



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Lunds universitet

Sociologiska Institutionen

# Psykisk ohälsa – dölja eller visa

---

Författare: Ylva Tronde

Kandidatuppsats: SOCK01, 15hp

Vårterminen 2014

Handledare: Eva Kärfve

# Abstrakt

Författare: Ylva Tronde

Titel: Psykisk ohälsa – dölja eller visa

Kandidatuppsats: SOCK01, 15hp

Handledare: Eva Kärfve

Examinator: Magnus Ring

Sociologiska Institutionen, vårterminen 2014

Många typer av psykiska problem är fortfarande i stigmatiserade i samhället medan vissa börjar bli allt mer accepterade. I den här studien vill jag undersöka hur öppna personer väljer att vara med sina psykiska problem gentemot sina medmänniskor. Och frågeställning är därför också: hur öppna väljer de att vara? Jag syftar då både till kontakten i nära relationer, som familjemedlemmar, och i kontakt med helt nya människor. Jag har valt att avgränsa mig till depressiva och ångestrelaterade problem. Då den typen av problem är i något av en gråzon mellan stigmatiserade och socialt accepterade finner jag det extra intressant att undersöka. För att ge en bakgrund till synen på psykisk ohälsa kommer jag att presentera några av de olika perspektiv som finns gällande ämnet. Jag redovisar sedan resultatet av djupintervjuer med tre personer som själva lever med psykiska problem med hopp om att deras upplevelser och syn på öppenhet ska ge större klarhet i min fråga. Vad som visade sig i intervjuerna var att synen på hur öppen man vill vara och vad man vill dölja kan skilja sig mycket mellan individer trots att de har liknande psykiska problem. I en avslutande diskussion försöker jag belysa de olika aspekter som kan tänkas ligga bakom graden av öppenhet.

Nyckelord: psykisk ohälsa, depression, öppenhet, interaktioner, relationer.

## Innehållsförteckning

1 Inledning.....	3
1.1 Problemformulering .....	3
1.2 Hypotes.....	3
1.3 Avgränsningar och begrepp.....	4
1.4 Frågeställning .....	4
2 Syfte.....	5
3 Metod .....	6
3.1 Avvägande av olika metoder .....	6
3.2 Djupare intervjuer .....	7
3.3 Urval och utförande .....	8
3.4 Bearbetning av materialet.....	9
4 Teoretisk bakgrund.....	9
4.1 Som fysisk sjukdom .....	10
4.2 Yttre omständigheter .....	11
4.3 Kombinationen .....	13
5 Resultat.....	14
5.1 Presentation av intervjupersonerna .....	14
5.1.1 Moa.....	14
5.1.2 Emil.....	15
5.1.3 Anna.....	16
5.2 Öppenhet på arbetet/skolan.....	16
5.3 Öppenhet gentemot familjemedlemmar .....	18
5.4 Mötet med helt nya bekantskaper.....	20
5.5 Sammanfattning .....	23
6 Analys .....	23
6.1 Tolkning av tidsram och ursprung.....	24
6.2 Öppenhet i koppling till olika teorier .....	25
7 Slutsats .....	27
8 Referenser .....	28
8.1 Tryckta källor .....	28
8.2 Elektroniska källor .....	28

# 1 Inledning

Vi har alla egenskaper eller delar av oss själva som vi väljer att dölja. Eller som vi helt enkelt väljer att inte skylta med. För det mesta är det här saker som vi tror skulle bemötas med ett negativt gensvar, vilket är ett obehag vi helst undviker. Vissa saker känns bara jobbiga att delge med en helt ny kontakt, andra kanske bara vår allra närmaste vet om, eller i vissa fall inte ens det. Det finns många olika anledningar för att dölja delar av oss själva, men den mest grundläggande är kanske just vilken reaktion det skulle frambringa hos våra medmänniskor. Vare sig det handlar om att vi inte vill att någon ska ändra sin bild av oss, eller att arbetsgivaren hade avskedat oss om det hade kommit fram. Det område jag vill undersöka i kombination med öppenhet är psykisk ohälsa. Mer specifikt depressiva och ångestrelaterade problem. Precis som att vi i vårt vardagliga liv ibland har svårt att sätta oss in i andra människors situation och förstå varför de beter sig som de gör, vill jag försöka överbrygga det problemet och få människor att förstå vad andra går igenom och kämpar med. Studien tog fart genom att jag formulerade en hypotes vad det gällde öppenhet kring psykisk ohälsa som jag ville undersöka närmare. Den grundade sig i vad jag tidigare hört av personer och deras upplevelser. Men för att gräva djupare i själva problematiken ville jag göra en sociopsykologisk studie baserad specifika personers egna upplevelser.

## 1.1 Problemformulering

Det jag är intresserad av att undersöka är hur öppna personer med psykiska problem väljer att vara gentemot sina medmänniskor angående sina tillstånd. Baserat på hur öppna de väljer att vara tänker jag sedan titta mer ingående på vad graden av öppenhet kan bero på. Jag kommer att inrikta mig på depressiva och problem och just om, eller till vilken grad, de väljer att berätta om de problemen i relationer med andra - både som de känner sedan innan och i mötet med nya bekantskaper.

## 1.2 Hypotes

Hypotesen jag hade med mig från början var den att man helst *inte vill* dela med sig av sina psykiska problem till sina medmänniskor, alternativt endast till ett fåtal nära vänner. Jag baserade detta delvis på vad som berättats för mig tidigare, men också på grund av den i många

fall fördomsfulla bilden som (fortfarande) cirkulerar när man pratar om psykisk sjukdom. Tanken var här att personer som lider av t.ex. depression skulle vara medvetna om den stigmatiserande bilden av deras tillstånd och därför inte vilja vara öppna med det. Det här skulle då gälla speciellt gentemot personer de inte kände så väl, antingen helt nya bekantskaper eller kontakter på arbetsplatsen.

### 1.3 Avgränsningar och begrepp

För att göra de här tankegångarna tydligare vill jag utveckla mina avgränsningar och inriktningar. Jag hade från början tänkt använda mig av endast samlingsbegreppet “psykisk ohälsa” för att ringa in den grupp vars upplevelser jag vill undersöka. Men här valde jag sedan att avgränsa mig till deprimerade personer. Även det är dock en bred kategori av problem som det kan röra sig om. Den grupp av människor som jag kommer att inrikta mig på har olika typer av depressiva problem som är så pass hanterbara att de ändå kan leva ett förhållandevis “vanligt” liv. Jag syftar alltså inte på personer som ligger inskrivna på psykiatriska kliniker, utan personer som, till den största delen, klarar av sina jobb eller studier. Det kan vara personer som utifrån sett verkar leva problemfritt, men som trots allt träffar en psykolog regelbundet och äter psykofarmaka (t.ex. antidepressiva mediciner) för att hantera sitt tillstånd. När jag skriver “medmänniskor” syftar jag både till familj, vänner, kollegor och ytliga kontakter som man behöver interagera med i sitt vardagliga liv. Som jag tidigare skrev så kan det tänkas att öppenheten varierar mycket beroende på om vi pratar om nära familj eller en helt ny kontakt, men det är just sådana saker som jag vill undersöka närmare.

### 1.4 Frågeställning

Den frågeställning jag kommer att försöka besvara är därför: hur öppen väljer en person med depressiva problem att vara med detta gentemot sina medmänniskor? Beroende på hur öppen personen väljer att vara - vad kan detta grunda sig i?

Min förhoppning är att jag kommer kunna besvara dessa frågor delvis genom att delge de berörda personernas egna erfarenheter och berättelser, och delvis genom att förklara med hjälp av sociologiska termer och teorier.

## 2 Syfte

Vad jag alltså vill uppnå med studien är att ge en ökad insyn och förståelse för problematiken i att ha psykiska problem i kombination med sociala relationer. Den här insynen kommer jag att försöka nå via personliga berättelser och erfarenheter.

