigare ansvarskänslor, Markus beskrev en kritisk granskning av viljan att visa sig stark inför andra och Robin berättade att han gått från att se

sig själv som extrovert till introvert (och menade att han tidigare snarare drivits av krav än lust). Flera informanter berättade även att de under denna period lärt sig gråta, vilket upplevts befriande (Peter, Gustav, Robin).

Grad av öppenhet kring känslor var ett återkommande ämne. Många berättade att de insett att de ofrånkomligen skulle behöva visa andra hur de mådde. Denna period beskrevs som *"en träningsfas i att visa känslor"* (Robin), vilket flera informanter gärna ville lära sig (Gustav, Robin, Peter, Markus). En ambivalens framställdes - trots att de flesta berättat om depressionen för sina närstående, försökte de ändå hålla skenet uppe när de sågs: *"... det har jag märkt, att jag sitter inne på någon slags på-och-av-knapp... att är jag liksom... när jag är bland vänner så kan jag ändå inte slappna av, men när jag kommer hem så får jag betala priset"* (Robin). För de informanter som inte ville berätta om sina känslor karaktäriserades denna period snarare av ett avståndstagande från vänner som mådde bra, följt av en starkare allians med vänner som mådde dåligt: *"...de [vännerna som mådde dåligt] blev liksom mina allianser, på något sätt. Eh... där kunde vi gotta oss i vår misär..."* (Erik). Ytterligare några informanter beskrev hur de, trots viljan att berätta, inte förmådde. Ett sådant förhållningssätt motiverades bland annat med ansvarskänslor för omgivningen, och vikten av att vara stark för andra (Markus, Gustav). Ytterligare en informant beskrev att han sett det som sitt ansvar att låtsas må bra då han själv upplevt sig vara beroende av en positiv stämning: *"annars kommer demonerna"* (Anders).

2.3 Jag är den enda som kan göra mig frisk. Utöver den nya öppenheten gentemot närstående ansåg sig de flesta informanter sig även vara i behov av mer strukturerat stöd. Huruvida detta stöd skulle komma från närstående eller professionella rådde det dock delade meningar om. Erik och Filip var de enda informanter som sökte stöd inom sitt sociala nätverk. Filip resonerade kring sin möjlighet och förmåga att söka hjälp utifrån vad han upplevde som rådande normer avseende sin sexuella läggning.

Filip: *"Det ligger väl mycket i den traditionellt manliga rollen att man inte ska prata om hur man mår, ehm... nu kände väl jag att jag var lite, som homosexuell, att man går utanför det på något sätt... /.../ män har det väldigt gott generellt sett, men det är ändå liksom som att mäns känslor blir första offret liksom, för patriarkatet... jag tänker min bror har också gått igenom en depression, /...// Men han fick aldrig någon diagnos, han har aldrig gått i terapi, ehm... utan han hittade väl andra sätt, helt enkelt. Att gå igenom det... han levde liksom mer ett heteromanligt liv där det liksom, det fanns nog inte på kartan."*

Intervjuledare: *"skulle man kunna säga att det varit en tillgång för dig att ha varit homosexuell i det sammanhanget?"*

Filip: *"ja, jo men det tycker jag nog ändå på något sätt. Ändå, jag hade mer tjejkompisar som ändå var lättare att prata med. Ehm.. man bröt ändå någon form av norm redan, att säga att jag mådde dåligt var som sagt, det var lättare liksom även om det mottogs på ett annat sätt."*

Resterande informanter beskrev generellt behovet av stöd som något de inte ville ge uttryck för i sina privata relationer och framställde professionell hjälp som ett bättre alternativ. Robin betonade det positiva med en samtalskontakt som inte kände till varken honom eller hans bakgrund. Gustav beskrev det som enklare att öppna sig i en professionell relation där han inte upplevde förväntningar på ömsesidighet. Flera informanter genomgick därför samtalsterapi, vilket generellt beskrevs i positiva ordalag. Några uttryckte att självkännedom ökat (Filip, Robin, Markus) och att terapi varit en möjlighet till träning i att sluta fly (Peter). Även mer specifika (*"verktyg och tankeknep"*: Filip) och generella (*"det bara blev lättare i hjärtat liksom"*: Markus) effekter nämndes.

Erik och Anders sökte aldrig professionell hjälp. Erik sökte istället stöd i omgivningen och Anders använde sig enbart av självhjälpplitteratur för att må bättre, vilket han upplevde fungerade: *”det krävs ju lite jobb, kanske, att tukta en ouppfostrad liksom, eh... hjärna. eh... men jag blev ju bättre på det.”* Även om Anders var den enda informant som använde ordet ”jobb” för att beskriva sitt tillfrisknande, uttryckte flera informanter vad som skulle kunna förstås som liknande tankegångar gällande det egna ansvaret. Erik berättade till exempel att det var först när han insåg att han själv hade kontrollen (*”du måste vara kung över din inre värld”*) som han började må bra på riktigt. På liknande sätt beskrev Peter sin egen ärlighet och motivation som en av de avgörande faktorerna för sitt tillfrisknande. Robin sa på liknande sätt att han länge såg sig själv som den enda orsaken till sitt eget insjuknande, och därmed även den enda som kunde göra sig själv frisk.

