

”Då följer en stämpel i pannan”

-En diskursanalytisk studie kring bilden av psykisk ohälsa

Av Eleonor Book och Natalie Patzer

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan

Kandidatuppsats (SOPA63)
VT 2014



Handledare: Anders Östnäs

Abstract

The aim of this paper was to explore the perceptions and images of mental illness that is conveyed in the media form of internet magazines, more precisely in the discussion forums that are found below the articles. This paper also explored how the category of people with mental health problems related to these structures. A central focus was to investigate how the image was constructed from the target group of people living with mental illness and people who do not, ie, the remaining community population. This study was based on two different methods: interviews with people living with mental illness and comments to articles from two of the largest online magazines in Sweden. The material was treated with a critical discourse analysis based on Faircloughs three-dimensional model complemented with Goffman's sociological theory of stigmatization. The target group of people with mental illness was represented by four individuals diagnosed with mental illness. In order to examine public attitudes the comments of eight different articles that dealt with mental illness were analyzed. The analysis showed that the community has a highly variable attitude towards the category of people with mental illness but generally conveyed a negative attitude. People with mental health problems constructed their own category as a heterogeneous group in which general conclusions cannot be made when the diagnoses, treatments and requirements are highly variable from individual to individual. The way the commentators discussed the category and in what way that construct the image of mental illness was revealed. When the category was mentioned from a group perspective it conveyed a more stigmatizing attitude in comparison with those commentators who attacked the topic of discussion from an individual perspective.

Keywords: social constructivism, mental illness, stigma, critical discourse analysis

Förord

För att hålla prologen till en lång uppsats kort vill vi med några få ord tacka samtliga intervjudeltagare, vår tålmodige handledare Anders Östnäs och alla de tidningskommentatorer som än idag inte vet om att de bidragit med en stor del i denna studie

Innehållsförteckning

Abstract	2
Förord	3
1. Inledning.....	5
1.1 Problemformulering	5
1.2 Syfte	6
1.3 Frågeställningar	6
2. Tidigare forskning och begreppsdefinitioner	6
2.1 Fontänhuset	7
2.2 Hjärnkoll.....	7
2.3 Kommentarsfält, debattforum	7
2.4 Psykisk ohälsa	7
2.5 Stigma.....	8
2.6 Erfarenheter av upplevt stigma	8
2.7 Förväntad stigmatisering	9
2.8 Självstigmatisering	9
3. Perspektivansats	9
4. Metod	10
4.1 Empiriskt underlag	10
4.2 Urval.....	12
4.3 Metodens förtjänster och begränsningar	13
4.4 Reliabilitet och validitet	13
4.5 Etiska överväganden	14
4.6 Arbetsfördelning.....	16
5. Teori	16
5.1 Socialkonstruktivismen	16
5.2 Diskurs	17
5.3 Stigma.....	18
6. Analys.....	21
6.1 Kategori eller individ	21
6.2 Innanför och utanför vården	25
6.3 Förväntad stigmatisering	28
6.4 Jag-identitet och självstigmatisering	33
7. Avslutande diskussion.....	37
7.1 Svar på undersökningens frågor.....	37
7.2 Diskussion	38
8. Referenslista	40
9. Bilaga	41
9.1 Intervjuguide	41

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Psykisk ohälsa är ett mångfacetterat ämne som avslöjar olika dimensioner beroende på vilket perspektiv som antas. Men främst är psykisk ohälsa något som drabbar individer.

Socialstyrelsen publicerade i maj 2013 rapporten *Psykisk ohälsa bland Unga*:

Underlagsrapport till *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013* som påpekar att den psykiska ohälsan hos ungdomar har ökat under 2000-talet. Vidare i rapporten står det att belastande psykosociala faktorer, såsom en förälder som lider av psykisk ohälsa eller missbruk, inte är orsaken då ökningen förefaller ske i hela gruppen ungdomar.

Förutom det uppenbara lidandet hos den drabbade varnas det för långsiktiga konsekvenser av tidigt debuterande psykisk ohälsa såsom svårigheter att tillgodogöra sig skolgången, svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden samt familjebildning (Socialstyrelsen 2013).

De långsiktiga konsekvenserna är socialt utanförskap i flera olika sammanhang vilket i värsta fall leder till en marginaliserad position i samhället.

Denna marginalisering har sin grund i kategoriseringar, såsom diagnoser. Det finns för- och nackdelar med att få ett namn på sin situation. Det kan resultera i en känsla av lättnad eller förståelse för att situationen blir greppbar och konkret i och med att det nu finns ett namn på den. Det kan resultera i att man som drabbad får tillgång till stöd eller insatser som det funnits behov av. Men det kan också leda till bemötande som präglas av fördomar eller stigmatisering (Johannisson 2006). Stigmatiseringen grundar sig i att kategorierna som används inte är tomma benämningar utan för med sig en bild till de som uppfattar den, en bild som delvis konstrueras av individens egna erfarenheter men även delvis är konstruerad av en kollektiv föreställning kring benämningen (Goffman 2011).

Inom organisationer som Fontänhuset arbetas det aktivt för att minska stigmatisering och fördomar kring psykisk ohälsa som finns i samhället (Sveriges Fontänhus 2014). Hjärnkoll har på sin hemsida publicerat en artikel som handlar om hur negativa uttalande kring psykisk ohälsa påverkar dem som lever med det. ”Problemet med den våldsamma mediebilden är att den cementerar föreställningar om självklara samband mellan psykisk sjukdom och våldsbrott, när frågan är mer komplex än så. Problemet när media beskriver brottslingar som psykiskt sjuka är att långt fler personer med psykisk sjukdom stigmatiseras.” (Hjärnkoll 2014). Utifrån att organisationerna känner ett behov av att arbeta mot fördomar finns det ett upplevt stigma som drabbar gruppen som lider av psykisk ohälsa.

Vårt intresse i denna uppsats kretsar kring hur stigmatiseringen kring psykisk ohälsa ter sig i samhället. Via internet finns bland annat tidskrifter tillgängligt för allmänheten i Sverige i dag och i debattartiklar ges utrymme för personliga åsikter som kan kommenteras av de som är intresserade. På exempelvis debattartikeln Bryt tystnaden kring psykisk sjukdom (Bracken et al. 2012) har nio personer skrivit under, bland annat projektledaren för Hjärnkoll Rickard Bracken och 58 personer har sedan kommenterat inlägget. Kommentarer innehåller allt från kritik mot psykiatrivården, lidandet av att leva med en psykisk sjukdom men också en självstigmatisering och stigmatiseringen från samhället.

1.2 Syfte

Syftet med uppsatsen är att undersöka vilka föreställningar och bilder av psykisk ohälsa som förmedlas i debattforum samt hur människor med psykisk ohälsa förhåller sig till de konstruktioner som förmedlas.

1.3 Frågeställningar

- Hur ser den socialt konstruerade bilden av människor med psykisk ohälsa ut?
- Hur beskriver människor med psykisk ohälsa gruppen ”människor med psykisk ohälsa”?
- Vilka diskursiva positioner avslöjas mellan dessa två konstruktioner?
- Hur uppfattar människor med psykisk ohälsa den sociala konstruktionen av gruppen?

2. Tidigare forskning och begreppsdefinitioner

Det finns en hel del forskning kring både psykisk ohälsa och stigmatisering av olika kategorier. Det finns även en del både nationella och internationella källor för att hitta undersökningar kring psykisk ohälsa i relation till attityder och stigmatisering. I detta avsnitt presenterar vi en del av den forskning vi tagit del av och använder oss av i uppsatsen.

I många artiklar och avhandlingar vi tagit del av problematiseras själva begreppet ”stigmatisering”. En uppdelning mellan upplevd stigma, förväntad stigma och självstigmatisering görs i följande avsnitt.

Artiklarna och avhandlingarna har vi hittat genom LUBsearch genom att använda relevanta sökord på svenska och engelska. Sökorden har utgjorts av ”psykisk ohälsa”, ”stigmatisering”, ”psykiatri” var för sig eller i kombination. På engelska har sökorden varit ”mental illness”, ”stigmatization” och ”stigmatisation” även dem var för sig eller i kombination. Samtliga artiklar och avhandlingar vi använt oss av har varit peer reviewed.

Vi presenterar den tidigare forskningen kategoriserat utefter vissa centrala begrepp som är återkommande i uppsatsen samt ger en förklaring till aktuella begrepp.

2.1 Fontänhuset

Fontänhuset eller Fountain house är en brukarstyrd förening som etablerades i New York på 1940-talet men finns idag i flera länder över hela världen, bland annat finns det idag 11 klubbhus i olika städer i Sverige. Kriterier för att bli medlem i ett Fontänhus är att man som sökande ska ha haft kontakt med psykiatrin, alltså ha erfarenhet av psykisk ohälsa. Inom varje klubbhus arbetas det enligt Fontänhusmodellen vilket innebär en frivillig arbetsinriktad rehabilitering som i praktisk form yttrar sig i att sköta och driva verksamheten. Utåt arbetar Fontänhusen med upplysning kring psykisk ohälsa för att attrahera nya medlemmar samt för att motarbeta fördomar som finns kring kategorin människor med psykisk ohälsa (Sveriges fontänhus 2014).

2.2 Hjärnkoll

Hjärnkoll är en nationell kampanj som drivs på regeringsuppdrag av Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH, och Myndighet för delaktighet. Genom att använda attitydsambassadörer syftar kampanjen till en ökad öppenhet kring psykisk ohälsa med målet att alla ska ha samma rättigheter och möjligheter oberoende på vilket psykiskt funktionssätt individen har (Hjärnkoll 2014).

2.3 Kommentarsfält, debattforum

Efter varje artikel som publiceras på nättidningarna finns ett kommentarsfält där läsare kan skriva ett inlägg som publiceras i kronologisk ordning under artikeln. Dessa kommentarer kan läsas av alla som har tillgång till artikeln i fråga. I denna uppsats har vi enbart använt artiklar som inte kräver inloggning eller prenumeration på de specifika tidningarna. Dessa kommentarer utgör därefter ett debattforum.

2.4 Psykisk ohälsa

En definierad betydelse för begreppet verkar inte finnas men på Sveriges kommun och landstings hemsida (Sveriges Kommun och Landsting, 2014) ges förslag till definitioner. Sammanfattningsvis beskrivs psykisk ohälsa som ett övergripande begrepp som både inkluderar psykiska besvär samt psykisk sjukdom. Psykiska besvär innefattar olika tillstånd av

psykisk obalans eller symtom såsom ångest, oro, sömnsvårigheter eller nedstämdhet. Symtomen behöver dock inte vara så omfattande att en diagnos kan ges. Psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning är benämningen när symtomen kan kvalificera tillståndet till en diagnos.

Statistik kring hur många i Sverige som lever med psykisk ohälsa är svårt att hitta på grund av flera faktorer. Bland annat är mörkertalet stort på grund av just stigmatisering och okunskap när det handlar om att söka vård. Men Hjärnkoll hävdar på sin hemsida att tre av fyra människor i Sverige är påverkade av psykisk ohälsa antingen genom att själva vara drabbade eller genom att en närstående är drabbad. Socialstyrelsen skriver i sin rapport från år 2013 att den psykiska ohälsan ökar bland unga (Socialstyrelsen, 2013). I en undersökning om levnadsförhållanden av Statistiska centralbyrån, SCB, från år 2013 rapporteras det att 200 000 svenskar i åldrarna 25-84 år lider av psykiska besvär (Statistiska centralbyrån 2013).

2.5 Stigma

Stigmatisering definieras enligt Nationalencyklopedin som en samhällsvetenskaplig term för social stämpling (Nationalencyklopedin 2014). En sociologisk teori kring stigma presenteras i teoriavsnittet längre fram.

I Parcesepe och Cabassas (2013) forskningsöversikt presenteras en undersökning som gjorts bland människor som själva inte lider av psykisk ohälsa för att undersöka hur bilden av kategorin ser ut. Ett mönster som uppfattades av resultaten är att attityderna skiljer sig avsevärt beroende på vilken diagnos undersökningsdeltagarna skulle uttala sig om. I jämförelse med fysiska diagnoser blev psykiska diagnoser associerade med negativa attribut såsom våld och fara.