Trots att det är ett område som uppmärksammas mer och mer, och att det på många sätt börjar jämföras med fysiska sjukdomar, så tror jag ändå att det finns en oförståelse och arrogans hos många som kan minskas genom en större transparens kring problemen.

Jag vill visa på den socialpsykologiska aspekten (vad som uppstår mellan människor, i våra interaktioner och relationer) av depression och hur det upplevs av personer som lever med sådana problem.

Jag kommer inte kunna förklara eller redogöra för hur alla personer med dessa problem känner eller vad de går igenom. Det jag kan och vill göra är att berätta om hur några av de här personerna känner inför problematiken kring öppenhet. Sedan kan jag bara hoppas på att det ger en ökad förståelse och kanske väcker det intresse som jag från början tänkte mig att det skulle göra.

## 3 Metod

### 3.1 Avvägande av olika metoder

För att kunna avgöra vilken typ av metod som var lämpligast för min studie var jag först tvungen att förtydliga vilken typ av information jag var ute efter. Jag kom fram till att det jag i första hand ville komma åt var specifika personers upplevelser, erfarenheter, historier och känslor i kombination med allt detta (Hennink m.fl., 2013: 10). Med det i åtanke valde jag bort kvantitativa metod, så som enkäter, för att istället utföra en kvalitativ studie. Det fördelar som kommer med kvantitativa metoder är att resultatet är baserat på ett stort antal människors svar som med fördel är representativa för befolkningen i helhet, eller för en utvald målgrupp. Trots det avgjorde jag att en kvantitativ studie inte skulle kunna ge mig den djupare typ av information som jag behövde. En enkät skulle inte kunna ge samma sak som att få informationen ansikte mot ansikte med dem (a.a. 16-17). När man svarar på något skriftligt finns det utrymme att tänka efter och ändra om sina svar, kanske på så vis som man misstänker att forskaren vill att man ska svara. I direkta intervjuer kommer svaren mer spontant och naturligt.

När jag bestämt mig för att använda en kvalitativ metod fanns det ändå ett antal olika alternativ. De vanligaste metoderna man kopplar till kvalitativa studier är deltagande observation, djupare intervjuer och gruppdiskussioner. Alla har de som syfte att samla information som kan ge en djupare förståelse.

Genom en deltagande observation hade jag kanske kunnat följa en deprimerad i dennes vardagsliv, för att sedan själv tolka huruvida det uppstod begränsningar och varför. Men den metoden kändes allt för subjektiv. Även om det kvalitativa sättet alltid medför en grad av subjektivitet, något som är viktigt att vara medveten om, så hade det här sättet nästan helt byggt på mina tolkningar och jag hade förlorat personens egna beskrivningar av situationer. Jag hade inte heller så lång tid på mig som jag tror hade behövts för att utföra en sådan studie på bästa sätt.

Man hade också kunnat tänka sig en gruppdiskussion med flera personer som haft eller har depressiva problem. Även här avgjorde jag att en del viktig information kunde gått förlorad på grund av insamlings sättet. Med ett såhär pass känsligt ämne är det tillräckligt stor risk att de utvalda personerna skulle ha svårt att vara helt öppna mot endast mig, och en ett antal okända ansikten skulle kunna verka avskräckande. Också min inriktning på just sociala sammanhang

(vilket en gruppdiskussion skulle kunna ses som) gör att metodens inverkan på resultatet kunde bli svårtolkat.

### 3.2 Djupare intervjuer

Med allt detta i åtanke avgjorde jag att djupare intervjuer skulle passa mina mål bäst. I en djupintervju hålls frågorna öppna så att intervjupersonen ska få chans att prata fritt kring ämnena. Optimalt så ska frågorna ställas så att svaret inte kan bli endast ett "ja" eller "nej", poängen är att resonemangen ska nå djupare. Intervjun ska på ett sätt kännas som en vanlig konversation, med skillnaden att den som intervjuar försöker styra samtalsämnena, samtidigt som denne håller sig i bakgrunden och pratar betydligt mindre än intervjupersonen (Sjöberg, Wästerfors, 2008: 34) (Hennink m.fl., 2013: 109).

Speciellt när det rör svårare eller känsliga ämnen kommer flera aspekter in i bilden. Intervjupersonen bör känna sig bekväm med intervjun på alla plan. Det innebär till exempel sådana saker som att forskaren bör erbjuda total anonymitet för personen och sedan självklart kunna ge detta under hela processen också (Hennink m.fl., 2013: 71). För att försäkra sig om att intervjupersonen kommer att känna sig så bekväm som möjligt under själva intervjun är det bra om denne får bestämma platsen det ska ske (att få vara hemma hos sig själv är ett klassiskt exempel på en miljö många känner sig trygga i) (a.a. 121). Frågorna som ställs bör också vara avvägda så att de inte känns för påträngande och framförallt inte vinklade så att intervjupersonen känner sig manad att svara på ett specifikt sätt. Om det rör sig om känsloladdade frågor och det under intervjun uppstår starka känslor måste den som intervjuar kunna hantera detta på ett bra sätt, även här så att intervjupersonen känner sig trygg och bekväm (a.a. 75). Alla dessa kriterier har jag varit medveten om och försökt att följa under mitt arbete.

Anledningen till att jag som utför studien måste ha allt detta i bakhuvudet är just för att djupintervjuer är till för att gå på djupet och få ta del av intervjupersonens egna upplevelser och berättelser. Nackdelarna med den här metoden är att det på grund av tidsbrist inte brukar finnas tid att utföra tillräckligt många intervjuer för att kunna göra storskaliga generaliseringar, och resultatet kan därför inte påstå sig vara applicerbart på en större grupp människor. Det säger däremot något om samhället och sammanhanget som de utvalda intervjupersonerna lever i. Det ger dessutom en unik inblick i enskilda personens erfarenheter som kan vara väl så intressant och användbart i en sociologisk studie (a.a. 110).

Genom att hålla den här typen av intervjuer med personer som har erfarenhet av depression såg jag det som en möjlighet att nå den djupare insyn som jag ville nå med studien.



### 3.3 Urval och utförande

Sammantaget har jag hållit intervjuer med tre olika personer. Jag har fått kontakt med personerna antingen genom att jag personligen vetat om att de har erfarenhet av depressiva problem (vänner, vänners vänner och vänner till familjemedlemmar), eller genom att jag frågat bekanta om de känner någon som de tycker stämmer in på min beskrivning och kan tänka sig att bli intervjuade. Till min glädje lyckades jag få en viss variation vad det gällde personerna. Dels har jag intervjuat en ung kvinna på 22 år, dels en ung man, också 22 år gammal, och slutligen en 50 årig kvinna. De lever alla tre med problem som rör depression och ångest, även om de specifika symtomen och upplevelserna såklart är unika för vardera individ.

När jag frågat om de vill delta i intervjuerna, har jag beskrivit att studien handlar om personer som lever med psykisk ohälsa och deras upplevelser av detta, samt att det är inriktat på den sociala delen av livet.

Precis innan intervjun började berättade jag också att den här inblicken i deras upplevelser kan komma att ge en större insyn i ämnet psykisk ohälsa och att de bidrar till det med sitt deltagande. Jag har i samband med detta också varit tydlig med att deras identitet kommer att hållas anonyma genom hela processen, vilket också innebär att det inte kommer finnas med tillräckligt mycket personlig information för att det ska kunna kopplas tillbaka till dem.