Detta tema berörde de reaktioner och konsekvenser som informanterna härledde till att inte längre kunna kontrollera eller distansera sig från sina smärtsamma känslor. Användandet av metaforer kan ses som ett sätt för informanterna att särskilt betona den känslomässiga intensitet som präglade denna fas. Intensiteten förmedlades som ofrånkomlig och verkade därmed bidra till att informanterna mer eller mindre tvingades ta ställning till i vilken mån de skulle vara transparenta inför sin omgivning. Samtidigt som en önskan om större öppenhet uttrycktes beskrev många en svårighet att fullt ut omsätta denna önskan i praktiken. De upplevelser av ensamhet som de flesta gav uttryck för verkade därför spegla tankar om att själv behöva hantera sina känslor. Det faktum att de flesta föredrog att söka professionell hjälp kan tänkas ha inneburit fördelar, även om det också kan spegla en oförmåga att uttrycka behov i relation till betydelsefulla andra. Många beskrev även hur de på olika sätt under denna fas påbörjade arbetet att komma ut ur depressionen, där det egna ansvaret framställdes som betydelsefullt.

3. ”Jag har inget intresse av att låtsas längre” - tillfrisknandet och tiden efteråt

Faktorer som upplevts hjälpsamma för tillfrisknandet beskrevs, där utrymme för reflektion och vila ansågs centralt. Konsekvenser av insjuknandet diskuterades, med fokus på för- och nackdelar kring att ha varit deprimerad. Många beskrev en ökad tillgång till och acceptans av sin känslighet, vilket framställdes som positivt. Samtidigt gav flera informanter uttryck för att känsligheten också kunde vara prestationssänkande. Samtliga reflekterade kring omgivningens betydelse i relation till vad de själva kunnat kontrollera och inte. Informanterna diskuterade även hur historien format dem och deras tankar om sig själva och sin framtid.

3.1 Depressionen: ett nödvändigt ont. Flera informanter betonade utrymme för reflektion och vila som avgörande för att bli, och fortsätta vara, frisk (Robin, Gustav, Peter, Filip). Samtliga informanter beskrev även ökad självkänedom som en naturlig konsekvens och en förutsättning för att fortsätta må bra. Detta kopplades till en nyvunnen förmåga att tolka och förmedla känslor, vilket flera beskrev ökade möjligheten att påverka sin tillvaro och omgivning. En sådan självkänedom beskrevs därför även generera sundare livsförhållanden, vilket ledde till en positiv spiral.

Trots depressionens uppenbara nackdelar (*”många förlorade år”*: Filip) berättade alla informanter även om fördelar. Några beskrev depressionen som ett nödvändigt ont som hade behövt inträffa förr eller senare (Robin, Erik, Markus). Ytterligare några beskrev insjuknandet som den enda vägen för dem att till slut tvingas möta sig själva (*”jag är inte säker på att jag hade tagit tag i det annars”*: Peter) och sa att de inte ville tänka på hur det annars skulle gått (*”jag hade varit ett livsfarligt monster”*: Peter; *”hoppas att jag aldrig hade haft barn”*: Markus).

Ytterligare fördelar beskrevs: ökad acceptans av den egna identiteten (*"jag har inget intresse av att låsas längre"*: Peter), bättre förmåga att känna och sätta gränser (Gustav) och en mer tillåtande attityd gentemot känslor och egenskaper som tidigare tryckts undan (Robin). Många berättade även om starkt empati och en ökad förmåga att relatera till, och nätverka med, andra (Markus, Filip, Anders). Några tänkte sig även att erfarenheten gett dem verktyg att i framtiden klara motgångar bättre (Robin, Erik, Peter). Flera informanter beskrev denna process som särskilt berikande och som något de kunde använda sig av i både privat- och yrkesliv.

"Alla verktyg... /.../ Alla personlighetsdrag från mig själv, det som, det är som någon slags Robin 2.0 som håller på att skalas ut av sjukdomen, liksom. /.../ det är fantastiskt. Det har krävt så extremt mycket av en och det är liksom, ständigt över en... och, jag tror att när man går igenom någonting jobbigt så formar det en, positivt eller negativt, beroende på vad man väljer att göra med det." (Robin)

Flera informanter, inklusive Robin, beskrev dock även att depressionen skapat en ökad medvetenhet om egna behov av återhämtning och reflektion. Några benämnde detta som prestationssänkande på ett sätt, men resursberikande på ett annat (Gustav, Robin, Anders). Gustav beskrev sin situation före och efter depressionen med hjälp av en metafor: *"Istället för ett smalt och högt glas är jag mer som ett lågt och brett glas. Jag kan inte leverera jättemycket på kort tid, men jag har mer resurser under längre tid"*.