2.6 Erfarenheter av upplevt stigma

Lundberg (2010) skriver i sin avhandling "Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom" att en majoritet av dem som ingått i hans undersökning har personliga erfarenheter av diskriminering eller nedvärdering på grund av sin psykiska ohälsa. Även Hansson, Stjernswärd och Svensson (2014) fann i sin undersökning kring stigmatisering av människor med psykisk ohälsa i Sverige att majoriteten upplevt diskriminering av familj och vänner som fått vetskap om den psykiska ohälsan hos individen.

2.7 Förväntad stigmatisering

Förväntad stigmatisering innebär att en person antar att vissa attityder eller bemötande finns hos omgivningen (Hansson, Stjernswärd & Svensson 2014). I en undersökning i Sverige av Hansson, Stjernswärd och Svensson (ibid.) var den förväntade stigmatiseringen högre hos nyligen inlagda eller nyligen diagnostiserade människor än de som levt med sin diagnos ett tag. Lundberg (2010) menar att den förväntade stigman, även kallad för anticipated stigma, var väl utbredd bland de deltagande i hans undersökning. Utöver detta menade Lundberg (ibid.) att stigmatiseringen även kunde vara situationsbunden, i detta fall främst till arbets- och bostadssökande. Lundberg, Lundqvist, Hansson, Wentz och Sivberg uttrycker i sin artikel (2013) att den förväntade stigmatiseringen blir ett hinder för människor med psykisk ohälsa att ha en proaktiv attityd till livsmöjligheter. En konsekvens av förväntad stigma är att människor som lider av psykisk ohälsa dröjer med att söka vård, enligt Henderson, Evans-Lacko och Thornicroft (2013).

2.8 Självstigmatisering

Självstigmatisering innebär att en individ som tillhör en stigmatiserad grupp i samhället delar de attityder och förväntningar som samhället har mot gruppen (Lundberg 2010). En majoritet i Lundbergs (ibid.) undersökning upplever sig tillhöra en grupp i samhället som är stigmatiserad. I undersökningen från 2014 av Hansson, Stjernswärd & Svensson påpekas det att självstigma är vanligare än den upplevda stigman men att självstigmatiseringen blir ett hinder i sig själv för individer med psykisk ohälsa när det kommer till social integration. Hjärnkolls rapport (Hjärnkoll 2011) poängterar även den höga rankningen av självstigma men här i form av att de deltagande undanhåller sitt tillstånd för släkt, vänner och nya sociala kontakter.

3. Perspektivansats

I vår uppsats vill vi undersöka hur den socialt konstruerade bilden av gruppen människor med psykisk ohälsa ter sig i förhållande till en sociologisk teori om stigma. För att kunna se en så bred nyanserad bild av detta ämne som möjligt valde vi alltså två olika perspektiv kring samma ämne; både perspektivet från de som själva lever med psykisk ohälsa samt ett urval av människor som enligt egen utsago inte drabbats. Via våra urval för denna undersökning kan det grovt ses som att hela samhället är fångad i denna undersökning, dock uppdelad i två distinkta läger. Olika dimensioner i ämnet avslöjas beroende på vilken parts perspektiv man

utgår ifrån. Vilka som är ”vi” och vilka som är ”dem” är beroende av vilket perspektiv man utgår ifrån. För att fånga båda parter perspektiv valde vi alltså att helt enkelt undersöka båda sidor. Helt lätt är detta dock inte för vår och undersökningens del. För att få fram perspektivet av gruppen med människor som lever med psykisk ohälsa valde vi att intervjua ett flertal individer som ville samtala kring sin diagnostiserade psykiska ohälsa. Utifrån tidsbrist och andra diverse faktorer som vi redogör för i avsnittet Urval kunde vi dock inte föra intervjuer, enkäter eller dylikt med denna gruppens motpart i vår undersökning utan använde oss istället av kommentarsfälten under artiklar på nättidningar.

Med tanke på att det är vi som författare till denna uppsats som utför studien, vi som hämtar in specifik data och att det är vi som problematiserar och analyserar det uttalade alternativt skrivna materialet bör man inte bortse ifrån att även vårt perspektiv kan vara inblandad i uppsatsen. Dock försöker vi in enighet med de forskningsetiska riktlinjerna låta studien påverkas så lite som möjligt utifrån våra egna åsikter och fördomar.

4. Metod

Aspers (2007) skriver i sin bok "Etnografiska metoder" att man ska anpassa metoden efter undersökningens frågeställningar. Denna uppsats ska undersöka vilka föreställningar det finns om människor med psykisk ohälsa och hur människor med psykisk ohälsa förhåller sig till dessa föreställningar. Uppsatsens frågeställningar utgår från två olika perspektiv, därför har vi valt två olika källor till empirin. För att undersöka vilka föreställningar det finns kring psykisk ohälsa använder vi oss av debattforum på nättidningar. För att undersöka hur människor som lever med psykisk ohälsa förhåller sig till detta har vi utfört intervjuer med medlemmar från Fontänhuset.

Våra frågeställningar är av deskriptiv karaktär och vi använder oss alltså av två olika metoder för att få ett fullständigt empiriskt underlag. Som analytisk metod har vi använt diskursanalys som även fungerar som teori och är därför mer ingående beskrivet under teoriavsnittet.

Diskursanalysen används för att behandla allt material, både kommentarerna från debattforumen men också de transkriberade intervjuerna. I detta avsnitt förklarar vi hur vi gått tillväga för att få vårt material och även metodologiska överväganden vi gjort.

4.1 Empiriskt underlag

För att kunna få material till att undersöka vilka konstruktioner som görs kring gruppen människor med psykisk ohälsa av allmänintresserade människor, som själva inte drabbats, har

vi valt ett forum. Forumet vi valt är kommentarsfältet under debattartiklar som handlar om psykisk ohälsa. I forumet finns även kommentarer av människor som hävdar att de själva är drabbade av psykisk ohälsa som vi också använder i analysen men som komplettering för de intervjuer vi genomfört.

Vi använder oss av kommentarsfältet under debattartiklar för att främst hamna i ett ämnesaktuellt forum. Alternativet var bloggar som kretsar kring psykisk ohälsa men efter att ha upptäckt att innehavarna av bloggarna kan radera kommentarer de fann kontroversiella valde vi bort detta för att fånga en variation av åsikter och inställningar hos kommentatorerna. Motiveringen till valet av just ett internetforum är främst för att vi som uppsatsförfattare inte vill påverka de utsagor människor gör kring ämnet. Dessutom är mängden data vi kan insamla från en enda hemsida tidsmässigt omöjlig för oss att inhämta genom exempelvis enkäter eller intervjuer.

Debattartiklarna är publicerade på Aftonbladet och Dagens Nyheter och dessa artiklar är öppna för läsare att kommentera i ett så kallat kommentarsfält under pseudonym eller via ett facebook-konto. Det är dessa kommentarer vi analyserar i uppsatsen för att undersöka hur människor med psykisk ohälsa omtalas.

Artiklarna handlar om psykisk ohälsa i olika bemärkelser. En del av artiklarna handlar om att belysa exempelvis gruppens situation på arbetsmarknaden, bemötande inom vården eller situation inom skolväsendet. En del av artiklarna är i form av insändare för att upplysa om psykisk ohälsa och en del av artiklarna är rapportering från politikernas presskonferenser. Även om artiklarna i sig har givna ämnen och teman tenderar samtidigt kommentarsfält att bli diskussionsforum och en förskjutning från temat görs även om ämnet alltid är psykisk ohälsa.

De intervjuer vi genomfört är för att fånga målgruppens, människor som lider av psykisk ohälsa, erfarenheter. Intervjutillfällena gav oss möjlighet att styra frågorna och ge följdfrågor när något behövde förtydligas i jämförelse med kommentarerna under debattartiklarna. Vi hade samtycke från fem personer som ville ställa upp på intervjuer men på grund av sjukdom blev det ett bortfall, alltså har vi genomfört fyra stycken intervjuer. Intervjuerna transkriberades för att sedan koda och analyseras på samma sätt som kommentarerna under debattartiklarna. I analysen refereras citat från de olika intervjupersonerna till ”Intervjuperson 1-4”.

4.2 Urval

Enligt dagspress (2014) är Sveriges mest lästa nättidningar Aftonbladet och Dagens Nyheter därför har vi valt att söka relevanta debattartiklar på dessa hemsidor då vi försöker fånga en så stor del av populationen av läsare och eventuellt kommentatorer som möjligt.

Vi har valt debattartiklar på grund av att vi vill ha tillgång till de åsikter och kommentarer som läsare kan välja att uttrycka.

Vi sökte efter begreppen ”psykisk ohälsa”, ”psykisk sjukdom” och ”psykiatri” i Aftonbladets och Dagens Nyheter arkiv. Därefter valde vi ut artiklar utifrån vissa kriterier. Främst ville vi använda artiklar skrivna efter år 2010. På detta sätt är artiklarna inte äldre än fyra år och bedöms utifrån vår undersöknings syfte som aktuella. Därefter valde vi ut de artiklarna med flest kommentarer. Totalt resulterade det i att vi använt oss av åtta artiklar med ca 30-90 kommentarer vardera.

Bryman (2011) beskriver denna form av urval som målstyrt urval. Målstyrt urval innebär att personen som utför en vetenskaplig studie väljer ut det material som har relevans för just undersökningens syfte. Bryman (ibid.) beskriver även teoretiskt urval som en form av målstyrt urval. Teoretiskt urval ger möjlighet att hitta teman och kategorier i materialet och tillfälle att analysera dessa med utgångspunkt i den valda teorin. Vi har läst genom alla kommentarer på de utvalda debattartiklarna och konstaterat vissa mönster som finns inom dessa, därefter har vi valt ut en del av dessa kommentarer som ger en viss representativitet för resterande kommentarer för vår analys. Bryman redogör för detta som en sorts teoretisk mättnad (2011).

I vår studie använde vi även målstyrt urval för att finna personer med relevans att intervjuas. Vi funderade på hur vi skulle kunna komma i kontakt med målgruppen och genom vår praktiktermin på socialhögskolan har vi bekantats och knutit kontakt med Fontänhuset, vars målgrupp är just människor med psykisk ohälsa. Via kontakten med Fontänhuset fick vi samtycke från fem individer som ville delta i undersökningen. På grund av sjukdom från intervjupersoners sida genomförde vi dock enbart fyra av dessa intervjuer. Våra intervjudeltagare var alla män i varierande ålder. Utifrån representationen av intervjudeltagarna har det förts en diskussion kring representativiteten de deltagande har för gruppen människor med psykisk ohälsa. Denna diskussion tas upp i underrubriken ”Tillförlitlighet” längre fram. Representationen skapade en viss begränsning i metodens urval men i enlighet med de etiska principerna använde vi de här fyra intervjuerna som underlag för analysen.

4.3 Metodens förtjänster och begränsningar

Kvalitativa metoder har till fördel att de fokuserar på ord när kvantitativa metoder fokuserar mer på siffror (Bryman 2011). Även May (2001) poängterar att kvalitativa undersökningar är att rekommendera då de ger bra insyn i människors uppfattningar, erfarenheter och attityder, vilket är just det som vår undersökning kretsar kring. Levin (2008) menar att intervjuer är en kvalitativ studie som utgår från tolkande och förståelse av den insamlade data. Eftersom våra frågeställningar är deskriptiva och förklarande passar kvalitativa metoder undersökningens syfte väl. De kvalitativa metoderna gör det alltså möjligt att få en djupare kunskap om det som undersöks (Bryman 2011) men denna möjlighet ger även diskursanalysen. Med hjälp av diskursanalysen, som förklaras ytterligare i avsnittet ”Teori”, ges möjlighet att studera hur texterna under debattartiklarna konstruerar verkligheten kring psykisk ohälsa (Börjesson, 2003). Diskursanalysen ger samma fördelar för att behandla intervjuerna.