I enlighet med det jag skrev ovan har personerna själva fått bestämma platsen för intervjun, vilket har varierat från deras hem till caféer. Jag valde att spela in intervjun på min mobiltelefon vilket gjorde att jag inte behövde anteckna under intervjun utan kunde istället vara helt närvarande i det ögonblicket. Genom att spela in hela intervjun har jag vid bearbetningen av materialet tillgång till exakta citat, tonfall och allt som kommer till. För att själva inspelningen av samtalet inte skulle kännas onaturlig så satte jag igång den lite innan (och informerade självklart om att jag gjorde det) och började småprata medan mobiltelefonen låg bredvid mig och intervjupersonen och förhoppningsvis glömdes bort (a.a. 124).

Jag hade sedan innan skrivit ner ett antal frågor som jag försökt hålla förhållandevis breda och öppna, utan att avvika för mycket från huvudämnet. Enligt god forskningssed försökte jag också att inte ställa alltför ledande frågor, även om jag lät samtalet gå i en viss riktning om det kändes nödvändigt (a.a. 118-119). Under själva intervjun ville jag framförallt att intervjupersonen skulle få berätta, så förutom mina förberedda frågor ställde jag då och då följdfrågor

eller bad personen att utveckla vidare. Jag försökte att alltid låta personen slutföra sina resonemang innan jag började säga något och ibland fortsatte jag att vara tyst för att se om personen skulle fortsätta utveckla det denne pratade om. Efteråt tackade jag för deras deltagande och informerade om att de var välkomna att höra av sig om det var något de kom på eller undrade över. Sammantaget var själva intervjuerna mellan en halvtimme och en timme långa.

### **3.4 Bearbetning av materialet**

Jag transkriberade sedan hela intervjuerna för att få en överblick över allt som sagts. Därefter gick jag igenom materialet och gjorde bedömningar av vad som var användbart och relevant för min studie och kunde ge svar på min frågeställning (a.a 131). Baserat på det valde jag ut citat och stycken som jag redovisade i resultatdelen för att på bästa sätt reflektera över vad jag kommit fram till utifrån mitt material.

Min bearbetning och vidare analys av materialet kommer jag grunda i vad personerna berättat om för typ av erfarenheter samt känslor och tankar kopplade till dessa situationer. Jag kommer sedan att ta hjälp av sociologiska/socialpsykologiska teorier för att förklara och analysera utförigare.

## **4 Teoretisk bakgrund**

Jag kommer att redovisa en sammanställning över några av de olika teorier som finns gällande psykisk ohälsa. Jag har valt att inte ta ställning till huruvida någon av dessa teorier stämmer eller vilken som jag anser är mest korrekt. Den här delen har till syfte att visa på vilka tankar som finns där ute, och på så vis ge en bakgrund till det ämne jag kommer skriva om.

Fokus kommer att ligga på tre olika huvudtankar: synen på psykisk sjukdom som en fysisk sjukdom, synsättet som fokuserar på omständigheter som en faktor för psykiska problem, samt det mellanläger där dessa två kan kombineras.

Oavsett vilken av dessa teorier som skulle kunna ge den "rätta" bilden av depression så är det inte mitt syfte att försöka besvara det i den här studien. Jag är i första hand intresserad av att

undersöka hur sjukdomen upplevs av personerna som lever med den, och hur de upplever bemötandet hos andra.

#### 4.1 Som fysisk sjukdom

Det perspektiv jag kommer att börja med är det som ibland kallas en biologisk syn på psykisk sjukdom. Med det här perspektivet ser man inte bara på psykisk ohälsa "som om" det vore en fysisk sjukdom - man fokuserar på de faktiska biologiska aspekterna av problematiken. Det man i första hand tänker på här brukar vara vad som pågår i hjärnan under t.ex. en depression. Ofta hör man då att det rör sig om kemiska obalanser eller brister på vissa kemiska substanser i hjärnan. Men det här perspektivet behandlar psykiska sjukdomar som fysiska sjukdomar på flera vis. Det är det här perspektivet som i störst mån förespråkar medicinering mot problemen, alltså psykofarmaka. Man undersöker också den genetiska faktorn som i sin tur gör att psykiska problem kan vara ärftliga. Precis som att en individ kan ärva ett anlag som gör att denne löper större risk att drabbas av hjärtsjukdomar kan man alltså ärva anlag som leder till större utsatthet för att bli deprimerad. Också i likhet med fysiska sjukdomar ser detta perspektiv fördelar med att kunna specificera vilken diagnos en individ med psykiska problem har.

Jag kommer att ge ett exempel på hur det här perspektivet ser på psykisk ohälsa utifrån en artikel som publicerades i *Understanding Depression*, en hälsorapport av Harvard Medical School (publicerad 2013).

Artikeln börjar med att konstatera att depressioner ofta talas om som en kemisk obalans i hjärnan, men att det är en förenklad syn på sjukdomen. Undersökningar ska ha visat att det inte bara rör sig om för mycket eller för lite av kemikalier, utan det kan ligga många olika orsaker bakom depression. Här tar de som exempel: felaktig humörkontroll av hjärnan, genetisk (ärftlig) sårbarhet, traumatiska livsupplevelser, medicinering och medicinska problem. De förklarar vidare att det inte heller är så enkelt som att det fattas av *en* typ av kemikalier. Det finns miljoner, kanske biljoner kemiska reaktioner som hanterar en persons humör och uppfattningsförmåga. Med detta som bakgrund vill de lyfta fram vikten av att kunna pricka in exakta problem för att ge rätt behandling till rätt person. De menar att man med vidare forskning på ämnet förhoppningsvis kommer att kunna ge bättre och individualiserad behandling. De skriver att även om denna forskning om hur hjärnan reglerar humör och känslor så finns

det mycket kvar att göra innan förståelsen för biologin bakom depression är komplett (Harvard Health Publications, 2013).

Artikeln fortsätter i form av en mer ingående beskrivning av hur hjärnan hanterar vårt känsloliv. De förklarar den helt biologiska delen med hjärnans olika delar, nerver, synapser och hjärnkemikalier. Den andra biologiska aspekten de går in på är gener. De förklarar att allt i vår kropp, även hjärnan och alltså vårt humör, är kontrollerat av gener:

*“Genes make proteins that are involved in biological processes. Throughout life, different genes turn on and off, so that — in the best case — they make the right proteins at the right time. But if the genes get it wrong, they can alter your biology in a way that results in your mood becoming unstable. In a genetically vulnerable person, any stress (a missed deadline at work or a medical illness, for example) can then push this system off balance.”* (Harvard Health Publications, Michael Craig Miller, 2013).

I ett fortsatt resonemang om gener skriver de att depression och bipolära sjukdomar tenderar att ärvas inom familjer. Speciellt gäller detta för bipolär sjukdom där hälften av de som lider av det har en släkting med liknande humörsvängningar. Forskningen på just depressioner är inte riktigt lika uppenbar, men återigen menar de att man med fortsatt forskning skulle kunna upptäcka varför vissa individer har en större sårbarhet för depression än andra (Harvard Health Publications, 2013).

## 4.2 Yttre omständigheter

Tanken om att allt vi går igenom under våra liv och att alla våra erfarenheter formar oss som individer och påverka hur vi kommer att bete oss, går att återfinna i många olika sociologiska teorier (bl.a. Bourdieus habitusteori). Den här tanken kan också appliceras på t.ex. depression. Fokus kan då läggas på vilka yttre faktorer som leder till att en individ blir deprimerad, istället för de tidigare nämnda mer medicinska aspekterna. Att yttre omständigheter kan vara en faktor för vår psykiska hälsa är inte något som psykologin nekar till heller. Men i diskussionen om vad som i första hand formar en individ: genetiskt arv eller den sociala miljön, så finns det ändå en skillnad mellan teorierna.