3.2 Det nya livet: frihet under ansvar. De nyvunna resurser som beskrevs i föregående undertema kopplades till synen på sig själv och sin framtid. Trots att många beskrev vad som skulle kunna förstås som ökade känslor av frihet: *"jag kom ut ur hörnet (Markus)"; jag har inget intresse av att låsas längre"* (Peter), var det aldrig utan en känsla av ansvar den egna hälsan. Robin var en av de informanter som tydligast redogjorde för sin nyvunna känslighet och det ansvar han kände för att fortsätta må bra. Han beskrev en upplevelse av att ibland ha en yta stor som en halv fotbollsplan att röra sig på, ibland bara en smal lina: *"så fort man tappar fokus ramlar man ner"*. Även Anders berättade om liknande ansvarskänslor. Han beskrev sig som beroende av en positiv stämning runt omkring för att fortsatt kunna må bra, något han själv tog mycket ansvar för.

"Det är väl då jag liksom, är rädd. När jag känner att nu börjar det bli jobbigt på riktigt, liksom. /.../ Än så länge har jag inte, inte liksom, trillat dit. Eh... men jag kan ju, jag tycker det är... jag har stor respekt för mina dåliga sidor. Och jag kan liksom inte, jag vill inte leka med dom... eh... den risken vill jag inte ta, liksom. Att prata liksom på ytan går ju bra, men om det verkligen liksom är jobbigt och... jag vet inte. Jag vet inte om jag behöver vara rädd, men jag... vill ogärna chansa. Ehm... då kanske det är bättre att dra två långfingrar i vädret och inte lyssna. Ladda upp för att kunna hantera omgivningen." (Anders)

Ytterligare en informant beskrev hur han skulle uppleva det *"som ett nederlag"* att bli deprimerad igen (Filip). Han fortsatte dock med att säga att *"man ska bara veta vad gudarna kan kasta på en"*. Samtliga informanter förde på olika sätt liknande resonemang där de relaterade det egna ansvaret till livets okontrollerbarhet.

"Det är ju klart att yttre... det finns ju en yttre åverkan som gör att man kan må sämre liksom, det är ju inte att, ingen människa är ju hundra procent stålmannen och kan klara vad som helst. Men i det stora hela så tror jag att man... hade folk haft, förstått att de

kunde kontrollera sin, så att säga, inre värld, så tror jag att vi hade haft... en 99-procentig sänkning av sjukskrivningen i Sverige.” (Erik)

I detta tema framställdes depressionen som ett nödvändigt ont, något som skulle inträffa för eller senare. Trots ett starkt lidande verkade depressionen också ha lett till positiva effekter: att äntligen kunna acceptera och lyssna på sig själv. De fördelar som beskrevs handlade mycket om just detta – att kunna använda sin känslighet till något gott för så väl sig själv som för andra. Accepterandet av den egna känsligheten verkade rent av leda till att den slutligen sågs som en del i skapandet av ett bättre liv.

Trots att alla informanter beskrev sig själva som friska vid tillfället för intervjun, verkade ingen av dem betrakta depressionen som ett helt och hållet avslutat kapitel. Flera informanter beskrev känslor av att de ständigt måste använda aktiva strategier för att fortsätta vara friska. Det verkade därför som att många upplevde att den ökade känsligheten också i någon mån innebar ett stort ansvar. När de väl blivit uppmärksam på sin egen känslighet var det svårt att blunda, även om det ibland kanske vore enklare för stunden.

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka mäns upplevelser av depression i relation till begreppet maskulinitet. Depressionen förmedlades i en historisk kontext genom att informanterna beskrev en känslighet de tidigare försökt förneka. När depressionen slutligen bröt ut beskrevs den därför som ofrånkomlig och intensiv. Samtliga upplevde att depressionen möjliggjorde en känslomässig omorientering, vilket också framställdes som resursberikande. En upplevelse av att till slut acceptera och lära känna sig själv förmedlades. Informanterna gjorde vissa kopplingar mellan sin egen historia och mer generella normer om maskulinitet. Framför allt handlade dessa om bristande kommunikation män emellan och om att förväntas klara sig själv. Studiens frågeställningar anses därför blivit besvarade, så när som på den tredje och sista frågan rörande maskulinitet där mer utförliga svar varit önskvärda. Nedan följer en diskussion kring erhållna och uteblivna resultat, samt hur dessa kan tolkas i relation till en teoretisk kontext. Även studiens generaliserbarhet, begränsningar och implikationer diskuteras.