Våra intervjuer var semistrukturerade då vi hade fem fasta frågor eller punkter som vi ville ha svar på men intervjuerna började med att de deltagande personerna fick fritt berätta om sina erfarenheter av att leva med psykisk ohälsa. Vid tillfälle ställde vi de fasta frågorna som inte kommit upp under intervjuerna. Fördelen med semistrukturerade intervjuer är enligt Eriksson-Zetterquist & Ahrne (2011) just att man som intervjuare kan situationsanpassa frågorna i motsats till ett standardiserat frågeformulär samt att den semistrukturerade intervjun bidrar till att få en bredare bild av fenomenet som undersöks. Detta blev en stor förtjänst för oss då deltagarna tog upp teman och ämnen i sina historier som vi inte tänkt på innan intervjuerna. Bryman (2011) menar att internet har en stor potential som dokumentkälla men att ett kritiskt förhållningssätt till de dokumenten är viktigt för undersökningar då man aldrig kan vara helt säker på vem som skapat dessa dokument. Detta blir en fråga om trovärdighet men även en begränsning i metodvalet då vi inte kan ställa följdfrågor till de som skrivit kommentarerna.

4.4 Reliabilitet och validitet

Bryman (2011) skriver om reliabilitet som syftar till forskningens tillförlitlighet och undersökningens möjlighet att reproduceras. Denna pålitlighet hos undersökningen handlar om huruvida en undersökning kan återskapas med samma metod och få samma resultat. Vår undersökning kan återskapas med samma metoder, det vill säga intervjuer och diskursanalys av kommentarsfälten under debattartiklar kring vårt valda ämne. Men i och med att vårt undersökningsområde är kontextbundet kan vi endast spekulera kring resultaten i en alternativ

undersökning. Självklart spelar geografi, kultur och tid en väsentlig roll för vår empiri då det är främst är utsagor vi analyserar för att hitta mönster i den sociala konstruktionen av psykisk ohälsa. Undersökningen hade också kunnat få ett annorlunda utfall om fyra andra personer som lever med psykisk ohälsa intervjuats eller om åtta andra artiklar valts ut. En risk med vår metod är exempelvis att just de debattartiklar som vi använt tas bort eller raderas, därför sparar vi dem i word-dokument för att ha fortsatt tillgång till materialet under arbetets gång.

Vidare skriver Bryman (2011) om validitet vilket kan förstås som hur sanningsenlig undersökningen är. Han poängterar att det finns en skillnad mellan kvalitativa och kvantitativa undersökningar när det kommer till validitet då resultaten från en kvalitativ studie inte kan mätas på samma sätt som från en kvantitativ. För en kvalitativ undersökning hamnar fokuset på validitet på vilken metod forskaren har använt samt hur väl metoden används (ibid.). Vidare delar Bryman upp validitet i intern samt extern validitet. Intern validitet kan förklaras som att forskarens observationer stämmer överens med de teoretiska idéer som undersökningen har sin utgångspunkt i. Extern validitet kan däremot förklaras som undersökningens överförbarhet. Överförbarhet klarlägger Bryman som en kriterie för tillförlitlighet där forskaren ska sträva efter en djup förståelse istället för en bred i och med att det som undersöks inom kvalitativa studier är betydelsen av en aspekt. Den djupa förståelsen ger en tät beskrivning av en aspekt som ger andra människor en teori eller analys med vilken de själva kan avgöra om resultaten är överförbara till en annan kontext.

Ett ytterligare kriterium för tillförlitlighet enligt Bryman (ibid.) är en möjlighet att styrka och konfirmera. Detta fastställer främst att forskaren ska vara medveten om sin egen position och sträva efter att vara så objektiv som möjligt även om detta inte är fullt möjligt. Det är även svårt att avgöra ifall vår uppsats uppfyller alla kraven för tillförlitlighet men genom att göra vår undersökning så genomskinlig som möjligt och redogöra så tydligt som möjligt för vår analysgång och reflektioner hoppas vi kunna uppnå det.

4.5 Etiska överväganden

Bryman (2011) tar upp fyra kriterier för att genomföra en etiskt grundad undersökning. Vetenskapsrådet (2014) har publicerat ett dokument om forskningsetiska principer som utvecklar resonemangen. Det första kriteriet är informationskravet. Detta krav innebär att de deltagande ska få information om att de deltar i ens studie, i vilken typ av undersökning de medverkar i samt vem som utför den. Men även information om att de deltar frivilligt och att de när som helst är tillåtna att avsluta sitt deltagande. Detta är även kallat samtyckeskravet

från forskarens sida. Sedan följer även konfidentialitetskravet, vilket innebär att de deltagandes personinformation skall förvaras på så sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. Nyttjandekravet, som även det skall informeras till de deltagande, innebär att materialet enbart kommer användas till den aktuella undersökningen.

Vi gav information om allt ovan till de intervjudeltagande, första gången när vi satte upp ett informationsblad på ett Fontänhus med vår kontaktinformation så de kunde höra av sig till oss om en lämplig tid att delta. Sedan informerade vi ännu en gång strax innan intervjuerna började och gav ut denna information muntligt. Även möjlighet för frågor kring den etiska biten gavs. Vi poängterade i synnerhet samtyckeskravet vilket även innebar att de deltagande var fria att avböja att svara på frågor de inte önskade svara på.

Som konkret genomförande av intervjuerna spelades de in för att sedan transkriberas. I denna process gav vi de deltagande fiktiva namn i form av 1,2,3,4 och strök alla geografiska benämningar för att sedan radera inspelningarna.

Bryman (2011) menar att dokument på internet såsom bloggar, kommentarsfält och andra forum kan betraktas som offentliga dokument i och med att vem som helst kan läsa dem om de inte kräver lösenord. Innehållet på dessa sidor kan ändå vara av känslig natur därför krävs en etisk hantering. Vissa kommentatorer skriver relativt kontroversiella argument medan andra blottar relativt privata delar av sitt liv. Även om de personer som kommenterat gjort det av fri vilja har de inte samtyckt till att exempel vi som studenter ska använda det i undersökningssyfte. Att få samtycke är dock svårt och i vissa fall omöjligt då kommentatorerna använder signaturer eller facebook-konton. Facebook-konton kan ses som en form av identifiering men är ingen säker sådan så därför väljer vi att inte samla in samtycke från kommentatorerna. Och genom att inte veta vem det är som kommenterat kan vi därför inte ge någon information kring undersökningen heller. Däremot håller vi konfidentialitetskravet upprätt genom att inte namnge någon kommentator vid deras eventuellt riktiga namn.

Vi motiverar vårt val att ändå använda kommentarsfälten med ett resonemang som Bryman för. I resonemanget poängteras det att det är svårt att spåra internetanvändare och därför kan forskningskravet väga tyngre än vissa forskningsetiska principer (Bryman 2011). Risker och fördelar måste vägas mot varandra och vår slutsats är att kommentarerna finns synliga för alla

att läsa och genom att aidentifiera kommentatorerna finns det ingen möjlighet att spåra kommentatorerna.

4.6 Arbetsfördelning

Som två personer till denna uppsats har vi gjort en viss arbetsfördelning för att nå önskat resultat. Exempelvis fick en person fokusera på att söka efter tidigare forskning när den andra fokuserade på att hitta material från debattforumen. Vid vissa tillfällen har vi kompletterat varandras sökande. För att samla in intervjumaterialet var båda närvarande vid både utformandet av intervjuguiden men även under själva intervjuerna. En person transkriberade intervjuerna när den andra sammanställde inledningskapiteln i uppsatsen. Efter hand som vi haft kontakt och mottagit feedback från vår handledare har vi fördelat arbetet av justeringar. Analysen har vi fördelat mellan oss men haft kontakt och gett varandra feedback under arbetets gång. Därefter har en person sammanställt texterna för att få en språklig enhet och den andra justerat uppsatsens layout och design.

5. Teori

5.1 Socialkonstruktivismen

Barlebo (2001) skriver i "Socialkonstruktivism- positioner, problem och perspektiv" att socialkonstruktivismens främsta utgångspunkt är att ifrågasätta människors sociala handlingar som naturliga. Fokus ligger inte på att förklara om kunskap är sant eller falsk utan snarare att förklara hur kunskapen uppstått eller producerats. Winther Jörgensen och Phillips (2000) beskriver begreppet som ett samlingsnamn för teorier med en kunskapssyn som utgår från att världen är socialt konstruerad. Barlebo (2001) skriver vidare att socialkonstruktivism som kunskapsteori försöker besvara frågan om hur sociala kontexter påverkar vår kunskap. En förutsättning är att vi får kunskap via språket som är nödvändigt socialt. En annan utgångspunkt är att vår kunskap påverkas av just den tidsandan som är dominant när kunskapen produceras. Den tredje utgångspunkten för hur det sociala påverkar vår kunskap är att det är socialt skapad teknologi som sätter gränser och möjligheter för vilken kunskap vi kan få (ibid.).

Denna uppsats utgår från ett socialkonstruktivistiskt perspektiv då vi använder diskursbegreppet som teori och metod. Utifrån Winther Jörgensen och Phillips (2000) teorier grundas diskurs i socialkonstruktivismens fyra premisser:

En premis för socialkonstruktivism är som en kunskapsteoretisk position (Barlebo 2001) vars förutsättningar vi nämnt ovan. Vidare skriver Barlebo (ibid.) samt även Winther Jörgensen och Phillips (2000) att socialkonstruktivismen kan ses som ett kritiskt förhållningssätt till det vi uppfattar som "självklar kunskap" eftersom kunskap konstruktivistiskt sett ses som ett resultat av sociala processer. Winther Jörgensen & Phillips (2000) utvecklar detta och skriver om sambandet mellan kunskap och sociala processer då vårt sätt att uppfatta världen skapas och upprätthålls i sociala processer. Kunskap produceras i sociala interaktioner där man bygger upp gemensamma sanningar och kämpar om vad som är sant eller falskt (ibid.). Ett annat sätt att använda socialkonstruktivismen är som en sociologisk teori vilket innebär olika teoretiska förklaringar på hur vår sociala verklighet och konkreta sociala händelser struktureras (Barlebo 2001). Det vi uppfattar som verklighet inte objektivt och endast tillgängligt för oss genom de kategorier vi skapar och vår världsuppfattning är en produkt av vårt sätt att kategorisera (Winther Jörgensen & Phillips 2000). Den fjärde formen är att använda socialkonstruktivism som en ontologisk position. Ontologi betyder "läran om det som finns" och olika radikaliteter inom premissen ger förutsättningar för att använda teorin på den sociala verkligheten men även den fysiska (Barlebo 2001).

5.2 Diskurs

För att analysera det material vi insamlat från intervjuer samt kommentarsforum har vi valt att göra en diskursanalys. Winther Jörgensen och Phillips (2000) resonerar kring att diskurs både kan användas som teori men också som metod och ett konkret analysverktyg. Vidare beskrivs tre angreppssätt för en diskursanalys som alla har sina rötter i det socialkonstruktivistiska synsättet. De diskursanalytiska angreppssätten grundas på den strukturalistiska och poststrukturalistiska språkfilosofin som hävdar att det är genom språket vi skapar representationer av verkligheten. Genom språket förmedlas inte enbart information utan språket är även ett sätt att upprätthålla eller förändra den sociala världen (ibid.). Denna aspekt av språkanvändningen resulterar i att det vi talar om, via sättet vi talar om det, kategoriseras på ett sätt som innebär att vi utgår från att dessa saker faktiskt existerar, som exempelvis diagnoser och klass (Börjesson 2003). Diskursanalysens syfte är att kartlägga de processer där ord och begrepps betydelse fastställs samt vars betydelser blivit så konventionella att vi uppfattar dem som naturliga och sanna (Winther Jörgensen & Phillips, 2000). Boréus (2011) beskriver i sitt kapitel hur en av diskursanalysens utgångspunkter är att sättet vi uttrycker oss om en företeelse har följder för synen på denna företeelse.

Winther Jörgensen & Phillips (2000) skriver att de tre angreppssätten för diskursanalysen har många gemensamma faktorer men skiljer sig något mellan premisserna. En skillnad är att den kritiska diskursanalysen, vilken vi främst utgår ifrån, i jämförelse med diskursteorin och diskurspsykologin faktiskt gör systematiska empiriska analyser av språkbruket. Winther Jörgensen & Phillips (2000) beskriver den kritiska diskursanalysen både som ett bredare begrepp inom teorin vilket innehåller flera olika angreppssätt men även som ett specifikt angreppssätt som lingvistikprofessorn Norman Fairclough utvecklat.

