



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Stigmatisering av psykiskt sjuka

Hur allmänheten uppfattar deprimerade brottsoffers
trovärdighet

Nina Borg & Cecilia Johansson

Kandidatuppsats. VT 2015.

Handledare: Mats Dahl
Examinator: Farhan Sarwar

Sammanfattning

Stigmatiseringen av psykiskt sjuka leder till diskriminering av och försämrad livskvalitet för dessa individer. Allmänheten har ofta en felaktig bild av individer som lider av en psykisk sjukdom, om uppkomsten till dessa sjukdomar samt hur dessa tar sig uttryck och kan behandlas. Det är inte sällan som dessa individer betraktas som farliga eller ansvariga för sitt sjukdomstillstånd och de undviks till större grad av allmänheten jämfört med psykiskt friska individer. Människor som lider av en psykisk sjukdom löper större risk att utsättas för brott än att begå brott samtidigt som de visat sig vara mer korrekta i sin återgivning än psykiskt friska vittnen. Dock kan stigmatiseringen av psykiskt sjuka brottsoffer påverka deras trovärdighet och skapa en felaktig bild av denna. Den här undersökningen har sett närmare på hur stigmatisering påverkar depressiva individer som utsätts för brott och vad som påverkar deras trovärdighet samt om det finns någon koppling mellan depressiva brottsoffers trovärdighet och åskådarnas kunskap gällande depression. Metoden som användes för att undersöka detta var en enkätundersökning och en *independent groups design*. För att mäta offrets trovärdighet användes *Witness Credibility Scale*. Population för undersökningen var studenter vid Lunds Universitet. Det var 44 deltagare i experimentgruppen och 42 i kontrollgruppen. Resultatet visade en svag positiv korrelation mellan skattningen av trovärdighet och kunskapen om depression. Utöver detta förekom inga statistiskt signifikanta resultat och inga fler slutsatser kunde dras.

Nyckelord: depression, Witness Credibility Scale, trovärdighet, stigmatisering, brottsoffer

Abstract

Stigmatization of mental illness leads to discrimination of and an impaired quality of life for these individuals. In general, people misrepresent individuals suffering from mental illness, the emergence, symptoms and effective treatment. Frequently, these individuals are misinterpreted as being dangerous or responsible for their own medical state and they are to a greater extent avoided by the public compared to mentally healthy individuals. People suffering from mental illness is subject to a greater risk of being exposed to crime than to commit crimes themselves, while at the same time they have a more accurate depiction of reality compared to mentally healthy witnesses. Nevertheless, stigmatization of victims with a mental illness can affect and result in a misrepresentation of their credibility. Therefore, the aim of this study was to closely examine how stigmatization affect victims suffering from depression and how this affect their credibility. Furthermore, this study intended to see if there is a correlation between the credibility of depressive victims and the onlooker's knowledge of depression. The method used to carry out these investigations was a questionnaire with an independent groups design. To measure the credibility of the victim's the Witness Credibility Scale was used. Students of Lund University were used as a population to investigate this study. The control and experiment group consisted of 42 and 44 subjects respectively. Results showed a weakly positive correlation between assessment of credibility and knowledge about depression. However, no other statistically significant results were found and thus, no further conclusions could be drawn.

Keywords: depression, Witness Credibility Scale, credibility, stigmatization, victims

INTRODUKTION

Individer med psykisk ohälsa målas ofta upp som farliga och oförutsägbara i tv-serier, filmer och andra former av media. Individer som lider av en psykisk sjukdom är inte sällan den underhållande sidokaraktern eller den karaktär som huvudpersonerna försöker att undvika. I den klassiska romanen *Jane Eyre* (Brontë, 2012) låser Rochester in sin psykiskt sjuka fru för att hon beskrivs som galen, okontrollerbar, farlig samt som ett hinder i hans liv. I den mer moderna komedifilmen *Livet från den ljusa sidan* (Andrus & Brooks, 1997) lider huvudkaraktären av ångeststörningen *Obsessive Compulsive Disorder* (OCD) och beskrivs som arrogant, okänslig samt socialt olämplig. Karaktärens tillfrisknande sker genom formandet av en romantisk relation som får honom att ”glömma bort” sina tvångstankar och han beskrivs då som en trevligare och omtänksammare individ än tidigare.

Inte minst inom media riktad till barn presenteras ofta psykiskt sjuka individer som farliga och icke önskvärda (Wahl, Hanrahan, Karl, Lasher & Swaye, 2007). I Disneyfilmer beskrivs vissa karaktärer som ”galna” (se till exempel Belles pappa i *Skönheten och Odjuret*) samt som individer som görs till åtlöje eller som väcker rädsla och därför bör låsas in. De innehar i många fall den komiska rollen eller rollen som den onde karaktären. Enligt Wahl et al. beskrivs dessutom dessa karaktärer med ord som *crazy*, *lunatic*, *mad*, *wacko* och *psycho*. De ges ofta fler okarismatiska egenskaper än positiva sådana. Redan som barn presenteras vi alltså med en negativ och allt annat än korrekt bild av individer som lider av psykisk ohälsa.

Denna representation är inte på något sätt begränsad till underhållning utan går även att finna i nyhetsrapporteringar och olika myndighetsutövningar. I nyhetsrapporteringar syntes detta tydligt efter att Andreas Lubitz störtade ett plan i Alperna. Då gick det i Daily Mail att läsa “Why on earth was he allowed to fly?- suicide pilot had a long history of depression” (Williams, Massey & Kelly, 2015, 27 mars, s.1) medan Daily Mirror skrev “Killer pilot suffered from depression” (Armstrong, 2015, 27 mars, s.1). Även svenska nyhetstidningar såsom Aftonbladet rapporterade om Lubitz psykiska problem och det faktum att han träffat flera läkare tiden innan tragedin (Hagberg, 2015, 6 april). Media drar alltså tydliga paralleller mellan Lubitz psykiska ohälsa och det faktum att han dödade samtliga passagerare på planet. Samtidigt kritiserar många att fokus legat på Lubitz depression och menar att media stigmatiserar psykiskt sjuka (Collinson, 2015, 27 mars).

Ett exempel på stigmatisering från myndigheter är det register Stockholmspolisens förde över kvinnor som led av en psykisk åkomma och som blivit utsatta för misshandel

(Klartext, 2014). Registret beskrev dessa kvinnors bakgrund, deras religiösa tro och psykiska ohälsa samt hur detta kunde påverka deras trovärdighet. I registret beskrevs dessa individer bland annat som ”krångliga” och ”besvärliga”. Den här typen av diskriminering är bara en liten del av den stigmatisering av psykiskt sjuka som förekommer i samhället och den leder inte sällan till att dessa individer undviker att anmäla brott de blivit utsatta för eller att söka vård. Intresset i stigmatiseringens följder och forskning kring stigma har ökat kraftigt på senare tid (se bland annat Link & Phelan, 2001).

Begreppet stigma

Begreppet stigma har sitt ursprung i Grekland och skapades för att beskriva de märken som brändes eller skars in i individer som bedömdes ha negativa egenskaper eller som på något sätt ansågs vara avvikande (till exempel sjuka, slavar eller brottslingar). Genom att fysiskt märka dessa individer kunde de lättare urskiljas och undvikas av omgivningen. I dagens nutida samhälle är stigma mer kopplat till sociala sammanhang och fördomar inom dessa (Goffman, 1963).

