



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykologprogrammet

Självstigma och socialt stöd
- förekomst och samband hos en grupp personer med
psykisk sjukdom

Susanna Cederbalk & Andrea Rovira Torres

Psykologexamensuppsats 2013

Handledare: Henrik Levinsson

Examinator: Sven Ingmar Andersson

Tack!

Vi vill rikta ett varmt tack till de brukarorganisationer runt om i Skåne som har gjort denna uppsats möjlig. Det har varit lärorikt att få inblick i era verksamheter och vi är glada för ert visade intresse och den öppenhet med vilken ni tog emot oss. Alla ni som har tagit er tid till att delta i studien: tack! Ett tack till Lars Hansson på CEPI, Lund Universitet, för råd och praktisk hjälp i studiens inledande fas. Slutligen ett stort tack till vår handledare Henrik Levinsson för all inspiration och vägledning under skrivandets gång. Ditt positiva humör och engagemang har bidragit till att vi kommer att se tillbaka på utbildningens sista termin med glädje.

Sammanfattning

Samhälleliga insatser har riktats till personer med psykisk sjukdom för att förbättra deras möjligheter och livsvillkor. Bristande socialt stöd och stigmatisering är två bidragande orsaker till att social integrering i samhället kan försvåras för dessa personer. I föreliggande enkätstudie undersöktes självstigma och socialt stöd i relation till psykisk sjukdom. Genom brukarorganisationer i södra Sverige rekryterades 94 personer med psykisk ohälsa. Förekomst av självstigma samt grad av socialt stöd uppmättes och samband mellan dessa undersöktes. Därutöver undersöktes sociodemografiska och kliniska faktorer i relation till självstigma och socialt stöd undersöktes. Resultaten visade på en lägre grad av självstigma i jämförelse med tidigare studier. Gruppen hade mindre socialt stöd jämfört med i andra studier. Signifikanta negativa samband erhöles mellan tillfredsställelse med sociala kontakter, djupa känslomässiga relationer, generellt socialt stöd och olika typer av självstigma. Förekomst av självstigma skilde sig åt beroende på civilstånd, boendeform och ekonomi. Grad av socialt stöd skilde sig beroende på civilstånd, boendeform, sysselsättning, primärt socialt nätverk, ekonomi och psykiatrisk diagnos. Studien indikerar ett samband mellan självstigma och socialt stöd. Forskning med andra designar och större stickprov bör göras för att belysa i vilken riktning självstigma och socialt stöd påverkar varandra.

Nyckelord: självstigma, socialt stöd, psykisk sjukdom, SSMIS-SF, ISSI-SR

Abstract

Efforts have been directed toward improving life opportunities for people with mental illness. Stigmatization and lack of social support are two contributing factors to the failure of proper social integration of these persons. This survey based study investigated self-stigma and social support in association with mental illness. Ninety-four individuals with mental illness were contacted through consumer organizations in southern Sweden. The incidence of self-stigma and degree of social support were assessed, the relationship between the two was investigated. Additionally sociodemographic and clinical factors were investigated. Results showed that the level of self-stigma was lower than in previous research. Less social support was found compared to other studies. Significant negative relationships were found between satisfaction with social contacts, emotional relations, overall social support and different aspects of self-stigma. Differences in incidence of self-stigma were found according to marital status, type of housing or financial status. Differences in degree of social support were found according to marital status, type of housing, occupational status, type of primary social network, financial status and psychiatric diagnosis. This study indicates a relationship between self-stigma and social support. Future research with other designs and larger samples is needed to establish the direction of this relationship.

Keywords: self-stigma, social support, mental illness, SSMIS-SF, ISSI-SR

Innehållsförteckning

Inledning	1
Teori	1
Begreppet stigma	1
Public stigma och stigmatiseringsprocessen	2
Stämpling	3
Stereotypisering	3
Särskiljande	3
Förlust av status och diskriminering	4
Maktaspekten	4
Begreppet självstigma	4
Socialkognitiv modell av självstigma	5
Stereotyper	5
Fördomar	5
Diskriminering	6
Självstigma som progressiv process	6
Medvetenhet om stereotyper	6
Instämmande i stereotyper	6
Tillämpning av stereotyper	6
Skada	7
Tidigare forskning om självstigma och psykisk sjukdom	7
Socialt stöd	9
Sociala relationers funktion	11
Tidigare forskning om socialt stöd och psykisk sjukdom	12
Tidigare forskning om självstigma och socialt stöd	14
Sammanfattning av teori och tidigare forskning	16
Syfte	16
Frågeställningar	16
Metod	18
Deltagare och urval	18
Mätinstrument	20
ISSI-SR	20
SSMIS-SF	20
Procedur	22
Statistisk procedur	23
Etiska överväganden	23
Resultat	25
Förekomst av självstigma och socialt stöd	25
Samband mellan grad av självstigma och socialt stöd	27
Sociodemografiska och kliniska faktorer associerade till självstigma	29
Kön	29
Ålder	29
Civilstånd	29
Boendeform	30

Sysselsättning	30
Utbildningsnivå	31
Socialt nätverk	31
Ekonomi	31
Diagnos	31
År sedan första kontakt med psykiatri	32
Sociodemografiska och kliniska faktorer associerade till socialt stöd	32
Kön	32
Ålder	32
Civilstånd	33
Boendeform	33
Sysselsättning	34
Utbildningsnivå	34
Socialt nätverk	34
Ekonomi	35
Diagnos	36
År sedan första kontakt med psykiatri	37
Diskussion	39
Resultatdiskussion	39
Förekomst av självstigma	39
Förekomst av socialt stöd	39
Samband mellan självstigma och socialt stöd	41
Sociodemografiska och kliniska faktorer associerade till självstigma	43
Sociodemografiska och kliniska faktorer associerade till socialt stöd	45
Metoddiskussion	48
Design	48
Procedur	49
Mätinstrument	50
ISSI-SR	50
SSMIS-SF	51
Bakgrundsformulär	51
Författarnas roll	51
Förslag till framtida forskning	52
Kliniska implikationer	53
Referenser	54
Bilaga 1	62
Bilaga 2	63
Bilaga 3	64

Inledning

Då mentalsjukhusen i Sverige lades ned under 1980- och 90-talen var målet att personer med psykisk sjukdom i ökad grad skulle vara integrerade i samhället och leva ett liv som människor i allmänhet (Högström, 2012; Lundberg, 2010). Dessa mål har dock inte kunnat efterlevas; nationella undersökningar visar att personer med psykisk sjukdom inom ett flertal områden har sämre levnadsförhållanden, ekonomi och även fysisk hälsa än normalpopulationen i Sverige (Sandström, Bohman & Strandberg, 2011; SCB, 2003; Socialstyrelsen, 2010; SOU 2006:100).

Social integration i samhället är tätt knutet till det sociala nätverk en individ har och det stöd detta nätverk bringar. Personer med svår psykiatrisk problematik har signifikant mindre socialt stöd än friska individer (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001; Furukawa, Harai, Hirai, Kitamura & Takahashi, 1999; Neeleman & Power, 1994). Socialt stöd som begrepp har genom forskning visat sig vara kopplat till många hälsofaktorer, däribland psykiska sådana och en association mellan psykisk sjukdom och lågt socialt stöd för både män och kvinnor har konstaterats (Cohen & Wills, 1985; Eklund & Hansson, 2007; Molarius et al., 2009; Skärsäter, 2002). Stigmatisering kan ses som en betydande barriär för integration av personer med psykisk sjukdom i samhället (Lundberg, 2010), hindra personer från att söka hjälp för både psykiska och fysiska hälsoproblem (Sandström et al., 2011) samt höra ihop med ett begränsat socialt nätverk, isolering och ensamhet (Livingston & Boyd, 2010). I denna examensuppsats undersöks en aspekt av stigmatisering, självstigma, i samband med upplevelsen av stödjande relationer hos en grupp personer som lever med psykisk sjukdom.

Inledningsvis kommer teori kring självstigma och socialt stöd att behandlas, var för sig samt i relation till varandra. Vidare kommer tidigare forskning kring respektive område i relation till psykisk sjukdom att presenteras vilket utmynnar i studiens syfte och frågeställningar.

Teori

Begreppet stigma. Stigma är ett komplext begrepp som har konceptualiserats på många olika sätt och använts i flertalet forskningsområden (Link & Phelan, 2001). Termen stigma betyder brännmärke och har sitt ursprung i antikens Grekland, där personer som ansågs moraliskt förkastliga brännmärktes för att uppmana allmänheten till att undvika dem. Erving Goffman

satte begreppet i ett nutida sociologiskt sammanhang och beskrev stigma som ”en egenskap som är djupt misskrediterande” i allmänhetens ögon (Goffman, 2007, s. 12) samt har en särskild relation till stereotyper i samhället. Goffman identifierade tre olika sorters stigmat: kroppsliga stigmat såsom fysiska sjukdomar och missbildningar; gruppstigmat, där religion, kön, klass och hudfärg ingår, samt karaktärsstigmat, vilka inkluderar handlingar som är oaccepterade i samhället, exempelvis brottslighet och självmordsförsök. De tillstånd som kan kopplas samman till sådana handlingar, såsom missbruk och psykisk sjukdom, klassificeras också som karaktärsstigmat. Själva stigmat ligger enligt Goffman inte i attributet i sig, utan i kopplingen mellan attributet och kontexten. Detta innebär att vad som är förenat med stigmatisering skiljer sig åt mellan kulturer och tidsepoker.

Tre nivåer av stigma kan identifieras (Livingston & Boyd, 2010): strukturellt stigma (makronivå), socialt stigma (mesonivå) samt internaliserat stigma (mikronivå). Strukturell stigmatisering sker på ett samhälleligt plan där samhällsstrukturer begränsar individernas handlingsmöjligheter och levnadsförhållanden (Corrigan, Kerr & Knutsen, 2005). Exempelvis kan minskade resurser inom psykiatri vara ett uttryck för strukturell stigmatisering av personer med psykisk sjukdom. Socialt stigma, även kallat *public stigma*, avser det fenomen då en stor grupp i samhället har stereotyper mot en annan grupp och bemöter den utifrån stereotyperna. Internaliserat stigma, även kallad *självstigma*, kan beskrivas som den process då en individ tar till sig de stereotyper som finns i samhället om gruppen hon/han tillhör och applicerar dessa på sig själv (Corrigan & Rao, 2012). I denna examensuppsats ligger fokus på den tredje nivån, nämligen självstigmatisering. Inledningsvis ges en beskrivning av public stigma, då detta ligger till grund för förståelse av begreppet självstigma.

Public stigma och stigmatiseringsprocessen. Under senare tid har Goffmans beskrivning av stigma kritiserats av bland andra Weiss, Ramakrishna och Somma (2006), vilka anser att den är alltför generell. Vidare menar de att Goffman lägger för mycket fokus på den stigmatiserade individen i motsats till den kontext i vilken stigmatisering förekommer och att teorin inte kan appliceras på dagens multikulturella samhällen. Link och Phelan (2001) har i respons till denna kritik utvecklat en modell som syftar till att förklara den stigmatiserande processen. Modellen beskriver stigmatisering som bestående av fyra komponenter: stämpling,

stereotypisering, särskiljande och förlust av status, vilka förekommer inom en särskild maktstruktur.

Stämpling. Det finns många attribut som särskiljer individer från varandra. De flesta av dessa, exempelvis öronstorlek eller fingertjocklek är attribut som vanligtvis inte uppmärksammas och därför inte blir föremål för analys eller grund till uppdelning av människor i kategorier. Andra attribut, som hudfärg, sexuell läggning och psykisk sjukdom har historiskt sett legat till grund för en sådan gruppering och förses med en etikett. Vilka attribut som uppmärksammas beror på vad som är socialt relevant i ett samhälle och kontext vid en given tidpunkt. Eftersom det finns en oändlig variation i mänskliga attribut existerar det inte heller några självklara gränser mellan de grupper som ofta är tagna för givna (Link & Phelan, 2001).

Stereotypisering. Nästa led i stigmatiseringsprocessen enligt Link och Phelan (2001), är då ovan nämnda skillnader associeras till kulturellt givna negativa stereotyper. Detta behöver inte ske medvetet (Link, Yang, Phelan & Collins, 2004). Stämpeln ”psykisk sjuk” har historiskt sett varit starkt kopplad till stereotypen ”farlig” (ibid.). Detta är relevant även idag, då personer med psykisk sjukdom i media ofta porträtteras som farliga, okontrollerbara och oförmögna att ta ansvar för sig själva, vilket kan resultera i att andra tar avstånd från personer med psykisk sjukdom (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005).

Särskiljande. En tredje komponent av stigma är då den grupp som försetts med en stämpel kopplat till stereotyper, uppfattas vara distinkt annorlunda än andra människor. Därmed sker en uppdelning av människor i kategorierna ”vi” och ”dem”. Den stämplade gruppen anses även vara i stort sett homogen, med endast små skillnader emellan individer i gruppen. Detta kan bidra till en avhumanisering av individerna och legitimisera negativt bemötande av dem (Link & Phelan, 2001). Det stigmatiserade attributet anses vara en oskiljbar del av individen. Det görs ofta skillnad i beskrivning av somatiska respektive psykiska sjukdomar, där en person vanligtvis beskrivs *ha* hjärtproblem men *vara* schizofren (Estroff, 1989; Link & Pheelan, 2001). Språket kan alltså vara både ett tecken på stigmatisering och en källa till denna (Rüsch et al., 2005).

Förlust av status och diskriminering. Den fjärde komponenten i stigmatiseringsprocessen enligt Link och Phelans (2001) modell, innebär att personer som har stämplats får minskad status vilket möjliggör och legitimerar diskriminering från andra. Diskriminering kan förekomma på ett individuellt plan, exempelvis då en person med psykisk sjukdom inte blir kallad till jobbintervju trots lämpliga kvalifikationer. Det kan även ske på ett strukturellt plan exempelvis till följd av politiska beslut om försämrade villkor för sjukförsäkring relaterat till psykisk sjukdom.

Maktaspekten. Utöver nämnda komponenter inkluderar Link och Phelan (2001) en maktaspekt där de påpekar att sociala, ekonomiska och politiska maktstrukturer är avgörande för stigmatisering. Exempelvis kan personer som är inlagda på en psykiatrisk klinik ha negativa, stereotypa attityder mot de psykologer som arbetar där. Detta kan leda till en stark vi-mot-dem känsla, men inte benämnas som stigmatisering eftersom psykologerna i detta fall har mer makt än patienterna och kommer inte som grupp att påverkas av diskrimineringen.

Begreppet självstigma. Den nivå av stigma som hittills beskrivits är public stigma, det vill säga negativa reaktioner från allmänheten mot en grupp på grund av det stigma som är kopplat till gruppen (Corrigan & Watson, 2002). Då en grupp personer upplever kategorisering och socialt avståndstagande från andra kan detta resultera i självstigmatisering. Detta innebär att en individ som tillhör en stigmatiserad grupp applicerar allmänhetens attityder på sig själv (Rüsch et al., 2005). Självstigma är således en internalisering av public stigma. Självstigma kan sammanfattas som en individs kognitiva, emotionella och beteendemässiga svar på förväntning av och erfarenheter av att bli stigmatiserad (Brohan, Slade, Clement & Thornicroft, 2010). Enligt Yanos, Roe, Marcus & Lysaker (2008) är självstigma relaterat till psykisk sjukdom en transformativ process då en person inte längre främst betraktar sig själv utifrån från den sociala roll hon/han identifierat sig med tidigare (exempelvis student, vän eller förälder) utan får en förändrad, negativ självbild kopplat till den psykiska sjukdomen.

Socialkognitiv modell av självstigma. Rüsç och kollegor (2005) pekar på tre aspekter som i socialpsykologisk forskning ses som relevanta vid konceptualisering av självstigma: stereotyper, fördomar och diskriminering.

Stereotyper. Stereotyper är den kognitiva delen av stigmatisering, nämligen de allmänt hållna föreställningar som finns i samhället angående en viss social grupp. De kan ses som kognitiva scheman, vars funktion är att underlätta bedömningen av ny information. Samtidigt som användandet av stereotyper är ett tidseffektivt sätt att fatta beslut angående en okänd person, innebär det en rigiditet; personen uppfattas inte i sin helhet utan mot bakgrund av de föreställningar och förväntningar som finns om den gruppen personen tillhör.

Vid självstigma uppmärksammar individen de stereotyper som finns i samhället angående den egna gruppen. Negativa stereotypa bilder av individer som tillhör en stigmatiserad grupp börjar bildas tidigt i livet. Detta innebär att en person långt innan insjuknandet i en psykisk sjukdom riskerar att bära med sig negativa stereotyper om personer med psykisk sjukdom (Rüsç et al., 2005). Vid insjuknandet ställs personen inför, förutom uppenbara svårigheter relaterat till symtomen, det faktum att hon/han nu tillhör den grupp som hon/han har en negativ bild av, vilket kan bidra till självstigmatisering (Watson, Corrigan, Larson & Sells, 2007).

Fördomar. Fördomar syftar här till ett instämmande i negativa stereotyper och består av både en kognitiv och en emotionell komponent. Att ha fördomar om en viss social grupp (exempelvis hålla för sant att personer med psykisk sjukdom är farliga) kan leda till negativa emotionella reaktioner, exempelvis rädsla eller ilska, kopplat till gruppen. Vid självstigmatisering sker ett instämmande i de fördomar som finns i samhället. När individen som själv är föremål för samhällets fördomar instämmer med dessa kan det ta sig negativa kognitiva och emotionella uttryck, såsom lägre självkänsla och självrespekt (Corrigan, Watson & Barr, 2006). En omfattande europeisk studie, som i 14 länder jämförde förekomst av självstigma med allmänhetens attityder gentemot personer med psykisk sjukdom, fann en signifikant positiv association mellan allmänhetens negativa attityder och förekomst av självstigma (Evans-Lacko, Brohan, Mojtabai & Thornicroft, 2012).

Diskriminering. Med diskriminering avses de beteenden som en individ utför som reaktion på sina stereotyper och fördomar mot en grupp människor. Då en person applicerat fördomar på sig själv kan det leda till att personen börjar uppvisa diskriminerande beteende gentemot sig själv (Rüsch et al., 2005). Detta genom att exempelvis dra sig tillbaka från sociala sammanhang, undvika att söka kvalificerade arbeten eller undvika att inleda nära relationer med rädsla för att bli avvisad (Hansson, Stjernswärd & Svensson, 2013).

Självstigma som progressiv process. Watson et al. (2007) tar avstamp i Links modell av stigma och beskriver självstigma som en progressiv process, bestående av fyra stadier som följer på varandra.