I Faircloughs angreppssätt presenteras en tredimensionell modell för analysen vilken vi kommer använda oss av. De tre dimensionerna i modellen är själva texten, den diskursiva praktiken och den sociala praktiken. Vidare hävdar Winther Jörgensen och Phillips (2000) att Faircloughs kritiska diskursanalys kräver en kompletterande sociologisk teori för att kunna analysera den bredare sociala praktiken. För detta har vi valt Goffmans teori kring stigma, vilket vi återkommer till senare i detta avsnitt.

För att analysera texten finns verktyg som begreppet ”binära dikotomier”, vilket Börjesson (2003) skriver om. Begreppet kan analytiskt användas för att undersöka vad som i texten konstrueras exempelvis som bra eller dåligt, sant eller falskt, värdigt eller ovärdigt då binära dikotomier är en form av kategorisering där den ena utesluter den andra. Ett annat begrepp är ”transitivitet” (Winther & Phillips 2000) som påvisar hur företeelser förbinds med subjekt- och objekthanvändning i texterna. Ytterligare ett begrepp är ”nominalisering” vilket innebär förskjutningar av subjektet i en sats. Vidare beskrivs ”modalitet” som fokuserar på talarens eller författarens grad av instämmande i påståendet. En skillnad görs mellan objektiv modalitet och subjektiv modalitet. Den senare redogör för något subjektivt upplevt där uttalandet blir giltigt för den personen som uttalar sig i den situationen det uttalas medan objektiv modalitet framstår som något allmängiltigt om verkligheten och världsbilden (ibid).

5.3 Stigma

Som komplement till Faircloughs kritiska diskursanalys, som kräver en sociologisk teori, har vi valt Goffmans teori kring stigma kompletterande moment. I följande avsnitt presenterar vi denna teori.

Stigma är ett begrepp som sociologiprofessor Erving Goffman tydliggjorde i Stigma – den avvikandes roll och identitet (2011). Efter studier av utsatta grupper i samhället kom han fram

till att stå i ett läge utanför det normativa samhället har följder för både individen inom denna kategori och andra personer som kommer i kontakt med dessa stigmatiserade individer. Ordet stigma i sig härstammar från grekiskan och innebär kroppsliga tecken, ofta inbrända i människokroppen, som skulle åskådliga att människan som bar dessa tecken stod i en moralisk nedsättande statusposition. Exempel på brännmärkta individer var personer som levde som slavar eller förrädare.

Än idag bär ordet stigma med sig en negativ association. Goffman (2011) skildrar hur varje samhälle har sina egna regler för kategoriseringen av människor utifrån den för tillfället gällande samhällsnormen. Individer som inte upplevs platsa i samhällets mönster blir stigmatiserade, dvs. det skapas ett ”vi” och ”dem” gentemot de människor som avviker från samhällsnormen. Individerna delas alltså in i grupper utifrån hur de avviker från de normaliserade mönstren. Människor som bär på mindre önskvärda egenskaper får med sig en osynlig stämpel på grund av sina djupt misskrediterande egenskaper. Dessa egenskaper utgår ifrån tre kategorier: kroppsliga missbildningar, etniska faktorer och fläckar på den personliga karaktären (ibid). I vårt fall är den misskrediterande egenskapen psykisk ohälsa, som kan tolkas som en mörk fläck på individens karaktär. Goffman (2011) skriver vidare att den stigmatiserade kategoriseringen utgår ifrån ett misskrediterande attribut där individens andra kategoritillhörigheter hamnar i skymundan och att den stigmatiserade kategorin ses som individens verkliga och enda relevanta kategori. Detta innebär alltså att samhället enbart ser den grupptillhörighet som misskrediterar individen och skyler över individens andra grupptillhörigheter.

Själva graden av stigmatisering är kontextbunden och är beroende av egenskapens visibilitet, eller synlighet, utifrån tre faktorer:

För det första är ”Know-about-ness” en del i visibiliteten. Detta innebär huruvida de människor eller grupper som individen för tillfället är i socialt samspel med känner till det stigmatiserande elementet. Känner personen som skakar hand med den stigmatiserade inte till den misskrediterade egenskapen kan stigmatiseringen utifrån denna utomstående människa vara på nollnivå. För det andra är påträngandegraden av den misskrediterande egenskapen en del av visibiliteten. Påträngandegraden avgörs utifrån hur omständig och mödosam egenskapen blir för andra individer. Behöver till exempel en rullstolsbunden individ stöd för att komma in i en byggnad är påträngandegraden avsevärt högre än om samma individ suttit bakom ett bord vid ett arbetsmöte och mötets övriga deltagare inte känt sig påverkade av funktionshindret.

Den tredje faktorn i stigmatiseringens visibilitet är varsebliven fokus. Denna punkt beskriver den upplevda fokuseringen och handlar också dels om de sociala situationerna där stigmat blir synligt. Som exempel nämner Goffman (ibid.) fulhet som en ibland stigmatiserad egenskap när det gäller grenar i yrkeslivet där den yttre skepnaden spelar stor roll. Goffman (2011) skildrar vidare hur misskrediterade individer ofta står i en ambivalent situation gentemot sitt stigma då det finns en dragning mot samhällsnormen men även till andra individer som tillhör samma misskrediterande grupp. Först och främst ser dessa individer sig självfallet som vilken människa som helst då en individ som tillhör en stigmatiserad grupp har fler egenskaper som förbinder dem med andra människor i samhället än vad det finns skillnader. Stigmatiserade individer som umgås med intrycksvis ”normala” människor har enligt studier en egen syn att de själva är mer integrerade i samhällsnormen och mår därför ofta psykiskt bättre än andra stigmatiserade individer. Samtidigt kan dragningen till samhällsnormen leda till tvivel och skapa ytterligare stigmatisering. I ett möte mellan en synligt misskrediterad individ och en icke-stigmatiserad individ sker en sociologisk process där båda parterna anpassar sig till stigmats orsaker och verkningar. Stigmatiseringen medför att den icke-stigmatiserade skapar sig en bild av den stigmatiserade utifrån sina sinnesuttryck. Den icke-stigmatiserade individen skapar en virtuell social identitet utifrån stigmat för den misskrediterade individen där den faktiska identiteten glöms bort och stigmat konstant står i centrum. Även den stigmatiserade anpassar sig ofta efter sitt eget stigma i försök att dölja det som gör honom eller henne avvikande. Situationen kan då för båda parterna bli nästintill ansträngande. Resultatet av sådana möten kan alltså leda till att icke-stigmatiserade människor undviker det ansträngande mötet och undviker de stigmatiserade.

Hos den stigmatiserade kan då både det ansträngande mötet och framtida undvikanden leda till självstigmatisering i form av en negativ självbild i förhållande till att man inte känner sig accepterad. Att stå i en självmotsägelse i fråga om att vara som alla andra leder ofta till att individer försöker att koda den sammanhängande innebörden i sitt liv ännu mer. Detta kan i sin tur ha positiva följder i form av en sammanhängande livsbild men kan samtidigt leda till ytterligare självstigmatisering där individen skapar en ofta destruktiv bild av sig själv om att inte passa in i samhället man lever i.

På andra sidan ambivalensen finns dragningskraften i riktning mot den egna gruppen som bär på samma diskreperande egenskap som den stigmatiserade själv. I umgänge med människor med liknande bakgrundshistorier finns det förståelse och identifikation på både ett socialt och psykologiskt plan. Här finns inte samma obekväma möte som kan uppstå mellan individer från olika samhällskategorier och den stigmatiserade behöver inte känna utanförskap bland i

sina likasinnade. Dock kan endast umgänge med den egna stigmatiserade gruppen leda till avskärmning och ytterligare avvikelser från samhällsnormen (Goffman, 2011). Goffman (ibid.) menar att stigmatiserade individer ser sig som vilken människa som helst, men att dessa individer ändå är påverkade av samhällets syn på den misskrediterade egenskapen. Å ena sidan ser de sig själva utifrån sitt eget individuella perspektiv å andra sidan ur samhällets synvinkel då samhällsnormerna socialiserats in hos individen i fråga.

6. Analys

Även om diagnoserna som ryms inom begreppet ”psykisk ohälsa” främst är psykiatriska eller medicinska har de sociala effekter i och med de kategorier som görs utifrån benämningar som används i vardagligt tal (Johannisson, 2006). I detta avsnitt analyserar vi vilka konstruktioner som görs av psykisk ohälsa, med fokus på hur gruppen människor med psykisk ohälsa konstrueras som en social grupp. Detta gör vi genom en diskursanalys av debattartiklars kommentarsfält. Vi har undersökt hur kategorin omtalas, vilka begrepp som används och vilka attityder som finns bakom talet om gruppen människor med psykisk ohälsa. Vidare gör vi en diskursanalys av intervjuerna vi gjort med människor som lever med psykisk ohälsa om hur deras upplevelser skiljer sig från dessa sociala konstruktioner av kategorin som görs. Vi använder Faircloughs kritiska diskursanalys som belyser texter utifrån en tredimensionell modell som består av texten, den diskursiva praktiken som inkluderar produktions- och konsumtionsprocessen av texten samt den sociala praktiken. Den sistnämnda dimensionen, den sociala praktiken, kompletteras med Goffmans stigmatologi. Med hänsyn till våra frågeställningar kommer fokus ligga på den sociala praktiken som vi analyserar med utgångspunkt i texten därför blir den analytiska aspekten av den diskursiva praktiken relativt oberörd då den delvis är förklarad i metodavsnittet samt kommer behandlas i slutdiskussionen.

6.1 Kategori eller individ

Goffmans stigmatologi handlar om gruppen och individen och hur dessa förhåller sig till varandra. Goffman (2011) skriver att stigmatiserade individer ofta ser sig själva som ”vem som helst” samtidigt som de ser sig tillhöra kategorin, i denna undersökning fall är kategorin just människor med psykisk ohälsa. I följande avsnitt analyserar vi hur gruppen människor med psykisk ohälsa konstrueras som kategori eller individ. Först och främst undersöker vi hur detta konstrueras i kommentarerna, alltså främst av människor som inte utger sig för att inte

själva leva med psykisk ohälsa. Därefter undersöker vi hur de som deltagit i intervjuerna, som lever med psykisk ohälsa, konstruerar kategorin de själva kan sägas tillhöra.

En företeelse vi stött på är att kommentarerna skiljer sig avsevärt från varandra när det kommer till att beskriva människor med psykisk ohälsa som en kategori eller att nämna dem som enskilda individer. Som exempel har vi valt ut två kontrasterande kommentarer ifrån två olika forum där den första kommentaren är kontroversiell men får medhåll av andra kommentatorer i diskussionen:

"Kanske man måste inse att alla psykiska sjukdomar kommer från dålig barndom eftersom alla barn överlämnade till främmande kommunanställda som psyk-torterar och traumatiserar dem"

Den andra kommentatorn är representativ i sitt forum och skriver:

"jag tror att det måste finnas lika många behandlingar som det finns människor, för vi är väldigt olika och med olika behov men vården generaliserar istället för att ägna den tid och arbete som behövs"

I den första kommentaren kunde vi upptäcka en tydlig och bestämd ståndpunkt från kommentatorn som yttrat sig: människor med psykisk ohälsa har haft en svår barndom. Personen förtydligar i sin kommentar att det inte finns några andra faktorer för psykisk ohälsa där elementet "alla" förtydligar detta väl. Människor med psykisk ohälsa konstrueras i denna kommentar som en stor enhet eller en kategori. Som vi förklarat i avsnittet kring stigma i avsnittet "Teori" är det den misskrediterade egenskapen hos individen som blir dominerande i bilden andra har av denne. Liksom Goffmans (2011) resonemang kring detta påvisar kommentaren att den psykiska sjukdomen står i centrum för synen på den stigmatiserade kategorin och andra faktorer i individernas liv ställs åt sidan. Vidare kan modaliteten tolkas som objektiv (Börjesson 2003) då kommentatorn skriver som om textens innehåll är allmängiltig. Det uttrycks en fast ståndpunkt i kommentaren som säger att det är just på detta vis som uttalats och att detta inte kan motsättas.