Tystnadskultur

Den emotionella tystnadskultur informanterna återkommande gav uttryck för beskrevs som tätt sammankopplad med upplevelsen av depression. Flera informanter upplevde under många år ett stort lidande utan möjligheten att förstå, beskriva eller förmedla det. Detta verkar ha skett utifrån en önskan om gruppstillhörighet där tystnaden varit en stark norm. Det inre framställdes följaktligen som obegripligt och bortkopplat, och det yttre blev istället arenan där livet fick utspela sig. Addis & Mahalik (2003) har i en tidigare studie på liknande sätt visat att män tenderar att dölja depressionsrelaterade symtom utifrån tidiga erfarenheter av avvisanden och förlöjliganden. Detta menade Addis & Mahalik (2003) leder till ett förvärrat sjukdomsförlopp och en nedåtgående spiral då männen slöt sig än mer och därmed inte lyckades få hjälp. Detta kan länkas till berättelserna från denna studies informanter. Samtliga beskrev i efterhand ett gradvist och ensamt insjuknande, med en allvarligare brytpunkt som följd.

Det sätt på vilket flera informanter beskrev att de genom livet gjort avkall på sina känslor och behov utifrån en önskan om att bli accepterade och godkända kan i flera avseenden relateras till andra teoretiska beskrivningar. Som redogjort för i inledningen påverkas individers förmåga till affektreglering av i vilken grad denna förmåga lärs in via omgivningen (se t. ex. Kåver, 2016; Broberg et al., 2015; Rydén & Wallroth, 2008). Förmågan att förstå och reglera affekt påverkas därför av omgivningens bemötande (Feldman Barrett, 2018; Kåver, 2016; Broberg et al., 2015; Rydén & Wallroth, 2008). Förståelsen för en individs psykiska ohälsa bör följaktligen delvis skapas utifrån i vilken grad omgivningen uppmuntrat till och modellerat beteenden så som validering, verbalisering och psykologisk flexibilitet (Kåver, 2016; Broberg et al., 2015; Rydén & Wallroth, 2008). Bristande inläring avseende sådana beteenden anses leda till otillräcklig förståelse av det egna känslolivet, vilket även kan påverka individens känsla av själv negativt (Broberg et al., 2015; Rydén & Wallroth, 2008). Vid återkommande förminskningar eller förvrängningar av en individs personliga reaktioner kan denne i längden tänkas få en uppfattning av att det är något grundläggande fel på honom och hans reaktioner (Rydén & Wallroth, 2008). Flera informanter uttryckte på liknande sätt känslor av att de inte hörde hemma, att deras reaktioner inte var legitima, och att deras känslor behövde döljas. I samband med den tystnadskultur som beskrevs verkade obehagskänslorna successivt förstärkas och upplevas allt mer obehagliga, varför de undveks.

Vid betraktandet av de diagnoskriterier som används för depression (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) verkar det som att samtliga informanter mötte kriterierna för klinisk depression långt innan de själva ansåg sig vara deprimerade. Sömnstörningar, minskad aptit, självmordstankar, irritabilitet och nedstämdhet är några av de symtom som framkommer i informanternas berättelser. Den enda skillnad som egentligen tycks ha skett när informanterna ansåg sig insjukna ”på riktigt” var en lägre funktionsnivå (majoriteten av informanterna sjukskrev sig vid denna tidpunkt). Det faktum att endast några av informanterna rapporterade om s.k. externaliserade symtom gör att denna studie till viss del skiljer sig från det Addis (2008) funnit i sin studie om mäns depressionsuttryck. För denna studies informanter verkade det snarare vara ett effektivt undanhållande av depressionssymtom som gjort att depressionen inte upptäcktes tidigare.

”Men en dag så tog det bara stopp, så bara... PANG!”

Insjuknandets intensiva och dramatiska karaktär kan tyckas motsäga den långvariga känslighet som diskuterats ovan. Denna motsägelsefullhet skulle dock även kunna tolkas utifrån vad tidigare studier belyst. Krumm et al. (2017) fann i sin studie att män tenderar att använda sig av medicinska diskurser för att förstå och förmedla psykisk ohälsa, och att somatiska symtom generellt upplevs ha högre status än psykiska. Detta liknar på flera sätt det denna studies informanter gett uttryck för och skulle i så fall kunna innebära att denna studies resultat inte är motsägelsefulla, utan snarare kompletterande. Kanske såg informanterna sin ohälsa som valid först när den blev tillräckligt stark, eller när den tog sig somatiska uttryck genom till exempel migrän, panikångest och skakningar. Flera informanter beskrev själva hur de tog sitt lidande på allvar först när allvarligare symtom eller konsekvenser började visa sig. På så vis kan de långvariga symtomen i efterhand förstås som föregående insjuknandets mer plötsliga och intensiva karaktär. När de strategier som tidigare används i syfte att kontrollera negativa känslor slutligen övergavs verkade deltagarna direkt översköljas av starka känslor. Informanternas egna beskrivningar av insjuknandet

som smärtsamt men också frigörande kan i så fall kanske förstås ur samma perspektiv: att efter många år äntligen ha giltiga skäl att visa vem sig själv och sina känslor.