Goffman blev ledande inom området när han på 60-talet uppmärksammade och lade fokus på begreppet. Enligt honom förekommer stigma när det finns fördomar kopplade till skillnaden mellan vår uppfattning av en person och personens faktiska karaktär. Stigmatisering uppstår i sin tur när vi diskriminerar en individ utifrån denna skillnad. Stigmatiseringen är ofta kopplad till en, i våra ögon, misskrediterande egenskap som en individ innehar som inte stämmer överens med vår bild av hur individen bör vara. Denna bild eller uppfattning är beroende av den sociala situationen och vad som betraktas som accepterat i denna. Stigmatisering är alltså kopplat till den sociala situationen. Enligt Goffman förekommer det tre typer av stigma. Den första tillskrivs individer med kroppsliga missbildningar eller avvikelser, den andra tilldelas de individer som anses ha avvikelser i sin karaktär (detta kan till exempel vara sexuella böjningar, psykiska sjukdomar och brott) och den tredje är grundläggande stigma som inte nödvändigtvis behöver vara kopplat till den specifika individen utan kan följa med familjen genom generationer, till exempel religion och etnisk tillhörighet (Goffman, 1963).

Teorier kring stigmatisering

Goffman och hans 63:s definition av begreppet stigma har inspirerat till vidare forskning inom ämnet. Sen dess har begreppet utvecklats, tolkats och använts på olika sätt. De många definitionerna och appliceringsområdena har dock gett upphov till en del förvirring. Link och Phelan (2001) har, i ett försök att förtydliga detta, gett en grundlig och utvecklad definition av begreppet, dess komponenter samt hur och när dessa samverkar. De menar att begreppen *diskriminering* och *stigma* ofta förväxlas trots att det förstnämnda begreppet fokuserar på utförandet av diskrimineringen medan det sistnämnda på mottagandet av detta. Deras stigmatiseringsprocess har blivit en populär utgångspunkt i annan forskning och är en komplex definition som här enbart kommer att förklaras i sin korthet (för en komplett definition och förklaring se Link & Phelan, 2001). De bygger vidare på definitionen av stigma som kognitiva kategorier som länkas samman med stereotyper och hävdar att stigma består av fyra, i varandra, integrerade komponenter. Stigma möjliggörs av att de som applicerar stereotyper besitter en social, ekonomisk och politisk makt. Det är denna makt (eller privilegier) som gör att de kan särskilja på 'vi' och 'dem', som skapar klyftor mellan grupper och som upprätthåller stereotyper, diskriminering och förtryck av de stämplade individerna. I Link och Phelans inledande steg i stigmatiseringsprocessen identifieras en skillnad av social betydelse mellan en person och andra personer. Här sker en grov kategorisering av individen vars avvikande egenskap stämplas eller namnges. Den andra komponenten i processen utgör den association som sker mellan stämplingen (det vill säga individens avvikande egenskap) och de negativa stereotyper som finns kopplade till denna egenskap. Steg tre utgör den särskiljning som härmed sker mellan den stämplade individen, den kategori den har placerats i och övriga individer. Den stämplade individen placeras alltså i en utgrupp som övriga individer kan distansera sig ifrån och alla individer i denna utgrupp tilldelas de karaktärsdrag som anses tillhöra den kategorin. Processen avslutas med att den stämplade individen diskrimineras utifrån de stereotyper som den nu sammankopplas med och därmed förlorar i status. Stigmatisering upprätthålls alltså när alla dessa fyra komponenter förekommer i en situation där åskådarna besitter en maktposition som möjliggör indelningen i ingrupp och utgrupp med tillhörande stereotyper. På så sätt förekommer det alltså även mer fördomar och stigmatisering gentemot utgruppen än mot ingruppen (Link & Phelan, 2001, 2006).

Precis som Goffman skiljer på begreppet stigma skiljer Link och Phelan på olika typer av stigmatisering. Enligt dem går det att skilja på individuell och strukturell diskriminering samt självstigmatisering. Den förstnämnda syftar på den klassiska bilden där diskriminering är

något som utförs av andra individer gentemot en enskild individ de stämplat samt har stereotyper kring och som påverkar denna individ negativt. Strukturell diskriminering är mer utbredd och handlar om den diskriminering som möjliggörs genom samhällets uppbyggnad. Det vill säga när de stämplade individerna diskrimineras genom samhällets lagar, politik och sociala struktur. Strukturell diskriminering av psykiskt sjuka individer kan till exempel ske genom att deras sjukdomstillstånd inte uppmärksammas eller läggs tillräckligt mycket resurser på (Link & Phelan, 2001). Självstigmatisering utförs istället av den stämplade individen som, när den blir medveten om omgivningens stereotyper gällande den, införlivar och applicerar dessa stereotyper på sig själv (Link & Phelan, 2006).

Enligt Scheffs (1966) ursprungliga stämplingsteori gällande psykiskt sjuka är det stigmatiseringen och den stämpel (och alltså sociala kontroll) som appliceras på dessa individer som skapar sjukdomen i första hand samt bidrar till att den upprätthålls. Då teorin har fått motstå mycket kritik skapade Link, Cullen, Struening, Shrout och Dohrenwend (1989), vad de kallar för, *den modifierade stämplingsteorin*. Enligt denna teori agerar psykiskt sjuka individer utefter de stereotyper som finns gällande dem. En viktig skillnad från den ursprungliga stämplingsteorin är stigmatiseringens påverkan. Enligt den reviderade teorin orsakar inte den sociala kontrollen sjukdomarna men påverkar fortfarande de psykiskt sjuka individernas liv negativt samt hur de ser på sig själva och sin omgivning. De börjar förvänta sig en negativ social reaktion gentemot dem och att de kommer att stämplas. Detta påverkar hur de hanterar sin situation. De kan till exempel bli osäkra, mer aggressiva och mer distanstagande när de vet om att omgivningen applicerar dessa stereotyper på dem. De kan även försöka dölja sin sjukdom eller hantera sin situation på sätt som kan leda till negativa konsekvenser. Det blir alltså som en självuppfyllande profetia som bland annat påverkar deras livskvalitet, sociala liv, självkänsla och arbetsliv negativt. I denna reviderade teori betraktas även stigmatiseringen som en riskfaktor för andra sjukdomar samt för upprätthållandet av den nuvarande sjukdomen.

Även Corrigan har utvecklat en väl använd förklaringsmodell till begreppet stigma. Enligt honom leder stämpling till stigma, vilket i sin tur ger ledtrådar som leder till att stereotyper kopplas samman med individen. Stigmatiseringsprocessen består här av tre delar: stereotyper, fördomar och diskriminering och dessa ser olika ut i de två komponenterna som ingår i hans tvåfaktormodell. Den första komponenten är *public stigma* och handlar om de allmänna stereotyper som finns i samhället gentemot individer som lider av en psykisk sjukdom. Här kan två av Link och Phelans typer av diskriminering sägas ingå, nämligen

individuell och strukturell. Corrigan's andra komponent är *self-stigma* vilket uppstår när individer internaliserar stereotyperna gällande sig själva och därmed nedvärderar sig själva. Genom att till exempel inte söka vård kan den drabbade individen undvika den offentliga stämplingen som medföljer public stigma samt den inre diskrimineringen som grundar sig i självstigma (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, 2004).