Medvetenhet om stereotyper. Det första stadiet innebär att en individ med psykisk sjukdom är medveten om de negativa attityder som riktas mot gruppen personer med psykisk sjukdom, och förväntar sig bli negativt bemött på grund av dessa. En medvetenhet om stigma samt förväntan om att bli diskriminerad av omgivningen har ibland likställts med självstigma (Link, 1987). Corrigan och Rao (2012) menar dock att en medvetenhet om stereotyper inte innebär att man automatiskt samtycker till dessa eller applicerar dem på sig själv. En person med schizofreni skulle kunna dela uppfattningen att ”allmänheten anser att de flesta med schizofreni är opålitliga” utan att själv hålla med om att påståendet stämmer på personen själv eller på gruppen personer med schizofreni i stort. Vetskapen om existerande stigma bör snarare ses som en nödvändig men inte tillräcklig del av fenomenet självstigma (Watson et al., 2007).

Instämmande i stereotyper. Det andra stadiet innebär att personen, utöver att vara medveten om stereotyper riktade mot gruppen som den själv tillhör, instämmer med dessa, exempelvis med påståendet att personer med schizofreni är opålitliga (ibid).

Tillämpning av stereotyper. Den tredje fasen syftar till att individen, utöver att tillämpa dem på den egna gruppen, även applicerar stereotyper på sig själv (ibid.). Detta innebär att personen instämmer i påståenden som exempelvis: eftersom jag har schizofreni är jag opålitlig.

Skada. En internalisering av de negativa stereotyperna kan yttra sig i negativa emotionella reaktioner och upplevelse av mindre respekt för sig själv på grund av den psykiska sjukdomen. Detta är det sista steget i processen enligt Watson et al. (2007).

Viktigt att poängtera är att det finns olika sätt att respondera på public stigma. Inte alla personer som är medvetna om stereotyper gällande den egna gruppen reagerar med självstigma. Tvärtom kan vissa personer reagera med likgiltighet mot stigma och en tredje grupp får ökad kraft till att exempelvis arbeta mot stigmatisering eller på andra sätt kraftigt ta avstånd från stereotyperna. Detta har kallats självstigmats paradox (Corrigan & Watson, 2002).

Tidigare forskning om självstigma och psykisk sjukdom. Även om allmänhetens kunskap om psykisk sjukdom har visat sig öka de senaste decennierna, innebär detta inte minskad grad av fördomar mot eller stigmatisering av denna grupp (Phelan, Link, Stueve & Pescosolido, 2000; Schomerus et al. 2012; Thornicroft, Rose, Kassam & Sartorius, 2007). Mycket tyder på att negativa attityder gentemot personer med psykisk sjukdom är lika starka idag som för flera decennier sedan, både internationellt och i Sverige (Angermeyer & Dietrich, 2006; Angermeyer, Matschinger & Schomerus, 2013; Ineland, Jacobsson, Renberg & Sjölander, 2008). Exempelvis fann Angermeyer och kollegor (2013) bland allmänheten en ökad rädsla för personer med schizofreni år 2011 jämfört med 1990. Särskilt schizofrenidiagnosen har visat sig vara starkare kopplad till negativa attityder från omgivningen i jämförelse med andra diagnoser, såsom depression (Angermeyer & Matschinger, 2003; Angermeyer et al., 2013). I en svensk attitydundersökning fann Ineland et al. (2008) att omkring 60 % av respondenterna instämde i påståendet att de inte skulle låta en person som vårdats inom psykiatrin sitta barnvakt till deras barn, jämfört med 30 % år 1976. Omkring 90 % menade att psykisk sjukdom skadar ens rykte mer än en fysisk sjukdom, vilket kan jämföras med 53 % år 1976.

I en svensk intervjuundersökning gjord på 210 personer med psykisk sjukdom uppgav 75 % av deltagarna att de dolt sin sjukdom för andra. Av rädsla för en negativ reaktion på sin sjukdom, hade mellan 40 och 50% av deltagarna hindrat sig själva från att söka ett arbete, utbildning eller inleda en kärleksrelation (Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser, [CEPI], 2012). Mellan en tredjedel och hälften av dessa personer hade de senaste två åren inte haft erfarenheter av diskriminering inom det område där de hade hindrat sig själva. Liknande

resultat erhöjls av Hansson et al. (2013). Studier som gjorts avseende diskriminering relaterat till depression i 35 länder samt schizofreni i 27 länder har funnit att omkring h lfsten av de deltagare som förväntade sig att bli diskriminerade hade inga erfarenheter av diskriminering (Lasalvia et al., 2013, Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius & Leese, 2009). Förväntan om diskriminering och sj lvdiskriminering tycks alltså upprätthållas av något utöver faktiska erfarenheter av att ha blivit orätt behandlad.

Sj lvestigmatisering  r ett relativt vanligt förekommande fenomen hos personer som lever med psykisk sjukdom, både i Sverige och internationellt. Två omfattande studier där 14 respektive 13 europeiska länder jämförs visar att 42 % av personer med schizofreni eller andra psykossjukdomar, respektive 22 % av personer med depression eller bipolär sjukdom hade medelhöga eller höga nivåer av sj lvestigma (Brohan, Gauci, Sartorius & Thornicroft, 2011; Brohan, Elgie, Sartorius & Thornicroft, 2010). Statistiskt signifikanta skillnader mellan länderna erh lls, där Sverige var bland de länder med lägst nivå av sj lvestigma hos en grupp personer med depression eller bipolär sjukdom (Brohan et al. 2011). Vidare visar en nigeriansk studie baserad på 342 patienter med schizofreni, affektiva sjukdomar och ångestsjukdomar att 22 % hade höga nivåer av sj lvestigma (Adewuya, Owoeye, Erinfolami & Ola, 2011). I en kinesisk studie bestående av 95 personer med schizofreni var motsvarande andel 44 % (Ying, Wolf & Wang, 2013). I en meta-analys fann Mak, Poon, Pun och Cheung (2007) att sj lvestigma var mer förekommande i Europa och Australien i jämförelse med USA.

Den forskning som har studerat de sociodemografiska variabelerna kön, ålder, inkomst och civilstånd i kombination med sj lvestigma vid psykisk sjukdom, har i de flesta fall inte funnit en statistiskt signifikant association (Gerlinger et al., 2013; Livingson & Boyd, 2010). En positiv association mellan sj lvestigma och utbildningsnivå samt sysselsättning har erhållits i vissa studier (Alonso et al., 2009; Brohan et al., 2011; Evans-Lacko, Brohan, Mojtabai & Thornicroft, 2012; Ying et al., 2013) men inte i andra (Björkman, Svensson & Lundberg, 2007, Mak & Wu, 2006). Boendesituation har inte visat sig ha en signifikant association till sj lvestigma (Björkman et al., 2007).

Även gällande kliniska faktorer råder motstridiga forskningsresultat där flera studier har funnit ett positivt samband mellan grad av sj lvestigma och längd på sjukdomsförlopp (Karidi et al., 2010; Adewuya et al., 2011; Ying et al., 2013). Däremot fann Livingson och Boyd (2010) att nio av fjorton studier som studerat sjukdomsförlopp i relation till sj lvestigma erhöll ett icke-

signifikant resultat. Forskning som har undersökt skillnader i grad av självstigma mellan olika diagnosgrupper har huvudsakligen inriktat sig mot personer med schizofreni, men ett mindre antal studier har undersökt personer med affektiva sjukdomar (Brohan, Elgie et al., 2010). Typ av diagnos visade sig inte vara signifikant associerat till självstigma i de flesta studier som granskades av Livingston och Boyd (2010). Däremot fann Brohan och kollegor (2011) att personer med depression hade signifikant högre grad av självstigma jämfört med personer med bipolär sjukdom. Dessa diagnosgrupper rapporterade dock en lägre grad av självstigma jämfört med personer med schizofreni (Brohan, Slade et al., 2010)

Den litteratur som behandlar självstigma relaterat till psykisk sjukdom kopplar grad av självstigma till ett flertal psykosociala variabler. Negativa samband har erhållits mellan självstigma och känsla av hopp (Lysaker, Roe & Yanos, 2007; Yanos, et al., 2008;) självkänsla (Corrigan, et al., 2006; Livingston & Boyd, 2010; Lysaker et al., 2007; Werner, Stein-Shvachman & Heinik, 2009; Yanos et al., 2008), livskvalitet (Gerlinger et al., 2013; Yen et al., 2005), empowerment (Rüsch et al., 2005) samt grad av interpersonella relationer (Lysaker et al., 2007). Vidare har negativa samband påvisats mellan självstigma och livskvalitet, samt återhämtning från psykisk sjukdom (Chronister, Chou & Liao, 2013). Samma studie fann positiva samband mellan självstigma och psykologiskt lidande. Andra forskare har funnit ett negativt samband mellan grad av självstigma och grad av medverkande i vård hos en grupp patienter med schizofreni (Fung, Tsang & Corrigan, 2008), vilket forskarna tolkar som att patienter med hög grad av självstigma i högre grad önskar dölja sin psykiska sjukdom och därför drar sig undan vårdssammanhang. Livingston och Boyd (2010) påträffade i sju av tolv studier ett signifikant samband mellan höga nivåer av självstigma och minskat social stöd.

Socialt stöd. Socialt stöd kan definieras som ”graden av tillfredsställelse av en individs sociala behov genom interaktion med andra” (Syrotuik & D’Arcy, 1984, s. 229). Begreppet socialt stöd kan förstås utifrån olika dimensioner. Fiori och Jager (2011) menar att dimensionerna kan inbegripa typ av stöd (t.ex. emotionellt och instrumentellt stöd), riktning på stödet (om det ges eller fås), stödets källa eller mål (t.ex. inom familjen eller utanför släktskapsrelationer) samt om stödet har förekommit i handling eller ej och hur det har uppfattats av mottagaren.

I forskningssammanhang kan begreppet socialt stöd avse olika fenomen; från ekonomiskt stöd och tillgänglig hälsovård, till känslomässigt stöd och kamratskap. Socialstyrelsen och Länsstyrelsen (2005) kategoriserar socialt stöd för personer med psykisk funktionsnedsättning i fem typer av stöd; rådgivning, känslomässigt stöd, praktisk hjälp/assistans, finansiellt stöd samt behandling.

Som Brewin (1995) påpekar har forskningen kring socialt stöd ofta behandlat fenomenet i dikotomier. Exempel på detta är upplevt kontra mottaget stöd, stöd som personlighetsbundet kontra situationsbunden faktor och det sociala stödets struktur kontra dess funktion. I denna uppsats kommer fokus ligga på det sociala stödets funktion.

Upplevt socialt stöd och mottaget stöd är till synes kopplade till varandra men är inte ekvivalenta och skiljer sig åt i graden av association till olika utfallsvariabler. De har heller inte visat sig korrelera starkt med varandra (Haber, Cohen, Lucas, & Baltes, 2007; Uchino, 2009). Flera mätinstrument som används inom forskning tar hänsyn till personers subjektiva uppskattning av det sociala stödet. Denna aspekt har visat sig vara viktig för psykologiskt välmående. Tillfredsställelse med det sociala stödet kan förstås som en aspekt av den subjektiva uppfattningen av socialt stöd (Vaux et al., 1986).

Socialt stöd och socialt nätverk är två närliggande begrepp som är relaterade till varandra. Ibland används de synonymt. Begreppet stöd har en positiv laddning och antyder att något är hjälpsamt eller gynnsamt för individen. I kontrast till detta är begreppet nätverk mer strukturorienterat och har en icke-värderande konnotation. Det betraktas ofta som ett begrepp som rör objektiva kvantiteter som till exempel storlek, täthet (hur sammanlänkade personerna i nätverket är) eller kluster. Socialt stöd kan förstås som en funktion som det sociala nätverket har (Hammer, 1981; Kogstad, Mønness & Sørensen, 2013). Socialt stöd jämfört med socialt nätverk är i högre utsträckning baserat på en subjektiv uppfattning av det affektiva värdet av dessa sociala interaktioner (Albert, Becker, McCrone & Thornicroft, 1998).

Ibland har det sociala nätverkets storlek likställts med grad av socialt stöd (Sullivan & Poertner, 1989, refererat i Green, Hayes, Dickinson, Whittaker & Gilheany, 2002). I detta sätt att definiera socialt stöd ligger ett antagande om att en större storlek på nätverket innebär högre grad av stöd. Sambandet mellan nätverkets storlek och graden av socialt stöd har dock ej tydligt kunnat påvisas (Green et al., 2002; Macdonald, Jackson, Hayes, Baglioni & Madden, 1998).

Sociala relationers funktion. Som det tidigare redogjorts för kan socialt stöd förstås från ett funktionsfokuserat perspektiv, det vill säga att stödet fyller ett särskilt syfte. Olika slags relationer kan bidra till olika sorters stöd.

Robert Weiss (1998) tar avstamp i anknytningsteori i ett försök att klassificera relationer utifrån vad de förser individen med. Denna klassificering utmynnar i två huvudgrupper av relationer som benämns *anknytningsrelationer* (attachments) och *tillhörighetsrelationer* (affiliations). De är förknippade med olika kärnfrågor som avgör vilken funktion relationerna kommer att fylla.

Anknytningsrelationers huvudsakliga tema kretsar kring säkerhet; att förse andra med och att själv erhålla en känsla av trygghet. I tillhörighetsrelationer däremot står känslan av allians och gemenskap i centrum. Weiss menar att relationerna är villkorade utifrån dessa två huvudteman.

Anknytningsrelationen förser individen med en säker bas att utgå ifrån och en trygg återhämningsplats att återvända till då den interagerar med omvärlden. I sådana relationer kopplas en annan persons närvaro eller tillgänglighet samman med ett inre emotionellt system hos individen som främjar trygghet. Det största beviset för att dessa relationer har en särställning i förhållande till andra är att individen kan uppleva ångest när relationens existens på något sätt hotas eller när separation står för dörren. Exempel på relationer som fyller denna funktion är parrelationer, föräldrarelationer och relationer där individen får vägledning och ser upp till den andre (ibid.).

Personerna i en tillhörighetsrelation är stöttande vid utmanande situationer, är bundsförvanter som kan försvara varandra vid hotfulla situationer och bidrar till varandras välmående. Dessa relationer syftar till att främja ett gemensamt intresse med andra. Medan säkerheten i anknytningsrelationer är beroende av en upplevd tillgänglighet till en anknytningsperson, är en upplevd säkerhet i tillhörighetsrelationer beroende av att andra hävdar individens egna resurser. Vänskapsrelationer exempelvis, är baserade på frivillighet och är motiverade utifrån ömsesidiga fördelar. Fördelarna kan vara sällskap, utbyte av information och tjänster men även samtal, få feedback på tankar och att bekräfta individens egenvärde. Andra vanligt förekommande tillhörighetsrelationer är kollegor eller släktkontakter. Weiss (1998) lägger dock större betoning på vilken funktion en relation fyller mer än vilka som ingår i den.

Tidigare forskning om socialt stöd och psykisk sjukdom. Förekomst av socialt stöd hos personer som lever med psykisk sjukdom har varit föremål för forskning under flera decennier. Undersökningar som gjorts har pekat på att två av de mest betydande utmaningar som många personer med psykisk sjukdom ofta måste tackla, är att leva i ensamhet och isolering (Davidson et al., 2004).

När skillnader mellan socialt stöd för personer med psykisk sjukdom och personer i normalpopulationen studerats, har det visat sig att de förstnämnda har avsevärt sämre socialt stöd än de senare (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001; Furukawa et al., 1999; Neeleman & Power, 1994). I en svensk studie uppgav en dryg tredjedel av personerna med schizofreni att de inte hade någon att vända sig till i händelse av svårigheter respektive att de inte hade några vänner som besökte deras hem. Lika stor andel uppgav att de saknade relationer där de kunde dela glädje och få uppskattning (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001). I en tysk studie uppgav omkring hälften av personer med schizofreni att de inte hade några nära relationer utanför familjen (Hirschberg, 1985). Mer stöd efterfrågades av personer med schizofreni visade en australiensk studie (Clinton, Lunney, Edwards, Weir & Barr, 1998). Mellan 50 och 60 % av den undersökta gruppen önskade mer socialt stöd i form av tillgång till positiv feedback och möjlighet till socialt deltagande. Mellan 30 och 35 % önskade ha större möjlighet att få råd av andra och kunna tala med andra människor om personliga och privata känslor. I en studie som jämförde personer som insjuknat för första gången i psykos med personer utan psykisk sjukdom fann forskarna dock inte någon skillnad i upplevt socialt stöd (Macdonald, Hayes & Baglioni, 2000).

Cohen och Wills (1985) konstaterade att socialt stöd både har en generell positiv effekt på välmående men också fungerar som en skyddsfaktor mot negativa effekter av stressfyllda situationer. Uppfattningen att familj och vänner stöd gör skillnad vid en stressande situation har visat sig vara associerat med god psykisk hälsa och mindre förekomst av egentlig depression (Lakey & Cornin, 2008, refererat i Lakey & Orehek, 2011).

Den skyddande funktion som socialt stöd har kommer troligast från den subjektiva upplevelsen av de sociala relationer en individ har (Macdonald et al., 1998). Vidare är det framförallt det upplevda stödet som individen får från sitt nätverk som har kunnat kopplas till livskvalitet hos personer med psykisk sjukdom (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001; Prince & Greber, 2005). För personer med schizofreni är upplevt stöd från det sociala nätverket avgörande för en god samhällsanpassning (Clinton et al., 1998). Upplevt socialt stöd har även påvisats vara

kopplat till färre symptom vid posttraumatiskt stressyndrom (Brewin, Andrews & Valentine, 2000).

I en studie som gjordes i Sverige på personer med psykisk funktionsnedsättning och deras sociala nätverk samt sociala stöd fann forskarna att denna grupp var föremål för omfattande stöd från olika stödkällor. Dock uppfattades inte det mottagna stödet av deltagarna i studien som stödjande. Samma studie fann att informellt stöd och formellt stöd skiljde sig åt genom att det första uppfattades som ovillkorat och det senare som villkorat. Vidare fann forskarna att förmågan att ta emot stöd och upplevelsen av stödet påverkades av personernas interna resurser så som personlighet, självkänsla och kognitiva kapacitet att hantera sin egen situation (Dunér, Nordström & Skärsäter, 2012).

Flera studier har visat att ett begränsat socialt nätverk och mindre socialt stöd är förknippat med högre grad av inläggningar inom psykiatrisk vård för personer med svår psykisk sjukdom (Albert et al., 1998). Det upplevda sociala stödet får även konsekvenser för tilliten till vården. När personer med psykisk sjukdom känner tillit till sitt sociala nätverk ger det även förtroende för de vårdtjänster som erbjuds dem (Kogstad et al., 2013).