I den andra kommentaren uttalar sig en annan person utifrån sitt egna jag och skriver att gruppen människor med psykisk ohälsa bör betraktas som olika individer. Kommentaren inleds utifrån en subjektiv modalitet där personen i fråga skriver om vad denne själv anser vara fakta. Samtidigt som denne uttrycker sig subjektivt ser vi dock en tydlig ståndpunkt kring att människor är olika. En allmängiltig antydning sätts där personen uttrycker att hela

samhällets består av olikartade individer istället för att dela in alla människor i ett ”vi” och ”dem”. Kommentaren avslutas alltså med en objektiv modalitet.

Materialet som är insamlat från kommentarsfälten avslöjar att de kommentarer som impliciterar att gruppen är en homogen kategori uttrycks i en objektiv modalitet medan de kommentarer som utgår från ett individualistiskt perspektiv tenderar att använda en subjektiv modalitet.

Vidare undersökte vi i följande avsnitt vilket perspektiv de intervjuade har, individ- eller kategoriperspektiv, på gruppen. Finns det något av dessa två synsätt som lyfts fram mer inom undersökningens ramar? Anser sig de intervjuade tillhöra denna kategori eller anser de sig vara som ”vem som helst”? Hur konstruerar de intervjuade gruppen angående ”vi” och ”dem”- kategoriseringar när de enligt stigmat teorin har en ambivalent dragning till både gruppen och andra icke stigmatiserande grupper i samhället?

Samtliga intervjuade uttalade sig kring att människor med psykisk ohälsa är en utsatt grupp i samhället som blir och har blivit utsatta för fördomar och stigmatisering i enlighet med Lundbergs undersökning från år 2010. En av intervjupersonerna, som vi här benämner för intervjuperson 3, uttalade sig bland annat kring att det sker en generalisering av människor med psykisk ohälsa inom vården:

"Vissa kanske behövs kanske låsas in. De som är farliga för sig själva och sånt va. Men sen så, just att anpassa för varje individ måste vi kunna göra också va. För vi är ju alla olika personer och de kan inte köra en generell linje anser jag heller, för du måste individanpassa varje behandling så att säga och det tycker jag att det gör dom inte idag."

Vårt intervjumaterial påvisar vidare att intervjupersonerna tolkar det som att majoriteten av människorna ute i samhället generaliserar människor med psykisk ohälsa till just en kategori och därför inte ser de individuella dragen som varje enskild person kan ha. Nästföljande citat från intervjuperson 4 visar på det:

”Två personer med olika (psykisk) ohälsa är ju jätteolika”

De intervjuade talar själva om gruppen människor med psykisk ohälsa som individer och belyser även detta med en problematisering som i det första citatet ovan från intervjuperson 3. Problematismen gäller relationen mellan det individualistiska perspektivet och samhällets grupperspektiv på människor med psykisk ohälsa. Intervjuperson 3 menar att samhället, specifikt vården, bemöter människor med psykisk ohälsa som en homogen kategori medan

intervjuperson 3 samt 4 menar att det inte går att fastställa några generaliseringar. Samtliga intervjupersoner uttrycker sig i detta individualistiska perspektiv och menar att utifrån detta perspektiv blir den psykiska hälsan en skattningsskala med flera faktorer där gränsen mellan "hälsa" och "ohälsa" blir så pass successiv att ingen distinkt åtskillnad kan göras mellan dessa två. I och med denna odefinierade gränsdragning uppstår inte heller någon vi- och dem-kategorisering.

Även om det individualistiska perspektivet var mest genomgående under intervjuerna uttryckte intervjupersonerna en inställning om att de skulle vara annorlunda i relation till den psykiskt välmående normen. En viss uppdelning mellan dem som lever med psykisk ohälsa och dem som inte gör det görs alltså men främst i berättelser om medlemmar eller icke medlemmar i Fontänhuset. Vissa försök till definitioner som intervjupersonerna gjorde hade liknande drag vilket var just att de utgick från att människor med psykisk ohälsa var "som alla andra" förutom en viss faktor, vilket intervjuperson 2 gör exempel på:

"Vi är bara mer sköra än andra. Mindre stresståliga"

Användningen av elementet "bara" antyder att detta skulle vara den enda skillnaden mellan detta "vi" och det motsatta "dem". Men i dessa uttalanden finns en strävan efter att normalisera dessa avvikelser genom att benämna dessa som "bara" och "endast" och genom att belysa den multifaktoriella skattningsskala som succesivt rör sig mellan hälsa och ohälsa. Detta i sig resulterar i ett uteslutande av kategorisering.

De intervjuade uttrycker alltså att de själva ser sig som individer där den ena inte är den andra personen lik även om det trots detta kan finnas gemensamma länkar i form av psykisk ohälsa, vilket i sig varierar kraftigt beroende på den aktuella intensiteten i ohälsan. De poängterade att psykisk ohälsa är en högst varierande benämnd grupp av människor som innehåller diverse diagnoser och typer av människor.

Det gick att finna en motsägelse inom debattforumen. Å ena sidan fanns det de som skrev på ett sätt som generaliserade kategorin, å andra sidan fanns det de som skrev om enstaka individer eller mindre delar av hela gruppen. Det påvisar ett samband mellan attityden gentemot gruppen och tendensen att kategorisera människor med psykisk ohälsa som just en homogen eller heterogen grupp.

De kommentatorer som inte antydde att de lever med psykisk ohälsa yttrade sig samtliga på ett vis där de beskriver gruppen som en homogen kategori. Uttryck som implicerar en generalisering av typen "såhär är det att ha psykisk ohälsa" och "detta är bra/dåligt för

människor som drabbats" från människor som inte själva lever med psykisk ohälsa kan få följder för synen på och bemötandet av människor med psykisk ohälsa. Genom att uttrycka sig på ovannämnda sätt förmedlas en föreställning till mottagaren av texten vilket är en del av processen som producerar fördomar (Goffman 2011). Om samhället bär med sig föreställningen att människor med psykisk ohälsa är en homogen kategori med samma egenskaper och förutsättningar riskeras det stigmatiserade aspekten att bli dominerande och det tas ingen hänsyn till skillnader mellan människorna inom gruppen. Men Goffman (2011) skriver även om riskerna med en total individualisering som hade kunnat resultera i att känslan av gemenskap och samhörighet med likasinnade hade försvunnit. Ambivalensen mellan att "vara som vem som helst" och dragningen till andra människor som har liknande erfarenheter återfinns i samtliga intervjuer vi genomfört för denna undersökning. Vad som kunde tolkas utifrån intervjumaterialet som inte återfinns i Goffmans stigmatologi är att de individer som tillhör den stigmatiserande gruppen även anser att övriga människor inom gruppens ramar är "som vem som helst". Självstigmatiseringen är alltså låg. Alla utlåtanden från intervjuerna konstruerar gruppen som en kategori i och med användningen av vikategorisering men påstår att detta "vi" inte skiljer sig distinkt eller definierat från "dem". Dessutom utgår de intervjuade från ännu en kategorisering och åtskiljer normen, människor som lever med psykisk ohälsa och medlemmar i organisationen.

6.2 Innanför och utanför vården

Genom kommentarerna under debattartiklarna finns en distinkt skillnad mellan kommentarer som handlar om gruppen människor med psykisk ohälsa inom vården och kommentarer som handlar om gruppen utanför vården. Alltså om gruppen i samhället i stort, såsom deras position på arbetsmarknaden, utbildningar och familjebildning. Inom psykisk ohälsa återfinns det en medicinsk diskurs och det återfinns en diskurs som utgör de sociala aspekterna. Dock kan just vårdaspekten i sig återfinnas i båda diskurser. I följande avsnitt undersöks hur kommentarerna och intervjupersonerna konstruerar gruppen och inom vilken diskurs i förhållande till vården.

Kommentarerna som handlar om gruppen inom vården tenderar att utvecklas till politiska diskussioner genom att fokusera på den ekonomiska aspekten utav vården. En gemensam nämnare är att samtliga av dessa kommentatorer uttrycker ett missnöje med vården som inte kan tillmötesgå gruppens behov men även samhällets behov av att tillmötesgå gruppen. Bland

annat uttrycker en kommentator under en artikel som ursprungligen handlade om gruppens villkor inom Försäkringskassan:

”Det vore samhället och de sjuka till gagn om sinnessjukhusen öppnade igen. Det behövs vårdplatser för de som söker hjälp. Nu får de gå hem igen.”

Detta inlägg implicerar att människor med psykisk ohälsa hade fått den vård det finns behov av på ett så kallat sinnessjukhus samtidigt som detta även skulle gagna samhället på ett inte specifikt uttalat sätt. En binär dikotomi (Börjesson, 2003) avslöjas här då genom att beskriva det som en fördel för samhället att de som lider av psykisk ohälsa skulle hänvisas till dessa ”sinnessjukhus”. Motsatsen blir då att samhället gör en förlust av att ha öppenvård och den jämställdhetssträvande politiken som driver detta. I och med att den odefinierade fördelen som skulle finnas för samhället kan uttalandet tas till en mesonivå och påstå att människorna i samhället skulle gagnas av att separeras från de som lider av psykisk ohälsa.

Dock blottas en ambivalens inom diskussionen då en kommentator, som vi använt tidigare i analysen, skriver:

” jag tror att det måste finnas lika många behandlingar som det finns människor, för vi är väldigt olika och med olika behov men vården generaliserar istället för att ägna den tid och arbete som behövs.”

Denna kommentar avslöjar en direkt motposition till den övre i fråga om att bemöta gruppen som en kategori eller se till varje person som en individ. I en jämförelse mellan dessa två kommentarer skiljer sig den andra kommentaren från den första då modaliteten (Börjesson, 2003) blir subjektiv. I den första kommentaren beskrivs denna ”gagn” som samhället och kategorin ska få som en allmängiltig konsekvens av att segregera dem som lider av psykisk ohälsa och dem som inte gör det. Den andra kommentaren börjar däremot som en subjektiv modalitet där kommentatorn säger sig tro, ur dennes perspektiv, för att sedan bekräfta att individualitet är verkligt.

Även kommentarerna som handlar om kategorin inom andra aspekter utanför vården har benägenhet att ta hänsyn till vårdaspekten. Kommentarer med fokus på det sociala livets aspekter använder fortfarande benämningar som ”den psyksjuka”, ”psykiskt sjuka”, ”de med neuropsykologiska diagnoser” osv. De uttryck som myntats inom en medicinsk diskurs för att ge vissa strukturer och kategoriseringar inom sjukvården ges utrymme även inom den sociala aspekten av diskursen om psykisk ohälsa. Ett exempel är följande kommentar:

”Arbete är en bra kur mot psykisk ohälsa”

Just användningen av momentet ”kur” hänvisar till att psykisk ohälsa är något som ska eller kan botas, alltså en sjukdom vilket tillhör den medicinska diskursen. Samtidigt är denna kur arbete vilket tillhör det sociala resonemanget. Kommentatorn refererar dessutom till arbete som en bra kur och utesluter därför reella medicinska kurer som bra. Kommentatorn, som har en representativ roll i diskussionen på forumet, benämner alltså psykisk ohälsa som ett medicinskt problem men som har sociala lösningar. Ännu ett exempel är följande:

”En förutsättning för att bli frisk är att sluta att identifiera sig med en sjuk.”

Denna kommentar kommer från en artikel där det stigande antalet sjukskrivningar redogjordes och kan tolkas på två olika sätt. Det första är att den konstruerar psykisk ohälsa som en medicinsk angelägenhet på grund av användningen av momentet ”frisk” vilket är motsatsen till ”sjuk”. Enligt denna kommentar är ”sjuk” förknippat med att identifiera sig med att vara sjuk då ”frisk” associeras med att inte göra detta. En annan tolkning av kommentaren är att den konstruerar psykisk ohälsa som ett individuellt, psykologiskt problem då förutsättningen för att bli frisk är att inte, mentalt, identifiera sig själv på ett visst sätt. Genom denna tolkning utesluts möjligheten att psykisk ohälsa skulle kunna vara ett socialt problem eller ha samhälleliga orsaker helt och kommentaren domineras av en medicinsk eller psykologisk diskurs.