Depression

Psykiska störningar och stigmatiseringen som medföljer är ett världsomfattande problem. Depression är den mest vanliga diagnosen inom detta spektrum (American Psychiatric Association, 2013). Enligt studier genomförda i 17 länder led 5 % av befolkningen av depression under det föregående året. Depression är även den psykiska störning som leder till flest antal förlorade (hälsosamma) år till följd av den funktionsnedsättning störningen orsakar (World Health Organization [WHO], 2012).

Det finns flera olika typer av depression. Den vanligaste är *major depressive disorder* (egentlig depression) vilken utmärks av kraftigt funktionsnedsättande förändringar i affekt, kognition och fysiska funktioner. De dominerande symtomen är nedstämdhet större delen av dagen nästan varje dag och kraftigt minskad glädje eller intresse i alla, eller nästan alla, aktiviteter. Övriga symtom är viktförändringar, koncentrationssvårigheter, tydligt observerbara psykomotoriska förändringar, återkommande tankar om döden (kan vara allmänna tankar, tankar gällande självmord eller faktiska planer på självmord samt självmordsförsök), sömnsvårigheter, överdrivna skuld känslor samt utmattning. Minst fem av dessa nio symtom måste förekomma nästan hela dagen, i princip dagligen under åtminstone en period av minst två veckor för att en individ ska kunna diagnosticeras med depression. Många med depression upplever även, utöver dessa symtom, ångest, irritation, fobier, smärta samt överdriven orolighet och grubblande (American Psychiatric Association, 2013). Dödligheten till följd av depression är hög då många individer som lider av depression begår självmord (American Psychiatric Association, 2013; WHO, 2012).

Allmänhetens attityder och stigmatisering

Enbart depression beräknas påverka 350 miljoner individer runt om i hela världen (WHO, 2012) och i början av 2000-talet led en fjärdedel av de som sökte medicinsk hjälp av psykiska problem. Trots detta är det inte många länder som satsar på åtgärder mot dessa

störningar och bland de som gör det har en överväldigande majoritet inga riktlinjer för hantering av psykiskt sjuka barn och ungdomar (WHO, 2001). Psykiatrireformen som ägde rum i Sverige under 1990-talet var ett försök att minska stigmatiseringen kring psykisk ohälsa. Detta försökte genomföras genom att avinstitutionalisera mentalsjukhusen och integrera de psykiskt sjuka individerna i samhället samt erbjuda dem en mer öppen behandling (Socialstyrelsen [SoS], 1999:1). Trots detta orsakar den bristande policyn kring psykiska störningar fortfarande stigmatisering och det finns stora brister i förebyggandet av detta. Stigmatisering kan leda till att psykiskt sjuka individer stöts bort och diskrimineras av andra individer, sjukvårdspersonal och samhället i stort. Detta kan orsaka försämrad livssituation, minskad självkänsla och problem i relationer samt i arbetslivet för dessa individer. Stigmatiseringen gör även att få individer med psykiska problem söker hjälp och enbart hälften av de som lider av depression får behandling för detta (WHO, 2001).

Det har genomförts många studier på allmänhetens attityder och stigmatisering gentemot psykiskt sjuka individer (för en överblick, se Angermeyer & Dietrich, 2006). Det finns forskning som tyder på att stigmatisering drabbar alla som lider av en psykisk sjukdom enbart genom att de stämplas som 'psykiskt sjuka'. Generella stereotyper kopplade till dessa individer är att de är farliga, inkompetenta (när det gäller att ta hand om sig själva och i arbetslivet) och att de, på grund av svag karaktär, själva bär skulden för sin sjukdom. Annan forskning tyder på att stigmatiseringen är beroende av och skiljer sig åt mellan olika diagnoser (Corrigan, 2004). Review-artikeln av Angermeyer och Dietrich (2006) som omfattar mer än 60 studier tittar bland annat på dessa skillnader. Enligt den har folk i allmänhet svårt för att identifiera psykiska störningar. Inte minst depression som i många fall betraktas mer som en kris än som en psykisk störning (Lauber, Nordt, Falcato & Rössler, 2003). Majoriteten av allmänheten tror felaktigt att den främsta orsaken till depression är stress och anser att depressiva individer själva bär ansvaret för sitt tillstånd. Denna ståndpunkt korrelerar dock med utbildning. Desto högre utbildning desto mindre skuld läggs på den sjuke individen. Här ses även en korrelation mellan utbildning och vilken behandling som anses borde användas vid depression. Majoriteten av deltagarna, speciellt de med lägre utbildning, ansåg att allmänläkare är tillräckligt kvalificerade för att behandla depression. Bland de med högre utbildning rekommenderade fler psykosocial terapi. Således ansåg fler individer med högre utbildning att allmänläkare inte var kvalificerade för att behandla depression (Angermeyer & Dietrich, 2006).

Det förekommer ett generellt distanstagande gentemot psykiskt sjuka individer (Angermeyer & Dietrich, 2006) inte minst bland arbetsgivare som varierar i sin vilja att anställa människor med svåra psykiska problem. Severe mental illness (SMI) innefattar bland annat personer som har en allvarlig psykisk sjukdom där symtomen är ihållande och påverkar personen i dess vardag. Många arbetsgivare är dessutom dåligt informerade om innebörden av SMI och är ovilliga att anställa individer som lider av psykiska problem. Ofta missförstås hur mycket en persons psykiska hälsa påverkar arbetsplatsen i stort och hur personen sköter sina uppgifter. Individer som lider av SMI har dock visat sig vara framgångsrika på arbetsplatser så länge där är ett öppet och accepterande klimat (Lexén, 2014). Individer som lider av en psykisk sjukdom anses dessutom vara mer oförutsägbara än andra, speciellt schizofrena och missbrukare men även depressiva. Känslor av rädsla, orolighet och obekvämheter väcks främst av schizofrena individer. Dessa anses dessutom vara mest farliga (Angermeyer & Matschinger, 2003; Angermeyer & Dietrich, 2006; Lauber et al., 2003) trots att det enbart är ett fåtal individer som lider av schizofreni vars beteende faktiskt kan betraktas som farligt (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000). Även här korrelerar den allmänna befolkningens utbildningsnivå negativt med känslor av rädsla, aggression och distanstagande (Angermeyer & Matschinger, 2004). Samtidigt reagerar allmänheten ofta med pro-sociala känslor på psykiskt sjuka individer. Speciellt depression väcker medlidande och en vilja att hjälpa individen (Angermeyer & Matschinger, 2003, 2004; Angermeyer & Dietrich, 2006).

Hur en psykiskt sjuk individ uppfattas av allmänheten påverkar hur diskrimineringen tar sig uttryck. När individen anses vara farlig och oförutsägbar distanserar sig folk från denna. När en psykiskt sjuk individ däremot anses vara ansvarig för sin sjukdom accepteras till större utsträckning strukturell diskriminering gentemot personen i fråga. Det vill säga desto mer skuld en psykiskt sjuk individ anses bära desto mer accepteras orättvis behandling av denna från samhällets struktur inom till exempel juridik, sjukvård och politik (Angermeyer & Dietrich, 2006).