Egen härd är guld värd

Den sociala isolering informanterna gav uttryck för verkar till viss del skilja sig från den som generellt föreligger vid depression (Barlow, 2014; Rhodes & Smith, 2010). Informanterna tenderade att förklara sin isolering utifrån en ovilja att visa sig sårbar för andra och en vilja att vara stark för sin omgivning. Det var alltså inte främst ett omvärderande av sociala relationer utan verkade snarare handla om att inte helt kunna visa sig svag inför betydelsefulla andra. Detta kan relateras till den konfliktfylldhet flera informanter återkommande beskrev där erkännandet av negativa känslor kan ha lett till en annan form av ensamhet än den informanterna tidigare upplevt. Nu kunde informanterna i större utsträckning vara sig själva, men de verkade också till stor del vilja klara sig själva.

Emslie et al. (2006) fann i sin studie om män och hjälpsökande att informanterna tenderade att använda aktiva snarare än passiva ord då de beskrev sitt hjälpsökande (t. ex. att 'ta' istället för att 'få' hjälp). Emslie et al. (2006) argumenterade för att detta kan spegla ett behov av att se sig själv som agent i ett sammanhang som annars kan väcka starka känslor av passivitet och beroende. Liknande tolkningar kan göras i denna studie där aktiva ord, eget ansvar och en förmåga till kontroll betonades inom kontexten för hjälpsökandet och tillfrisknandet. Den tillbakadraget informanterna beskrev kan ur detta perspektiv även ses som en ovilja att visa sig svag för andra, vilket i så fall även kan tänkas ge ökad känsla av styrka och kompetens. Här verkade det professionella hjälpsökandet även vara en del i den process informanterna själva ansåg sig ansvariga för att genomföra, nästan likt en utmaning några ville ta sig an. Det faktum att en professionell relation föredrogs kan även tänkas bero på att det inte påverkar informanternas rolltillhörighet på ett privat plan, vilket annars beskrevs som konfliktfyllt.

Feminisering eller heroisering?

Valkonen & Hänninen (2012) beskrev i sin studie om deprimerade män hur männens depressionsinsjuknande i vissa fall resulterade i en efterföljande period av självrannsakan och omvärdering. Sådana processer kunde leda till nya förhållningssätt gentemot identiteten och dess ideal. Några av männen införlivade depressionen som något maskulint (Valkonen & Hänninen, 2012). Dessa verkade uppleva en ökad grad av känslighet som möjlig att inkludera i sin nya (och bredare) mansroll, medan andra snarare beskrev depressionen likt en raffineringssprocess som gjort dem mer heroiska och starka (Valkonen & Hänninen, 2012). Liknande typer av resonemang fördes av informanterna i denna studie. Informanterna beskrev depressionen och den utökade känsligheten som resursberikande, stärkande och uppgraderande. Känslighetens nytta betonades, även om den också accepterades som prestationssänkande. Trots att många informanter upplevde sig oförmögna att ha samma livstempo som innan, betonade de flesta vilka nya förmågor depressionen resulterat i. Trots att dessa förmågor eller resurser kan kodas som feminina (t. ex. att bli bättre på relationer och känslor) verkade samtliga informanter villiga att införliva dessa i sin något förändrade självbild. Denna omorientering kan relateras till det förhandlingsprocess som beskrivits av Connell (2008). Den process informanterna genomgående beskrev verkade nämligen

beröra just detta: ett ständigt förhandlande av vilka (män) de tilläts vara. Detta kan också ses genom den konfliktylldhet utifrån vilken informanterna förmedlade sin historia: längtan efter gemenskap och känslan av ensamhet, behovet av att förneka och förmågan till slutlig acceptans. Under de perioder där männens sätt att vara inte accepterades av dem själva eller omgivningen verkade därför endast två tillgängliga alternativ finnas: att antingen dra sig undan eller att ändra sitt sätt att vara. Detta mönster verkar finnas med genom hela historien: först *upplevde* informanterna sig ensamma då de förnekade betydelsefulla sidor hos sig själva (innan depressionen), sedan *blev* de ensamma när de accepterade sidor av sig själva men inte fullt ut visade dessa bland andra (under depressionen). Slutligen verkade informanterna kunna förhandla fram en mer integrerad kompromiss där de *både* kunde acceptera sig själva *och* vara bland andra. Kanske för att de nya sidorna slutligen kunde användas som resurs för en utökad (manlig) identitet?