Man kan se det som att sociologiska teorier om yttre faktorer är en alternativ eller kompletterande bild av psykisk ohälsa. Men det finns också teorier som är en tydlig motreaktion mot de vedertagna psykologiska principerna. Några exempel på sådana teorier: Thomas Szasz's *The myth of mentall illness* (1961), Erving Goffmans *Totala institutioner* (1961) och Thomas J. Scheffs *Being mentally ill - a sociological theory* (1966, 1984, 1999). I dessa böcker kritiseras och ifrågasätts normer inom psykiatrisk vård, diagnostisering och stereotypen av "den psykiskt sjuka". Trots att alla dessa är skrivna för ca 50 år sedan så tar jag dem som exempel för att de, när de skrevs, var en första motreaktion mot en då allmänt accepterad bild av psykisk sjukdom. Efter dem har det tillkommit flera alternativa tankar rörande ämnet. Idag finns det t.ex. en aktiv kritik mot vad som kallas en diagnoskultur - i korthet innebär det att antalet typer av diagnoser ökar och allt fler personer tillskrivs någon typ av diagnos. Jag kommer att använda mig av Scheffs tredje och senaste upplaga av *Being mentally ill* för att ge några exempel på hur en alternativ sociologisk teori om psykisk ohälsa kan se ut.

I förordet tar Scheff upp att han, liksom bl.a. tidigare nämnda Goffman och Szasz, vill bidra med ett alternativ till det konventionella psykiska perspektivet. Han vill inte bara kritisera andra perspektiv utan dessutom redovisa en sociologisk teori om psykisk sjukdom (Scheff 1999: preface xiii). Angående medicinering av psykiska sjukdomar så skriver han om till vilken grad de faktiskt fungerar, den möjliga placebo-effekten, och om de negativa effekterna (a.a. 7-9). För att ge en grund till kommande resonemang tar han upp vad han kallar "social kontroll", vilket innefattar sociala normer, förväntat beteende och vad det innebär att vara avvikande (deviant) i ett samhälle (a.a. 34). Han förklarar sedan samhällets reaktion på just avvikelser - segregation, stigma och "labeling". Labeling kan förklaras som en process där avvikande individer sätts in i ett specifikt fack, får en stämpel eller tilldelas en "label" (etikett). Stämpeln de får är i princip alltid kopplad till stigma och moraliskt fördömande, och här tar han "mental patient" som exempel (a.a. 45). För att sammanfatta resonemanget om social kontroll skriver han:

*"The principal components of the system are a vast set of norms that are supported by sanctions. Deviance in a particular system is those normative violations that arouse public outrage and can result in segregation and labeling of the offenders"* (Scheff 1999: 50).

Längre fram i boken tar han upp att många psykiska sjukdomar fungerar som sociala roller. Det finns alltså en stereotyp bild av hur en person med en viss sjukdom ska bete sig, något

som också personen i fråga själv är medveten om. Scheff menar här att det till och med skulle kunna belönas att spela sin roll “rätt”. Intagna på mentalinstitutoner som uppvisar insikt och att de kan känna igen sjukdomen i sitt nuvarande och tidigare beteende kan alltså belönas av psykiatriker för att de bekräftar diagnosen (a.a. 86).

Det här är bara en handfull exempel, men det kan förhoppningsvis ge en bild av hur teorierna kan se ut. En sociologisk teori som denna lägger alltså vikten på hur samhälleliga strukturer, sociala system och normer påverkar den som klassas som galen eller sjuk. Det är ett helt annat sätt att se på problemet jämfört med det tidigare nämnda biologiska, vilket jag tycker gör det intressant att ta upp som kontrast.

### 4.3 Kombinationen

Nu har jag beskrivit två perspektiv som är på varsin ytterkant, men det finns också teorier som kombinerar de två.

Ett sådant perspektiv är det bio-psyko-sociala (“BPS”). Den här modellen menar att vi måste se till de biologiska, psykologiska och sociala aspekterna för att förstå en individs hälsa/ohälsa (Mental Help, 2007). Att bara se till en av de tre punkterna kommer inte att ge oss en fullständig bild av problematiken. Den här tanken kan appliceras inte bara för att förstå psykiska sjukdomar, utan också fysiska sjukdomar och handikapp. Kombinationen av det biologiska, psykologiska och sociala hänger också samman med tanken om att kroppen och psyket inte är skilda från varandra. Tvärtom påverkar vår psykiska hälsa vår fysiska, och vice versa (Mental Help, 2007).

För att förstå hur en individ utvecklats t.ex. depression, och förstå hur man bör behandla denne rätt, sammanvägs alltså de olika faktorerna. Att det här perspektivet kallas ofta för den bi-psykosociala modellen är också lätt att förstå om man ritat upp det som en modell. Jag har gjort en skiss nedan över hur modellen brukar presenteras (Healthy Place, 2012).

I varje bubbla kan man sedan inkludera de olika faktorer som hör ihop med respektive kategori. Under psykologisk kan det t.ex. stå: Känslor, attityder, lärande, stresshantering, själv-



känsla. Under social: Familj, kultur, relationer, socio-ekonomiska aspekter osv. Och under biologisk: Gener, neurokemi, medicinering, fysisk hälsa. I mittfältet där alla tre bubblor möts kan man också placera in individens faktiska psykiska hälsa som en summa av alla faktorer.

## 5 Resultat

I den här delen redovisar jag mitt material, som tidigare nämnt består av tre längre intervjuer. Jag kommer dock inte att ha med hela intervjuerna. Delvis skulle det ta för stor plats och jag har uppskattat att det inte är nödvändigt i det här fallet. Istället har jag valt ut de delar som jag fann intressant och/eller är avgjort relevanta för min frågeställning. Till stor del har jag behållit citat intakta för att få med intervjupersonernas egna ord och konversationen så som den såg ut. För att ge struktur åt materialet är det indelat i teman eller vad man skulle kunna kalla aspekter av ämnet. När jag bearbetade mitt material insåg jag snart att de tre intervjupersonerna hade tydligt skilda bilder av hur öppna de ville vara med sina problem. Jag har inte på något vis manipulerat det material som jag presenterat för att styrka den tesen. Tvärtom blev jag själv förvånad över resultatet och har tagit med de delar av intervjuerna som bäst representerar helheten.

### 5.1 Presentation av intervjupersonerna

Innan jag kommer till det vill jag först presentera mina intervjupersoner kort. Här tänkte jag också beskriva deras psykiska problem och lite bakgrund till den problematiken. Jag hoppas att det ger liv åt personerna för den som inte fått möta dem som jag gjort, och ett sammanhang till den kommande läsningen. För att behålla anonymiteten är alla namn påhittade.

#### 5.1.1 Moa

Intervjupersonen som jag kommer att kalla Moa är 22 år gammal. Vid tidpunkten jag intervjuar henne spenderar hon sin tid med att studera och jobba. Hon bor hemma, mestadels hon den ena föräldern (föräldrarna är separerade).

Hon uppskattar själv att de psykiska problemen började när hon var ca 12-13 år gammal. Det handlade då om ångest, depression och självskadebeteende. Då såg hon det som "typisk högstadieångest", men beskriver det nu i efterhand som början på de nuvarande problemen.

Hon blev diagnostiserad av en legitimerad psykolog när hon skulle börja på gymnasiet. Diagnosen blev då borderline, vilket i korthet kan beskrivas som en personlighetsstörning med emotionell instabilitet. Men nu har hon blivit avdiagnostiserad. Det skedde så nyligen som ett år bakåt i tiden från det att jag pratar med henne. Hon berättar en psykiater med 40 års erfarenhet då konstaterade att hon inte var borderline, det hade varit en feldiagnostisering. Nu är hon istället diagnostiserad med depression, och mer specifikt SAD depression (Seasonal affective disorder).

Hon har också fått olika mediciner sedan ungefär den tiden då hon fick sin första diagnos.

Vissa har hjälpt, andra inte. Hon äter fortfarande antidepressiva mediciner och träffar en psykolog regelbundet.