I likhet med forskningen gällande kopplingen mellan utbildning och fördomar har teorin *contact hypothesis* utformats. Stangor (2000) beskriver den som att fördomar minskar när människor förses med kunskap om en grupp de inte är bekanta med. Detta sker genom interaktion. En annan metod är att genom utbildning lära om felaktiga åsikter eller när fördomar och stereotyper är olämpliga att uttrycka. Även Pettigrew och Tropp (2008) beskriver tre orsaker till minskade fördomar, nämligen ökad kunskap om utgruppen, minskad

ångest (till följd av ökad kontakt över olika ingrupper) samt ökad empati och förbättrat perspektivtagande.

Prototyper av depression

Även prototyper påverkar fördomarna och stigmatiseringen. Vårt semantiska minne består av mentala kategorier där vi placerar saker och ting som tillhör samma kategori. Dessa kategorier definieras av prototyper som är det mest utmärkande och karakteristiska elementet av en kategori. När vi försöker placera någonting i en kategori utgår vi från kategoriens prototyp för att avgöra hur väl föremålet eller personen överensstämmer med denna. Prototyper är en del av det mest grundläggande i skapandet av mentala kategorier och bygger på att se likheter mellan saker och ting snarare än olikheter. Människors prototyper kan skilja sig åt beroende på erfarenheter och vilken kontext de lever i (Holt et al., 2012). En slutsats kan därför dras om att samhället påverkar utvecklandet av prototyper vilket också kan betyda att vissa prototyper är felaktiga. Desto mer prototypiska karaktärsdrag en individ har, desto bättre exempel på den kategorin framstår den vara (Horowitz, French, Wallis, Post & Siegelman, 1981).

Horowitz et al. (1981) beskriver olika prototyper av deprimerade. De menar att prototypen av en deprimerad individ kännetecknas av dålig självkänsla, hjälplöshet, upplevd värdelöshet, isolering samt ensamhet men också ilska och aggression.

Utifrån den forskning som presenterats i introduktionen skulle en prototyp för stigman av deprimerade kunna skapas. Det vill säga när individer uppfattar att någon är deprimerad aktiveras de kognitiva scheman de har gällande deprimerade individer. Prototypen gällande stigman 'deprimerade' framgår vara att dessa individer har en svag karaktär, har sig själva att skylla, är mer oförutsägbara och bör undvikas mer än psykiskt friska individer (se bland annat Angermeyer & Matschinger, 2003; Angermeyer & Dietrich, 2006; Corrigan, 2004; Lauber et al., 2003). När det framgår att en individ är deprimerad aktiveras dessa fördomar och medföljande affekter. Våra affekter styr vad vi registrerar och koordinerar våra responser till omgivningen. Syftet med detta är att vi ska kunna hantera information från flera olika källor snabbt och effektivt (Rice, Richardson & Kraemer, 2014). På så sätt styr affekterna vårt beslutsfattande och är en del av våra kognitiva scheman.

Rice, Richardson och Kraemer (2014) hävdar att en avgörande faktor i attityden gentemot andra människor är tilliten till dessa individer. Tillit är dessutom kopplat till våra

affekter och väcker lätt starka känslor vilket påverkar tankemönstret samt hur vi uppfattar andra individer. Negativa känslor har dessutom visat sig minska tilliten och trovärdigheten. De negativa känslor som allmänheten upplever mot individer som lider av en psykisk sjukdom bör alltså också påverka attityderna och leda till en minskad tillit gentemot dem. De stereotyper som finns, och de negativa känslor de väcker, bör utifrån detta synsätt påverka allmänhetens tillit och upplevd trovärdighet gentemot individer som lider av depression negativt.

Psykiskt sjuka i rättsliga sammanhang

Forskning om psykiskt sjuka i rättssammanhang har till störst del fokuserat på förövare, om de som lider av en psykisk sjukdom löper större risk att utsättas för brott samt om psykiskt sjuka vittnen är mindre trovärdiga än friska vittnen. En sådan studie har genomförts av Rounding, Jacobson och Lindsay (2014) som hävdar att det trots en negativ stigmatisering av depressiva individer inte förekommer några belegg för att depressiva individer är sämre som vittnen än psykiskt friska. Studien har använt sig av *Beck Depression Inventory-II* (BDI) för att mäta deltagarnas depressiva symtom. Testet har visat sig vara ett reliabelt test på hur allvarliga en individs depressiva symtom är. Utifrån BDI skapades de fyra kategorierna stabilt dysforisk, instabilt dysforisk, stabilt icke-dysforisk och allvarliga depressionssymtom. Studien utgår alltså från BDI för att uttala sig om deltagarnas depressiva symtom och talar därför inte om depression som en klinisk diagnos. Resultatet visade att de stabilt dysforiska deltagarna hade en mer exakt ögonvittnesidentifiering jämfört med deltagarna som var psykiskt friska. Individer med stabil dysforisk störning var dessutom bara något mer precisa än individerna med allvarliga depressiva symtom. Vad som kunde minska trovärdigheten i en ögonvittnesidentifiering var en försämring av den psykiska hälsan hos vittnen som tidigare varit psykiskt friska. En minskning av precision tycktes alltså bero på försämringen i sig, inte den psykiska ohälsan när denna väl stabiliserats hos individen. Att depressiva vittnen skulle vara mindre trovärdiga kan alltså ses som en fördom då dessa individer i många fall har en mer exakt ögonvittnesidentifiering än psykiskt friska vittnen. Enligt Kornet (1997, maj) ljuger eller manipulerar dessutom depressiva individer sällan andra människor och de uppfattar även världen på ett mer exakt sätt än andra.

Nielsen, Elliott och Large (2010) har undersökt om expertvittnen i form av psykiatriker och psykologer bedömer en anklagad som psykiskt sjuk eller inte. Resultat visar

att dessa expertvittnen generellt gör samma bedömning av huruvida en anklagad är psykiskt sjuk eller inte. Dock är enigheten om huruvida en anklagad till exempel är schizofren högre än om individen lider av depression. Ångestsyndrom var svårast att bedöma och var således de fall då experterna var minst eniga om vad den anklagade kunde tänkas lida av.

Studier som fokuserat på brottsoffers trovärdighet tyder på att denna påverkas av deras känslouttryck samt huruvida dessa stämmer överens med förväntningarna på hur ett brottsoffer ska reagera eller inte. Brottsoffer förväntas uppvisa starka emotionella reaktioner över det brott de utsatts för. Brottsoffer som är lugnare och framgår som mer avtrubbade uppfattas av allmänheten som mer ansvariga för att de utsatts för brottet (Kaufmann, Drevland, Wessel, Overskeid & Magnussen 2003; Winkel & Koppelaar, 1991) samt som mindre trovärdiga (Rose, Nadler & Clark, 2006; Winkel & Koppelaar, 1991). Det förekommer en skillnad mellan studier i den uppfattade trovärdigheten beroende på vilken metod som använts. Enligt Kaufmann et al. (2003) skattade deltagarna (i de studier där de fick ta del av brottsoffret och dess redogörelse genom att se ett videoklipp) brottsoffret som mer trovärdigt än i de studier där deltagarna fick ta del av en skriftlig beskrivning. Skillnaden mellan de olika metoderna på variabeln trovärdighet förekom dock enbart när brottsoffrets reaktion inte stämde överens med förväntningarna. Denna skillnad var alltså med andra ord beroende av de förväntningar som fanns på brottsoffrets reaktion. Även deras studie fann att känslouttryckets styrka var kopplade till brottsoffrets egen skyldighet till brottet.