Kvalitet och validitet

Syftet med studien var att undersöka mäns upplevelser av depression i relation till begreppet maskulinitet. Användandet av begreppet maskulinitet kan behöva legitimeras ytterligare då en av grundprinciperna för IPA är ett förutsättningslöst undersökande av informanternas upplevda fenomen (Smith et al., 2008). Som tidigare nämnts har begreppet maskulinitet använts utifrån övertygelsen att det är ett relevant begrepp vid förståelse av hur psykisk ohälsa uttrycks och förstås bland män. En sådan förutbestämd utgångspunkt kan säkerligen anses äventyra det förutsättningslösa undersökandet och därmed även tolkningarnas trovärdighet. Detta antagande har dock skett utifrån en utgångspunkt av att alla individer upplever fenomen inom ramen för sin kontext (se t. ex. Feldman Barrett, 2018). Då kontextkänslighet även anses vara en central aspekt inom IPA ansågs detta därför inte enbart vara ett eventuellt hinder, utan också en möjlig tillgång. Det förutsättningslösa undersökandet kan kanske till och med sägas kräva en kontextkänslighet, även om denna kontext alltid kommer bedömas något godtyckligt. Smith et al. (2008) skriver även att IPA optimalt består av tre nivåer av tolkning där den tredje nivån kan inbegripa ett tolkande bortom texten, ibland med extern teori som verktyg. Förhoppningen är därför att denna studie på ett metodkänsligt och korrekt sätt ska kunna använda begreppet maskulinitet som verktyg vid den tredje nivåns tolkning. Det blir därför återigen viktigt att poängtera att de tolkningar som gjorts inte avser vara de enda möjliga, utan de enligt författaren mest trovärdiga.

Vidare har användandet av begreppet maskulinitet inte syftat till att utgöra en allomfattande eller allmängiltig förklaringsmodell för de upplevelser som beskrivits. Inte heller är studiens syfte att beskriva eller fastställa kausalitet. Den fråga som ställts är *hur upplevelserna kan förstås i relation till* begreppet maskulinitet. Detta innebär att begreppet har avgränsats och att de resultat som uppfattats korrespondera har diskuterats och analyserats utifrån angivna utgångspunkter. Poängteras bör även att maskulinitet enbart är en av flera särskilt betydelsefulla kontexter vi kan använda oss av för att bättre förstå individers upplevelser. De blir därför omöjligt att inom ramen för denna studie hävda att männen till exempel fick höra ”skärp dig” just på grund av att de är män. Vad som kan hävdas är dock att det finns relativt mycket teori och forskning som pekar på just sådana samband. Det bör även från studiens resultat och diskussion framgå att denna studie funnit många teman som överlappar med de teoretiska beskrivningar som finns tillgängliga för att förstå hur maskulinitet och psykisk ohälsa kan relateras.

Begränsningar

Förutom de avgränsningar teoretiska ramar ofrånkomligen innebär (vilket diskuterats ovan) kan mer praktiska aspekter behöva diskuteras inom ramen för studiens begränsningar. Avseende deltagarantal är det möjligt att denna studie hade berikats av fler deltagare. Flera kvalitativa teoretiker (se t. ex. Kvale & Brinkmann, 2014) menar dock att kvalitativa studiers värde generellt inte bör bedömas utifrån dess deltagarantal, då ett lågt deltagarantal kan innebära särskilda fördelar så som till exempel en mer djupgående analys. Utifrån resonemang som dessa gjordes därför bedömningen att studiens sju deltagare skapade särskilt bra förutsättningar för en idiografisk analys. Tidsmässiga ramar gjorde även att antalet deltagare rekryterades utifrån hur stor datamängd som skulle hinna bearbetas på en tillräckligt djup nivå. Att ensam genomföra en studie kan trots kontinuerlig handledning även tänkas ha brister då det kan påverka tolkningarna negativt. Samtidigt har undertecknad ständigt eftersträvat transparens avseende studiens utgångspunkter, vilket bör framgå under studiens delar för metod och diskussion.

Studiens rekryteringsmetoder kan ha varit ofördelaktiga då flera informanter var bekanta med intervjudaren. Även om dessa relationer bedömdes vara tillräckligt distanserade för att informanten skulle kunna vara självavslöjande, kan detta ha inneburit att intervjudata begränsades. Vidare var fem av sju deltagare kristna. Detta kan ha påverkat resultatet då de sammanhang inom vilka deltagarna rör sig uppmuntrar till drogfrihet, känslomässigt fokus och ett ansvarsfullt levnadssätt. I den mån dessa informanters huvudsakliga kontext skiljer sig åt från den genomsnittliga mannens bör detta understrykas. Ytterligare en informant var homosexuell, vilket han själv beskrev som betydande för sin upplevelse av depressionen. Även detta kan ha påverkat resultatet i annorlunda riktning än om enbart heterosexuella män skulle blivit intervjuade.