Genom kommentarsfälten är denna bild återkommande. Även i diskussioner kring kategorins sociala aspekter blandas det medicinska eller psykiatriska perspektivet in. En del kommentarer resonerar tvärtom; att psykisk ohälsa är ett socialt problem men som har medicinska lösningar.

Överlag genom kommentarsfälten konstrueras gruppen människor med psykisk ohälsa som en medicinsk angelägenhet oberoende av vilken utgångspunkt diskussionerna har.

Även de intervjuade uttrycker missnöje med vården men talar om inläggning som isolerade händelser. Exempelvis berättade en deltagande:

”Man kan ha varit inlagd men leva ett normalt liv ändå”

- Intervjuperson 1

Detta citat impliciterar att inläggning inte påverkar de sociala aspekterna av en individs liv. I och med detta konstruerar de intervjuade människor med psykisk ohälsa som individer vars

roll inom den medicinska diskursen är relativt minimal. Vidare påvisar detta citat att en samstämmig inställning finns hos de intervjuade. Vårdaspekten innehar en marginell men markant position i intervjupersonernas liv.

De diskursiva positionerna som avslöjas i intervjuerna och kommentarsfälten är främst den varierande graden av en medicinsk aspekt inom den sociala diskussionen. Intervjupersonerna som själva lever med psykisk ohälsa konstruerar den psykiska ohälsan som en mindre del av sina liv men det är fortfarande en faktor som majoriteten av de intervjuade upplever att de behöver anpassa sina liv efter. Under intervjuerna framkom det dock att det var samhällets attityder till diagnoserna och den psykiska ohälsan som personerna behövde anpassa sig efter. Alltså den förväntade stigmatiseringen. Den samhälleliga bilden av psykisk ohälsa som representeras av kommentatorerna konstruerar gruppen som en medicinsk angelägenhet. Antingen genom att utgå från att psykisk ohälsa är ett medicinskt problem eller genom att psykisk ohälsa som problem har en medicinsk lösning. Också här avslöjas en diskursiv skillnad då kommentatorerna antar perspektivet att psykisk ohälsa är just ett problem som kan, alternativt ska, lösas medan intervjupersonerna utgår från perspektivet att den psykiska ohälsan är en personlig egenskap som kräver hantering för att anpassas till samhällets strukturer.

6.3 Förväntad stigmatisering

I följande avsnitt redovisas och analyseras material från de intervjuer och kommentarer som handlar om den förväntade stigmatiseringen.

Samtliga intervjupersoner berättade om fördomsfulla attityder de erfarit på grund av deras psykiska ohälsa från både närstående och främmande människor. En viss förväntad stigmatisering avslöjades även under intervjuerna. Vid frågan kring vad intervjupersonerna trodde att samhällets första tanke kring ”psykisk ohälsa” var blev ett vanligt svar exemplen "farlig" och "galning". Detta i bemärkelsen att ”galning” framstår i media i form av psykiskt sjuka massmördare och andra icke-normala människor som den normale individen ska akta sig för. Ett annat uttryck som de intervjudeltagandena berättade att de förväntade sig få höra i samband med begreppet psykisk ohälsa var att de drabbade skulle uppvisa någon form av inkompetens eller vara mindre intelligenta än människor i allmänhet samt förväntningar att människor med psykisk ohälsa skulle bete sig annorlunda och på ett avvikande sätt jämfört med samhällsnormen. Intervjuperson 4 uttryckte sig såhär:

"Men det är så mycket fördomar, som att det ska synas på en att man är tokig. Det var ett tillfälle när jag följde med mamma till min brors grav och mormor och morfar... det var i X-stad, så körde hem till mammas syster efter det. Och hon visste ju allting, för det hade mamma berättat. Hon sa "men det syns ju inte på dig". Nej sa jag. Det hade varit bättre med en bruten arm för då hade det syntts att jag mår dåligt eller hade en skada. Men det är också en fördom. Folk tycker att det skulle synas på alla tosingar och tokiga."

Detta uttalande påpekar att inte enbart okända människor utan även personer i den egna omgivningen kan ha fördomar gentemot individen som drabbats av psykisk ohälsa. Först handlar citatet om upplevd stigmatisering; mostern i berättelsen uttrycker en förvåning över att det inte gick att se att intervjupersonen levde med psykisk ohälsa då hon hade fördomen att den psykiska ohälsan på något sätt skulle vara synlig. Längre ner i citatet ovan uttrycks förväntade fördomar från omgivningen. Detta yttras i att intervjupersonen förväntar sig att andra människor tycker eller tror att det ska synas på dem som lever med psykisk ohälsa.

De intervjuade uppvisade, trots medvetenheten kring att deras berättelser skulle komma att användas som analysmaterial i denna uppsats, en öppenhet kring ämnen som annars kan betraktas som känsliga. Ämnen som deras egna personliga erfarenheter av att leva med psykisk ohälsa och deras förväntningar på reaktioner från andra människor och samhället kring deras situation. Intervjuperson 2 yttrade bland annat följande:

"Jag kan vara öppen också som nu liksom, sitta och prata här. Men nu är det mer såhär att man väljer. Jag berättar ju inte till exempel om alla mina psykoser, vart eller hur jag tolkar dem. Det gör jag för vänner liksom, kanske dom jag lärt känna lite och så. Men jag berättar ju inte för någon politiker eller till exempel när man träffar någon första gången. Jag säger ju att jag är stolt över min bipolära sjukdom, men man ska vara försiktig. Man ska inte bara spatsera ut med det som "jag är bipolär!" Då följer en stämpel i pannan!"

Vi fick höra från flera intervjupersoner att psykisk ohälsa inte är något som de som drabbats bör känna skam över och att det ibland även kan vara något att känna stolthet över. Men samtidigt innehöll intervjuerna blandade uttalanden om att intervjupersonerna själva, nu eller förut, tänker efter innan de berättar om sina diagnoser bland annat på grund av reaktionerna som kan fås. Även om majoriteten uttryckte att de inte "spatserar rakt ut" och berättar om sin psykiska ohälsa uttrycktes det, som även i ovanstående berättelse, att det är ett ämne man kan tala om för människor som man lärt känna och har förtroende för.

De intervjudeltagande berättade hur tiden kring att de fick sina diagnoser förflöt. De deltagande berättade om sina personliga reaktioner när de fick diagnosen de bär på idag. Bland annat berättade samtliga intervjudeltagare om ambivalensen kring lättningen över att få

ett namn på sin situation men även oron över den befogade vetskapen om att inte längre tillhöra samhällsnormen. Den främsta orsaken till denna oro grundade sig i den förväntade stigmatiseringen. Flera som fick diagnosen för 10 år sedan, eller tidigare, berättade hur diagnosen var något skamligt att få. Bland annat intervjuperson 1:

”Det var ingen som pratade i medierna då. Det fanns ju inte på den tiden, utan det var ju mer att det skulle tystas ner. För det var ju som jag sa många som ansåg att vi är lite koko i huvudet eller man inte är lika smarta som alla andra människor.”

Att vara psykiskt sjuk ansågs som ett tabubelagt ämne som de drabbade eller anhöriga till de drabbade inte fick tala om. Denna aspekt visar sig både som erfaren stigmatisering men även förväntad. Den erfarna stigmatiseringen var så vanlig och utbredd att den förväntade stigman var berättigad. Intervjuperson 1 berättar i citatet ovan att ingen pratade, impliciterat, om psykisk ohälsa i medierna. Detta i relation till att ha drabbats av psykisk ohälsa var skambelagt på grund av fördomar kring intelligensmässiga eller sociala avvikelser.

Goffman (2011) skriver att människor med en misskrediterande egenskap har en mer selektiv urvalsprocess när de uttrycker sig om den specifika egenskapen för att undvika vissa sociala konsekvenser, som i värsta fall utanförskap. Detta påverkar graden av öppenhet att prata och dela med sig av sina erfarenheter av psykisk ohälsa. Den förväntade stigman påverkar även det i sin tur graden av öppenhet då ju värre sociala konsekvenser som förväntas, desto lägre blir graden av öppenhet. I resonemangets motsatta riktning skulle detta kunna innebära att ju slutnare en person är om sin psykiska ohälsa desto högre grad av förväntad stigmatisering.

De intervjuade berättade vilka fördomar och antaganden de förväntar sig från samhället när det gäller människor med psykisk ohälsa. Huruvida dessa förväntningar överensstämmer med vad våra samhällsrepresentanter, i form av vad kommentatorerna under debattartiklarna, uttrycker har vi i följande avsnitt undersökt. Intervjupersonerna står för den förväntade bilden av när de två olika delarna träffar på varandra och debattartiklarnas kommentarer representerar den faktiska bilden av bemötandet av den psykiska ohälsan som finns i samhället. Debattartiklarna och kommentarerna inom vårt urval för detta avsnitt fokuserar därför inte enbart på förväntade fördomar.

Men en distinkt kommentar som i debattforumet är en respons på ett tidigare negativt uttalande, anspelar kring målgruppens utsatta situation i samhället är bland annat följande:

”Tur att du inte har medfödd sjukdom då eller dina barn kanske har eller dina vänner.. får man inge stöd i samhället för man är sjuk, hur ska man då skaffa utbildning eller jobba?”

För det första finner vi en objektiv modalitet kring att psykisk ohälsa ses som en medicinsk sjukdom och detta är enligt kommentatorn medfött. Detta tolkar vi utifrån att sammanhanget, den diskursiva praktiken, där kommentaren producerades och konsumerades kretsar kring psykisk ohälsa samt de drabbades villkor på arbetsmarknaden. Vidare menar kommentatorn med hjälp av en hypotetisk fråga att om man som bärare av denna sjukdom inte kan få en utbildning eller jobb om det inte ges stöd från samhället.

En annan kommentator som vi använt tidigare i analysen uttrycker en annan ståndpunkt:

”Arbete är en bra kur mot psykisk ohälsa, att ge folk ledigt är helt fel, mycket psykisk ohälsa är dessutom bluff för att få arbetsfria inkomster och resa på semester”

Denna kommentar implicerar att psykisk ohälsa är ett medicinskt problem med en social lösning i form av arbete. Vidare uppvisar kommentaren en fördomsfull attityd som uttrycks just i argumentet att många som lever med psykisk ohälsa skulle egentligen inte göra detta utan vara bedragare för att få ekonomiska bidrag. I den sociala praktiken återspeglar detta en attityd av misstänksamhet mot gruppen då en del av denna, enligt kommentatorn, egentligen inte skulle tillhöra.

Ytterligare en kommentator, som skrivit sin åsikt under en artikel som handlar om vårdbemötandet mot en tonårstjej som har diagnosen schizofreni, uttrycker skepsisism även om den pekar i en något annorlunda riktning är följande:

”Vem vet att de hon säger är sant? Om ni bara läser på ämnet psykisk sjukdom hoppas jag att många förstår att chansen är stor att hon ljuger, hon gör detta för att undvika och störa vården/.../ Det är det de vill.”

Skepsisismen är som klargjort ovan i uttalandet om att ”hon” ljuger. Men i denna kommentar riktad mot en person som legitimt tillhör kategorin och inte enbart utger sig för att göra det som i det ovanstående citatet. I den förra kommentaren drabbades gruppen av misstänksamheten även om det skulle vara människor som inte lever med psykisk ohälsa som attityden riktades mot. I denna kommentar handlar det först om en person som tillhör gruppen men utifrån denna enda person riktar kommentatorn misstänksamhet mot hela kategorin. Vidare i citatet så konstrueras gruppen som tvivelaktiga då chansen att den specifika kvinnan ljuger är stor på grund av att hon tillhör kategorin. Utöver detta delger kommentatorn inte bara kvinnan utan även hela gruppen ett motiv till de diskrediterande påståendena. ”Undvika och störa vården” uppges som kategorins motiv. Att uttrycket tolkas som fördomsfull är främst på grund av den sista meningen i citatet: ”Det är det de vill”. Dessa ”de” som utgör

gruppen människor med psykisk ohälsa är en stor kategori som kommentatorn med stor sannolikhet inte samtalat eller frågat ut kring deras avsikter gällande vården. Och därför gör kommentatorn generella antagande som har negativa konsekvenser för gruppen inom den diskursiva praktiken men även i den sociala.