Christies (1986) teori om det idealiska offret är ett offer som är hjälplöst, oskyldigt och som inte har någon delaktighet i brottet. Om individen inte ses som ett idealiskt offer kan det resultera i ett sämre skydd från omgivningen även om det är uppenbart att ett brott har inträffat. Trots att hjälplöshet ökar sympatin för offret kan den utsatte heller inte vara alltför passiv eftersom dennes trovärdighet då kan ifrågasättas. Personer med psykiskt handikapp riskerar att inte bli trodda när de utsätts för brott. När dessa individer viktimeras så ökar det risken för att deras sjukdomstillstånd förstärks och en drastiskt försämrad livskvalitet. Viktimisering är det som sker när en individ som utsatts för ett brott får rollen som brottsoffer (Lindgren, Pettersson & Hägglund 2001).

Forskning inom rättspsykologin har alltså till störst del fokuserat på trovärdigheten hos psykiskt sjuka vittnen samt psykiskt sjuka individers benägenhet att begå brott. Det förekommer fördomar bland allmänheten och forskare om att dessa individer är mer våldsamma trots att studier tyder på att de löper större risk för att utsättas för brott än för att begå brott. Bland de undersökningar som trots allt genomförts på psykiskt sjuka brottsoffer

handlar majoriteten dessutom enbart om dessa individers sårbarhet (Choe, Teplin & Abram, 2008; Passos, Stumpf & Rocha, 2013). En av anledningarna till att de löper större risk för att utsättas för brott än den generella allmänheten anses vara nedsättningen av deras kognitiva förmåga till följd av deras psykiska sjukdom. En annan är att dessa individer ofta befinner sig i mer utsatta miljöer som utmärks av till exempel social isolering, fattigdom, missbruk samt missgynnande relationer. Psykiskt sjuka individer är alltså på så sätt mer utsatta på grund av stigmatiseringen. De fördomar och stereotyper som individerna förknippas med gör, i enlighet med den modifierade stämplingsteorin, att de distanseras från omgivningen och att de i större utsträckning (både genom inre och yttre stigmatisering) riskerar att hamna i konflikter med andra individer (Hart, Vet, Moran, Hatch & Dean, 2012). Psykiskt sjuka individer anses även vara mer sårbara till följd av att de kan lida av försämrade problemlösningsförmåga, större impulsivitet samt mer desorganiserad tankeprocess (Passos, Stumpf & Rocha, 2013). Samtidigt finns det alltså forskning som tyder på att depressiva individer är mer trovärdiga i sina vittnesutsagor än psykiskt friska individer (se ovan). Även om vittnen inte blivit utsatta för ett brott så tyder det på motstridiga resultat gällande psykiskt sjuka individers kognitiva förmåga. Detta skulle även kunna relateras till och ha en inverkan på psykiskt sjuka brottsoffers trovärdighet.

Syfte & frågeställningar

Eftersom allmänheten har visat sig ha bristande kunskaper gällande depression och då vissa experter har svårt för att känna igen ångeststörningar som ungefär hälften av alla deprimerade också lider av (Holt et al., 2012), skapar det en misstanke om att depressiva individer stigmatiseras även i brottsammanhang.

Syftet var därför att beskriva och ge kunskap om stigmatisering av psykiskt sjuka samt hur detta kan påverka hur trovärdiga brottsoffer som lider av en psykisk störning uppfattas vara av allmänheten. Forskningsfrågan var därför *“Betraktas psykiskt sjuka brottsoffer som mindre trovärdiga av allmänheten jämfört med brottsoffer som inte är psykiskt sjuka?”*. Begreppet psykiskt sjuka omfattar ett stort antal psykiatriska sjukdomar och störningar vars definitioner skiljer sig åt beroende på kulturer, normer och sociala värderingar (American Psychiatric Association, 2013). Då det inte är praktiskt möjligt att undersöka trovärdigheten hos alla brottsoffer som betecknas som psykiskt sjuka lades fokus på en enskild störning, i

detta fall depression eftersom det är den vanligaste psykiska sjukdomen. Frågeställningen kunde därför preciseras till följande:

1. *Betraktas brottsoffer som lider av depression som mindre trovärdiga jämfört med brottsoffer som inte lider av depression?*
2. *Påverkas brottsoffrens trovärdighet av åskådarnas kunskap gällande depression?*

Studien är relevant då tidigare forskning fokuserat mer på förövaren än brottsoffret. Tidigare forskning tyder alltså på att deprimerade har en mer exakt bild av verkligheten och är mindre benägna att ljuga än psykiskt friska människor men att allmänheten har en felaktig bild av dessa individer. Vissa teorier hävdar dessutom att fördomar minskar genom ökad kunskap om och interaktion med andra människor. Våra hypoteser är därför följande:

H1.Psykiskt sjuka brottsoffer betraktas som mindre trovärdiga än psykiskt friska brottsoffer. Skattningen av trovärdigheten i experimentgruppen kommer vara signifikant lägre än skattningen hos kontrollgruppen.

H2.Det finns en positiv korrelation mellan trovärdigheten och kunskapen om depression. Desto högre kunskap desto högre skattning av trovärdighet och vice versa.

METOD

Deltagare

Deltagarna var universitetsstuderande i Lund då det var en grupp som var lätt att komma i kontakt med. Deltagarna var i åldrarna 19-41 med en medelålder på 24 år. För att få tag på människor som tillhörde den här populationen delades 56 enkäter ut på Språk- och litteraturcentrum (SOL) och 30 enkäter på café Lux som båda tillhör Lunds Universitet. Sammanlagt deltog alltså 86 personer där 42 tillhörde kontrollgruppen (10 män, 30 kvinnor och 2 bortfall på frågan om kön) samt 44 i experimentgruppen (17 män, 21 kvinnor, 2 annan könstillhörighet och 4 bortfall på frågan om kön). Deltagarna fick svara på vad de studerade för att få reda på hur mycket resultaten sedan kunde generaliseras till studenter i Lund. Det förekom bortfall på 6 enkäter gällande denna fråga.

Material

För att kunna svara på forskningsfrågan användes två olika enkäter. Alla enkäter inleddes med ett följebrev (se bilaga 1) som innehöll information om undersökningen, att deltagarna skulle få läsa en fiktiv text om Julia och därefter om ett påstått brott samt hur de skulle gå tillväga för att fylla i enkäten. Båda enkäterna innehöll bakgrundsbeskrivningen av en fiktiv person vid namn Julia men dessa skiljde sig åt mellan grupperna. Texterna handlade om vardagliga saker som vad Julia studerade och vilka fritidsintressen hon hade. Experimentgruppen (se bilaga 3) hade dock 10 meningar fler i sin beskrivning än kontrollgruppen (se bilaga 2). Meningarna innehöll beskrivningen av sex vanliga symtom vid egentlig depression som beskrivs i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Meningarna innehöll endast beskrivningen av Julia som deprimerad och ingen annan information.