Ytterligare en begränsning är en inom ramen för studien oundviklig paradox, nämligen att informanterna frivilligt pratade om sin depression. Detta kan tyckas motsäga centrala delar i resultatet och kan även antas påverka studiens utfall då de män som generellt sett deltar i en studie som denna kanske per definition bör anses normbrytande. Detta bör läsaren därmed ha i åtanke vid utvärderandet av studien, även om detta i så fall kan vara ett riktmärke för hur det skulle kunna se ut i andra grupper. Samtidigt sker studiens intervju inom väldigt kontrollerade former och utanför ramen av såväl en ömsesidig relation som informantens reella kontext. Sådana faktorer underlättar allra troligast för ett fritt berättande.

Som tidigare nämnt hade mer utförliga svar avseende studiens tredje fråga varit önskvärda. Det kan vara så att frågeguiden inte på ett optimalt sätt lyckats fånga upp på vilket sätt informanterna bäst kunde stimulerats till att utforska maskulinitetsnormers betydelse för deras historia. Det kan också vara så att det generellt är svårt att diskutera kontextuella faktorer, åtminstone då de berör en av de kontexter individen finns inom.

Implikationer

Denna studie belyser än en gång vad tidigare forskning påvisat: "depression" är inte en upplevelse som kan avgränsas och fullt ut förstås enbart utifrån individspecifika och diagnostiska kriterier. Varje upplevelse är unik, och vikten av ett sådant förhållningssätt kan inte nog understrykas. Förmågan att se till varje individs unika kontext kan ha stor betydelse för så väl diagnostik och terapi, som för utbildning och prevention. En bredare syn på vad depression är

skulle därför kunna hjälpa kliniker att bättre bedöma och behandla deprimerade män. Det skulle även kunna hjälpa de män som drabbas att tidigare förstå vad de själva kan göra för att må bättre. Normer om maskulinitet kan följaktligen även behöva belysas i syfte att hjälpa individer till en bredare förståelse för sig själva och sina reaktioner. I den mån dessa normer skapar lidande kan ett synliggörande av dessa därför vara första steget på väg mot ett friare och sannare förhållningssätt.

Referenser

- Adams, S., Kuebil, J., Boyle A. P., & Fivush, R. (1995). Gender differences in parent-child conversations about past emotions: A longitudinal investigation. *Sex roles, 33*(5-6), 309-323.
- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help-seeking. *American Psychologist, 58*, 5–14.
- Addis, M., E., & Cohane, G., H. (2005). Social scientific paradigms of masculinity and their implications for research and practice in men's mental health. *Journal of Clinical Psychology, 61*(6), 633–647. doi: 10.1002/jclp.20099
- Addis, M., E. (2008). Gender and depression in men. *Clinical psychology: Science and Practice, 15*(3), 153-168. doi: 10.1111/j.1468-2850.2008.00125.
- Altemus, M. (2006). Sex differences in depression and anxiety disorders: Potential biological determinants. *Hormones and Behaviour, 50*(4), 534-538.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Arlington: VA.
- American Association of Suicidology. (2014). *Depression and suicide risk*. Hämtad 2017-12-18, från <https://www.suicidology.org/portals/14/docs/resources/factsheets/2011/depressionsuicide2014.pdf>
- Barlow, D., H. (2014). *Clinical handbook of psychological disorders*. Guilford press: New York.
- Boye, K., (1924/1996). *Gömda land*. Stockholm: Albert Bonniers förlag.
- Branney, P., & White, A. (2008). Big boys don't cry: Depression and men. *Advances in Psychiatric Treatment, 14*, 256–262. doi: 10.1192/apt.bp.106.003467
- Broberg, A., Risholm, P., Ivarsson, G., & Mothander, E. (2015). *Anknytningsteori: betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Buckingham-Hatfield, S. (2006). *Gender and environment*. New York: Routledge.
- Chaplin, T. M., Cole, P. M., & Zahn-Waxler, C. (2005). Parental socialization of emotion expression: Gender differences and relations to child adjustment. *Emotion, 15*(1), 8088. doi: 10.1037/1528-3542.5.1.80
- Connell, R., W. (2008). *Maskuliniteter*. Göteborg: Daidalos.
- Einarsson, J. (2000). *Barns språkliga dagar*. Lund: Studentlitteratur.
- Emslie, C., Ridge, D., Ziebland, S., & Hunt, K. (2006). Men's account of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Social Science & Medicine, (62)*, 2246–2257. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.10.017
- Evertsson, M., & Magnusson, C. (2014). *Ojämlighetens dimensioner: uppväxtvillkor, familj, arbete och hälsa i samtida Sverige*. Stockholm: Liber.
- Feldman Barrett, L. (2018). *How emotions are made: the secret life of the brain*. Mariner Books
- Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: A systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine, 43*, 471– 481. [http:// dx.doi.org/10.1017/S0033291712001511](http://dx.doi.org/10.1017/S0033291712001511)
- Folkhälsomyndigheten. (2017). *Suicid (själv mord)*. Hämtad 2017-12-18, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/suicid-sjalvmord1/>