Att ha tillgång till familj och vänner i ens liv har visat sig vara starkt associerat till hög funktionsförmåga såsom gott självomhändertagande och att ha ett lönearbete för personer med schizofreni (Evert, Harvey, Trauer & Herrman, 2003).

Olika studier har undersökt om olika sociodemografiska och hälsorelaterade faktorer påverkar det sociala stödet för personer med psykisk ohälsa. Gällande samband mellan socialt stöd och ålder för personer med psykisk sjukdom har inte tidigare forskning entydigt kunnat fastställa ett sådant. Viss forskning antyder att äldre individer har mer socialt stöd än yngre och är mer tillfredsställda med både sociala kontakter och djupa känslomässiga relationer samt har större tillgänglighet till nära relationer än yngre individer med psykisk sjukdom (Eklund & Hansson, 2007; Furukawa et al., 1999). Annan forskning har inte kunnat påvisa ett sådant samband (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001).

Studier som undersökt könsskillnader gällande socialt stöd för personer med psykisk sjukdom har inte kunnat fastställa några skillnader (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001; Eklund & Hansson, 2007; Furukawa et al., 1999).

Bengtsson-Tops & Hansson (2001) har undersökt socialt stöd utifrån sociodemografiska faktorer för personer med psykisk sjukdom. De individer som var gifta, sambo eller bodde

tillsammans med familj hade större tillgång till anknytningsrelationer jämfört med de som var ensamstående och de som bodde ensamma. Vidare upplevde personer som hade anställning en större tillgänglighet till sociala kontakter. Eklund & Hansson (2007) som även de har undersökt en svensk population, har inte funnit skillnader mellan sysselsättningsformer och socialt stöd. De kunde heller inte finna skillnader i socialt stöd för personer med psykisk sjukdom i relation till utbildningsnivå. Vidare fann Bengtsson-Tops & Hansson (2001) inga signifikanta skillnader i socialt stöd hos personer med psykisk sjukdom kopplat till respondenternas ekonomi.

Vidare undersökte Eklund och Hansson (2007) huruvida socialt stöd var relaterat till antal år respondenten hade haft kontakt med psykiatrisk vård. De fann ett svagt positivt samband mellan tillfredsställelse med sociala kontakter och antal år sedan första kontakt med psykiatrin. Forskarna diskuterade att resultatet troligtvis avspeglade ett annat samband som de funnit signifikans för, nämligen det mellan tillfredsställelse med socialt stöd och ålder.

Somliga studier som undersökt skillnader avseende grad av socialt stöd mellan personer med olika psykiatriska diagnoser har funnit att personer med schizofreni både har mindre socialt stöd och är mindre tillfredställda med stödet de får jämfört med samtliga diagnosgrupper som jämförts (Furukawa et al., 1999). En annan studie fann att personer med depressiva symptom och parasuicidala patienter var mindre tillfredställda med sitt sociala stöd i jämförelse med en grupp personer med psykosjukdom (Neeleman & Power, 1994).

Tidigare forskning om självstigma och socialt stöd. Självstigma och socialt stöd har i stor omfattning studerats separat i relation till psykisk sjukdom. Socialt stöd, stereotyper, fördomar och diskriminering förekommer alla i en kontext av sociala relationer. Erfarenheter av självstigma torde vara av betydelse för de sociala relationer som individen ingår i. Likaså kan det tänkas att individens sociala stöd inverkar på självuppfattning och internalisering av stereotyper. En begränsad mängd forskning på sambandet mellan självstigma och socialt stöd har gjorts och presenteras nedan.

I en kinesisk studie gjord på personer med schizofreni erhöles signifikanta negativa samband mellan grad av självstigma och tillgänglighet till stödjande relationer (Ying et al., 2013). I en longitudinell studie påträffade Mueller et al. (2006) att grad av socialt stöd kunde predicera förväntad stigmatisering ett år senare för personer som nyligen insjuknat i psykosjukdom eller affektiva syndrom.

Sibitz, Unger, Woppman, Zidek och Amering (2011) fann i en urvalsgrupp bestående av personer med schizofreni eller schizoaffektivt syndrom en association mellan tillräckligt många vänner i det sociala nätverket och grad av förmåga att stå emot stigmatiserade attityder från omgivningen. Link och kollegor (Link, Cullen, Frank & Wosniak, 1987 refererat i Perlick et al., 2001) fann hos en grupp personer med psykisk sjukdom att en högre grad av oro för stigmatisering kunde kopplas till att personerna valde att förlita sig på personer inom familjen för stöd snarare än på personer utanför familjen såsom vänner. Likaså kunde Perlick et al. (2001) koppla förväntan inför att bli stigmatiserad till ett minskat socialt nätverk gällande vänner men inte familj i en grupp bestående av personer med bipolär sjukdom.

Självstigma kan bidra till att personer med psykisk sjukdom väljer att, som en copingstrategi, dra sig undan sociala sammanhang för att skydda sig mot att bli avvisade av andra (Yanos et al., 2008). Chronister et al. (2013) undersökte socialt stöd och coping av stigma som medierande faktorer i sambanden mellan public stigma, självstigma, återhämtning från psykisk sjukdom och livskvalitet. Socialt stöd medierade effekterna av public stigma på självstigma och återhämtning från psykisk sjukdom. Samma studie visade att socialt stöd var negativt kopplat till grad av public stigma och självstigma. En nigeriansk studie fann att den starkaste korrelationen för höga nivåer av självstigma var låg tillfredsställelse med det sociala stödet (Adewuya et al., 2011). Detta skulle enligt forskarna kunna innebära att självstigmatisering bidrar till att hindra personer från att utveckla stödjande relationer till andra.

Forskning inom området stigma och psykisk sjukdom har oftast fokuserat på allmänhetens attityder mot personer med psykisk sjukdom. Därigenom har brukarperspektivet ofta kommit i skymundan (Lasalvia et al., 2013; Thornicroft et al., 2009). Självstigmatisering har nyligen uppmärksammats som ett viktigt forskningsområde (Sibitz et al., 2009) och förhållandevis lite forskning har gjorts inom detta område i Sverige (Lundberg, 2010).

Självstigma kopplat till psykisk sjukdom har som presenterats ovan undersökts i samband med flertalet psykosociala variabler. Dock är det förhållandevis få studier som undersöker associationen mellan sociala relationer och självstigma och det har inte tydligt kunnat påvisa i vilken riktning som självstigma och socialt stöd påverkar varandra. Relationen mellan självstigmatisering och den subjektiva upplevelsen av socialt stöd behöver därför undersökas närmare.

Sammanfattning av teori och tidigare forskning. Självstigma beskrivs här främst utifrån forskning gjord av Corrigan och kollegor vilka menar att självstigma bäst kan förstås som en process; genom medvetenhet om stereotyper riktade mot den egna gruppen, ett instämmande i stereotypen och applicering av stereotypen på sig själv, vilket slutligen kan leda till flertalet negativa konsekvenser för individen. Forskning har kunnat visa på ett negativt samband mellan grad av självstigma och ett flertal psykosociala faktorer, såsom livskvalitet, självkänsla, sociala interaktioner och socialt stöd.

Forskningsresultat pekar på att personer med psykisk sjukdom ofta har mindre socialt nätverk samt lägre grad av tillfredsställelse med sociala relationer i jämförelse med normalpopulationen. Stödande sociala relationer har visat sig ha betydelse för bland annat tillit till vården, mindre psykopatologi och bättre samhällsanpassning, där just den subjektiva upplevelsen av de stödande relationerna tycks spela störst roll.

Ofta grundar sig forskning om socialt nätverk på utomstående personers skattning. Även stigmaforskning har ofta fokuserat på omgivningens attityder gentemot personer med psykisk sjukdom, i motsats till personernas egen upplevelse. Det är därför motiverat att inkludera ett förstapersonsperspektiv både när det gäller socialt stöd och stigmatisering, något denna examensuppsats syftar till att göra. Därutöver är kunskapen om sambandet mellan självstigma och socialt stöd förhållandevis begränsad.

Syfte

Studien syftar till att undersöka förekomsten av och sambandet mellan självstigma och socialt stöd hos personer med psykisk sjukdom. Studien syftar därutöver till att undersöka huruvida relevanta sociodemografiska och kliniska faktorer kan tänkas vara associerade med självstigma och socialt stöd.

Frågeställningar

1. a) I vilken utsträckning förekommer självstigma hos personer med psykisk sjukdom?
b) I vilken utsträckning upplever personer med psykisk sjukdom socialt stöd?
2. Finns det ett samband mellan förekomst av självstigma och graden av upplevt socialt stöd?

3. Finns det någon association mellan självstigma respektive socialt stöd och: a) kön, b) ålder, c) civilstånd, d) boendeform, e) sysselsättning, f) utbildningsnivå, g) huvudsakligt socialt nätverk, h) ekonomi, i) självrapporterad diagnos och j) antal år sedan första kontakt med psykiatri?

Metod

Deltagare och urval

Deltagarna i denna studie är medlemmar i och har rekryterats ur två olika brukarorganisationer som vänder sig till personer som lever med psykisk ohälsa. Organisationerna verkar för att sprida kunskap om psykisk ohälsa och en av dem är mer specifikt inriktad mot arbetsinriktad rehabilitering. De arbetar även för att minska stigmatisering av personer med psykisk ohälsa i vårt samhälle. Medlemskap och engagemang i organisationerna är på frivillig basis. De båda organisationerna ingår i Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) och finns på ett flertal platser i Sverige.

I studien deltog 94 personer (se tabell 1), av vilka 33 (35 %) var kvinnor, 58 (62 %) män och där tre personer inte hade fyllt i frågan om kön. Deltagarnas medelålder var drygt 46 år ($SD=12,8$), där den yngsta var 19 år och den äldsta 71 år gammal.

Som sysselsättning angav 28 % daglig verksamhet. Arbete i de aktuella brukarorganisationerna har inkluderats i denna kategori. Vidare angav 20 % att de var arbetslösa, 13 % att deras huvudsakliga sysselsättning var ett lönearbete och 5 % angav att deras huvudsakliga sysselsättning var studier. Vidare angav drygt 23 % en annan slags sysselsättning. Här ingår exempelvis de som angivit att de är sjukskrivna, sjukpensionärer eller pensionärer.

Av deltagarna angav 86 % att de hade haft kontakt med psykiatri där medelvärde för antal år sedan första kontakt med psykiatri var 17 år ($SD=11,2$). Totalt angav omkring 75 % sin huvudsakliga psykiatriska diagnos, där 33 % angav att de hade någon typ av förstärknings- och/eller ångestsyndrom, omkring 19 % psykossjukdom, 7 % en neuropsykiatrisk diagnos och där 7 % angav fler än en huvudsaklig diagnos. De personer som angivit en diagnos som inte kunde kategoriseras utifrån de tre ovannämnda diagnostiska kategorierna har inkluderats i kategorin ”övriga”, vilken består av 7 % av deltagarna.

Inkluderingskriterier för deltagande i studien var personer som levde med psykisk ohälsa. Fokus låg på deltagarnas subjektiva bedömning där personer upplevde sig själv tillhöra denna grupp inkluderades. Personer som inte var medvetna om att de hade en diagnos eller vilken denna var kunde därför ingå i studien. Exkluderingskriterier var om personen själv inte upplevde att hon/han hade psykisk ohälsa oavsett om personen var i kontakt med psykiatri eller inte. Inget slumpmässigt urval gjordes. Det gjordes ändamålsenligt där studiens syfte styrde urvalet av personer.

Tabell 1. Demografiska data över deltagarna i studien

Karaktäristika	n	%	M (min/max)	SD
Kön				
Kvinna	33	35,1		
Man	58	61,7		
Annat	0	0,0		
Civilstånd				
Singel	78	83,0		
I förhållande	12	12,8		
Ålder	87	92,6	46,60 (19/71)	12,8
Högsta avslutade utbildning				
Grundskola	18	19,1		
Gymnasium	36	38,3		
Högskola/Universitet	34	36,2		
Boendeform				
Ensamboende	73	77,7		
Med partner	10	10,6		
Med föräldrar	2	2,1		
Annan	1	1,1		
Sysselsättning				
Lönearbete	12	12,8		
Studier	5	5,3		
Daglig verksamhet	26	27,7		
Arbetslös	19	20,2		
Annat	22	23,4		
Månatlig inkomst efter fasta utgifter	81	86,2	3505 (0/10000)	2256
År sedan första kontakt med psykiatrin	81	86,2	16,98 (0/46)	11,24
Huvudsakligt socialt nätverk				
Familj	23	24,5		
Vänner	23	24,5		
Kollegor/brukarorganisation	3	3,2		
Vårdkontakt	14	14,9		
Har ingen tät kontakt med någon	5	5,3		
Psykiatrisk diagnos				
Psykossjukdomar	18	19,1		
Förstämnings- och/eller ångestsyndrom	31	33,0		
Neuropsykiatrisk diagnos	7	7,4		
Två eller fler diagnoser	7	7,4		
Övriga	7	7,4		

Mätinstrument

Två mätinstrument användes vilka mäter socialt stöd och interaktion respektive självstigmatisering. Därutöver inkluderades ett bakgrundsformulär (bilaga 1) vilket syftade till att undersöka eventuella demografiska skillnader mellan grupper på utfallsvariablerna socialt stöd och självstigmatisering.

ISSI-SR. Abbreviated version of the Interview Schedule for Social Interaction (ISSI-SR) är ett självskattningsinstrument med fyra delskalor som syftar till att mäta social interaktion och socialt stöd. Instrumentet består av 13 huvudfrågor med underfrågor, vilket ger totalt 30 frågor. Totalpoäng respektive poäng på varje delskala kan räknas samman. Mätinstrumentet bygger på Weiss (1998) klassificering av social interaktion i två typer av relationer: anknytningsrelationer (djupa känslomässiga relationer) och tillhörighetsrelationer (sociala kontakter).

Instrumentet mäter tillgång till dessa typer av social interaktion. Det ger även ett mått på om individen hade önskat fler eller färre kontakter av respektive typ, det vill säga tillfredsställelse med respektive typ av relation. Detta ger upphov till fyra delskalor: tillgång till sociala kontakter (AVSI), upplevd tillfredsställelse med sociala kontakter (ADSI), tillgång till djupa känslomässiga relationer (AVAT) och upplevd tillfredsställelse med djupa känslomässiga relationer (ADAT).

ISSI-SR är en förkortad version av ”The Interview Schedule for Social Interaction” (ISSI) som ursprungligen har utarbetats av Henderson, Duncan-Jones, Byrne och Scott (1980) och har visat på god validitet och reliabilitet (Undén & Orth-Gomér, 1984, Eklund & Hansson, 2007). Data för en svensk normalpopulation avseende socialt stöd har uppmätts med ISSI-SR år 1988 i (Cederblad och Höök, 1988 refererat i Bengtsson-Tops & Hansson, 2001). Föreliggande studie kommer att jämföra resultat på ISSI-SR med detta stickprov.

Reliabilitet uppmättes i föreliggande studie. Cronbach alfa för helskalan var 0,91. För respektive delskala var Cronbach alfa 0,68 (AVSI), 0,78 (ADSI), 0,76 (AVAT) och 0,87 (ADAT). Tillstånd att använda ISSI-SR erhöles via e-post 2013-09-19 av Britt-Marie Wallin, tidigare medarbetare på Statens institut för psykosocial medicin, innehavare av copyright för mätinstrumentet i Sverige.

SSMIS-SF. Self-Stigma of Mental Illness Scale - short form (SSMIS-SF) är ett mätinstrument som mäter självstigma relaterat till psykisk sjukdom. Instrumentet utvecklades

genom att en grupp personer med psykisk sjukdom tillfrågades vilka de upplevde som de vanligaste stereotyperna från allmänheten avseende individer med psykisk sjukdom.

Den ursprungliga skalan SSMIS bestod av tio stereotyper. Vid användandet av instrumentet i forskningssammanhang var kritik mot instrumentet dels att det var för långt, dels uppfattades flera item som offensiva av respondenterna, vilket resulterade i att ett flertal personer avstod från att svara på formuläret (Corrigan et al., 2012). Med anledning av detta förkortades skalan ned till SSMIS-SF som innehåller de fem stereotyper som av brukare uppfattades som de minst offensiva. Stereotyperna är följande: *personer med psykisk sjukdom är oförutsägbara, kommer inte kunna bli bättre eller återhämta sig, har sig själva att skylla för sina problem, är farliga* respektive *kan inte ta hand om sig själva* (ibid.).

Instrumentet är uppbyggt av fyra delar vilka avser att mäta olika komponenter av självstigma: medvetenhet om stereotyper, instämmande i stereotyper, tillämpning av stereotyper på sig själv och skada på självkänsla. En och samma stereotyp är alltså formulerad på fyra olika sätt för att syfta till de fyra komponenterna i självstigma.

För att exemplifiera: stereotypen ”de flesta personer med psykisk sjukdom är oförutsägbara” förekommer således i fyra modifikationer: *jag tror att allmänheten föreställer sig att de flesta personer med psykisk sjukdom är oförutsägbara* (medvetenhet); *jag tror att de flesta personer med psykisk sjukdom är oförutsägbara* (instämmande); *eftersom jag har en psykisk sjukdom är jag oförutsägbar* (tillämpning) samt *för närvarande har jag mindre respekt för mig själv eftersom jag är oförutsägbar* (skada på självkänsla). Respondenten ombeds att ta ställning till totalt 20 påståenden som mäts på en 9-gradig Likert-skala vilken sträcker sig från 0 = tar helt avstånd till 9 = instämmer helt och hållet. Minimumpoäng på varje delskala är 5 poäng och maximumpoäng är 45.

Den svenska versionen av SSMIS-SF har översatts av Lars Hansson, professor vid Lunds universitet. Tillstånd att använda instrumentet inhämtades av honom skriftligen 2013-09-19. Psykometriska egenskaper för det engelska originalinstrumentet har testats av Corrigan et al. (2012) med tillfredsställande validitet, intern konsistens för delskalorna samt test-retest reliabilitet. Den svenska versionen har tidigare inte prövats för reliabilitet och validitet. Beräkningar av reliabiliteten på SSMIS-SF gjordes i föreliggande studie och visade värden på Cronbachs alpha på delskalorna medvetenhet om stereotyper 0,82, instämmande i stereotyper 0,83, tillämpning 0,81 respektive skada på självkänsla 0,84.

Förutom de två nämnda instrumenten ställdes i ett sista blad ett antal frågor om demografiska och kliniska uppgifter.

Procedur

Författarna kontaktade föreståndarna för de lokala brukarorganisationerna under september år 2013 och informerade om studiens syfte och målgrupp. Därefter besöktes var och en av verksamheterna. Före enkäten distribuerades till målgruppen gavs den till tre personer som fick komma med kommentarer angående utformningen. De personerna hade inte någon psykisk sjukdom.