Efter bakgrundsbeskrivningen följde en fiktiv brottsbeskrivning där Julia anmäler en man för sexuella trakasserier. Mannen nekar till anklagelserna. Halva texten beskriver brottet ur Julias perspektiv och den andra halvan ur mannens perspektiv. Brottsbeskrivningen var likadan i båda grupperna (se bilaga 4).

Därefter följde en enkät med 20 adjektiv och deras motsatsord där deltagarna skulle skatta Julia på en skala mellan 1 och 10 (se bilaga 5). Adjektiven mäter huruvida Julia anses trovärdig eller inte, där 10 motsvarar trovärdig och 1 icke trovärdig. Adjektiven har översatts

från engelska till svenska och kommer från Stan Brodskys skattningsskala *Witness Credibility Scale* (WCS) där de har definierat trovärdighet som summan av faktorerna *likeable*, *trustworthy*, *confident* och *knowledgeable* (Brodsky, Griffin, & Cramer, 2010). I enkäten mäts variablerna *likeable* med fråga 1-5, *trustworthy* med fråga 6-10, *confident* med fråga 11-15 och *knowledgeable* med fråga 16-20. WCS utformades för att mäta trovärdigheten hos expertvittnen men användes i den här studien för att mäta trovärdigheten hos brottsoffret.

Efter denna enkät följde en kunskapsenkät om depression (se bilaga 6).

Depressionsenkäten bestod av 34 påståenden där deltagarna ombads ta ställning till om dessa var sanna eller falska. Påståendena utformades med hjälp av kriterierna för egentlig depression (American Psychiatric Association, 2013). I enkäten fanns 4 påståenden (fråga 8, 23, 25 och 34) som specifikt testade hur trovärdiga deprimerade individer uppfattades.

En pilotstudie på depressionsenkäten utfördes först där den skickades till både individer med hög kunskap om depression och till individer med något lägre kunskap om depression. Därefter justerades enkäten utifrån dessa deltagares respons. Depressionsenkäten användes för att se om det förekom en korrelation mellan potentiella fördomar gentemot Julia och den kunskap deltagarna hade om depression.

Design

I studien användes en mellangrupsdesign med två grupper (information om depression och ingen information om depression). Den beroende variabeln var skattning av trovärdighet och undersökningen genomfördes med hjälp av skriftliga enkäter. En tvärsnittsstudie (det vill säga en mätning av en population vid en tidpunkt, Svartdal, 2001) utfördes då deltagarna enbart mättes vid ett tillfälle.

Procedur

Enkäterna delades ut på SOL under förmiddagen och på café LUX under eftermiddagen för att många studenter från olika fakulteter befinner sig på dessa två platser just då. Syftet med och byta plats var att få en större variation bland studenternas studieinriktningar och därmed minska risken att ett skevt urval genererades. Deltagarna erbjöds en kaka för att öka motivationen samt som kompensation för deras deltagande. Individer som befann sig vid allmänna studieområden tillfrågades om de var intresserade av att delta. För att undvika att påverka deras svar avslöjades varken syftet med studien eller

vilket ämne den berörde. Deltagarna erbjöds istället en förklaring när de fyllt i enkäten. Försöksledarna visste inte om vilka enkäter de delade ut för att undvika att omedvetet påverka deltagarna. Om det var flera deltagare vid samma bord ombads de att inte prata med varandra under tiden. Deltagarna lämnades ifred men ej utan uppsikt under den tid de fyllde i enkäten vilket tog ungefär 15 minuter. På eftermiddagen delades enkäterna ut på café LUX istället där samma procedur användes.

Etik

Enkäterna utformades så att deltagarna inte kom till psykisk eller fysisk skada varken under experimentets gång eller efteråt. Beskrivningen av Julia innehöll ingen information som på förhand kunde förutses skapa obehag.

I följebrevet informerades deltagarna om att de skulle få fylla i två olika enkäter och det poängterades tydligt att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta när som helst. Det förklarades att deltagaren var anonym och att resultaten endast skulle användas i en kandidatsuppsats. Informationen avslutades med våra namn och kontaktuppgifter. När enkäterna samlades in erbjöds deltagarna en förklaring till vad undersökningen handlade om och dess syfte, då det inte kunde berättas om detta innan undersökningen gjordes.

RESULTAT

T-test för att undersöka skillnaden mellan kontrollgruppen och experimentgruppen vad gäller uppskattad trovärdighet samt för de olika trovärdighetskategorierna (*likeable*, *trustworthy*, *confident* och *knowledgeable*) utfördes (se tabell 1 för M och SD på respektive variabel). En ANCOVA med trovärdighet som beroende variabel och grupptillhörighet som oberoende variabel med antal rätt (kunskap om depression) som kovariat genomfördes också för att se om signifikansen påverkades av en kovariat. Vidare genomfördes t-test där eventuella skillnader i kunskap gällande depression mellan grupperna undersöktes. Likaså genomfördes separata analyser där eventuella skillnader mellan kontrollgruppen och experimentgruppen på frågorna 8, 23, 25 samt 34 på depressionsenkäten som specifikt mätte trovärdigheten undersöktes. Slutligen genomfördes korrelationsanalyser mellan skattningen av trovärdighet och antal rätt på depressionsenkäten, mellan grupptillhörighet och i) ålder, ii) kön och iii) studieinriktning samt mellan antal rätt och i) ålder, ii) kön och iii) studieinriktning.

Ingen av analyserna gav några signifikanta skillnader. Värt att notera är dock p-värdet på faktorn *confident* som var under 0.1 ($p = .09$).

Noteras kan även en svag positiv korrelation mellan variablerna trovärdighet och antal rätt i depressionsenkäten, $r(84) = .23$, $p = .04$.

Tabell 1. Medelvärde och standardavvikelse för kontrollgruppen och experimentgruppen för respektive variabel.

Variabel	Kontrollgrupp (N = 42)		Experimentgrupp (N = 44)	
	M	SD	M	SD
Antal rätt*	20,93	2,72	20,64	3,17
Trovärdighet**	6,79	1,28	6,92	1,22
Likeable	7,12	1,56	7,48	1,37
Trustworthy	7,15	1,81	7,71	1,81
Confident	5,64	1,58	5,09	1,47
Knowledgeable	7,25	1,31	7,41	1,62

* Max antal rätt på depressionsenkäten = 34.

** Trovärdighet = Likeable + Trustworthy + Confident + Knowledgeable

Skattning av trovärdighet på skala 1-10 där 10 = trovärdig och 1 = icke trovärdig.

DISKUSSION

Resultat

Då majoriteten av resultaten var icke-statistiskt signifikanta kan vi inte uttala oss om den huvudsakliga hypotesen (H1) eftersom undersökningen inte fann några belägg som gör att denna varken kan styrkas eller förkastas. Det går alltså inte att dra några slutsatser om huruvida psykiskt sjuka brottsoffer betraktas som mindre trovärdiga än psykiskt friska brottsoffer.