- Hänninen, V., & Valkonen, J. (2012). Narratives of masculinity and depression. *Men and masculinities*, 16(2), 160-180. doi: 10.1177/1097184X12464377
- Krumm, S., Checchia, S., Koesters, M., Kilian, R., & Becker, T. (2017). Men's views on depression: A systematic review and metasynthesis of qualitative research. *Psychopathology*, 50, 107-124. doi: 10.1159/000455256
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Kåver, A. (2016). *KBT i utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Landén, M., Elert, C. (2006, januari). Affektiv sjukdom drabbar kvinnor och män olika. *Läkartidningen*, 1. Tillgänglig: <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=5795>
- Läkemedelsverket. (2016). *Depression- bakgrund och behandling*. Hämtad 2017-12-18, från https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg_dok/Depression-bakgrund_och_behandling.pdf
- Magnusson, E., & Marecek, J. (2010). Genus och kultur i psykologi: teorier och tillämpningar. Stockholm: Natur och Kultur.
- Martin, M. R., & Green, J., A. (2005). The use of emotion explanation by mothers: Relation to preschoolers' gender and understanding of emotions. *Social development*, 14(2), 229-249. doi: <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1467-9507.2005.00300.x>
- Martin, L. A., Neighbors, H. W., & Griffith, D., M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: Analysis of the national comorbidity survey replication. *Jama psychiatry*, 70(10), 1100-1106. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1985
- O'Brien, R., Hunt, K., Hart, G. 2005. 'It's cavemen stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': Mens Accounts of masculinity and help Seeking. *Social Science and Medicine*, 61, 503-516. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.12.008
- Rhodes, J., & Smith, J. (2010). "The top of my head came off": A phenomenological interpretative analysis of the experience of depression. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(4), 399-409. doi: 10.1080/09515070.2010.530484
- Rydén, P., & Wallroth, G. 2008. *Mentalisering: att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Salk, R., H., Hyde, J., S., & Abramson, L., Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783-822,
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2008). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Los angeles: Sage.
- Smith, J. A., & Rhodes, E., J. (2014). Being depleted and being shaken: an interpretative phenomenological analysis of the experiential features of a first episode of depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88, 197-209. doi: 10.1111/papt.12034
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative Research in Psychology*. Berkshire: Open University Press
- World Health Organization. (2018). *Depression: fact sheet*. Hämtad 2018-04-11, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

Bilaga 1 – intervjuguide

Berätta om när du först började märka att du inte mådde som du brukade.

- *Vad föregick insjuknandet?*
- *Vilka tecken framstod som tydliga på sjukdom?*
- *Hur var reaktionerna? (Egna och omgivningens)*

Hur såg vägen ut till att du insåg/landade i att du blivit deprimerad?

- *Hur lång var processen och vad kännetecknade den?*
- *Hur gick tankarna: förnekelse, okunskap, lätt att ta till sig?*
- *Om diagnos: hur kändes det att få en diagnos? Stigma, lättnad, svårt eller lätt att identifiera sig med gruppen, föreställningar om deprimerade?*

Hur upplevde du att ditt lidande påverkade dig? / Beskriv tiden när du mådde som sämst.

- *Socialt: umgängesfrekvens, öppenhet kring lidande, andras reaktioner och handlingar*
- *Funktionalitet: sysselsättning, prestation. Fysiskt: bibehållande av vanor, träning osv.*
- *Självbild: vad gjorde depressionen med din självbild? Förändrades den och hur?*

Hur var processen att bli frisk?

- *Vad upplevdes som betydelsefullt för tillfrisknandet*
- *Vad tror du skulle varit hjälpsamt så här i efterhand?*

Vad tänker du nu om det du varit med om?

- *Fördelar och nackdelar med att ha blivit sjuk? Har du ändrat dig på något sätt?*

Hur har detta påverkat din självbild eller hur påverkade det självbilden medan du var sjuk?

- *Hur ser självbilden ut nu i relation till hur den var innan?*
- *Konflikt med egna ideal och normer?*
- *Förändrade värderingar?*
- *Hur har (den eventuella) utvecklingen varit i relation till andra?*

Kvinnor får diagnosen oftare. Vad tänker du om det?

- *Egna ideal om maskulinitet? Upplevdes andras förväntningar och reaktioner som "könade"?*
Tankar kring skandinaviska ideal såsom styrka, försörjare, ej visa känslor osv.

Något annat du vill tillägga?