Sammanlagt samlades material in vid sex separata verksamheter i fyra städer i Skåne under perioden september-oktober samma år. Samtycke erhöles genom en samtyckesblankett (bilaga 2) som var bifogad i enkäten. I fyra av sex verksamheter hade författarna möjlighet att informera om studien under möten som hölls för och av medlemmar. Därefter distribuerades enkäterna på plats till de personer som var intresserade av att delta i studien. I en av verksamheterna sattes anslag upp med information om studien.

I samråd med varje föreståndare bestämdes det att författarna skulle distribuera enkäten vid ett antal tillfällen och då vara på plats för att svara på eventuella frågor kring deltagande i studien. I de verksamheter där författarnas närvaro ej rekommenderades, lämnades enkäter för medlemmar att ta del av. Information om studien gavs då muntligen till personal och föreståndare och även via informationsbladet (bilaga 3) som medföljde enkäten. Enkäter lämnades kvar på två av de verksamheter där författarna närvarat för att besvara frågor och delat ut enkäter. De enkäter som lämnades på verksamheterna samlades upp av författarna efter några dagar.

Då författarna var närvarande vid datainsamlingen blev det tydligt att en del av deltagarna behövde stöd för att få hela enkäten ifylld. Enkäten uppfattades i vissa fall vara för lång eller svår att följa och en del personer ställde därför frågor till författarna. Andra valde att avbryta deltagandet och exkluderades därmed ur studien. Även de personer som lämnade enkäten endast till hälften ifylld exkluderades. Den svenska översättningen av SSMIS-SF har en layout som de flesta av de tio första respondenterna i denna studie upplevde som svårförståelig. Dessa deltagare fick förtydligande instruktioner av författarna i hur denna del skulle besvaras. Detta föranledde författarna till denna uppsats att utforma en reviderad layout där översättningen

ordagrant behölls men där en skattningsskala följde efter varje påstående. Inom vissa verksamheter var svarsdeltagandet lågt i de fall som enkäter hade lämnats på verksamheten, vilket ledde till beslutet att författarna i den mån det var möjligt var på plats för frågor, eller gav stöd i de fall som deltagarna behövde hjälp med att fylla i enkäten. Tid för ifyllande av enkäten varierade mellan 15 minuter och 30 minuter.

Statistisk procedur. Statistiska bearbetningar har gjorts med hjälp av Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 22. Deskriptiva analyser av stickprovet gjordes där medelvärden, standardavvikelse och intervaller på de aktuella variablerna undersöktes. I de fall då stickproven inte var normalfördelade eller brott mot antagande om linjäritet eller homoskedasticitet ej förelåg, valde författarna att analysera data med hjälp av icke-parametriska test. Spearman's Rank Order correlation (ρ) användes för att undersöka samband mellan variablerna ålder, antal år efter första kontakt med psykiatrin, månatlig inkomst efter fasta utgifter, självstigma uppmätt med SSMIS-SF och delskalorna för socialt stöd uppmätt med ISSI-SR. Samband mellan helskalan för ISSI-SR och ålder, månatlig inkomst efter fasta utgifter och antal er efter första kontakt med psykiatrin undersöktes med Pearsons korrelationskoefficient.

Jämförelse mellan oberoende grupper på utfallsvariablerna socialt stöd och självstigma beräknades med de icke-parametriska testen Mann-Whitney U Test och Kruskal-Wallis Test. Reliabiliteten på huvudskalorna som mätte självstigma och socialt stöd beräknades till värden på Cronbachs alpha.

Etiska överväganden

Respondenterna fick i enkätens försättsblad kort information om studiens syfte och att de var garanterade anonymitet. Det tydliggjordes att deltagande i studien var frivilligt och att det när som helst var möjligt att avbryta deltagandet. Det tydliggjordes att inga personuppgifter skulle samlas in och att information ej skulle komma att knytas till en specifik individ. Försättsbladet innehöll kontaktuppgifter till författarna samt handledare. I enkäten fick respondenterna skriftligen samtycka till att delta i studien samt bekräfta att de fått information.

I bakgrundsformuläret ingick en fråga om självrapporterad diagnos som kan klassas som en känslig personuppgift. Frågan om självrapporterad psykiatrisk diagnos kan uppfattas som provocerande av de individer som ställer sig kritiska till sin diagnos eller till diagnossystemet.

Att få en psykiatrisk diagnos kan upplevas som ett sätt att bli märkt eller stigmatiserad och frågan skulle därför kunna uppfattas som att även författarna till denna studie ville kategorisera eller märka respondenterna. Med anledning av detta gavs respondenterna möjlighet att själva ange vilken diagnos de anser stämmer bäst med det egna hälsotillståndet i motsats till att markera på förhand givna alternativ. Respondenterna kunde även välja att ej besvara frågan.

Gällande mätinstrumentet SSMIS- SF består det som beskrivits ovan av en rad påståenden baserade på fördomar i samhället om personer med psykisk sjukdom. I den ursprungliga versionen av instrumentet uppfattades somliga påståenden som kränkande, vilket föranledde att de påståenden som var minst provocerande behölls i SSMIS-SF. Då inga tidigare studier använt en svensk version av instrumentet kunde författarna dock inte utesluta att deltagarna ändå skulle uppfatta påståendena som kränkande. Med detta i åtanke ställde författarna frågor till de första tio deltagarna om hur de uppfattade enkäten och fick inga indikationer på att frågorna upplevdes som kränkande.

Resultat

Förekomst av självstigma och socialt stöd

Svarsfrekvens och bortfall på varje skala för ISSI-SR och SSMIS-SF presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Svarsfrekvens och bortfall för ISSI-SR och SSMIS-SF

	ISSI-tot	AVSI	ADSI	AVAT	ADAT	SSMIS-1	SSMIS-2	SSMIS-3	SSMIS-4
N valida svar	44	78	61	83	70	89	88	90	90
Bortfall	50	16	33	11	24	5	6	4	4

Medelvärden på förekomst av självstigma hos respondenterna i denna studie var för respektive skala i SSMIS-SF: medvetenhet om stereotyper (SSMIS-1) 27,5 (SD 9,0), instämmande i stereotyper (SSMIS-2) 14,8 (SD 8,5), tillämpning av stereotyper (SSMIS-3) 11,7 (SD 7,7) och skada på självkänsla (SSMIS-4) 11,5 (SD 8,1). I tabell 3 presenteras resultaten i jämförelse med tre andra studier där formuläret använts (Corrigan et al., 2006; Corrigan, Rafacz & Rüsche, 2011; Rüsche et al., 2006).

Tabell 3. Resultat i föreliggande studie samt för tre studier gjorda i USA. Minimum- och maximumvärden på delskalorna presenteras samt medelvärden och standardavvikelser.

Skala (min-max)	Aktuell studie Medelvärde (SD)	Corrigan et al. 2011	Rüsche et al. 2006	Corrigan et al. 2006
SSMIS-1 (5-45)	27,5 (9,0)	34 (8,3)	26,2 (9,6)	32,5 (9,8)
SSMIS-2 (5-45)	14,8 (8,5)	18,6 (8,5)	15 (6,9)	16,8 (8,2)
SSMIS-3 (5-45)	11,7 (7,7)	14,2 (13,8)	16,7 (9,0)	12,9 (7,1)
SSMIS-4 (5-45)	11,5 (8,1)	11,6 (7,5)	16,9 (11,1)	12,3 (7,8)

Den genomsnittliga skattningen på socialt stöd för detta stickprov på totalskalan för ISSI-SR var 13,1 (SD 7,42). För de olika delskalorna erhöles följande medelvärden för stickprovet: tillgänglighet till sociala kontakter (AVSI) 2,01 (SD 1,67), upplevd tillfredsställelse med sociala kontakter (ADSI) 3,98 (SD 2,51), tillgänglighet till djupa känslomässiga relationer (AVAT) 3,72 (SD 1,93) och upplevd tillfredsställelse med djupa känslomässiga relationer (ADAT) 4,01 (SD 3,24).

Data för en svensk normalpopulation avseende socialt stöd uppmättes med ISSI-SR år 1988 i samband med en uppföljningsstudie om stressreaktioner och beteendestörningar hos barn som Cederblad och Höök genomförde. Stickprovet består av föräldrarna till de barn som ingick i studien (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001). Resultaten från normalpopulation kontrasteras i tabell 4 med resultaten från denna studie.

Tabell 4. Socialt stöd för kvinnor och män enligt ISSI-SR. En jämförelse mellan svensk normalpopulation och studiens respondenter. Minimum- och maximumvärden på skalorna anges.

Skala (min- max)		Aktuell studie Medelvärde (SD)	Stickprov ur normalpopulation Medelvärde (SD)
ISSI-tot (0-30)	Kvinnor	11,31 (7,9)	23,91 (5,16)
	N	13	180
	Män	14,23 (6,99)	23,08 (5,57)
	N	30	160
AVSI (0-6)	Kvinnor	2,36 (1,78)	4,22 (1,53)
	N	25	180
	Män	1,82 (1,60)	4,15 (1,56)
	N	50	160
ADSI (0-8)	Kvinnor	3,45 (2,42)	6,89 (1,6)
	N	20	180
	Män	4,31 (2,49)	6,57 (1,8)
	N	39	160
AVAT (0-6)	Kvinnor	3,82 (1,98)	5,36 (1,08)
	N	28	180
	Män	3,69 (1,92)	5,09 (1,33)
	N	52	160
ADAT (0-10)	Kvinnor	3,48 (3,28)	7,44 (2,6)
	N	21	180
	Män	4,21 (3,13)	7,27 (2,57)
	N	47	160

Resultat på skalan tillgång till djupa känslomässiga relationer (AVAT) visar att en majoritet av deltagarna svarade att de hade tillgång till denna typ av relationer, i alla aspekter som undersöktes förutom på frågan om det händer att någon håller om respondenten till tröst eller stöd. Där svarade drygt 55 % att de saknade denna typ av stöd. Vidare svarade över en tredjedel av respondenterna att de inte hade någon som stod dem nära, någon relation där de kunde känna sig uppskattade, någon som kunde dela deras lycka och någon de kunde anförtro sina innersta känslor till. I tabell 5 redogörs för stickprovets upplevda tillgänglighet till olika aspekter av djupa känslomässiga relationer som mäts i denna skala.

Tabell 5. Tillgänglighet till olika aspekter av djupa känslomässiga relationer

Variabel på AVAT	Ja %	Nej%
Stödjande relation	77,2	22,8
Nära relation	59,8	40,2
Uppskattande relation	63,5	36,5
Relation för delad lycka	63,8	36,2
Förtrolig relation	55,3	44,7
Tröstande relation	44,7	55,3

Samband mellan grad av självstigma och socialt stöd

Samband mellan socialt stöd (mätt med ISSI-SR) och självstigma undersöktes genom beräkning av Spearman's Rank Order korrelationskoefficient. Detta gjordes efter att preliminära analyser visat att brott mot antaganden om linjäritet, normalfördelning och homoskedasticitet förelåg.

Tabell 6 redogör för alla korrelationsanalyser som gjordes mellan självstigma och socialt stöd samt andel förklarad varians för signifikanta korrelationer. Signifikanta negativa samband identifierades för alla de fyra skalorna som mätte självstigma och någon av skalorna för socialt stöd. Inga korrelationer mellan tillgänglighetsskalorna för socialt stöd (AVSI och AVAT) och typ av självstigma kunde påvisas. Delskalan ADSI som mäter tillfredsställelse med sociala kontakter korrelerade negativt med alla skalor på SSMIS-SF och delskalan som mätte skada på självkänsla (SSMIS-4) korrelerade negativt med tre av fem skalor för socialt stöd.

Tabell 6. Korrelationer mellan socialt stöd och självstigma med Spearman's Rank Order korrelationskoefficient

Skalor	AVSI	ADSI	AVAT	ADAT	ISSI-tot
SSMIS-1	-0,112	-0,366**	-0,168	-0,277*	-0,193
N	75	59	81	68	43
r ²		0,134		0,077	
SSMIS-2	-0,154	-0,292*	-0,199	-0,174	-0,3
N	74	59	79	67	43
r ²		0,085			
SSMIS-3	-0,082	-0,256*	-0,118	-0,202	-0,255
N	76	60	81	68	43
r ²		0,066			

SSMIS-4	-0,177	-0,381**	-0,165	-0,314**	-0,384*
N	75	60	80	67	43
r²		0,145		0,099	0,147

**p < 0,01, *p < 0,05 (2-tailed)

Ett medelstarkt negativt samband erhöles mellan medvetenhet om stereotyper (SSMIS-1) och tillfredsställelse med sociala kontakter (ADSI), $r = -0,37$, $n = 59$, $p < 0,01$, där hög medvetenhet om stereotyper om personer med psykisk sjukdom är associerat med låg grad av tillfredsställelse med sociala kontakter. Medvetenhet om stereotyper förklarade 13,4 % av variansen i tillfredsställelse med sociala kontakter.

Ett svagt negativt samband erhöles mellan medvetenhet om stereotyper (SSMIS-1) och tillfredsställelse med djupa känslomässiga relationer (ADAT), $r = -0,28$, $n = 68$, $p < 0,05$, där hög grad av medvetenhet om stereotyper är associerat med låg grad av tillfredsställelse med djupa känslomässiga relationer. Medvetenhet om stereotyper förklarade 7,7 % av variansen i tillfredsställelse med djupa känslomässiga relationer

Ett svagt negativt samband erhöles mellan instämmande i stereotyper (SSMIS-2) och tillfredsställelse med sociala kontakter (ADSI), $r = -0,29$, $n = 59$, $p < 0,05$, där hög grad av instämmande i stereotyper om gruppen; personer med psykisk sjukdom är associerat med låg grad av tillfredsställelse med sociala kontakter. Instämmande i stereotyper förklarade 8,5 % av variansen i tillfredsställelse med sociala kontakter.

Ett svagt negativt samband erhöles mellan tillämpning av stereotyper på sig själv (SSMIS-3) och tillfredsställelse med social integration (ADSI), $r = -0,26$, $n = 60$, $p < 0,05$, där hög grad av tillämpning av stereotyper på den egna personen är associerat med låg grad av tillfredsställelse med sociala kontakter. Tillämpning av stereotyper på sig själv förklarade 6,6 % av variansen i tillfredsställelse med social integration.

Ett medelstarkt negativt samband identifierades mellan skada på självkänsla (SSMIS-4) och tillfredsställelse med social integration (ADSI), $r = -0,38$, $n = 60$, $p < 0,01$. Förklarad varians mellan variablerna var 14,5 %. Ett medelstarkt negativt samband erhöles även mellan SSMIS-4 och tillfredsställelse med djupa känslomässiga relationer (ADAT), $r = -0,31$, $n = 67$, $p < 0,01$. Förklarad varians mellan variablerna var 9,9 %. Den tredje skalan som korrelerade medelstarkt med SSMIS-4 var helskala för socialt stöd (ISSI-tot), $r = -0,38$, $n = 68$, $p < 0,05$. Förklarad

varians mellan variablerna var 14,7 %. Dessa resultat indikerar att hög grad av självstigma som skadar självkänslan är associerat med låg grad av tillfredsställelse med sociala kontakter, låg grad av tillfredsställelse med djupa känslomässiga relationer och lägre grad av generellt socialt stöd.

Sociodemografiska och kliniska faktorer associerade till självstigma

Kön. Beräkning med Mann-Whitney U Test för parvisa jämförelser visade inte några signifikanta skillnader mellan kvinnor och män avseende självstigma (se tabell 7).

Tabell 7. Resultat av Mann-Whitney U Test för parvisa jämförelser avseende kön och självstigma som visar *U*-värde, *z*-värde, effektstorlek och signifikansnivå samt *n*-tal och medianvärde för kvinnor och män.

	N		Md		<i>U</i> -värde	<i>z</i> -värde	<i>r</i> -värde	<i>p</i> -värde
	kvinnor	män	kvinnor	män				
SSMIS-1	30	58	29,5	28,5	809,5	-0,53	0,06	0,59
SSMIS-2	30	57	17	13	759,5	-0,86	0,09	0,39
SSMIS-3	31	58	10	9,5	842	-0,5	0,05	0,62
SSMIS-4	32	57	7	9	894,5	-0,16	0,02	0,88

Ålder. Samband mellan ålder och självstigma undersöktes med Spearman's Rank Order korrelationskoefficient. Detta gjordes efter att preliminära analyser visat att det inte förelåg normalfördelning för de fyra skalorna på SSMIS-SF. Preliminära analyser för att undersöka antagande om linjäritet och homoskedasticitet gjordes även. Inga signifikanta korrelationer mellan ålder och självstigma identifierades (SSMIS-1, $r = -0,17$, $n = 85$, $p > 0,05$, SSMIS-2, $r = -0,06$, $n = 84$, $p > 0,05$, SSMIS-3, $r = -0,07$, $n = 86$, $p > 0,05$, SSMIS-4, $r = -0,04$, $n = 86$, $p > 0,05$).

Civilstånd. Mann-Whitney U Test för parvisa jämförelser användes för att beräkna skillnader avseende självstigma mellan de som uppgav singel som civilstånd och de som angav att de var i en relation. De personer som angav att de hade ett förhållande hade signifikant lägre värde på tre skalor som uppmätte självstigma: instämmande av stereotyper, tillämpning av stereotyper samt skada på självkänsla (se tabell 8).

Tabell 8. Resultat av Mann-Whitney U Test för parvisa jämförelser avseende civilstånd och självstigma som visar *n*-tal och medianvärde, *U*-värde, *z*-värde, effektstorlek samt signifikansnivå.

	N		Md		<i>U</i> -värde	<i>z</i> -värde	<i>r</i> -värde	<i>p</i> -värde
	singel	förhållande	singel	förhållande				
SSMIS-1	76	11	28,5	30	393	-0,32	0,03	0,75
SSMIS-2	75	11	17	6	213,5	-2,59	0,28	0,01*
SSMIS-3	76	12	11	5	241	-2,65	0,28	0,008**
SSMIS-4	77	11	10	5	266	-2,05	0,22	0,04*

***p* < 0,01, **p* < 0,05 (2-tailed).

Boendeform. Mann-Whitney U Test för parvisa jämförelser användes för beräkning av skillnader avseende självstigma mellan de som uppgav att de bodde ensamma och de som bodde tillsammans med någon. De som bodde ensamma hade signifikant högre värden på skalorna som mätte instämmande av stereotyper (SSMIS-2) samt tillämpning av stereotyper (SSMIS-3) (se tabell 9).

Tabell 9. Resultat av Mann-Whitney U Test för parvisa jämförelser avseende boende och självstigma som visar *n*-tal och medianvärde, *U*-värde, *z*-värde, effektstorlek samt signifikansnivå.