Trots att gymnasiestudierna tog stryk på grund av problemen så har hon efter det klarat av att studera vidare och ha extrajobb under längre perioder.

### 5.1.2 Emil

Liksom Moa så är Emil 22 år gammal. Han har en egen lägenhet där han bor ensam och har en fast anställning på ett jobb där han befunnit sig en längre tid.

Han förklarar att problemen han haft började kort efter uppbrottet med hans flickvän, vilket när intervjun hölls var ca ett år sedan. De hade varit tillsammans länge, sedan tonåren, och även om de skildes som vänner så blev det en omvälvande förändring i hans liv.

Han började få vad han senare fått veta var panikångestattacker. Det som till slut fick honom att söka hjälp var svåra sömnproblem. Han hade också en ångest kopplad till att resa bort från sin hemstad och befinna sig i nya miljöer.

Till en början fick han enkla sömntabletter, men de hjälpte inte utan gav negativa biverkningar.

Han fick börja träffa en psykolog som förklarade att problemen han hade kunde uppstå ur så stora förändringar i livet som han gått igenom. Sedan fick han en ångestdämpande och antidepressiv medicin. Den tycker han har hjälpt, kombinerat med samtalen med psykologen.

När jag pratar med honom äter han fortfarande den medicinen och går fortfarande i samtalsterapi, men han känner att saker håller på att förändras till det bättre.



Förutom problematiken med att resa iväg har han inte hindrats allvarligt av sina problem. Under hela denna process har han kunnat behålla sitt fasta jobb.

### 5.1.3 Anna

Anna är 50 år gammal och bor med sin man och deras tre barn. Hennes yrke är av den frilansande typen, vilket innebär att hon utför uppdrag åt olika arbetsgivare, utan att ha en fast anställning.

De psykiska problem hon har började för ca fem år sedan, men hon beskriver vidare att det gått upp och ner - de senaste tre åren har varit svåra, men det sista halvåret har det å andra sidan varit bättre.

Läkarna har svårt att sätta en bestämd diagnos på Anna. Hon beskriver själv problemen som "en rastlöshet och en ångest som hör ihop", koncentrationssvårigheter, ångest och sedan depressionsperioder. De psykologer hon pratat med sa i första hand att det rörde sig om ett ångestsyndrom med depressiva episoder. Det togs också upp att det skulle kunna röra sig om någon typ av utmattningssyndrom eller att hon kanske var bipolär. Hennes nuvarande psykolog har dessutom konstaterat att hon har en profil som ser ut som de med ADHD. Sammantaget beskriver hon det som att de inte riktigt vet. Hjälpen hon får just nu är riktad mot ångestsyndrom och depression.

Hon har provat fyra olika mediciner när jag pratar med henne. Två av dem upplevde hon sig må klart sämre av. Just nu äter hon en låg dos av en depressionsförebyggande medicin som hon tycker hjälper.

Då stress på jobbet var en av de saker som triggade ångesten har hon varit halvtidssjukskriven i nästan ett år. Men sedan ungefär fem månader tillbaka upplever hon att hon inte varit riktigt sjuk på samma sätt som tidigare.

## 5.2 Öppenhet på arbetet/skolan

### Moa

Jag frågade Moa om hur öppen hon var under gymnasietiden med sitt tillstånd, då hon berättat att de var en svår period för henne.

**Moa:** Jag var ju ganska noga med att dom som bara var klasskamrater, som jag inte hade någon djupare relation med så, dom behövde liksom inte veta sånt om mig. Om jag till exempel hade gjort illa mig själv så gick jag ju inte med kläder som kunde visa det så att dom skulle

förstå att jag var en sådan. Men däremot så ville jag på något sätt att dom som jag faktiskt umgicks med dagligen och kände mig väl, att dom skulle känna alla mina sidor. Just för att om jag skulle bli värre eller om jag skulle bli dålig så ville jag inte vara själv i det. Då ville jag ändå att nån skulle säga ”okej jag förstår att du är i en sådan period och då gör vi såhär och såhär”, eller att ”du är inte ensam” eller vad som helst.

*Om du väl skulle berätta för någon, hur kände du inför att ta det steget?*

**Moa:** Det är inte så kul. Det är alltid lika jobbigt att ta upp... problemet är att jag vet fortfarande inte hur man tar upp en sådan sak. Eller ja, hur ska man förklara det. Det blir ju alltid lite såhär: ska jag ta upp det överhuvudtaget eller kommer det när det kommer? För om jag tar upp det så sätter jag ju den stämpeln på mig själv. Åt dom. Eller ska jag bara... ja fortsätta vara som jag är och sen om det blir värre, om jag mår dåligt, så lär dom ju märka det. Men jag tror att det är det som gör det, att om jag vet att jag är en sådan ofta mår dåligt, och att jag mår väldigt dåligt när jag väl mår dåligt, så är jag rädd för att folk liksom inte ska veta det innan. Jag vill inte att de ska få en chock sen när jag mår riktigt dåligt. Och försvinna. Men jag har en tendens att ta upp det förr eller senare, innan de märker det ändå. Just för att jag är rädd för hur de skulle reagera om det skulle hända något eller om... jag vet inte, jag tror att jag lite testat dom. Alltså kommer dom försvinna när jag säger det.

### Anna

När vi pratar om vilka man kan berätta om sina psykiska problem för så tar Anna upp hur hon känner inför personer hon kan behöva möta professionellt.

**Anna:** /.../ jag är nog med att inte nämna sånt till personer som jag kan tänka mig att jag kan komma att jobba för. Jag själv skulle inte ge mig ett uppdrag. Inte en chans.

*För att?*

**Anna:** För att jag gör dåliga jobb. Och dom tar tre gånger så lång tid som dom borde. Nu fakturerar ju inte jag det vilket gör att jag tjänar dåligt, men med tanke på att det är så nej, jag skulle nog tänka att det var lite för osäkert. Om jag la ut ett frilansjobb så vill jag veta att jag får in det och att det är bra. /.../ av ren självbevaringsdrift brukar jag försöka få ihop något men jag tycker inte att jag är lika bra som jag var förut. Och det har jag också fått acceptera. Jag tänker att jag kanske blir det igen, men just nu är det inte sådär jättebra. Det som jag var jätteduktig på förut, är jag faktiskt inte duktig på just nu.

## Emil

Emil har nämnt att han har ett heltids jobb där han trivs bra, så jag frågar hur han känner inför att hans kollegor ska få veta om hans psykiska tillstånd.

**Emil:** På mitt jobb är så vi ett jävligt bra gäng som jobbar tillsammans. Vi är väldigt nära vänner, och vi är vänner utanför jobbet också. Så många av dom vet, har jag berättat för. Mina chefer vet det också. Därför att jag kände det lite som en... ja men lite som en skyldighet att berätta för dom att jag är här och jag jobbar, men märker ni att jag inte är som jag brukar så finns det en anledning och det är det här, det här och det här liksom.

*Och dom var okej med det?*

**Emil:** Dom var helt okej med det. Den här psykologen fick jag ju genom jobbet. Det sa ju dom direkt, att här finns det företagshjälp att få. Så som sa att: du gör precis som du vill, vill du jobba så gör du det, vill du inte jobba så är det helt okej och... vi är här och stöttar dig. Med precis det du behöver.

## 5.3 Öppenhet gentemot familjemedlemmar

### Moa

*Till vilken grad känner din familj till hur du mår?*

**Moa:** Dom känner till att jag *mådde* så. Kan man säga. Det var ju svårt att undvika under gymnasiet och innan gymnasiet och sådär. Så då kände dom definitivt till det. Men om jag skulle må dåligt nu, då vet dom inte om det.