Resultatet visade dock en svag positiv korrelation mellan kunskap och trovärdighet som var statistiskt signifikant vilket ger visst stöd för vår andra hypotes. Detta innebär att vårt resultat tyder på att det finns ett svagt samband mellan uppfattad trovärdighet och kunskap om depression. Det vill säga, när deltagarna hade större kunskap om den psykiska sjukdomen skattade de också brottsoffret som mer trovärdigt. Det kan även tolkas som att en högre kunskap korrelerade med minskade fördomar och stereotyper då det finns studier som indikerar att depressiva individer är mer trovärdiga än icke-depressiva. Resultatet styrker alltså den forskning (se bland annat Pettigrew & Tropp, 2008; Stangor, 2000) som redan finns gällande sambandet mellan kunskap och stigmatisering som indikerar att brist på kunskap är en bidragande orsak till fördomar. Trots detta är det viktigt att inte lägga för stor fokus på resultatet gällande korrelationen mellan kunskap och skattad trovärdighet då sambandet mellan dessa två variabler enbart är svagt. Det är inte heller möjligt att dra slutsatsen att sambandet kan förklaras med eller relateras till stigmatisering. Det är till exempel möjligt att det är psykosociala faktorer som orsakar sambandet eller att egen erfarenhet av depression kan vara en bakomliggande orsak till korrelationen. Även om resultatet tyder på att ett samband förekommer är det alltså viktigt att inte uttala sig om orsakerna till det enbart utifrån detta resultat.

Metod

Eftersom vi ville se närmare på hur stigmatisering av psykiskt sjuka brottsoffer påverkar allmänhetens uppfattning av deras trovärdighet och inte fann någon tidigare forskning om just denna inriktning valde vi att genomföra en egen undersökning. Frågeställningarna fick dock begränsas för att göra undersökningen praktiskt genomförbar. Även om resultatet hade varit statistiskt signifikant hade det inte kunnat generaliseras till

allmänheten som vårt ursprungliga syfte avsåg. Vår population limiterades till universitetsstuderande i Lund och undersökningens resultat täcker därför denna del av allmänheten. Som tidigare nämnts korrelerar utbildning med hur mycket skuld som läggs på den deprimerade (Angermeyer & Dietrich, 2006). Eftersom deltagarna var universitetsstuderande och därmed generellt hade en hög utbildning, är det även möjligt att de lade mindre skuld på brottsoffret och därmed skattade denne mer positivt än vad den allmänna befolkningen hade gjort.

Då vi använt oss av ett bekvämlighetsurval förekommer det svårigheter med att uttala sig om universitetsstuderande som en homogen grupp. Det finns en risk att grupperna var initialt olika vilket också är problemet med en *independent measures design* när ett bekvämlighetsurval används. För att få en representativ population hade vi behövt ett slumpmässigt eller stratifierat slumpmässigt urval där alla studieinriktningar, könstillhörigheter och åldrar hade haft lika stor möjlighet att komma med i undersökningen. De som inte befann sig på campus den dagen vi genomförde undersökningen hade inte heller någon chans att delta. Det är alltså möjligt att det förekom ett selektivt bortfall som hade kunnat vara av intresse för studiens resultat. Det kan till exempel vara så att individer som själva lider av en psykisk sjukdom inte befann sig på campus just den dagen på grund av sin psykiska ohälsa eller att individer som studerar från en annan ort inte var där vid det tillfället. Vi hade dock fler än 30 deltagare i varje grupp vilket gör *independent measures design* till en reliabel design i det här fallet. Det går inte heller att uttala sig om kausalitet då vi inte har kunnat kontrollera för yttre faktorer kopplade till metoden och/eller deltagarna.

Vi tittade dock på korrelationen mellan kunskap och trovärdighetsskattning med kön, ålder och studieinriktning för att se om det kunde förekomma någon påverkan av dessa tre faktorer. För utbildning var vi speciellt intresserade av de som studerar psykologi och andra beteendevetenskapliga inriktningar för att se om de hade högre kunskap om depression.

Genom att använda oberoende grupper försökte vi alltså undvika problemet med det såkallade *demand characteristics*, det vill säga att deltagarna kunde förstå vad undersökningens syfte var. Det finns dock en risk att deltagarna kunde lista ut att det handlade om fördomar gentemot Julia och att de därmed justerade sina svar utifrån detta. Då där inte fanns mycket information i bakgrundsbeskrivningen som kunde förvillna från syftet fanns det en risk att deltagarna i experimentgruppen förstod att det var depressionen som var av intresse. För att undvika detta och att de i förhand uppmärksammades på den psykiska sjukdomen placerades depressionsenkäten sist i undersökningen.

I manipulationen som genomfördes (det vill säga den del av bakgrundstexten som enbart experimentgruppen fick ta del av) gavs en del information gällande depression som sedan testades i fråga 3, 6 och 9 depressionsenkäten. Experimentgruppen hade således en fördel på dessa tre frågor. För att kontrollera effekten av detta genomfördes två analyser. En där svaren på alla frågorna på depressionsenkäten jämfördes mellan de två grupperna och en likadan men där dessa tre frågor uteslöts. Resultatet visade att det inte förekom någon skillnad mellan de två analyserna vilket indikerar att det inte hade någon inverkan på resultatet. För att undvika obalans mellan grupperna borde, trots detta, frågorna uteslutas från enkäten.

Ytterligare ett problem med vår metod var att enkäten mäter explicita, det vill säga medvetna fördomar (Holt et al., 2012). I vissa fall anser människor att de inte är fördomsfulla medan mer sofistikerade tester visar att de är det. Med detta i åtanke är det möjligt att ett test som mäter implicita fördomar hade varit bättre lämpat för undersökningens syfte.

Att undersökningen inte gav några statistiskt signifikanta resultat kan bero på att manipulationen av den oberoende variabeln, depression, var för svag. Detta indikeras av att det förekom tendenser i faktorn *confident* som inte stärks av de andra tre faktorerna *trustworthy*, *likeable* och *knowledgeable*. Värt att notera är att analysen mellan gruppernas skattningar av Julia på faktorn *confident* dessutom gav ett p-värde på under .1 ($p = .09$) och närmade sig alltså gränsen för statistisk signifikans. På denna faktor skattade kontrollgruppen Julia högre än experimentgruppen vilket är i linje med hypotesen om att psykiskt sjuka brottsoffer betraktas som mindre trovärdiga än psykiskt friska. Resultaten på de andra tre faktorerna går dock stick i stäv med detta då experimentgruppen generellt hade något högre medelvärde på dessa tre än kontrollgruppen.