	N		Md		<i>U</i> -värde	<i>z</i> -värde	<i>r</i> -värde	<i>p</i> -värde
	ensam	tillsammans	ensam	tillsammans				
SSMIS-1	70	16	28	29,5	530,5	-3,3	0,04	0,74
SSMIS-2	70	15	17	7	285,5	-2,78	0,3	0,005**
SSMIS-3	71	16	11	5	329	-2,66	0,28	0,008**
SSMIS-4	72	15	10	5	383	-1,8	0,2	0,069

***p* < 0,01 (2-tailed)

Sysselsättning. Beräkningar med Mann-Whitney U Test visade inte på några signifikanta skillnader avseende självstigma mellan personer som hade lönearbete som sysselsättning i jämförelse med dem som hade daglig verksamhet (se tabell 10).

Tabell 10. Resultat av Mann-Whitney U Test för parvisa jämförelser avseende sysselsättning och självstigma som visar *n*-tal och medianvärde, *U*-värde, *z*-värde, effektstorlek samt signifikansnivå.

	N		Md		<i>U</i> -värde	<i>z</i> -värde	<i>r</i> -värde	<i>p</i> -värde
	lönearbete	dag.v	lönearbete	dag.v				
SSMIS-1	12	25	30,5	26	90,5	-1,94	0,32	0,05
SSMIS-2	11	25	8	16	95,5	-1,46	0,24	0,15
SSMIS-3	12	26	9	13,5	124	-1	0,16	0,31
SSMIS-4	12	26	9,8	8,5	150,5	-0,18	0,03	0,86

Utbildningsnivå. Beräkningar med Kruskal-Wallis Test visade inga signifikanta skillnader mellan utbildningsnivå avseende de olika aspekterna av självstigma.

SSMIS-1: (Gp1, $n = 17$ grundskola, Gp2, $n = 35$ gymnasium, Gp3, $n = 33$ högskola), $\chi^2(2, n = 85) = 0,05, p = 0,98$. SSMIS-2: (Gp1, $n = 16$ grundskola, Gp2, $n = 35$ gymnasium, Gp3, $n = 33$ högskola), $\chi^2(2, n = 84) = 5,49, p = 0,06$. SSMIS-3: (Gp1, $n = 17$ grundskola, Gp2, $n = 35$ gymnasium, Gp3, $n = 34$ högskola), $\chi^2(2, n = 86) = 0,18, p = 0,91$. SSMIS-4: (Gp1, $n = 17$ grundskola, Gp2, $n = 36$ gymnasium, Gp3, $n = 34$ högskola), $\chi^2(2, n = 87) = 0,46, p = 0,8$.

Socialt nätverk. Eventuella gruppskillnader undersöktes avseende självstigma mellan grupper som angivit familj, vänner respektive vårdkontakt som primära sociala nätverk. Beräkning med Kruskal-Wallis Test visade inte på några signifikanta skillnader avseende självstigma mellan de tre grupperna:

SSMIS-1: (Gp1, $n = 22$ familj, Gp2, $n = 23$ vän, Gp3, $n = 13$ vårdkontakt), $\chi^2(2, n = 58) = 0,74, p = 0,69$. SSMIS-2: (Gp1, $n = 23$ familj, Gp2, $n = 20$ vän, Gp3, $n = 13$ vårdkontakt), $\chi^2(2, n = 56) = 0,24, p = 0,89$. SSMIS-3: (Gp1, $n = 23$ familj, Gp2, $n = 22$ vän, Gp3, $n = 13$ vårdkontakt), $\chi^2(2, n = 58) = 3,87, p = 0,15$. SSMIS-4: (Gp1, $n = 22$ familj, Gp2, $n = 22$ vän, Gp3, $n = 14$ vårdkontakt), $\chi^2(2, n = 58) = 3,08, p = 0,21$.

Ekonomi. Samband mellan ekonomi och självstigma undersöktes med Spearman's Rank Order korrelationskoefficient. Detta gjordes efter att preliminära analyser visat på brott mot antagandet om normalfördelning för alla delskalorna på SSMIS-SF. Preliminära analyser för att undersöka antagande om linjäritet och homoskedasticitet gjordes även. Ett svagt negativt samband erhöles mellan inkomst efter fasta utgifter och medvetenhet om stereotyper (SSMIS-1), $r = -0,231, n = 78, p < 0,05$. En större disponibel inkomst efter fasta utgifter kan här associeras med lägre medvetenhet om stereotyper om personer med psykisk sjukdom. Ekonomi förklarade 5,3 % av variansen i medvetenhet om stereotyper. Inga signifikanta korrelationer mellan ekonomi och övriga skalor för självstigma identifierades (SSMIS-2, $r = -0,05, n = 78, p > 0,05$, SSMIS-3, $r = -0,09, n = 80, p > 0,05$, SSMIS-4, $r = -0,05, n = 80, p > 0,05$).

Diagnos. Kruskal- Wallis Test visade inte på några signifikanta skillnader avseende diagnos mellan självrapporterad diagnos och självstigma.

SSMIS-1: (Gp1, $n = 15$: psykos, Gp2, $n = 17$: ångest/depression, Gp3, $n = 6$: neuropsykiatrisk, Gp4, $n = 7$: två eller fler diagnoser, Gp5, $n = 4$: övriga), $\chi^2 (4, n = 67) = 2,27, p = 0,69$. SSMIS-2: (Gp1, $n = 16$: psykos, Gp2, $n = 31$: ångest/depression, Gp3, $n = 7$: neuropsykiatrisk, Gp4, $n = 7$: två eller fler diagnoser, Gp5, $n = 7$: övriga), $\chi^2 (4, n = 68) = 1,36, p = 0,85$. SSMIS-3: (Gp1, $n = 17$: psykos, Gp2, $n = 31$: ångest/depression, Gp3, $n = 7$: neuropsykiatrisk, Gp4, $n = 7$: två eller fler diagnoser, Gp5, $n = 7$: övriga), $\chi^2 (4, n = 69) = 3,1, p = 0,54$. SSMIS-4: (Gp1, $n = 18$: psykos, Gp2, $n = 31$: ångest/depression, Gp3, $n = 7$: neuropsykiatrisk, Gp4, $n = 7$: två eller fler diagnoser, Gp5, $n = 6$: övriga), $\chi^2 (4, n = 69) = 2,72, p = 0,61$.

År sedan första kontakt med psykiatrin. Samband mellan antal år sedan första kontakt psykiatrin och självstigma undersöktes med Spearman's Rank Order korrelationskoefficient eftersom brott mot antagandet om normalfördelning förelåg för alla delskalorna på SSMIS-SF. I de preliminära analyserna som gjordes undersöktes även antagande om linjäritet och homoskedasticitet. Inga signifikanta korrelationer mellan antal år sedan första kontakt med psykiatrin och självstigma identifierades (SSMIS-1, $r = -0,13, n = 78, p = 0,24$, SSMIS-2, $r = -0,13, n = 78, p = 0,28$, SSMIS-3, $r = -0,09, n = 80, p = 0,44$, SSMIS-4, $r = 0,06, n = 80, p = 0,58$).

Sociodemografiska faktorer associerat till socialt stöd

Kön. Mann-Whitney U Test för parvisa jämförelser visade inte på något signifikanta skillnader mellan kvinnor och män avseende socialt stöd presenteras i tabell 11.

Tabell 11. Resultat av Mann-Whitney U Test för parvisa jämförelser avseende kön och socialt stöd som visar n -tal och medianvärde, U -värde, z -värde, effektstorlek samt signifikansnivå.

	N		Md		U -värde	z -värde	r -värde	p -värde
	kvinnor	män	kvinnor	män				
AVSI	25	50	2	2	520	-1,2	0,14	0,23
ADSI	20	39	3,5	4	318	-1,16	0,15	0,26
AVAT	28	52	4	4	695	-0,34	0,04	0,74
ADAT	21	47	2	4	416	-1,04	0,13	0,3
ISSI tot	13	30	9	15	142	-1,4	0,21	0,16

Ålder. Samband mellan ålder och socialt stöd undersöktes med Spearman's Rank Order korrelationskoefficient för delskalorna för ISSI-SR, efter att preliminära analyser visat att brott

mot antagandet om normalfördelning förelåg för alla delskalorna. I de preliminära analyserna undersöktes även antagande om linjäritet och homoskedasticitet. Ett svagt positivt samband mellan ålder och tillfredsställelse med djupa känslomässiga relationer (ADAT) erhöles: $r = 0,29$, $n = 65$, $p < 0,05$. Högre ålder är associerat med större tillfredsställelse med djupa känslomässiga relationer. Ålder förklarade 8,2 % av variansen i tillfredsställelse med djupa känslomässiga relationer. Inga signifikanta korrelationer identifierades mellan ålder och de övriga delskalorna för socialt stöd; AVSI ($r = 0,03$, $n = 73$, $p > 0,05$), ADSI ($r = 0,18$, $n = 58$, $p > 0,05$), AVAT ($r = 0,17$, $n = 78$, $p > 0,05$). Samband mellan ålder och generellt socialt stöd uppmätt med helskalan för ISSI-SR undersöktes med Pearsons korrelationskoefficient, efter att preliminära analyser ej visat brott mot antagandet om linjäritet, normalfördelning och homoskedasticitet. Inget signifikant samband mellan ålder och generellt socialt stöd identifierades ($r = 0,03$, $n = 43$, $p > 0,05$).

Civilstånd. Mann-Whitney U Test för parvisa jämförelser visade på signifikanta skillnader mellan de som uppgav singel som civilstånd och de som uppgav att de var i ett förhållande avseende tillgänglighet till djupa känslomässiga relationer (AVAT). De personer som angav att de hade ett förhållande erhöles signifikant högre värden på skalan (se tabell 12).

Tabell 12. Resultat av Mann-Whitney U Test för parvisa jämförelser avseende kön och socialt stöd som visar n-tal och medianvärde, U-värde, z-värde, effektstorlek samt signifikansnivå.

	N		Md		U-värde	z-värde	r-värde	p-värde
	singel	förhållande	singel	förhållande				
AVSI	67	7	2	2	179,5	-1,04	0,12	0,3
ADSI	57	5*	4	5	101	-0,93	0,12	0,35
AVAT	69	10	4	5,5	161	-2,76	0,31	0,006**
ADAT	59	8	3	7,5	125,5	-2,15	0,26	0,03*

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$ (2-tailed)

Boendeform. Mann-Whitney U Test för parvisa jämförelser visade på signifikanta skillnader mellan de som bodde ensamma och de som bodde tillsammans med någon både avseende tillgänglighet till djupa känslomässiga relationer, AVAT, och sammanlagd skattning av socialt stöd. De som bodde ensamma erhöles signifikant lägre poäng på nämnda skalor (se tabell 13).

Tabell 13. Resultat av Mann-Whitney U Test för parvisa jämförelser avseende boende och socialt stöd som visar n-tal och medianvärde, U-värde, z-värde, effektstorlek samt signifikansnivå.

	N		Md		U-värde	z-värde	r-värde	p-värde
	ensam	tillsammans	ensam	tillsammans				
AVSI	60	13	2	2	313,5	-1,13	0,13	0,26
ADSI	47	11	4	5	231,5	-0,54	0,07	0,59
AVAT	62	16	3,5	5,5	231,5	-3,33	0,38	0,001**
ADAT	54	12	3	4	240,5	-1,4	0,17	0,16
ISSI tot	33	9	13	19	73	-2,32	0,36	0,02*

**p < 0,01, *p < 0,05 (2-tailed)

Sysselsättning. Signifikanta skillnader erhöles mellan grupperna lönearbete och daglig verksamhet avseende tillgänglighet till sociala kontakter (AVSI) men ej övriga skalor som uppmätte socialt stöd. Personer med lönearbete rapporterade signifikant högre värden på skalan (se tabell 14).

Tabell 14. Resultat av Mann-Whitney U Test för parvisa jämförelser avseende sysselsättning och socialt stöd som visar n-tal och medianvärde, U-värde, z-värde, effektstorlek samt signifikansnivå.

	N		Md		U-värde	z-värde	r-värde	p-värde
	lönearb	dag.v	lönearb	dag.v				
AVSI	9	23	3	2	56,5	-2,02	0,36	0,044*
ADSI	7	18	4	3	59,5	--0,21	0,04	0,83
AVAT	11	22	5	4	94	-1,05	0,18	0,29
ADAT	10	15	4	2	54,5	-1,15	0,23	0,25
ISSI tot	6	10	14	10	21	0,98	0,24	0,33

**p < 0,01 (2-tailed)

Utbildning. Beräkningar med Kruskal-Wallis Test visade inga signifikanta skillnader mellan utbildningsnivå avseende de olika aspekterna av socialt nätverk. AVSI: (Gp1, $n = 12$ grundskola, Gp2, $n = 30$ gymnasium, Gp3, $n = 30$ högskola), $\chi^2(2, n = 72) = 0,7, p = 0,7$. ADSI: (Gp1, $n = 10$ grundskola, Gp2, $n = 24$ gymnasium, Gp3, $n = 23$ högskola), $\chi^2(2, n = 57) = 4,45, p = 0,11$. AVAT: (Gp1, $n = 15$ grundskola, Gp2, $n = 33$ gymnasium, Gp3, $n = 30$ högskola), $\chi^2(2, n = 78) = 0,34, p = 0,84$. ADAT: (Gp1, $n = 9$ grundskola, Gp2, $n = 29$ gymnasium, Gp3, $n = 27$ högskola), $\chi^2(2, n = 65) = 0,15, p = 0,93$. ISSI-tot: (Gp1, $n = 6$ grundskola, Gp2, $n = 19$ gymnasium, Gp3, $n = 17$ högskola), $\chi^2(2, n = 42) = 0,07, p = 0,97$.

Socialt nätverk. Kruskal-Wallis Test visade signifikanta skillnader avseende tillfredsställelse med sociala kontakter (ADSI) mellan tre grupper som hade rapporterat familj,

vänner respektive vårdkontakt som sitt primära sociala nätverk: (Gp1, $n = 14$: familj, Gp2, $n = 15$: vän, Gp3, $n = 8$: vårdkontakt) $\chi^2 (2, n = 37) = 8,54, p = 0,014$. Mann-Whitney U Test för parvis jämförelse mellan grupperna visade att den signifikanta skillnaden förekom mellan de som angivit familj respektive vänner, där den sistnämnda gruppen hade signifikant lägre värden på skalan. $U = 38, z = -2,95, p = 0,003, r = 0,55$.

Signifikanta skillnader erhöles avseende tillgänglighet till djupa känslomässiga relationer (AVAT) mellan de nämnda tre grupperna (Gp1, $n = 21$: familj, Gp2, $n = 20$: vän, Gp3, $n = 12$: vårdkontakt), $\chi^2 (2, n = 53) = 6,09, p = 0,048$. Mann-Whitney U Test för parvis jämförelse mellan grupperna visade att de personer som angav vårdkontakt hade signifikant lägre värden på skalan i jämförelse med de som angav familj, $U = 63, z = -2,39, p = 0,017, r = 0,42$ respektive vänner, $U = 69,5, z = -1,99, p = 0,047, r = 0,35$.

Likaså erhöles signifikanta skillnader avseende totalskalan på ISSI-SR och de tre grupperna (Gp1, $n = 11$: familj, Gp2, $n = 12$: vän, Gp3, $n = 7$: vårdkontakt), $\chi^2 (2, n = 30) = 6,58, p = 0,037$. Mann-Whitney U Test för parvis jämförelse mellan grupperna visade att gruppen som angav vårdkontakt hade signifikant lägre värde på skalan jämfört med de som angav familj, $U = 13, z = -2,32, p = 0,02, r = 0,55$ respektive vänner, $U = 17,5, z = -2,08, r = 0,48, p = 0,38$.

Inga signifikanta skillnader mellan grupperna avseende tillgång till sociala kontakter, AVSI (Gp1, $n = 19$: familj, Gp2, $n = 19$: vän, Gp3, $n = 13$: vårdkontakt), $\chi^2 (2, n = 51) = 5,83, p = 0,64$ eller tillfredsställelse med anknytningsrelationer, ADAT (Gp1, $n = 17$: familj, Gp2, $n = 18$: vän, Gp3, $n = 11$: vårdkontakt), $\chi^2 (2, n = 46) = 3,33, p = 0,19$.

Ekonomi. Samband mellan ekonomi och socialt stöd undersöktes med Spearman's Rank Order korrelationskoefficient för delskalorna på ISSI-SR, efter att preliminära analyser visat på brott mot antagandet om normalfördelning. I dessa analyser undersöktes även antagande om linjäritet och homoskedasticitet. Ett svagt positivt samband erhöles mellan inkomst efter fasta utgifter och tillfredsställelse med djupa känslomässiga relationer, (ADAT) $r = 0,258, n = 61, p < 0,05$. En större disponibel inkomst efter fasta utgifter är associerat med större tillfredsställelse med djupa känslomässiga relationer där ekonomi förklarade 6,7 % av variansen i ADAT. Inga signifikanta korrelationer identifierades avseende AVSI ($r = 0,19, n = 68, p > 0,05$), ADSI ($r = 0,19, n = 54, p > 0,05$), AVAT ($r = 0,14, n = 51, p > 0,05$).

Samband mellan ekonomi och generellt socialt stöd, uppmätt med helskalan för ISSI-SR, undersöktes med Pearsons korrelationskoefficient. Preliminära analyser gjordes för att utesluta bott mot antaganden om linjäritet, normalfördelning och homoskedasticitet. Inget signifikant samband mellan ekonomi och generellt socialt stöd identifierades ($r = 0,3$, $n = 40$, $p > 0,05$).

Diagnos. Kruskal-Wallis test visade på signifikanta skillnader avseende tillfredsställelse med sociala kontakter (ADSI) mellan fyra diagnosgrupper (Gp1, $n = 15$: psykos, Gp2, $n = 17$: ångest/depression, Gp3, $n = 6$: neuropsykiatrisk, Gp4, $n = 7$: två eller fler diagnoser), $\chi^2(3, n = 45) = 10,19$, $p = 0,017$. Mann-Whitney U test för parvis jämförelse mellan grupperna visade att gruppen med två eller fler diagnoser ($Md = 2$) hade signifikant lägre tillfredsställelse med sociala kontakter i jämförelse med övriga grupper (Gp1, $Md = 4$; Gp2, $Md = 5$; Gp3, $Md = 5,5$). Resultaten presenteras i tabell 15.

Tabell 15. Resultat av parvisa jämförelser på skalan ADSI mellan diagnosgrupper med Mann-Whitney U Test som visar n-tal, medianvärde, U-värde, z-värde, r-värde och p-värde.