” Hur är det med eget ansvar?”

Skriver en kommentator under en diskussion om gruppens utsatta position i samhället, specifikt på arbetsmarknaden. Uttalandet i sig har en objektiv modalitet men vänder problemet till gruppen i och med det egna ansvaret ifrågasätts. Denna kommentar kan tolkas på två sätt; antingen som en neutral fråga där gränsdragningen mellan individuellt ansvar och samhällets ansvar problematiseras. Eller som ett ifrågasättande kring individens eget ansvar för sin position i samhället. Detta kan i sin tur tolkas som att den som är drabbad av psykisk ohälsa och inte uppfyller de kriterier för att leva enligt samhällsnormen inte tar tillräckligt med eget ansvar för sin situation. Denna tolkade innebörden representerar en negativ attityd gentemot människorna inom gruppen när deras psykiska ohälsa blir ett hinder för att uppfylla sociala normer. Om gruppen människor med psykisk ohälsa antar att denna attityd gentemot psykisk ohälsa finns i omgivningen blir det en förväntad stigmatisering.

En annan kommentator avslutar en lång diskussion om diverse teman inom psykisk ohälsa och skriver följande:

”Jag skulle aldrig rekommendera någon att öppet tala om sin psykiska sjukdom till kleti och pleti utan istället vara mycket noga till vem man berättar. Människor i allmänhet är trångsynta och har många fördomar om vad psykisk ohälsa är”

Denna kommentator uttrycker främst en förväntad stigmatisering i form av antagande om vilka reaktioner och attityder omgivningen kommer ha i bemötandet av vetskapen om personens psykiska ohälsa. Kommentaren knyter även an till analysen ovan kring öppenhet om sin psykiska hälsa i relation till förväntad stigmatisering. Kommentatorn ovan råder andra som lever med psykisk ohälsa att inte tala öppet om sin situation då kommentatorn senare i citatet uttrycker i en objektiv modalitet att människor i allmänhet har fördomar och då kapacitet till att stigmatisera.

I en undersökning i Sverige (Hansson, Stjernswärd & Svensson, 2014) var den förväntade stigmatiseringen högre hos nyligen inlagda eller nyligen diagnostiserade människor än de som levt med sin diagnos ett tag.

6.4 Jag-identitet och självstigmatisering

En del av Goffmans stigmatteori (2011) kretsar kring hur individer utsatta för stigmatisering identifierar sig själva i förhållande till andra människor och grupper i samhället men även till andra människor eller kategorier som är stigmatiserade. En person som tillhör en stigmatiserad kategori och som delar samhällets antaganden kring denna grupp upplever så kallat ”självstigmatisering”. Följande kommentarer är skrivna av människor som utger sig för att leva med psykisk ohälsa och handlar om hur de beskriver sin egen position. Exempel från kommentarsfälten under en artikel om att bryta tystnaden kring psykisk ohälsa är:

”De (red. vänner) har tagit avstånd pga av det faktum att de skäms för mig. /.../ Nu i efterhand så inser jag att de inte var riktiga vänner utan att de bara såg till status och att jag som var en pinsamhet skulle sopas under mattan. Nu anser jag att jag har ett människovärde och jag är öppen med mina funktionshinder och sjukdomar.”

Personen i den här kommentaren identifierade sig som en ”pinsamhet som skulle sopas under mattan” av en del av sitt sociala nätverk då de var statusinriktade. Kommentatorn refererar till sig själv som på grund av sin psykiska ohälsa var en person av låg social status. I den senare delen av kommentaren ändrar personen tempus och skriver att denne nu har anser sig ha ett människovärde. Genom att använda begreppet ”människovärde” hänvisar kommentatorn till ett visst grundläggande värde genom att helt enkelt vara en person men påpekar inget mer om status. Vidare genom att byta tempus påpekar kommentatorn att personen nu anser sig ha ett människovärde, vilket denne då förut inte ansåg sig ha. Därefter skriver kommentatorn att denne efter att ha insett sitt människovärde är öppen med sina sjukdomar och funktionshinder. Här avslöjas en antydning om att personen inte var öppen med detta innan.

En annan kommentator skriver vidare i samma diskussion som kommentaren ovan:

”Jag har också tappat kontakten med många barndomsvänner främst för att jag själv har gått in i en egen bubbla och varit skamsen, rädd och skygg för den sociala samvaron.”

Denna kommentator skriver att denne upplevt negativa känslor kring sin psykiska ohälsa förut men skildrar inget om hur det är nu. Liknande finns i samma diskussionsforum som återfinns under en artikel om vikten att bryta tystnaden kring psykisk ohälsa:

”I början skämdes man men nu bloggar jag öppet om hur mina dagar ser ut och hur jag jobbar mig tillbaka in i livet.”

Alla kommentarer ovan antyder att det funnits känslor av skam förut. Antingen uttalat eller genom uteslutning talas det om att dessa skamkänslor inte finns i den stund kommentarerna

skrevs. En kommentar som innehar en viss representativitet för kommentatorerna kontrastserar sig i denna aspekt:

”Jag har aspergers syndrom och skäms men vill ändå inte vara tyst, har varit det förut så nu är det nog”

Denna person skriver att denne i den skrivande stunden fortfarande känner känslor av skam och gjorde inte detta enbart ”förut” som majoriteten av kommentatorerna beskriver. Samtliga skiljer dock mellan detta ”förut” och den skrivande stunden. En annan gemensam händelse är att tempus associeras med graden av öppenhet kring kommentatorernas individuella psykiska ohälsa. ”Nu” associeras med hög grad av öppenhet medan ”förut” associeras främst med skam som i sin tur kopplas till tysthet och viss form av isolering.

En annan kommentator beskriver konkret vad många andra kommentarer insinuerar i en diskussion om just stigmatisering:

”Har också bipolär sjukdom. Men jag ÄR inte psykiskt sjuk... jag HAR bara det.”

Den här kommentatorn gör en stark åtskillnad mellan att vara psykiskt sjuk och att ha en psykisk sjukdom. Personen tar avstånd ifrån att identifiera sig som en individ där den psykiska ohälsan är det dominanta karaktärsdraget i och med användandet av elementet ”bara”. Kommentaren har en subjektiv modalitet (Börjesson, 2002) och det avslöjas en viss samhörighet på grund av användningen av ”också”, alltså att diagnosen inte enbart gäller kommentatorn i fråga utan även inkluderar andra och att kommentatorn uppvisar medvetenhet kring detta.

”Jag är psykiskt sjuk, säger dom iaf”

Kommentatorn, som även denne skriver i samma diskussionsforum som kommentatorn ovan, urskiljer sig själv från ”dom”. Identifieringen ligger hos denna person i att denne är psykiskt sjuk men denna identifiering står i relation till att ”dom” sagt detta. Kommentaren innehar en subjektiv modalitet då det utgår från personen i sig men samtidigt återfinns en objektiv modalitet (Börjesson, 2003) då personens identifiering är en tvingad kategorisering som bara finns i relation till ”dom”. Någon annan form av kategorisering, vald eller tvingad, utöver att vara psykisk sjuk nämns inte.

Goffman (2011) skriver om ambivalensen hos individer som tillhör en stigmatiserad kategori i samhället. Dessa individer känner sig själva som vem som helst samtidigt som det finns en

dragning till likasinnade. Just denna dragning till likasinnade återspeglar i den generella sociala praktiken en stigmatiserande situation då markören mellan ”vi” och ”dem” blir tydlig. De intervjuade identifierade sig i stor utsträckning med gemenskapen de fått via Fontänhuset där vi mötte dem men hade överlag ett individinriktat perspektiv, exempelvis i den första intervjun:

”Det är enklare att vara människa med de som har liknande erfarenheter. Då kan man vara som man vill”

Detta citat påpekar att personen i fråga känner sig som en människa i gemenskapen hos de med liknande erfarenheter av psykisk ohälsa, vilket lämnar frågan: vad känner personen sig som då bland människor utan erfarenhet av psykisk ohälsa? Personen kopplar även att ”vara människa” med att få ”vara som man vill”. Detta beskriver att utanför gemenskapen kan man inte vara som man vill, alltså att personen i fråga har en påtvingad roll, av sig själv eller någon annan, i omgivningar med människor utan psykisk ohälsa. I samma intervju berättade intervjuperson 1 att:

”Jag är bara lite mer skör än andra”

Denna person identifierar sig som skörare än andra människor som lever utan psykisk hälsa. Men med en antydning till ”bara” så påpekar personen att det endast är denna skörhet som skiljer personen från andra. Vidare berättar en stor del av kommentatorerna och de intervjudeltagande att de endast är avvikande i en minimal omfattning:

”Vi är precis som alla andra bara att vissa mår dåligt ibland”

- Intervjuperson 1

”Vi är inte konstigare än andra, vi är människor vi med”

- Intervjuperson 2

”Om man ser individer för individer är det ingen skillnad”

- Intervjuperson 3

Återigen används element som ”bara” och ”ibland” som påpekar den marginella skillnaden personerna med psykisk ohälsa upplever mellan sig själva och de som inte lever med psykisk ohälsa.

Goffman skriver (2011) i sin stigmatteori om att en stigmatiserad individs resterande egenskaper ställs i skymundan på grund av den misskrediterande egenskapen som skapar stigmat och det är detta intervjupersonerna och en del kommentatorer ställer sig emot. Majoriteten av kommentatorerna och de intervjudeltaganden identifierar sig som något

annorlunda i jämförelse med människor i allmänhet men motställer sig de negativa associationerna som ett avvikande medför då de själva anser att den psykiska ohälsan är en mindre del av deras identitet.

Via kommentarer av de som påstår sig leva med psykisk ohälsa och via intervjuerna avslöjas ett mönster där personerna identifierar sig som annorlunda än människor i allmänhet på grund av sin psykiska ohälsa och därefter upplever eller har upplevt någon form av skam. Bortsett från ett litet antal kommentatorer är detta ett fenomen som förknippas med första kontakten med vården eller när personerna i fråga just fått en diagnos. Som i kommentarerna i detta avsnitt avslöjas finns en distinkt skillnad mellan ”förr” eller ”då” och ”nu”. Samma sak avslöjas i intervjupersonernas berättelser. När diagnosen blev en aktualitet kantades tankegångarna av förvirring, okunskap och skamkänslor. Men även som Johannisson (2006) skriver fanns en känsla av lättnad då diagnosen även fungerade som en förklaring på många funderingar och problem. Känslorna av skam kom dock ifrån kännedomen om att vara annorlunda och i och med diagnosen tillhöra en stigmatiserad grupp. Personerna behövde i kort omarbeta sin identitet.

Lundbergs undersökning från år 2010 samt Hjärnkolls rapport från år 2011 redovisar för den höga frekvensen av självstigmatisering som återfinns inom gruppen människor med psykisk ohälsa. Självstigmatisering innebär att individen tillhör en stigmatiserad grupp i samhället och delar samhällets värderingar kring gruppen de själva tillhör. Enligt kommentarerna och intervjuerna är det detta som sker den närmsta tiden efter diagnoseringen; vid den första kontakten med vården bär människor med sig de kollektiva föreställningarna som finns i samhället om människor med psykisk ohälsa och detta skapar den attityd som leder till självstigmatisering. För majoriteten av de intervjudeltagande förändrades attityden mot gruppen när de kom i kontakt med Fontänhuset. Intervjupersonerna förklarade att detta skedde genom nyvunnen självkänsla och stärkt självförtroende de fått via gemenskapen med andra människor som har liknande erfarenheter som de själva. I och med den nya positiva inställningen till gruppen i sig upphör självstigmatiseringen då identifieringen med gruppen även den blir av en mer positiv karaktär som inte delas med samhället i stort.

7. Avslutande diskussion

7.1 Svar på undersökningens frågor

Hur ser den socialt konstruerade bilden av människor med psykisk ohälsa ut? Utifrån kommentarerna som analyserats återspeglas en högst varierande attityd gentemot gruppen människor med psykisk ohälsa. En parallell som avslöjas är att de kommentatorer som omtalar gruppen ur ett kategoriperspektiv förmedlar oftare en stigmatiserande attityd i jämförelse med de kommentatorer som angriper diskussionsämnet utifrån ett individperspektiv.