*Varför inte?*

**Moa:** Dels för att jag tycker att det är onödigt på något sätt, jag tänker att det går ändå över så det är ingen idé att hålla på och oroa dom. Men framförallt så är det för att jag vet hur dom kommer reagera. Och när jag mår dåligt så orkar jag liksom inte ta den reaktionen. Jag orkar inte ta den diskussionen.

*Vad är reaktionen då?*

**Moa:** Dom suckar bara, alltså det blir den här ”jaha, here we go again”. Från min pappa så blir det att han blir jättenojig. Och min mamma skulle bara säga ”vad är det som är så himla jobbigt, vad är det som stör dig, det kan ju omöjligt va något som har hänt”. Det skulle bli ett irritationsmoment liksom.

*Okej, så du upplever att hon blir irriterad över det?*

**Moa:** Ja. Jag får väldigt ofta höra att ”du var så himla jobbig då, när du mådde dåligt”. Och det gör ju att jag kommer ju inte, om jag skulle må så dåligt igen så skulle jag ju definitivt inte säga det till dom. För jag har verkligen fått förstå nu att det var verkligen jättejobbigt för alla i min familj. Och då vill jag ju inte utsätta dom för det igen.

### Anna

I samband med hur hon ser på sig själv och sina problem tar Anna upp att hon fortfarande tycker att det är jobbigt att hennes man har svårt att ta in det.

**Anna:** Han tycker fortfarande att det är väldigt jobbigt, som om att han har någon del i mitt nederlag. Förut har man ju skojat såhär ”ja men alla är så deprimerade och mår så dåligt, halva Sverige äter depressionsmediciner osv.” Fast sen har ju han fattat att det faktiskt är så och det är inte bara någonting man kan... man kan inte bara skärpa sig. Fast fortfarande är det lite jobbigt för honom tror jag.

*Känns det jobbigt för dig att han verkar tycka att det är jobbigt?*

**Anna:** Ja jag kan ju tycka att det vore skönare om han förstod mer av problematiken. Han är inte sån som sätter sin i och vill veta hur saker och ting funkar, utan det skulle nog vara lättare för honom att förstå mig om han kunde ta åt sig själv, såklart. Jag pratar inte så mycket med honom om det, för jag märker att han tycker att det är så jobbigt. Och nu har jag ju andra att prata med om det så jag behöver inte det och det kan finnas en fördel med att han inte är så intresserad av den biten, ibland.

*Hur upplever du att de andra i familjen hanterar det?*

**Anna:** Jag tycker lite att jag är det känslomässiga navet i familjen. Så när jag mår dåligt så påverkas alla, ganska mycket. Anders (*hennes man*) också, även om han är ganska stabil på ytan, han mår nog inte så bra då heller. Och sen ser jag ju att mitt yngsta barn har blivit väldigt uppmärksam på och orolig att jag inte ska vara glad ungefär. Och jag vill ju förmedla det här med att man får vara ledsen, det är okej. Men det är inte så lätt när det blir så när jag har varit ledsen och deprimerad så vill jag faktiskt bara dö. Det säger jag ju inte till henne, men hon ser ju att det finns en fara i det där, det är inte bra liksom. Det är inte bara att vara ledsen och det är något hälsosamt utan det är något värre. Men så är det ju om någon, vem som helst i familjen inte mår bra så kan ingen riktigt ha roligt så, hemma i alla fall.

## Emil

Emil berättar att när han började må dåligt så flyttade han hem till sina föräldrar. Han förklarar att det var för att han inte ville bo ensam, och han kände en trygghet hemma hos sin familj. Efter en resa med ett gäng vänner där Emil haft mycket ångest berättar han såhär:

**Emil:** Så när jag kom hem efter den helgen så pratade jag med mina föräldrar och sa bara att nu måste jag göra någonting.

*Du var okej med att dom visste om det?*

**Emil:** Ja, gud ja. Min pappa har mått dåligt också vid tidigare tillfällen. Så han visste ju precis vad jag gick igenom.

Senare i intervjun tar han upp igen att hans pappa haft psykiska problem.

**Emil:** Man har ju hört så mycket om folk som mår dåligt och är deprimerade och hit och dit sådär. Och som jag sa min pappa har gått igenom mycket senaste åren, så jag har ju upplevt det på nära håll. Men det är klart att det ändrade mig ändå.

Emil tar också upp flera gånger att hans familj är en stor trygghet för honom:

**Emil:** Ett par veckor innan den här Stockholmsresan så var jag utomlands med mina föräldrar. På något sätt så fick jag sjukt stor oro inför själva flygresan. Jag tänkte på att sitta instängd på ett flyg och sen få de här panikattackerna. Och även om jag var där med min familj, verkligen den närmsta tryggheten jag har, den närmsta tryggheten som finns, så mådde jag ändå dåligt hela resan.

## 5.4 Mötet med helt nya bekantskaper

### Moa

Med fokus på bilden av henne, istället för de faktiska psykiska problemen, så frågar jag Moa om det finns situationer då hon känner att hennes tillstånd blir speciellt påträngande.

**Moa:** Ja att träffa nya människor, tycker jag är läskigt.

*Varför?*

**Moa:** Därför att jag vill inte va...jag vill inte va den som mår dåligt. Jag vill inte ha den stämpeln, så det blir som att jag försöker göra så att jag inte får det, så att folk får en annan bild av mig. Och sen om jag skulle må dåligt när jag träffar nya människor så har jag en tendens att... ja i vissa situationer kan jag vara väldigt snabb med att säga att jag är en sån som mår dåligt,

just för att dom ska ha möjligheten att inte va med mig. Dom ska ändå få sin chans att inte vara med mig.

*Och varför skulle de inte vilja det?*

**Moa:** Jamen för att jag är en sån. Jag är en sån som mår dåligt ibland, och det är inte så himla kul.

I samband med mötet med nya människor frågar jag vad det är hon tänker sig att de skulle tycka om henne och hennes psykiska tillstånd.

**Moa:** Ja det är ju lite samma sak som med vänner, att jag är rädd att dom ska tycka att jag är konstig... eller framförallt att dom ska tycka att jag är jobbig. Eller överdriver, eller att jag bara borde skärpa mig typ.

*Har du fått det bemötandet?*

**Moa:** Hmm. Om vi säger såhär: människor som jag inte känner, men som man träffar på...ja, dejtingsajter till exempel. Om det då framstår som att jag inte mår så bra, då brukar responsen vara ”jaha okej så, vad har hänt?”. Det måste ju vara något speciellt. Man kan liksom inte må dåligt bara för att må dåligt. Jag har fått frågor som ”så har din mamma dött?” eller så.

*Så man måste ha en anledning?*

**Moa:** Ja. Man måste ha en konkret anledning till varför man skulle vara ledsen på en solig torsdag. Om det inte är så att de själva har känt någon gång att det har varit jobbigt, då kan det vara så att de förstår.

*Okej. Upplever du att det finns en skillnad mellan att bara berätta att man är deppig, eller att berätta om sin diagnos och att man träffar en psykolog, hela den biten?*

**Moa:** Ja det säger jag inte till folk. Jag kan säga att jag är, eller har varit, lite deppig, men jag säger ju inte till folk att ”Sen så äter jag ju medicin och går till en psykolog”. För då känns det som att reaktionen är ”Aha, ett nutcase”. Och då blir jag som ett projekt man måste ta sig an. Och om man inte orkar ta sig an det projektet så blir jag inte intressant. Antingen så är man intressant för att man är ett nutcase, något som man kan göra något åt, eller så är man bara ett problem som man inte orkar ta sig an.

## Anna

Jag frågar Anna hur hon hanterar nya bekantskaper och vilka hon väljer att berätta om sina problem för.