Grupp	Grupp 1	Grupp 2	Grupp 3	Grupp 4
Grupp 1 <i>Md = 4</i> <i>n = 15</i>	-	$U = 103,5$ $z = -0,92$ $r = 0,16$ $p = 0,36$	$U = 24,5$ $z = -1,61$ $r = 0,35$ $p = 0,11$	$U = 23,5$ $z = -2,07$ $r = 0,44$ $p = 0,038^*$
Grupp 2 <i>Md = 5</i> <i>n=17</i>			$U = 39,5$ $z = -0,81$ $r = 0,17$ $p = 0,42$	$U = 20,5$ $z = -2,5$ $r = 0,51$ $p = 0,01^*$
Grupp 3 <i>Md = 5,5</i> <i>n = 6</i>				$U = 1$ $z = -2,88$ $r = 0,8$ $p = 0,004^{**}$
Grupp 4 <i>Md = 2</i> <i>n = 7</i>				-

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$ (2-tailed)

Likaså erhöles signifikanta skillnader avseende tillfredsställelse med djupa känslomässiga relationer (ADAT) mellan diagnosgrupperna (Gp1, $n = 16$: psykos, Gp2, $n = 20$: ångest/depression, Gp3, $n = 4$: neuropsykiatrisk, Gp4, $n = 6$: två eller fler diagnoser), $\chi^2(3, n = 46) = 10,2$, $p = 0,017$. Mann-Whitney U test för parvis jämförelse mellan grupperna visade att gruppen med två eller fler diagnoser ($Md = 1$) hade signifikant lägre tillfredsställelse med djupa

känslomässiga relationer i jämförelse med övriga grupper (Gp1, $Md = 5$; Gp2, $Md = 3,5$; Gp3, $Md = 5,5$). Resultaten av beräkningarna visas i tabell 16.

Tabell 16. Resultat av parvisa jämförelser på skalan ADAT mellan diagnosgrupper med Mann-Whitney U Test som visar n-tal, medianvärde, U-värde, z-värde, r-värde och p-värde.

Grupp	Grupp 1	Grupp 2	Grupp 3	Grupp 4
Grupp 1 $Md = 5$ $n = 16$	-	$U = 123,5$ $z = -1,17$ $r = 0,2$ $p = 0,24$	$U = 29,5$ $z = -0,24$ $r = 0,05$ $p = 0,81$	$U = 10,5$ $z = -2,82$ $r = 0,47$ $p = 0,005^{**}$
Grupp 2 $Md = 3,5$ $n = 20$			$U = 27$ $z = -1,02$ $r = 0,21$ $p = 0,31$	$U = 21,5$ $z = -2,38$ $r = 0,47$ $p = 0,02^*$
Grupp 3 $Md = 5,5$ $n = 4$				$U = 0$ $z = -2,73$ $r = 0,86$ $p = 0,006^{**}$
Grupp 4 $Md = 1$ $n = 6$				-

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$ (2-tailed)

Inga signifikanta skillnader påträffades avseende skalorna AVSI, AVAT och ISSI-tot: AVSI: (Gp1, $n = 17$: psykos, Gp2, $n = 25$: ångest/depression, Gp3, $n = 7$: neuropsykiatrisk, Gp4, $n = 7$: två eller fler diagnoser), $\chi^2(3, n = 56) = 1,67, p = 0,64$. AVAT (Gp1, $n = 16$: psykos, Gp2, $n = 29$: ångest/depression, Gp3, $n = 6$: neuropsykiatrisk, Gp4, $n = 6$: två eller fler diagnoser), $\chi^2(3, n = 57) = 2,33, n = 0,51$. ISSI-tot: (Gp1, $n = 13$: psykos, Gp2, $n = 12$: ångest/depression, Gp3, $n = 4$: neuropsykiatrisk, Gp4, $n = 5$: två eller fler diagnoser), $\chi^2(3, n = 34) = 7,0, p = 0,72$.

Antal år sedan första kontakt med psykiatrin. Samband mellan antal år sedan första kontakt med psykiatrin och delskalorna för socialt stöd undersöktes med Spearman's Rank Order korrelationskoefficient. Detta gjordes efter att preliminära analyser visat att brott mot antagandet om normalfördelning förelåg för alla delskalorna på ISSI-SR. I dessa analyser undersöktes även antagande om linjäritet och homoskedasticitet. Inga signifikanta korrelationer mellan antal år sedan första kontakt med psykiatrin avseende AVSI ($r = -0,04, n = 69, p > 0,05$), ADSI ($r = -$

0,05, $n = 54$, $p > 0,05$), AVAT ($r = 0,01$, $n = 73$, $p > 0,05$) eller ADAT ($r = 0,07$, $n = 60$, $p > 0,05$) identifierades.

Samband mellan antal år sedan första kontakt med psykiatri och generellt socialt stöd uppmätt med helskalan för ISSI-SR undersöktes med Pearsons korrelationskoefficient. Preliminära analyser gjordes för att utesluta bott mot antaganden om linjäritet, normalfördelning och homoskedasticitet. Inget signifikant samband mellan antal år sedan första kontakt med psykiatri och generellt socialt stöd identifierades, $r = 0,01$, $n = 40$, $p > 0,05$.

Diskussion

Resultatdiskussion

Förekomst av självstigma. Medelvärden gällande förekomst av självstigma hos respondenterna i denna studie var något lägre i jämförelse med tre andra studier i vilka instrumentet har använts (Corrigan et al. 2012). Detta gäller alla delskalor för instrumentet. Det kan finnas flera anledningar. Det kan ha att göra med kulturella skillnader, då de tidigare studierna alla är gjorda i USA (Corrigan et al., 2011; Corrigan et al., 2006; Rüsch et al., 2006). Resultatet indikerar att förekomsten av självstigma skulle kunna vara något mindre förekommande i Sverige i jämförelse med USA. Tidigare forskning som har jämfört självstigma mellan tretton europeiska länder har visat på internationella skillnader där Sverige i en studie var det land där personer rapporterade minst självstigma (Brohan et al., 2011). Andra studier pekar på att självstigma relaterat till psykisk sjukdom tycks vara mer förekommande i Europa än i Nordamerika (Mak et al., 2007). Skillnader i självstigmatisering skulle kunna tänkas bero på sådana faktorer som skillnader i vårdssystem mellan länder och kampanjer som drivits för att motverka stigma i den allmänna populationen. Fler internationella studier skulle behövas för en ökad förståelse för vad en eventuell association mellan självstigma och region skulle kunna bero på.

Att resultaten skiljer sig från andra studier skulle även kunna bero på typ av urvalsgrupp. I föreliggande studie rekryterades alla personer genom organisationer som explicit arbetar mot stigmatisering och med inkludering av personer med psykisk sjukdom i samhället. Det är möjligt att medlemskap i dessa organisationer kan ha en skyddande effekt för personer med psykisk sjukdom.

Att värden på SSMIS-1 är betydligt högre än på de övriga skalorna ligger i linje med tidigare forskning, som hävdar att medvetenhet om stereotyper i samhället bör särskiljas från självstigma (Watson et al., 2007).

Förekomst av socialt stöd. I jämförelse med två svenska studier som använt ISSI-SR för att undersöka det sociala stödet hos personer med psykisk sjukdom (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001; Eklund & Hansson, 2007), skattar respondenterna i föreliggande studie lägre på socialt stöd i alla de uppmätta skalorna utom tillgänglighet till sociala kontakter (AVSI). På denna skala

fick respondenter i denna studie ett likvärdigt genomsnittligt värde som den studie som undersökte personer diagnosticerade med främst psykosjukdomar, neuroser, förstärknings- eller somatoforma syndrom. Respondenterna fick högre genomsnittligt resultat på skalan jämfört med den andra studien som uteslutande undersökt individer med schizofreni.

Förekomsten av socialt stöd för personer med psykisk sjukdom har i denna studie visat sig vara avsevärt lägre än i normalpopulationen. Stödaspekter som tillgänglighet och tillfredsställelse med djupa känslomässiga relationer och sociala kontakter var lägre för studiens stickprov. Detta resultat överensstämmer med tidigare forskning som jämfört socialt stöd för personer med psykisk sjukdom mot normalpopulation (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001; Furukawa et al., 1999; Neeleman & Power, 1994).

Vidare angav mellan 36 % och 45 % av deltagarna, vilket kan betraktas som en betydande andel, att de antingen inte hade tillgång till en nära relation eller någon som visade sin uppskattning för dem, någon de kunde dela egna känslor av lycka med eller någon att anförtro sina innersta känslor till. Mer än hälften av deltagarna saknade någon som kunde trösta dem. Liknande resultat har erhållits tidigare för personer med schizofreni (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001).

Deltagarna i föreliggande studie var medlemmar i och hade kontakt med brukarorganisationerna där de rekryterades. Kontakten varierade från att vara kontinuerlig till sporadisk. En rimlig tanke är att dessa organisationer är källor till socialt stöd bortom de vanligt förekommande stödkällorna (såsom familj, kollegor, vänner etc.). Dessa organisationer möjliggör och förser sina medlemmar med socialt stöd och erbjuder en arena för möten människor emellan. Organisationerna underlättar sannolikt nätverksbygge mellan medlemmar och andra områden i samhället. Därför är det förvånansvärt att resultaten visar ett lägre socialt stöd hos dessa personer än i studier där personer rekryterats på öppenvårdsmottagningar eller var uteslutande diagnosticerade med schizofreni (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001; Eklund & Hansson, 2007). En tänkbar förklaring till detta förhållande skulle kunna vara att de individer som söker kontakt med brukarorganisationer i högre grad är i behov av socialt stöd och att det stöd som fås där kompenserar för en eventuell brist på stöd från andra stödkällor. Om så är fallet utgör brukarorganisationerna en ovärderlig resurs för dessa individer då frånvaro av organisationerna skulle kunna innebära en stor förlust av socialt stöd.

Samband mellan självstigma och socialt stöd. Den första aspekten av självstigma, SSMIS-1, korrelerar signifikant med båda skalor som uppmäter tillfredsställelse med socialt stöd (ADSI och ADAT). Ju mer man tror att omgivningen associerar negativa egenskaper till den grupp man själv tillhör desto mindre tillfredsställd är man med det stöd man får, både gällande sociala kontakter och djupa känslomässiga relationer. Liknande resultat har påträffats av Adewuya et al. (2011).

Till skillnad från övriga aspekter av självstigma belyser SSMIS-1 respondentens bild av den kollektiva uppfattningen som råder i samhället. Denna subjektiva bild kan stämma mer eller mindre överens med verkligheten men innebär trots allt en realitet för personen. Dessa föreställningar ger en förutsättning för hur man agerar i relation till andra. Förväntningar av ett negativt bemötande skulle kunna bidra till en avvaktande hållning gentemot omgivningen vilket i sin tur kan komma att ha betydelse för tillfredsställelsen med de sociala relationerna.

En annan tolkning skulle kunna vara att en ökad förväntning av omgivningens negativa föreställningar om personer med psykisk sjukdom hänger ihop med ett ökat behov av stöd. Att vara föremål för negativa stereotyper kan innebära att individen behöver korrigera bilden av omgivningen tillsammans med någon annan i ett sammanhang där hon/han känner sig jämlik och uppskattad. Däri kan det ligga ett större behov av socialt stöd för personer som tillhör en stigmatiserad grupp. Tillgängligheten till stöd kan finnas men om behovet är stort så kan stödet vara otillräckligt.

Skalorna SSMIS-2 och SSMIS-3 korrelerar signifikant med tillfredsställelse med sociala kontakter (ADSI). Det betyder att personer som i högre grad håller med om stereotyper i samhället avseende personer med psykisk sjukdom och de som i högre grad applicerar dem på sig själva känner mindre tillfredsställelse med det stöd de får. Detta stämmer överens med forskning av Sibitz et al. (2011). Resultatet kan ha flera orsaker. Att vara nöjd med sina sociala kontakter skulle kunna vara skyddande mot att ta till sig samhällets stereotyper om den egna gruppen. Sambandet kan även vara omvänt och indikera att ett ökat medhållande av stereotyper kan försämra de stödjande relationerna.

Signifikanta korrelationer erhöles mellan SSMIS-4 och tre aspekter av socialt stöd (ADSI, ADAT och ISSI-tot) vilket indikerar att en minskad självrespekt relaterat till stereotyper är kopplat till en lägre grad av tillfredsställelse med sociala kontakter, djupa känslomässiga relationer samt generellt socialt stöd. Enligt Corrigan & Rao (2012) är särskilt SSMIS-4

associerat med störst negativa effekter, bland annat genom minskad självkänsla, self-efficacy och känsla av värde. Mot bakgrund av detta är således resultaten inte förvånande, då ett sämre upplevt socialt stöd är en negativ konsekvens för individen. Exempel på påståenden i SSMIS-4 är *För närvarande har jag mindre respekt för mig själv eftersom jag är farlig*. I den föregående delskalan, SSMIS-3 görs en association mellan negativa stereotyper och den psykiska sjukdomen i påståenden såsom *Eftersom jag har en psykisk sjukdom är jag farlig*. I den fjärde delskalan görs däremot en direkt koppling mellan stereotypen och den egna personen. I dessa påståenden ligger därför en starkare internalisering av stereotypen och torde därför ge en större påverkan på individen, exempelvis genom svårigheter i att uppleva stöd från andra.

Sammantaget indikerar resultaten att de aspekter av självstigmatisering som verkar mest framträdande i relation till socialt stöd är de aspekter som handlar om hur man tror att andra värderar en själv samt det värde man tillskriver sig själv. Det är i denna studie inte möjligt att fastställa sambandets riktning. Det är möjligt att självstigmatisering kan försvåra för individen att skapa tillfredsställande stödjande kontakter, vilket bland andra Adewuya och kollegor (2011) menar. Det sociala stödet skulle även kunna vara en skyddsfaktor mot självstigma vilket Chronister et al. (2013) har argumenterat för. Liknande resonemang har förts av Mueller et al. (2006), vilka kunde påvisa att bättre socialt stöd var en signifikant prediktor för lägre grad av förväntad stigmatisering från omgivningen i en grupp personer som nyligen insjuknat i psykosjukdom. Förväntad stigmatisering är endast en aspekt av självstigma, vilket innebär att det behövs ytterligare forskning för att se huruvida ett kausalt samband kan identifieras även mellan andra delar av självstigma.

De två skalor som uppmätte tillgång till sociala kontakter (AVSI) samt till djupa känslomässiga relationer (AVAT) visade inget signifikant samband med någon aspekt av självstigma. Resultaten skulle kunna innebära att den kvalitativa bedömningen i form av tillfredsställelsen med relationer kan vara av en större betydelse än tillgång till relationer. Detta kan ha att göra med de individuella skillnader som finns avseende hur många kontakter som upplevs som tillfredsställande. Tillfredsställelsen behöver inte speglas i tillgängligheten. Vissa personer är nöjda med några få nära vänner och andra eftersträvar ett stort antal relationer.

Associationer mellan tillgänglighet till socialt stöd och självstigmatisering har påvisats i tidigare forskning (Link et al., 1987 refererat i Perlick et al., 2001; Perlick et al., 2001; Ying et al., 2013). I föreliggande studie har inte ett sådant samband bekräftats. Detta skulle kunna vara

ett resultat av att olika mätinstrument använts. Mer forskning behövs för att förtydliga vad de motstridiga resultaten beror på.

Studiens resultat pekar på att det framförallt är socialt stöd i form av känsla av allians och gemenskap med andra (tillfredsställelse med sociala kontakter) som är associerat med självstigma. Förslagsvis skulle det kunna vara så att självstigma skapar en barriär eller försvårar för den stigmatiserade att känna tillfredsställelse med relationer baserade på tillhörighet. Allians och gemenskap mellan människor innebär ofta att det föreligger ömsesidighet i relationerna. Om individen, på grund av att ha internaliserat negativa stereotyper, känner sig avvikande gentemot de personer som utgör stödkällorna (förutsatt att dessa inte tillhör samma stigmatiserade grupp) är det troligt att det är svårare att känna tillhörighet och främja gemensamma intressen.

Det finns fler associationer mellan olika typer av självstigma och tillfredsställelse med sociala kontakter i jämförelse med tillfredsställelse med nära känslomässiga relationer. Detta antyder att de relationer, där tillhörighet och allians är ett centralt tema, är mer känsliga för stigmatisering. Stigmatisering handlar om att märka någon annan som avvikande. Detta står i motsats till att känna ömsesidig tillhörighet och inbjuder till att skapa social exkludering. Rimligtvis kan detta vara en förklaring till varför skalan ADSI korrelerar med alla självstigmaskalor. Den centrala funktionen i djupa känslomässiga relationer är upplevelsen av säkerhet och trygghet. Denna funktion verkar inte vara lika tydligt associerad till temat tillhörighet och främjande av gemensamma intressen ihop med andra.

Sociodemografiska och kliniska faktorer associerat till självstigma. Inga signifikanta associationer identifierades i denna studie avseende kön, ålder eller utbildningsnivå gällande någon av skalorna som mäter självstigma. Dessa resultat är i linje med tidigare forskning, där sociodemografiska faktorer generellt sett inte har varit associerade med självstigma (Evans-Lacko et al., 2012; Livingson & Boyd, 2010). Resultaten visar på att självstigma kan drabba ett brett spektrum av personer med psykisk sjukdom som i flera andra avseenden skiljer sig åt.

De personer som angav att de hade ett förhållande hade ett signifikant lägre värde på tre av de fyra skalor som uppmätte självstigma: instämmande i stereotyper, tillämpning av stereotyper samt skada på självkänsla. Likaså erhöles en signifikant association mellan boendeform och självstigma där de som bodde ensamma i högre grad instämde i stereotyper gällande den egna gruppen samt tillämpade dessa på sig själv. Dessa resultat skiljer sig från den

forskning som inte funnit samband mellan boende och självstigma (Björkman et al., 2007), samt från resultat i en metaanalys där endast två av elva studier som undersökte samband mellan civilstånd och självstigma erhöll ett samband och där riktningen på sambandet dessutom skilde sig åt mellan de två studierna (Livingston & Boyd, 2010). Däremot påträffades ingen signifikant skillnad mellan civilstånd och medvetenhet om stereotyper i samhället, vilket indikerar att det faktum att man lever i ett förhållande kan bidra till att man inte lika lätt tillämpar eller internaliserar de stereotyper som man är medveten om. Möjligen finns det i det nära mötet med en annan person något som kan skydda gentemot självstigmatisering genom att korrigera de attityder som man i andra fall kan påträffa.

I denna studie kunde inga gruppskillnader gällande självstigma mellan personer som angivit familj, vänner respektive vårdkontakt/brukarorganisation som primära sociala nätverk identifieras. Detta indikerar att det inte finns en särskild typ av socialt nätverk som antingen förstärker eller skyddar mot olika aspekter av självstigma.