Oberoende på vad debattartiklarna handlar om tenderade kommentarerna att konstruera gruppen som en kategori inom den medicinska diskursen och konstruera psykisk ohälsa som ett problem eller sjukdom som hade lösningar eller kurer. I Parcesepe & Cabassas artikel (2013) rapporterades det att stigmatisering av just psykiska diagnoser är vanligt förekommande vilket även Hjärnkolls rapport från år 2014 beskriver. En vi-och dem kategorisering är utifrån Goffmans (2011) teori nödvändigt för stigmatisering, vilket är just det majoriteten av kommentarerna gör. Sättet gruppen konstrueras av kommentatorerna är dock varierande beroende på vad som diskuteras men en generell negativ attityd avslöjas.

Hur beskriver människor med psykisk ohälsa gruppen ”människor med psykisk ohälsa”?

Hur uppfattar människor med psykisk ohälsa den sociala konstruktionen av gruppen?

Intervjupersonerna som lever med psykisk ohälsa antog själva ett individperspektiv och pratade även om problematiken inom vården men även i samhället i stort när ett individperspektiv saknas kring psykisk ohälsa. De konstruerar gruppen som en heterogen kategori där generella slutsatser inte kan göras då diagnoser, problematiker, behandlingar och behov är högst varierande från individ till individ.

De intervjudeltagande samt de kommentatorer som utgav sig för att leva med psykisk ohälsa indikerar samma attitydsförändring som i undersökningen av Hansson, Stjernswärd & Svensson (2014). Resultatet från undersökningen var att den förväntade stigmatiseringen var högre hos nyligen inlagda eller nyligen diagnostiserade människor än de som levt med sin diagnos ett tag. Den förväntade stigmatiseringen kunde via intervjuerna och kommentarerna sättas i relation till öppenheten kring sin egna psykiska ohälsa. Desto värre sociala konsekvenser som förväntades, desto lägre blev graden av öppenhet kring sin diagnos. I resonemangets motsatta riktning skulle detta kunna innebära att ju slutnare en person är om sin psykiska ohälsa desto högre grad av förväntad stigmatisering. Just detta indikerade intervjupersonernas berättelser när de återberättade hur tiden från att de fått sin diagnos till

nutid förflöt. Om den förväntade stigmatiseringen minskades på grund av en nyfunnen attityd gentemot samhällets reaktioner eller på grund av det paradigmskifte som sker i samhället kring attityd mot psykisk ohälsa går inte att utläsa från intervjuerna eller kommentarerna. Dock påvisar Hjärnkolls rapport från år 2014 att fördomar mot människor som lever med psykisk ohälsa minskat de senaste fem åren på grund av en allmän attitydsförändring. Människor som då diagnostiseras de senaste åren innehåller inte de förväntade fördomarna från omgivningen på samma sätt som de människor som levt med sina diagnoser i över fem år och fått uppleva en numera föråldrad syn på psykisk ohälsa.

En del av de intervjudeltagande och kommentatorer avslöjade att denna attitydsförändring även skett hos dem själva efter att de fått sina diagnoser. Från att ha en hög grad av självstigmatisering, då de fortfarande bar på samhällets negativa attityder mot psykisk ohälsa när de först fick sin diagnos, till att få en mindre fördomsfull inställning till sig själva och gruppen människor med psykisk ohälsa.

Undersökningen av Hansson, Stjernswärd & Svensson (2014) skriver även att självstigma var vanligare bland de deltagande i undersökningen än den upplevda stigmat.

Vilka diskursiva positioner avslöjas mellan dessa två konstruktioner?

Under undersökningens gång påvisades det att majoriteten av kommentatorerna som uppger att de lever med psykisk ohälsa och de intervjudeltaganden identifierar sig som något annorlunda i jämförelse med människor i allmänhet men motställer sig de negativa associationerna som ett avvikande medför då de själva anser att den psykiska ohälsan är en mindre del av deras identitet. I jämförelse med hur gruppen omtalas av kommentatorerna som, i likhet med Goffmans teori kring stigma, konstruerar gruppen utifrån de samhällsnormsavvikande egenskaperna som även blir dominant i konstruktionen av kategorin.

7.2 Diskussion

Under arbetets gång har en aspekt återkommit, vilket är skillnaden mellan nu och då. Denna aspekt återkom under samtliga intervjuer och omtalas i flera kommentarer. Dock endast av de kommentatorer som hävdade att de lever med psykisk ohälsa. Den tidsmässiga skillnaden förknippas med sämre och bättre bemötande, både individernas egna uppfattning om sig själva men även deras upplevelser om bemötandet från omgivningen. Om detta är i relation till det som Hjärnkoll rapporterar 2014, att fördomar mot psykisk ohälsa minskar i samhället,

är svårt att besvara men även detta är en tidsmässig gränsdragning. Ett analytiskt problem i denna fråga är att denna gränsdragning mellan då och nu inte går att fastställa. Hjärnkoll (2014) rapporterar om de senaste fem åren men även under dessa fem år sker en progressiv förändring. Intervjupersonerna och kommentatorerna uttalar sig enbart om ”förut” eller ”då” och ”nu”. Intervjupersonernas uttalande visar ytterligare en skillnad vilket är då, när de kom i kontakt med Fontänhuset och nu.

Som tas upp i analysen verkar även den förväntade stigman förändras från det att de personer vi varit i kontakt med fick sin diagnos, tills idag. Enbart denna företeelse skulle kunna indikera att detta är en form av fördomar mot samhället och personer i sin omgivning, det förväntas att de ska bemöta individen på ett nedvärderande sätt. Men med hänsyn till Hjärnkolls rapport tyder det på att det faktiskt sker en attitydsförändring i samhället som uppfattas av de människor som ingår i den berörda gruppen, i form av att de inte förväntar sig bli stigmatiserade i samma utsträckning längre.

Vidare finns funderingar om hur bilden av psykisk ohälsa kommer se ut framöver om attitydsutvecklingen fortsätter i samma riktning, alltså mot ett samhälle där attityden mot människor med psykisk ohälsa inte längre är stigmatiserande. Vilka följder skulle detta ha på den sociologiska processen som sker inom gruppen? Skulle ambivalensen, mellan dragningen till gruppen med samma stigmatiserande egenskaper och dragningen till resterande grupper i samhället, hos de stigmatiserande individerna försvinna? Skulle det finnas någon dragning till gruppen som delar den i dagsläget stigmatiserande egenskapen överhuvudtaget?

8. Referenslista

Aspers, Patrik (2007) Etnografiska metoder Malmö: Liber AB

Barlebo, Wenneberg Søren (2010) Socialkonstruktivism- position, problem och perspektiv Malmö: Liber AB

Boréus, Kristina (2011) "Diskursanalys" I Göran Ahrne & Peter Svensson (red) Handbok i kvalitativa metoder, Malmö: Liber AB

Boréus, Kristina (2011) "Texter i vardag och samhälle" I Göran Ahrne & Peter Svensson (red) Handbok i kvalitativa metoder, Malmö: Liber AB

Bracken, Rickard., Kauppi, Lo., Alling, Morgan., Von Zweigbergk, Helena., Wahl, Hillevi., Lekander, Nina., Krepper, Magnus., Gärdestad, Kenneth och Lagercrantz, Arvid (2012) "Bryt tystnaden om psykisk sjukdom" Aftonbladet (elektronisk)
<<http://www.aftonbladet.se/debatt/article15890651.ab>> (2014-03-19)

Bryman, Alan (2011) Samhällsvetenskapliga metoder Malmö: Liber AB

Börjesson, Mats (2003) Diskurser och konstruktioner : En sorts metodbok Lund: Studentlitteratur

Dagspress (2014) Svensk Dagspress
(elektronisk)<<http://dagspress.se/images/stories/Statistik/Dokument/dagspressindustri.pdf>>
(2014-03-19)

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Ahrne, Göran (2011) "Intervjuer" I Göran Ahrne & Peter Svensson (red) Handbok i kvalitativa metoder, Malmö: Liber AB

Goffman, Erving (2011) Stigma- den avvikandes roll och identitet, upplaga 3:1, Stockholm: Nordstedts

Hansson, Lars., Stjernswärd, Sigrid och Svensson, Bengt (2014) "Perceived and anticipated discrimination in people with mental illness: An interview study" I Nord J Psychiatry vol 68: 100-106.

Henderson, Claire., Evans-Lacko, Sara och Thornicroft, Graham (2013) "Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs" I American Journal of Public Health 103 (5): 777-780

Hjärnkoll (2014) "Om kampanjen" Hjärnkolls hemsida (elektronisk)
<<http://www.hjarnkoll.se/Om-kampanjen/Den-valdsamma-mediebild>> (2014-03-19)

Johannisson, Karin (2006) "Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv" I Gunilla Hallerstedt (red) Diagnosens makt- om kunskap, pengar och lidande, Göteborg: Daidalos AB

Levin Claes (2008) ”Att undersöka det sociala: några ingångar” i Anna Meeuwisse, Hans Swärd, Rose-Marie Eliasson-Lappalainen & Katarina Jacobsson (red) Forskningsmetodik för socialvetare Stockholm: Natur & Kultur

Lundberg, Bertil (2010) Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom lic.-avh. Lunds Universitet

Lundberg, Bertil., Lundqvist, Pia., Hansson, Lars., Wentz, Elisabet och Sivberg, Bengt (2013) "Experiences of rejection by mental health patients— A qualitative study" i Health Vol 5 (10): 1553-1560 <<http://dx.doi.org/10.4236/health.2013.510211>> (2014-05-02)

May Tim, Samhällsvetenskaplig forskning, 2001, Lund: Studentlitteratur AB

Parcesepe, Angela & Cabassa, Leopoldo (2013) "Public stigma of mental illness in the United States: a systematic literature review" I Administration And Policy In Mental Health Vol. 40 (5) 384-399.

Socialstyrelsen (2013) Psykisk ohälsa bland Unga: Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013 (elektronisk)<<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>> (2014-03-19)

Statistiska centralbyrån (2013) Psykisk ohälsa medför många problem <http://www.scb.se/Statistik/LE/LE0101/2000I02/LE0101_2000I02_PI_SV_96.pdf> (2014-03-18)

Sveriges Fontänhus (2014) "Programförklaring" Sveriges Fontänhus officiella hemsida (elektronisk) <<http://www.sverigesfontanhus.se/wordpress/organisation/programforklaring>>, 2014-03-19

Sveriges Kommun och Landsting (2014) Vad är psykisk ohälsa? (elektronisk) <http://www.skl.se/psynk/om-psynkprojektet/om-psykisk-halsa/for-dig-som-ar-anhorig_1/vad_ar_psykisk_ohalsa_1> (2014-04-03)

Vetenskapsrådet (2014) ”Forskningsetiska principer- inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning” Elanders Gotab

Winther, Jörgensen Marianne och Phillips, Lousie (2000) Diskursanalys som teori och metod Lund: Studentlitteratur

9. Bilaga

9.1 Intervjuguide

Semistrukturerad intervju för c-uppsats

Kan du presentera dig själv?

Skulle du vilja berätta hur du tolkar begreppet ”psykisk ohälsa”?

Hur upplever du att människor med psykisk ohälsa blir bemöta av enskilda personer?

Av institutioner/myndigheter?

I det offentliga/sociala livet?

(attityder, fördomar, bemötande)

Anser du att människor med psykisk ohälsa blir bemöta annorlunda? På vilket sätt, var, jämfört med vem?

Hur uppfattar du att människor med psykisk ohälsa framställs i tidningar?

Hur ser du på psykisk ohälsa?

Hur öppen är du med att prata om din psykiska hälsa/de problem du haft?

Anser du att din psykiska hälsa hindrat dig eller bidragit till att du tagit vissa specifika beslut i ditt liv?

Anser du att andra människors uppfattningar om din psykiska hälsa hindrat eller bidragit till att du tagit vissa specifika beslut i ditt liv?

Om du funderar tillbaka till exempelvis du gick i skolan, hur upplever du att attityden mot psykisk ohälsa utvecklats?

Om du skulle få ändra på allt som med attityder kring psykisk ohälsa att göra, hur hade du velat att det skulle se ut?