**Anna:** Det är väldigt olika. Om det är en person som jag känner att jag har en bra kontakt med så kan jag säga att jag har haft jättestora problem med mitt korttidsminne och koncentrations-

förmåga under en period. Och då ser man på dom också att dom förstår vad jag menar, eller dom förstår inte vad jag menar. Förstår dom inte vad jag menar så behöver man inte prata så mycket mer om det.

Anna hade nämnt att hon och hennes man skulle bort på middag hos nya vänner senare på kvällen efter vår intervju. Jag frågar hur hon känner inför att prata med dem om ämnet.

**Anna:** /.../ dom är jättetrevliga men vi känner dom på ett ytligt plan. Nu vet jag att hon har varit sjukskriven efter en olycka och fick problem med att samla tankarna och så, så hon vet nog precis vad jag pratar om. Jag har inte pratat med henne om det här men jag skulle inte ha något emot att nämna det, ifall det var intressant, men jag sitter inte och säger ”ja vet ni jag har inte mått så bra”, så jävla roligt är det inte att prata om. Men om det är relevant i någon kontext så visst, eller om man pratar om hur funkar såna människor eller sådär att det är intressant av någon anledning. Men det beror också på. Är det snobbiga människor då har jag ingen lust att prata om det alls. Dom vet man inte heller var man har. Det beror ju på hur trygg man känner sig med folk helt enkelt. Men folk som känner mig vet om att jag inte mår jättebra alltid.

*Du har inga negativa erfarenheter av att ha delat med dig?*

**Anna:** Nja... jag har väl fått ganska ointresserad respons men då blir det ju mer så att man inte pratar mer om det. Men nej jag tror att jag har en ganska bra känsla för när man inte ska prata om det också. /.../ Det är inget festligt konversationsämne. Då kan känna såhär: nu lägger vi ner det, det kan vi ta en annan gång. Det är kanske lite fel sammanhang.

## Emil

Jag undrar om Emil tänkt på om folk skulle se annorlunda på honom i och med att han började äta mediciner och träffade en psykolog.

**Emil:** Det är klart. Jag tycker väl inte att det är pinsamt så. Det är klart det inte går att skylta med.

*Varför inte?*

**Emil:** Ja varför inte egentligen. Men det är ändå nån sorts... att det känns så väldigt privat. Det handlar verkligen bara om mig och hur jag mår. Men sen ju mer folk som jag berättar detta för desto mer fick jag ju upp ögonen för hur vanligt det är. Det var någon polare som jag känt hela mitt liv som sa “Jaja men jag har också gått på medicin, senaste fem åren.” Man ba va? Blev liksom ganska ställd.

*Du har inte fått några negativa reaktioner?*

**Emil:** Nej. Ingenting alls. Det har bara varit stöd. Nästan så att man blir lite ställd över hur mycket folk verkligen bryr sig när det kommer till såna här saker. Ställer upp och hjälper en med det ena och andra. Snackar och pratar, och liksom bara finns där.

Jag frågar Emil om den resa han gjorde där han var med både nya och gamla vänner, och började må dåligt. Han berättar att han inte försökte dölja sitt tillstånd, så jag frågar hur de andra reagerade.

**Emil:** Dom hjälpte mig. Vi skulle hälsa på min kompis syster och hennes kille. På en av dagarna där så fick jag en sån panikångestattack, med dom. Jag vet inte var vi var, jag tror vi var ute och käkade eller nått sånt. Då visar det sig att den här systemen är i precis samma sits som jag. Så hon sa "Ja jag vet precis vad du går igenom och finns här, vi hjälper dig." Så på nått sätt, att veta att så många andra ändå sitter i samma sits... det har ju fått mig att se lite lättare på allt det här med mediciner och så.

## 5.5 Sammanfattning

Det Moa berättade om stämmer antagligen bäst överens med den bild jag hade sedan innan. Hon är medveten om problematiken med att berätta om sin psykiska hälsa och har en del dåliga erfarenheter av det. Samtidigt som hon är öppen gentemot sina nära vänner så är hon avvaktande mot nya kontakter, och hon har valt att undvika sina föräldrars inblandning så gott hon kan. Anna pratar allmänt om att psykisk ohälsa inte borde vara en konstig sak att ta upp, delvis för att så många människor har olika problem. Ändå säger hon att hon lärt sig känna av vem det "går" att berätta för och inte, samt i vilka situationer där det är accepterat (bl.a. att inte berätta för arbetsgivare). Slutligen har vi Emil som verkar vara öppen mot de flesta med sina problem. Familjen förstår, arbetsgivarna förstår och har till och med hjälpt till, gamla och nya vänner har varit förstående och stöttande - i princip ingen negativ respons.

## 6 Analys

Efter att ha sammanfattat resultatet kan man fråga sig: hur kommer det sig att de känner så pass olika inför att dölja sina psykiska problem för omvärlden? En ytlig förklaring skulle kunna vara att det kan röra sig om allt från att de har olika personligheter till att de möter



olika människor och därför har skilda erfarenheter. Eller helt enkelt praktiska delar som t.ex. att Moa söker efter en partner och därför är medveten om hur hon presenterar sig själv på den marknaden, medan Anna redan är gift och därför inte behöver tänka på just den aspekten. Eller att Anna har en frilansande form av yrke där hon måste framstå på ett visst vis för att få ett uppdrag, medan Emil har en fast anställning där han jobbade redan innan han fick problem med sin psykiska hälsa.

Med endast tre intervjupersoner som grund är det lätt att hänvisa till ovanstående förklaringar utan att göra några djupare tolkningar. Jag hävdar inte heller att jag kommer kunna dra slutsatser som generaliserar kring öppenhet hos alla som lider av psykiska problem. Men jag kan presentera de tankar och teorier som uppstått under arbetets gång i form av en analys, där jag även gör kopplingar tillbaka till de teoretiska perspektiv jag tidigare lagt fram.

## 6.1 Tolkning av tidsram och ursprung

Om vi tittar på hur länge de berättar att de haft sina problem ser det ut som följande: Moa: tio år, Anna: fem år, Emil: ett år. Redan här ser vi en stor skillnad mellan personerna. Men jag tänker på flera aspekter än bara tidslinjen. När Anna började få sina problem var hon över 40 år gammal och hade bildat familj. Även om hon nämner att psykologer har frågat om problemen kanske har funnits där hela hennes liv, bara att de inte blivit påtagliga förrän nu, så upplever hon själv att det är ett nytt problem som är kopplat till stress. Moa har i kontrast till detta haft påtagliga problem med sin psykiska hälsa under hela den tonårstid då många upplever att man utvecklar stor del av sin identitet. Emil är i en ytterligare annorlunda situation. Hans problem uppstod ur en livsomvälvande förändring i hans liv, som dessutom inte skedde för mer än ett år sedan. Hans psykolog har förklarat för honom att det är uppbrottet med flickvännen som är anledningen till hans tillstånd och trots att det är en kraftig reaktion på en sådan händelse så finns det något specifikt att hänga upp ursprunget på. Moa nämner just att människor hon berättat för förväntar sig en konkret anledning, något som Emil alltså har i kontrast till henne.

Min teori här är att både hur länge man levt med problemen, under vilken period av sitt liv och huruvida någon (antingen personen själv, eller en psykolog) konstaterat en tydlig yttre faktor som ursprung, påverkar till vilken grad individen integrerar sina psykiska problem i sin

identitet. Jag menar alltså att om en individ t.ex. går in i en depression pga. att en närstående har avlidit så kan denne se detta som en konsekvens av just den händelsen och behöver inte integrera tillståndet i sin självbild. Är det kopplat till en händelse eller svår period finns också en bild av att det kommer att gå över - det behöver inte fortsätta att vara på det viset. En individ som istället sakta gått in djupare och djupare i en depression utan att någon kan förklara varför skulle kunna ha svårt att se ett slut på situationen. Ju längre tid det pågår desto större del av ens identitet skulle det också kunna bli, eftersom det är ett tillstånd man levtt sida vid sida med och behövt hantera så länge. Det här är självklart endast en teori, men för att göra kopplingen tillbaka till huruvida personen vill vara öppen med sitt tillstånd eller inte så tänker jag mig att det är svårare för personen att visa som börjat se det som en del av sitt "själv". Det är svårare att sätta de psykiska problemen utanför sig själv och vifta bort dem som ett tillfälligt eller ytligt problem, och det är därför också svårare att presentera det så utåt. Det skulle också vara svårare att visa det för andra pga. rädslan för att de ska döma ut hela ens person, till skillnad från om man satt problemen utanför sin personlighet eller som en temporär fas.