Inga signifikanta skillnader avseende självstigma mellan personer som hade lönearbete som sysselsättning i jämförelse med dem som hade daglig verksamhet kunde identifieras. Detta resultat ligger i linje med resultat av bland andra Björkman et al. (2007). Värdet för medvetenhet om stereotyper (SSMIS-1) befann sig precis på gränsen för signifikans och en medelstor effekt, enligt Cohens riktlinjer för effektstorlek, kunde rapporteras, där personer med lönearbete skattade högre på medvetenhet om stereotyper än personer med daglig verksamhet. Det är troligt att personer som är ute i arbetslivet i högre grad än de personer med daglig verksamhet träffar personer som inte har psykisk sjukdom. Det skulle kunna innebära en högre grad av konfrontation med de fördomar som finns i samhället gentemot personer med psykisk sjukdom.

Ett svagt negativt samband erhöles mellan månatlig inkomst efter fasta utgifter och medvetenhet om stereotyper. En mindre disponibel inkomst efter fasta utgifter kan här associeras med en högre grad av medvetenhet av omgivningens stereotyper om personer med psykisk sjukdom. Att ha en utsatt ekonomisk situation är i sig både belastande och stigmatiserande. Personer som utöver psykisk sjukdom har det svårt ekonomiskt lever med en dubbel belastning och det är möjligt att det bidrar till en ökad medvetenhet om skillnader mellan grupper och stereotyper i samhället. En annan hypotes är att personer som förutom psykisk sjukdom även har ekonomiska svårigheter i högre utsträckning är drabbade av negativa attityder från omgivningen.

Denna studie identifierade inga signifikanta associationer mellan självrapporterad diagnos och självstigma. Tidigare forskning inom detta område har visat varierande resultat, där det finns de studier som pekar på att personer med schizofreni upplever mer självstigma än personer med affektiva diagnoser (Brohan et al., 2011) och de studier där inga signifikanta skillnader erhöles (Livingston & Boyd, 2010). Psykossjukdomar är i högre grad än affektiva diagnoser kopplat till negativa attityder i samhället (Angermeyer & Matschinger, 2003; Angermeyer, et al., 2013). Att personer med psykossjukdom inte har högre nivåer av självstigma indikerar att det inte finns ett linjärt samband mellan grad av stigmatisering från samhället och självstigma. Detta motsäger dock den forskning som har pekat på att europeiska länder med högre förekomst av stigmatisering av personer med psykisk sjukdom även har en högre förekomst av självstigma (Evans-Lacko et al., 2012).

Inga signifikanta korrelationer mellan antal år sedan första kontakt med psykiatri och självstigma identifierades. Detta resultat skiljer sig från flera övriga studier, som har rapporterat att högre grad av självstigma är positivt kopplat till längd på sjukdomsförlopp (Adewuya et al., 2011; Karidi et al., 2010). Däremot har icke-signifikanta resultat erhållits i andra studier (Livingston & Boyd, 2010). Det sätt på vilken frågan är utformad i föreliggande studie, *antal år sedan första kontakt med psykiatri*, kan inte fullt ut likställas med längden på sjukdomsförlopp. Det är möjligt att en individs första kontakt med psykiatri är relaterat till ett annat tillstånd än den sjukdom som personen i nuläget är drabbad av.

Sociodemografiska och kliniska faktorer associerade till socialt stöd. Det sociala stödet hos personer med psykisk sjukdom verkar inte skilja sig åt mellan kvinnor och män enligt de analyser som gjorts i denna studie. Detta resultat pekar i samma riktning som resultat presenterade av Bengtsson-Tops och Hansson (2001), Eklund och Hansson (2007) samt Furukawa et al. (1999).

Resultaten från den föreliggande studien indikerar att ju äldre individen med psykisk sjukdom är desto mer tillfredställd med djupa känslomässiga relationer kommer individen att vara. Liknande resultat påträffades av Eklund & Hansson (2007) där ålder även korrelerade positivt med tillfredsställelse med sociala kontakter och tillgänglighet till djupa känslomässiga relationer. Djupa känslomässiga kontakter (anknytningsrelationer) implicerar en nära kontakt som ofta grundar sig i tillit. Anknytningsrelationer är exklusiva i sin karaktär vilket innebär att

några få personer kan fylla de funktioner som dessa relationer har. Personer som ingår i tillhörighetsrelationer är i högre grad utbytbara och kan variera beroende på kontext. De personer som ingår i anknytningsrelationer kan vara de samma under en lång period i livet vilket också ger en möjlighet att förbättra och utveckla relationerna. Detta kan förklara skillnader i upplevd tillfredsställelse med nära känslomässiga relationer hos unga och äldre. I olika åldrar kan anknytningsrelationerna se olika ut och tillfredsställelsen med dessa också förändras.

Tidigare forskning har visat både stöd för och inget stöd för samband mellan socialt stöd och ålder hos personer med psykisk ohälsa. Furukawa (1999) undersökte sociodemografiska faktorer hos personer med psykisk ohälsa, associerade till socialt stöd och fann att den grupp av deltagare som var mellan 60 och 69 år upplevde större tillfredsställelse med sitt sociala stöd än åldersgruppen 20 och 29 år. Annan forskning har inte funnit samband mellan ålder och socialt stöd för personer som lider av psykisk ohälsa (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001).

Resultaten i denna studie visade skillnader avseende socialt stöd mellan individer som bodde ensamma eller tillsammans med någon, samt mellan de som var i ett förhållande eller inte. Personer i parförhållande hade mer tillgänglighet till djupa känslomässiga relationer än de som var singlar. Det generella sociala stödet och tillgängligheten till djupa känslomässiga relationer var större för de som bodde tillsammans med någon. Dessa resultat stämmer överens med Bengtsson-Tops och Hanssons (2001) forskning. Resultaten kan förklaras med att om individen lever tillsammans med någon eller är i ett parförhållande, har personen troligen större chans att interagera med andra kontinuerligt och etablera nära relationer. Det är möjligt att personer i denna studie som var i ett förhållande även bodde tillsammans med sin partner. Det gör det svårt att avgöra huruvida det är boendesituationen eller relationen som har störst koppling till grad av socialt stöd. Utbildningsnivå verkar inte i denna studie vara associerat med grad av socialt stöd för personer med psykisk sjukdom. Liknande resultat har presenterats av Eklund och Hansson (2007).

Denna studie påvisade att upplevd tillgänglighet till sociala kontakter var relaterat till sysselsättning. Respondenter som hade ett lönearbete upplevde större grad av tillgänglighet än respondenter som hade daglig verksamhet som huvudsaklig sysselsättning. Viss forskning har visat liknande fynd där socialt stöd är associerat till god funktionsförmåga och lönearbete (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001; Clinton et al., 1998; Evert et al., 2003).

Personer som angav vänner som sitt primära sociala nätverk var mindre tillfredsställda med sina sociala kontakter än de som angav familj. Detta resultat skulle kunna förstås med bakgrund av Weiss (1998) teori om sociala relationers funktion. För att tillgodogöra sig sociala kontakter såsom tillhörighetsrelationer kan det vara en förutsättning att ha fungerande anknytningsrelationer, vilka förser individen med en känsla av säkerhet och trygghet. Detta kan behövas för att kunna ta initiativ till sociala kontakter och för att klara av att hantera negativa erfarenheter med sociala kontakter.

Respondenter som hade vårdkontakt som sitt huvudsakliga sociala nätverk hade både mindre tillgång till nära känslomässiga relationer och sämre generellt socialt stöd jämfört med de som angav vänner och de som angav familj som sitt primära nätverk. Vissa studier kring socialt nätverk gör en uppdelning på formella och informella stödkällor där professionella betraktas som en formell stödkälla i jämförelse med vänner och familj som anses vara informella (Dunér et al., 2012). De två senare är inte lika bundna till formella ramar såsom arbetsdagar eller tider, formaliserade regler för hur kontakten skall se ut och var den ska ske. Kontakt med vänner och familjemedlemmars kontakt kan troligen löpa under mer fria former. Dessutom uppfattas formella stödkällor oftare av personer med psykisk sjukdom som villkorade medan stöd från familjen uppfattas som ovillkorlig (ibid.). Detta skulle kunna förklara skillnader mellan grupperna avseende generellt stöd och tillgång till djupa känslomässiga relationer.

I denna studie erhöles ett positivt samband mellan månatlig inkomst efter fasta utgifter och tillfredsställelse med djupa känslomässiga relationer. Vad detta samband beror på är dock svårt att belysa. En tidigare studie gjord i Sverige visade inte några signifikanta samband mellan dessa två variabler (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001).

Skillnader som erhöles i relation till diagnos och socialt stöd pekar på att ha mer än en psykiatrisk diagnos försämrar det sociala stödet i form av tillfredsställelse med sociala kontakter och med djupa känslomässiga relationer. Forskning om skillnader mellan diagnosgrupper i socialt stöd har inte visat en tydlig skillnad diagnoser emellan. Att ha mer än en psykiatrisk diagnos till skillnad från att ha en, kan troligen påverka individens funktionsförmåga. I ett andra led skulle det kunna försämma förutsättningarna för sociala möten och möjligheten att uppskatta de sociala kontakter individen har.

Inga signifikanta samband mellan antal år sedan kontakt med psykiatrin och socialt stöd erhöles i studien vilket talar för Eklund & Hanssons (2007) argumentation att de samband som

tidigare erhållits mellan dessa variabler egentligen speglar förhållandet mellan ålder och tillfredsställelse med socialt stöd.

Metoddiskussion

Design. Författarna vände sig till brukarorganisationer inom det psykiatriska området istället för till psykiatrin. Det innebar att det fanns en stor spridning mellan deltagarna gällande deras relation till psykiatrin, där några hade haft återkommande kontakt i flera decennier och där andra aldrig hade haft någon kontakt alls. Majoriteten av de tidigare studier som har undersökt självstigmatisering och socialt stöd i relation till gruppen personer med psykisk sjukdom har haft respondenter med dokumenterad kontakt med psykiatrin. Detta skiljer denna studies urvalsgrupp från vanligt förekommande urvalgrupper i forskning. Det finns individer som psykiatrin inte når ut till samt de som av olika anledningar valt bort psykiatrisk vård trots psykisk ohälsa. En styrka med valet av urvalsgrupp var att det möjliggjorde att fånga in personer med psykisk ohälsa som inte har kontakt med psykiatrin, en grupp som inte är lika synlig i forskningssammanhang.

Denna studie har inkluderat personer som uppfattar sig ha psykisk ohälsa oavsett om de har fått en diagnos eller inte. Diagnoserna som förekom var självrapporterade. Att uppleva självstigmatisering relaterat till psykisk sjukdom förutsätter att personen upplever sig ha en psykisk sjukdom. Detta kan ske oberoende av om en psykiatrisk diagnos har ställts. I denna studie har det därför varit viktigt att inkludera de personer som subjektivt uppfattar sig ha en psykisk sjukdom. Det medförde avsevärda skillnader inom gruppen avseende diagnos, där det förutom psykossjukdomar och affektiva/ ångest-sjukdomar även förekom personer med exempelvis neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, personlighetsstörning samt de som inte hade någon diagnos. Författarna bestämde på förhand att inkludera personer med olika typer av diagnoser och avsåg att jämföra dem med varandra avseende stigmatisering och socialt stöd.

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar såsom ADHD och autism särskiljs oftast från psykiska sjukdomar på grund av en annan etiologi. Dessa funktionsnedsättningar kan dock skapa psykiska svårigheter för individen och diagnoserna kan i sig uppfattas stigmatiserande. Med anledning av detta har även de personerna inkluderats i studien.

Dessutom fanns det personer som uppgav fler än en diagnos och fick bilda en separat grupp. Detta gjordes då det dels var omöjligt för författarna att veta vilken av diagnoserna som var den mest belastande för dem, dels på grund av författarnas antagande om att flera

psykiatriska problem innebär en ökad belastning och att det därför hade varit missvisande placera personerna i en av de två diagnosgrupper som de tillhörde. Det är möjligt att ytterligare personer hade fler diagnoser, men har avstått från att ange dessa.

En reflektion författarna hade efter genomförandet av studien var hur representativ urvalsgruppen var för gruppen personer med psykisk sjukdom. En av de verksamheter som kontaktades hade en arbetsinriktad rehabilitering av personer med psykisk ohälsa där ett av målen var att minska isolering. Då enkäterna inte skickades per post eller elektroniskt var deltagarna personer som var på plats på verksamheten. Därmed nåddes inte den grupp personer med psykisk sjukdom med högre grad av isolering och sämre funktionsnivå. Det kan finnas ett mörkertal vad gäller personer med låg grad av socialt stöd. Detta är viktigt med tanke på att uppsatsen bland annat syftar till att kartlägga upplevelse av tillgänglighet och tillfredsställelse av socialt stöd. Flera personer angav individer inom organisationen som sitt främsta sociala nätverk samt stöd. Det kan därför tänkas att de personer som har kontakt med brukarorganisationer är just de personer som har en högre grad av upplevt stöd.

Även det motsatta är möjligt. Det skulle kunna vara så att personer med aktivitet inom brukarorganisationer är just de personer som upplever att de saknar andra stödjande funktioner. Detta resonemang skulle kunna förklara varför denna studie uppmätte en lägre grad av socialt stöd i jämförelse med flera andra studier. En jämförelsegrupp bestående av personer som inte hade medlemskap i brukarorganisationer hade kunnat belysa denna eventuella koppling, något som dock inte låg inom denna studies ramar.

Respondenterna ställdes muntligt frågan om de kunde tänka sig att delta i studien. Ingen information kunde samlas in om de personer som nekade till deltagande. Detta påverkar den externa validiteten då det är svårt att veta om den grupp som besvarade enkäten är representativ för hela urvalsgruppen. Någon beräkning av hur många deltagare som skulle behövas för att nå tillfredsställande statistisk power gjordes inte, vilket är en svaghet för studien. I studien förekom ett förhållandevis stort bortfall på instrumentet som mätte socialt stöd, vilket föranledde användandet av icke-parametriska test. Det är möjligt att starkare samband mellan de uppmätta variablerna hade kunnat erhållas med ett större stickprov.

Procedur. Det sätt som enkäten har distribuerats på har skiljt sig åt. I några fall gav författarna muntlig information till deltagarna, i andra fall skedde detta via personal på

verksamheten. Författarna kunde då inte veta exakt vilken information som gavs till deltagarna och om alla personer tog del av samma information, vilket är en svaghet för studiens inre validitet. Fördelaktigt hade varit om författarna varit på plats i samtliga fall, vilket dock varken var möjligt ur ett tidsperspektiv eller praktiskt, eftersom några verksamheter inte ville detta. Däremot erhöll alla respondenter skriftligen samma information om studien.

Även det sätt på vilket respondenterna fyllde i enkäten skilde sig åt; i de allra flesta fall fyllde de i den på egen hand, men det fanns fall då författarna ombads att läsa frågorna högt alternativt sitta med ifall det dök upp några frågor. I något enstaka fall ombads författarna att hålla i pennan. Även om det var respondenterna själva som bad författarna att sitta med, fanns det en risk att respondenterna censurerade sig själva. Nackdelen med detta förfaringssätt är en risk för social önskvärdhet, att respondenterna gav de svar som de trodde att författarna önskade. Fördelen är att de respondenter som behövde stöd i annat fall hade exkluderats från studien.

Mätinstrument. Många personer avböjde att delta på grund av längden på enkäten. Det är möjligt att en förkortad enkät hade kunnat nå fler personer, något författarna på förhand diskuterade. Detta hade dock varit på bekostnad av studiens bredd och innehåll, vilket ledde till att formulären behölls i sin helhet.

ISSI-SR. Relativt många respondenter anmärkte på att denna del av enkäten var svår att förstå, vilket också visade sig i efterhand vid inkodningen av resultaten. Ett stort bortfall på specifika frågor på ISSI-SR ledde författarna till att förmoda att många personer hade svårigheter med att förstå somliga frågor samt strukturen på formuläret. Några respondenter lämnade formuläret ifyllt endast till hälften eller avbröt deltagandet på grund av svårigheter att uppfatta frågorna. Med en pilotstudie gjord på den tilltänkta populationen hade dessa svårigheter tidigare kunnat uppmärksammas och eventuellt hade ett annat mätinstrument då valts. Tidsramen för denna uppsats möjliggjorde dock inte detta.

En fördel med ISSI-SR är att instrumentet är strukturerat och ger utslag på fyra olika delskalor. Det ger både ett kvantitativt och ett kvalitativt mått. Däremot ger instrumentet ingen tydlig bild av hur ofta personer träffar respektive person som ger stöd samt hur reciprociteten ser ut i relationen. ISSI-SR skiljer, i poängsättningen av tillfredsställelse av socialt stöd, inte på svar som syftar till om man vill ha fler eller färre kontakter. En fördel med instrumentet var att det möjliggjorde jämförelse med tidigare svenska studier gjord på samma population.

SSMIS-SF. En person upplevde att begreppet psykisk sjukdom i SSMIS-SF var en kategorisering som personen inte ville ställa sig bakom och ställde sig negativ till den formuleringen. Några personer avböjde att delta eftersom de motsatte sig kategoriseringen psykiskt friska/ sjuka personer och ville inte definiera sig själva som en person med psykisk sjukdom. Att ställa frågor som består av påståenden som innehåller värdeladdade ord kan vara vanskligt och det finns en risk att personer finner frågorna upprörande. Bortfallet på formuläret var dock litet vilket talar för att detta mätinstrument generellt sett inte upplevdes som offensivt. SSMIS-SF har inte tidigare använts eller validerats på en svensk population, vilket försvårar jämförelse av resultaten. En fördel med instrumentet är att det är lättförståeligt och förhållandevis kort.

Bakgrundsformulär. Av 94 deltagare valde 24 personer att inte uppge psykiatrisk diagnos varav 14 personer lämnade frågan blank. Av de som lämnade frågan oifylld är det omöjligt att veta om anledningen till detta var att personerna upplevde denna fråga som alltför personlig, om de inte höll med om sin diagnos eller om de inte visste vilken diagnosen var. På frågan om sysselsättning var svarsalternativen något otydligt utformade. Bland annat saknades svarsalternativet *Ingen sysselsättning* och ingen åtskillnad gjordes mellan hel- och deltidssysselsättning. Många personer angav egna svar som var svåra att kategorisera. Att på förhand tydligare operationalisera begreppet sysselsättning skulle gjort materialet lättare att analysera och fler slutsatser hade kunnat dras.