## 6.2 Öppenhet i koppling till olika teorier

För att koppla mitt resultat tillbaka till min teoridel vill jag visa på hur de olika perspektiven och deras synsätt påverkar den som lever med psykiska problem, och hur öppen man vill vara med det.

Om vi börjar med det mer biologiska perspektivet så kan det erbjuda ett visst mått av lättnad för vissa med psykiska problem. Att se på det som en sjukdom gör att det ligger helt utanför ens makt, på samma sätt som det hade gjort med en fysisk sjukdom. Det är något som andra inte kan bemöta med "skärp dig" eller "ryck upp dig", uttryck som Moa faktiskt upplevt. En diagnos kan kännas som en förklaring till det personen själv inte kunnat förstå då det sätts ett specifikt namn på problemen. Med det här perspektivet så är den vård och medicinering du får också baserat på din diagnos. Medicinering kan också framstå som en väldigt konkret lösning. Om man väljer att se det som en fysisk sjukdom så skulle även medicinering fungera likadant - bota sjukdomen eller lindra syndromen. Emil nämner att det inte alls känns ovanligt att människor i hans närhet visar sig äta mediciner mot psykiska problem. Kanske är vissa typer av psykofarmaka redan på väg att bli så vanliga att de i sin tur blir avstigmatiserade och lättare att prata om.

Vidare till kritiken mot ovanstående perspektiv. En fara med att tilldela personer en diagnos är att de kan placeras in ett fack som de sedan har svårt att ta sig ur eller försvara sig mot. Det finns också gråzoner kring vem som får en diagnos och inte, där de som hamnar utanför rammarna för en diagnos inte får tillgång till samma hjälp. Anna beskriver att psykologer inte riktigt verkar veta inom vilken diagnos de ska placera henne, och att de på grund av det också provar sig fram med mediciner för att försöka se vad som hjälper (varav vissa förvärrat hennes tillstånd). Moa har värre erfarenheter av diagnoser då hon i många år kallades för Borderline, en diagnos hon inte kunde identifiera sig i och som hon upplevde gav väldigt negativa reaktioner hos andra. Också hon har erfarenheter av att prova många olika mediciner varav vissa inte fungerat alls och vissa gjort att hon mått sämre. Har man blivit tilldelad en diagnos som man upptäcker stöter bort människor när det kommer fram så är det troligt att man slutar dela med sig av detta eller till och med försöker dölja det. Av vad Anna berättar så verkar hon välja att prata om sina koncentrationssvårigheter om hon väl öppnar upp sig till andra. Kanske hänger det samman med att hon inte har en tydlig diagnos, men det kan också röra sig om att hon upplever den sortens problem som mer accepterade än ångesten och depressionerna hon också lider av. Moa uttrycker att det går att nämna att man är "lite deppig" men hon vill inte dela med sig av att hon träffar en psykolog och äter mediciner. Så samtidigt som att bilden av tillståndet som en sjukdom skulle kunna vara hjälpsam verkar det som att det är just det som liknar sjukdom som är svårt att prata om. Kanske väcker ordet "sjukdom" i sig också starka reaktioner hos både den drabbade och personer denne möter.

Det faktum att psykiska problem kan vara ärftliga skulle kunna ge blandade konsekvenser i öppenheten med problemen. Emil tar t.ex. flera gånger upp att hans pappa har haft psykiska problem, men verkar inte tänka på det som faktor i hans egna problem utan ser istället att hans familj är mer förstående. Å ena sidan skulle det, återigen, kunna kännas som en konkret förklaring som går att förstå sig på. I och med det skulle det kännas mindre skamligt och därför vara lättare att prata om. Å andra sidan skulle det kunna tolkas som ett förutbestämt livsöde baserat på vilka problem den närmaste släkten har. Fick någon t.ex. reda på att både din mamma och mormor varit allvarligt psykiskt sjuka skulle denne kunna ta avstånd från dig pga. rädslan för att du var förutbestämd att bli på samma vis.

## 7 Slutsats

Oavsett vilket perspektiv man använder sig av för att se på psykisk ohälsa så kommer det att finnas aspekter som både försvårar och underlättar en större öppenhet. Alla mina intervjupersoner hade olika upplevelser av sin situation och olika val vad det gällde att vara öppen eller inte. Min egen tolkning är att det kan vara kopplat till hur länge de haft psykiska problem och vad ursprunget är. I linje med detta har jag också konstaterat att det till stor del kan vara situationsbundet. Framförallt individernas omgivning och vilka människor de möter kommer att påverka erfarenheter och sin tur framtida val av öppenhet. Vad jag sett i resultatet av mina intervjuer kommer inte att kunna sammanfatta vad den stora gruppen människor med psykiska problem upplever och känner. På så vis kan man säga att jag inte kunnat besvara min frågeställning på en allmängiltig nivå, men det faktumet var jag medveten om redan vid valet av metod. Resultatet ger dock en inblick i hur situationen ser ut för vissa av de som lever med psykisk ohälsa och kan ge en ökad insyn för utomstående, vilket var ett övergripande syfte jag hade med studien.

Det mina intervjupersoner har berättat kan också ge en bild av i vilken riktning synen på psykisk sjukdom är på väg. Som jag skrev i mitt abstrakt så verkar depressiva problem vara på väg att börja klassas som ett socialt accepterat problem. Vi verkar inte riktigt vara där ännu, men det är stor skillnad mot hur det såg ut för tidigare generationer och med fortsatt uppmärksamhet tror jag att det kommer fortsätta göras framsteg i den här riktningen.

## 8 Referenser

### 8.1 Tryckta källor

Bailey, A., Hennink M. och Hutter, I. (2013). "*Qualitative research methods*". London: SAGE

Goffman, Erving (2011). "*Stigma – den avvikandes roll och identitet*". 3. uppl. Nordstedts.

Scheff, Thomas (1999). "*Being mentally ill – a sociological theory*" 3. uppl. New york: Aldine De Gruyter

Sjöberg, Katarina och Wästerfors, David (2008) "*Uppdrag: Forskning – Konsten att genomföra kvalitativa studier*". Malmö: Liber

Szasz, Thomas (1974). "*The myth of mental illness*". New york: Harper Perennial

### 8.2 Elektroniska källor

Artikel först publicerad i: *Understanding Depression*, en hälsorapport framtagen av Harvard Health Publications i samarbete med Michael Craig Miller (2013).

Hämtad 2014-06-01 från: <http://www.health.harvard.edu/newsweek/what-causes-depression.htm>

MentalHelp.net "*Current understanding of major depression – Biopsychosocial model*", Rashmi Nemade, Ph.D., Natalie Staats Reiss, Ph.D., Mark Dombeck, Ph.D. (19 september 2007). Hämtad 2014-06-05 från:

[http://www.mentalhelp.net/poc/view\\_doc.php?type=doc&id=12997](http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=12997)

Healthy Place, *bio-psyko-social modell* (15 oktober 2012). Hämtad 2014-06-15 från: <http://www.healthyplace.com/blogs/survivingmentalhealthstigma/2012/10/re-framing-mental-illness-no-longer-a-brain-disease/>