Författarnas roll. Denna studie har syftat till att undersöka livsvillkor för personer som lever med psykisk sjukdom bland annat genom att belysa konsekvenser av stigmatisering för denna grupp. Som Link och Phelan (2001) har påtalat sker det i en stigmatiseringsprocess en kategorisering och uppdelning av personer i ”vi” och ”dem”. I en forskningssituation som i denna studie görs delvis en liknande uppdelning mellan forskare och undersökningsgrupp. Detta skulle i sin tur kunna uppfattas som stigmatiserande.

En annan aspekt av stigmatisering är att en grupp uppfattas som homogen. Genom att använda analysmetoder som grundar sig i uppdelning i grupper läggs fokus på homogena aspekter snarare än att lyfta fram nyansskillnader inom gruppen personer med psykisk sjukdom.

Genom forskning kring personer med psykisk sjukdom finns det även en möjlighet att slå hål på stereotyper kopplad till denna grupp, vilket kan leda till minskad stigmatisering.

Forskning kring stigmatisering kan vara viktig för att belysa den ojämlikhet som finns i samhället och för att motivera insatser till förändring.

Förslag till framtida forskning

För att kunna jämföra de resultat som här erhållits gällande självstigma behövs mer forskning om självstigma i Sverige. Vidare forskning kring både självstigmatisering och socialt stöd bör göras i en population som inte är kopplad till brukarorganisationer för att undersöka dessa organisationers betydelse. Det är möjligt att en sådan population skiljer sig från denna studiens urvalsgrupp avseende självstigmatisering och socialt stöd.

Samband mellan självstigmatisering och socialt stöd har här kunnat påvisas. Däremot kan inte sambandens riktning fastställas, vilket är en begränsning för denna studie. Tidigare forskning pekar åt olika riktningar vilket gör att det således behövs andra forskningsdesigner exempelvis experimentella och longitudinella studier för att ytterligare belysa denna fråga.

Ytterligare en fråga som följer av resultaten är om det är erfarenheten av att bli bekräftad som en person utöver en stereotyp bild som är det som utgör stöd, som gör det svårare att internalisera stigma. Likaså förblir det oklart på vilket sätt självstigma hos individen kan tänkas försämra det sociala stödet. Vilka mekanismer som kan ligga till grund för detta skulle kunna tydliggöras genom att genomföra kvalitativa studier i ämnet.

Enligt den gradvisa modell av Corrigan och kollegor som tidigare presenterats sker en ökad negativ påverkan på olika livsområden för individen ju mer av samhällets stigma som individen har internaliserat. Denna studies resultat stödjer delvis denna teori. Modellen har tidigare satts i relation till individuella livsområden såsom självkänsla och self-efficacy. Möjligen sker det i relation till fenomenet socialt stöd en annan interaktion där relationen till självstigma ser annorlunda ut.

Självstigmatisering har i forskningssammanhang oftast studerats som ett kognitivt och emotionellt fenomen. Hur kopplingen ser ut mellan självstigmatisering och personers faktiska beteenden och handling är mindre tydligt och behöver förtydligas i framtida forskning.

Som Corrigan och Watson (2002) poängterar finns det flera olika sätt att reagera vid medvetenhet om stereotyper i samhället där självstigmatisering är ett sätt. Andra personer reagerar med likgiltighet eller med en känsla av ökad styrka och empowerment. I denna studie har endast självstigmatisering undersökts och det är svårt att veta på vilket annat sätt som

personer i denna urvalsgrupp reagerar på stigmatisering. Att belysa andra möjliga sätt att hantera stigmatisering skulle ge en mer nyanserad bild av dess påverkan på personer med psykisk sjukdom.

Kliniska implikationer

Vårdinstanser dit personer med psykisk sjukdom söker sig bör ta i beaktande att socialt stöd kan vara en skyddande faktor mot självstigmatisering och därför rikta insatser för att främja denna grups sociala stöd. Samtidigt bör resurser även riktas mot att minska grad av stigmatisering från omgivningen genom exempelvis ökad information och normalisering av psykisk sjukdom.

Rekommendationer för klinisk praktik är att när man arbetar med frågor kring självkänsla, även rikta insatser mot självstigmatisering, då självstigmatisering kan ha en negativ påverkan på individers självkänsla.

Referenser

- Adewuya, A. O., Owoeye, A. O., Erinfolami, A. O., & Ola, B. A. (2011). Correlates of self-stigma among outpatients with mental illness in Lagos, Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry* 57(4), 418-427.
- Albert, M., Becker, T., McCrone, P., & Thornicroft, G. (1998). Social networks and mental health service utilisation – a literature review. *International Journal of Social Psychiatry*, 44(4), 248-266.
- Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., de Graaf, R., Haro, J. M., de Girolamo, G., Bruffaerts, R., Kovess, V., Matschinger, H., Vilagut, G. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders* 118(1-3), 180-186.
- Angermeyer, M. C. & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113(3), 163-79.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: Similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9), 526-534.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Schomerus, G. (2013). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *British Journal of Psychiatry*, 203(2), 146-151.
- Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 67-77.
- Björkman, T., Svensson, B., & Lundberg, B. (2007). Experiences of stigma among people with severe mental illness. Reliability, acceptability and construct validity of the Swedish versions of two stigma scales measuring devaluation/discrimination and rejection experiences. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5), 332-338.
- Brewin, C. R. (1995). Cognitive aspects of social support processes. I T.S. Brugha (Red.) *Social support and psychiatric disorder* (96-116). Cambridge: Cambridge University Press.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for

- posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G. (2010) Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research* 122(1-3), 232–238.
- Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2011) Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN–Europe study. *Journal of Affective Disorders* 129(1-3), 56–63.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010) Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*, 10(1), 80-90.
- Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (2012). Diskriminering av personer med psykisk ohälsa- en intervjuundersökning i Skåne.
- Chronister, J., Chou, C-C., & Liao, H-Y. (2013) The role of stigma coping and social support in mediating the effect of societal stigma on internalized stigma, mental health recovery and quality of life among people with serious mental illness. *Journal of Community Psychology*, 41(5), 582-600.
- Clinton, M., Lunney, P., Edwards, H., Weir, R. & Barr, J. (1998). Perceived social support and community adaptation in schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 955–965.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Applied & Preventive Psychology*, 11(3), 179-190.
- Corrigan, P. W., Michaels, P. J., Vega, E., Gause, M., Watson, A. C., & Rüsçh, N. (2012). Self-stigma of mental illness scale- Short form: Reliability and validity. *Psychiatry Research* 199(1), 65-69.
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsçh, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research* 189(3), 339-343.
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- Corrigan, P. W., & Watson A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical*

- Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology* 25(9), 875-884.
- Davidson, L., Shahar, G., Stayner, D.A., Chinman, M.J., Rakfeldt, J. & Kraemer Tebes, J. (2004). Supported socialization for people with psychiatric disabilities: lessons from a randomized controlled trial, *Journal of Community Psychology*, 32(4), 453-477.
- Dunér, A., Nordström, M., & Skärsäter, I. (2012). Support networks and social support for persons with psychiatric disabilities – a Swedish mixed method-methods study. *European Journal of Social Work*, 15(5), 712-732.
- Eklund, M. & Hansson, L. (2007). Social network among people with persistent mental illness: Associations with sociodemographic, clinical and health-related factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(4), 293-305.
- Estroff, S.E. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia Bulletin* 15, 189-196.
- Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R., & Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*, 42(8), 1741-1752.
- Evert, H., Harvey, C., Trauer, T., & Herrman, H. (2003). The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 38(4), 180–188.
- Fiori, K. L., & Jager, J. (2011). The impact of social support networks on mental and physical health in the transition to older adulthood: A longitudinal, pattern-centered approach. *International Journal of Behavioral Development*, 36(2), 117-129.
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., & Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2), 95-104.
- Furukawa, T. A., Harai, H., Hirai, T., Kitamura, T. & Takahashi, K. (1999). Social support questionnaire among psychiatric patients with various diagnoses and normal controls. *Social psychiatry & psychiatric epidemiology* 34(4), 216-223.

- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry, 12*(2), 155-164.
- Goffman, E. (2007). *Stigma: Den avvikandes roll och identitet* (Matz, R., Red.). Stockholm: Nordstedts. (Originalarbete publicerat 1963).
- Green, G., Hayes, C., Dickinson, D., Whittaker, A., & Gilheany, B. (2002). The role and impact of social relationships upon wellbeing reported by mental health service users: A qualitative study. *Journal of Mental Health, 11*(5), 565-579.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology, 39*(1-2), 133-144.
- Hammer, M. (1981). Social supports, social networks and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 7*(1), 45-57.
- Hansson, L., Stjernswärd, S., & Svensson, B. (2013). Perceived and anticipated discrimination in people with mental illness - an interview study. *Nordic Journal of Psychiatry, 1*-7.
- Henderson, S., Duncan-Jones, P., Byrne, D. G., & Scott, R. (1980). Measuring social relationships. The interview schedule for social interaction. *Psychological Medicine, 10*(4), 723-734.
- Hirschberg, W. (1985). Social isolation among schizophrenic outpatients. *Social Psychiatry, 20*, 171-178.
- Högström, E. (2012). Kalejdoskopiska rum: Diskurs, materialitet och praktik i den decentraliserade psykiatriska vården. Doktorsavhandling 2012 Kungliga Tekniska Högskolan, KTH. AJ E-print AB, Stockholm.
- Ineland, L., Jacobsson, L., Renberg, E. S., & Sjölander, P. (2008). Attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment-changes over time in a Swedish population. *Nordic Journal of Psychiatry 62*(3), 192-197.
- Karidi, M. V., Stefanis, C. N., Theleritis, C., Tzedaki, M., Rabavilas, A. D., & Stefanis, N. C. (2010). Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry 51*(1), 19-30.
- Kogstad, R. E., Mönness, E., & Sörensen, T. (2013). Social networks for mental health clients: Resources and solutions. *Community Mental Health Journal, 49*(1), 95-100.

- Lakey, B. & Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review*, *118*(3), 482-495.
- Lasalvia, A., Zoppei, S., Van Bortel, T., Bonetto, C., Cristofalo, D., Wahlbeck, K., Bacle, S. V., Van Audenhove, C., van Weeghel, J., Reneses, B., Germanavicius, A., Economou, M., Lanfredi, M., Ando, S., Sartorius, N., Lopez-Ibor, J. J., & Thornicroft, G. (2013). Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey, *The Lancet*, *381*(9860), 55-62.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *The American Journal Of Sociology*, *92*(6), 1461-1500.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*, 363-85.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(3), 511-541.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, *71*, 2150-2161.
- Lundberg, B. (2010). Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom. Doktorsavhandling, Lunds Universitet, Medicinska Fakulteten.
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, *33*(1), 192-199.
- Macdonald, E. M., Jackson, H. J., Hayes R. L., Baglioni, A. J., & Madden, J. C. (1998). Social skill as a determinant of social networks and perceived social support in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *29*, 275-286.
- Macdonald, E. M., Hayes, R. L., & Baglioni, A. J. (2000) The quantity and quality of the social networks of young people with early psychosis compared with closely matched controls. *Schizophrenia Research*, *46*(1), 25-30.

- Mak, W. W. S., Poon, C. F. M., Pun, L. Y. K., & Cheung, S. F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science & Medicine*, *65*(2), 245-261.
- Mak, W. W. S., & Wu, C. F. M. (2006). Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psychiatric Services*, *57*(12), 1800-1802.
- Molarius, A., Berglund, K., Eriksson, C., Eriksson, H. G., Lindén-Boström, M., Nordström, E., Persson, C., Sahlqvist, L., Starrin, B., & Ydreborg, B. (2009). Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors- a population-based study in Sweden, *BMC Public Health*, *9*(302). doi:10.1186/1471-2458-9-302.
- Mueller, B., Nordt, C., Lauber, C., Rueesch, P., Meyer, P. C., & Roessler, W. (2006). Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: a longitudinal approach. *Social Science & Medicine*, *62*(1), 39-49.
- Neeleman, J., & Power, M. J. (1994) Social support and depression in three groups of psychiatric patients and a group of medical controls. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *29*(1), 46-51.
- Perlick, D., Rosenheck, R., Clarkin, J., Sirey, J., Salahi, J., Struening, E., & Link, B. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, *52*(12), 1627-1632.
- Phelan, J., Link, B., Stueve, A., & Pescosolido, B. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*, *41*, 188–207.
- Prince, P. N. & Gerber, G. J. (2005) Subjective well-being and community integration among clients of assertive community treatment. *Quality of Life Research*, *14*(1), 161–169.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry* *20*(8), 529-539.
- Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M., Lieb, K., & Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *194*(10), 766-773.
- Sandström, B., Bohman, L. & Strandberg, E. L. (2011). ”Dagarna däremellan lever vi”. Psykisk funktionsnedsättning och välbefinnande i fokus, Blekinge Landsting, Rapport 2011:1.
- SCB (2003) Funktionshindrade 1988-1999. Rapport nr. 97, Levnadsförhållanden.

- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440-452.
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., & Amering, M. (2011). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 316-323.
- Skärsäter, I. (2002) The importance of social support for men and women suffering from major depression. Doktorsavhandling, Sahlgrenska Akademin, Göteborg Universitet.
- Socialstyrelsen & Länsstyrelsen (2005). Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder - Slutrapport från en nationell tillsyn 2002-2004. Fritze. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2010). *Inkomster och utgifter för vissa personer 20-64 år med funktionsnedsättningar*.
- SOU 2006:100. Ambition och ansvar- nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Stockholm: Edita Sverige AB. Från <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/193949>
- Syrotuik, J., & D'arcy, C. (1984). Social support and mental health: Direct, protective and compensatory effects. *Social Science and Medicine*, 18, 229-236.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 373(9661), 408-415.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192-193.
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on psychological Science*, 4, 236-255.
- Undén, A.-L., & Orth-Gomér, K. (1984). Socialt stöd och hälsa delrapport 2: Utveckling av en enkätmetod för att mäta socialt stöd i befolkningsstudier (Nr. 178). Stockholm: Institutet för psykosocial miljömedicin.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D. & Stewart, D. (1986). The social support appraisals scale (SS-A): Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14, 195-219.

- Watson, A. C., Corrigan P. W., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312–1318.
- Weiss, M. G., Ramakrishna, J., Somma, D. (2006). Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychology, Health and Medicine*, 11, 277-287.
- Weiss, R. (1998). A taxonomy of relationships. *Journal of Social and personal Relationships*. 15(5), 671-683.
- Werner, P., Stein-Shvachman, I., & Heinik, J., (2009). Perceptions of self-stigma and its correlates among older adults with depression: a preliminary study. *International Psychogeriatrics* 21(6), 1180–1189.
- Yanos, P., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59(12), 1437–1442.
- Yen, C. F., Chen, C. C., Lee, Y., Tang, T. C., Yen, J. Y., & Ko, C. H. (2005). Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatric Services* 56(5), 599–601.
- Ying, L., Wolf, A., & Wang, X. (2013). Experienced stigma and self-stigma in Chinese patients with schizophrenia. *General hospital psychiatry* 35(1), 83-88.

Bilaga 1. Bakgrunduppgifter om dig som svarat

<p>Kön</p> <p><input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Annat</p> <p>Ålder: _____</p> <p>Högsta avslutade utbildningsnivå</p> <p><input type="checkbox"/> Grundskola</p> <p><input type="checkbox"/> Gymnasium</p> <p><input type="checkbox"/> Högskola eller universitet</p> <p>Huvudsaklig sysselsättning (välj en ruta)</p> <p><input type="checkbox"/> Lönearbete</p> <p><input type="checkbox"/> Studier</p> <p><input type="checkbox"/> Daglig verksamhet</p> <p><input type="checkbox"/> Arbetslös</p> <p><input type="checkbox"/> Annan typ av sysselsättning: _____ (vilken?)</p>	<p>Civilstånd</p> <p><input type="checkbox"/> Singel <input type="checkbox"/> I förhållande</p> <p>Boendeform</p> <p><input type="checkbox"/> Ensamboende</p> <p><input type="checkbox"/> Med partner</p> <p><input type="checkbox"/> Med föräldrar</p> <p><input type="checkbox"/> Annan: _____ (vem?)</p> <p>Har du barn som bor hemma?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p> <p>Huvudsakligt socialt nätverk</p> <p>Vilka har du tätast kontakt med? (välj en ruta)</p> <p><input type="checkbox"/> Familj</p> <p><input type="checkbox"/> Vänner</p> <p><input type="checkbox"/> Kollegor</p> <p><input type="checkbox"/> Vårdkontakt</p> <p><input type="checkbox"/> Annat: _____ (vem/vad?)</p> <p><input type="checkbox"/> Har ingen tät kontakt med någon</p>
<p>Ungefär hur mycket pengar har du kvar att leva på varje månad efter att räkningar (fasta kostnader som el, hyra, telefon, internet) är betalda: _____</p> <p>Antal år sedan första kontakt med psykiatri: _____</p> <p>Vilken är din huvudsakliga psykiatriska diagnos? _____</p>	

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

Bilaga 2

Samtyckesformulär

Deltagande i studien är anonymt och helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan motivering. Resultaten behandlas under sekretess. I den färdiga uppsatsen kommer man inte att kunna identifiera enskilda personers svar.

Jag har tagit del av information om studien och samtycker att delta i denna studie.

Bilaga 3

Hej!

Vi heter Susanna Cederbalk och Andrea Rovira och läser sista terminen på psykologprogrammet vid Lunds Universitet. Just nu utför vi en enkätstudie som är en del av vår examensuppsats.

Det stöd vi får av människor i vår närhet är viktigt för vår psykiska hälsa. Den bild vi har om oss själva och av hur andra uppfattar oss spelar också roll för hur vi mår. I vår studie vänder vi oss till dig som lever med psykisk ohälsa. Vi är intresserade av att veta vad du tror att allmänheten anser om personer med psykisk ohälsa och hur din egen bild av personer med psykisk ohälsa ser ut. Vi vill också gärna veta vilket stöd du får av andra människor i din vardag.

Att delta i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att motivera varför. Du är även anonym i denna studie, vilket innebär att inga svar kommer att kunna knytas till dig personligen.

För att vi ska kunna använda dina svar så är det viktigt att du svarar ärligt och att du svarar på alla frågor. Vi tror att din medverkan kan bidra till ökad kunskap om vad det innebär att leva med psykisk ohälsa idag.

Om du har några frågor om studien eller vill ta del av resultaten är du välkommen att kontakta oss.

Tack för ditt deltagande!

Med vänliga hälsningar

Susanna Cederbalk
Psykologkandidat
susanna.cederbalk.731@student.lu.se

Andrea Rovira
Psykologkandidat
ilh08aro@student.lu.se

Handledare:
Henrik Levinsson
universitetslektor vid Lunds Universitet