En annan bidragande orsak till det icke-statistiskt signifikanta resultatet skulle kunna vara användandet av WCS. Vi använde oss av denna standardiserade enkät i ett försök att garantera validiteten. Det är dock möjligt att faktorn *confident* var den som var mest relevant för och applicerbar på brottsoffer och att detta var en bidragande orsak till de motstridiga resultaten. Samtidigt mäter faktorn *trustworthy* trovärdighet mer specifikt. Resultatet på de fem frågorna rörande *trustworthy* bör därför vara mer relevanta. Utifrån detta synsätt är det alltså osannolikt att det motsägelsefulla resultatet på *confident* är en bidragande orsak till att resultatet inte blev statistiskt signifikant. Oavsett detta är det viktigt att notera att WCS är specifikt utformat för expertvittnen och har, som författaren själv nämner, inte applicerats på andra områden (Brodsky, Griffin & Cramer, 2010). Faktorn *knowledgeable* är till exempel specifikt inriktad på de kunskaper vittnet framstår besitta samt hur pass logisk och bildad

denne verkar var i sin bedömning. Det är alltså möjligt att en reviderad version av denna enkät hade behövt användas istället. En sådan förbättring skulle kunna vara att utgå från WCS men att byta ut *knowledgeable* mot en mer relevant faktor för just brottsoffer. Om denna modifierade version av WCS hade mätt trovärdigheten på ett mer korrekt sätt hade det indikerat att det ursprungliga skattningsformuläret som använts i den här studien inte äger konstruktvaliditet och innehållsvaliditet vid mätning av brottsoffers trovärdighet. Det finns även en risk att undersökningen inte lyckades förmedla begreppet depression till deltagarna. Beskrivningen av detta begrepp skedde genom sex symtom utifrån kriterierna i DMS-5 (American Psychiatric Association, 2013). Det är möjligt att detta inte var tillräckligt och att depressionen hade behövt beskrivas utförligare och mer detaljerat. Samtidigt hade dock detta ökat risken för att avslöja syftet med undersökningen. Vidare har, som tidigare nämnts, många individer svårt för att identifiera psykiska störningar (Angermeyer och Dietrich, 2006). Det kan varit så att deltagarna helt enkelt inte förstod att Julia var deprimerad och att undersökningen därmed inte lyckades mäta de fördomar som finns gentemot deprimerade individer.

Fokus lades på depression då det alltså är den vanligaste psykiska störningen samt för att deprimerade vittnen faktiskt är mer trovärdiga än icke-deprimerade vittnen (American Psychiatric Association, 2013; Kornet, 1997, maj; Rounding, Jacobson & Lindsay, 2014). Resultatet hade händelsevis kunnat se annorlunda ut om en annan psykisk sjukdom hade använts. Till exempel anses schizofrena vara farligare än deprimerade (Angermeyer & Matschinger, 2003; Angermeyer & Dietrich, 2006; Lauber et al., 2003) vilket förmodligen hade påverkat uppfattningen av deras trovärdighet.

Övriga faktorer

Det finns många faktorer som skulle kunna påverka resultatet. Julias reaktion på brottet är en, vilken beskrevs så neutralt som möjligt. Dessvärre kan neutrala känslouttryck förknippas med minskad trovärdighet (Kaufmann et al., 2003; Rose, Nadler & Clark, 2006; Winkel & Koppelaar, 1991). Detta kan ha lett till att deltagarna skattade trovärdigheten lägre än vad de annars hade gjort. Om Julia hade reagerat annorlunda hade det kanske påverkat resultatet i en annan riktning. Å andra sidan påverkar Julias reaktion båda grupperna och borde således inte påverka skillnaden mellan grupperna. Det faktum att brottsoffret eventuellt inte reagerade som deltagarna förväntade sig kan dock haft betydelse om studien av Kaufmann et al. (2003) tas i beaktning. Det vill säga att trovärdigheten hade kunnat skattas

mer positivt om deltagarna hade fått ta del av en videobeskrivning istället för en skriftlig sådan gällande det inträffade brottet.

Som framgår i inledningen anses depressiva individer bära ett visst ansvar för sitt tillstånd (Angermeyer & Dietrich, 2006) vilket skulle kunna leda till att de utsätts för mer strukturell diskriminering än andra individer. När psykiskt sjuka brottsoffer kommer i kontakt med rättsväsendet skulle det i så fall leda till att allmänheten i större utsträckning accepterar en strukturell diskriminering gentemot dessa individer. Detta skulle kunna påverka den individuella diskrimineringen och därmed synen på deprimerade brottsoffers trovärdighet. Samtidigt tyder ett flertal studier av bland annat Angermeyer, Dietrich och Matschinger (Angermeyer & Matschinger, 2003, 2004; Angermeyer & Dietrich, 2006) på att depression väcker pro-sociala känslor såsom empati. Det är möjligt att det finns en koppling mellan empati och allmänhetens villighet att tro på psykiskt sjuka individer. Detta skulle kunna påverka deltagarnas skattning och uppfattad trovärdighet av den fiktiva individen och måste därför tas i åtanke. Om en annan psykisk störning hade använts är det alltså möjligt att allmänhetens attityder och den strukturella diskrimineringen gentemot den sjuke individen hade sett annorlunda ut.

Om mer skuld läggs på psykiskt sjuka brottsoffer än på friska brottsoffer och de förstnämnda dessutom utsätts för mer strukturell och individuell diskriminering bör det även (utifrån Link, Phelan och Corrigan's teorier) finnas en större risk för självstigmatisering (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, 2004; Link & Phelan, 2001, 2006). Om individen är medveten om omgivningens stämpel på den som 'psykiskt sjuk' bör det innebära en risk för att denne börjar skuldbelägga sig själv samt intala sig själv att dess egen bild av situationen inte är korrekt. Enligt den modifierade stämplingsteorin skulle individen då även börja agera utifrån denna stämpel. Om dessa individer förväntar sig en negativ reaktion från omgivningen kan de, som nämnts i introduktionen, börja agera osäkert, aggressivt eller distanstagande. Detta kan i sin tur resultera i att omgivningen tolkar dem som ännu opålitligare och på så vis skapas en ond cirkel.

Passivitet kan resultera i att offret anses mindre trovärdigt då det inte har gjort "tillräckligt" mycket motstånd (Christie, 1986). Ett vanligt symptom på depression är psykomotoriska förändringar (American Psychiatric Association, 2013) vilket i vissa fall betyder minskad motorik och ett mer passivt agerande i olika situationer. Detta skulle kunna innebära att vissa deprimerade individer, på grund av sin passivitet, är särskilt utsatta i brottsammanhang. Det vill säga då de inte alltid hamnar inom ramen för ett idealiskt offer

kan deras trovärdighet ifrågasättas av allmänheten. Vidare skulle det faktum att psykiskt sjuka är mer sårbara kunna påverka trovärdigheten på två sätt. Det finns en risk för att en ökad sårbarhet medför att en större skuld läggs på dessa individer då de befinner sig i en mer utsatt situation. Samtidigt skulle den kunna förbättra deras trovärdighet eftersom en ökad sårbarhet gör det mer troligt att dessa individer faktiskt har utsatts för ett brott.

Det finns även en möjlighet att resultatet hade sett annorlunda ut om vi använt oss av en annan typ av brott. Det är möjligt att brottsoffer som utsatts för sexualbrott betraktas annorlunda än brottsoffer som utsatts för misshandel. Detta skulle kunna påverkas av vad som är aktuellt i media vid tidpunkten då undersökningen genomfördes. Om ett sexualbrott får mycket uppmärksamhet i media kan deltagarna omedvetet applicera information gällande detta fall på den fiktiva individen i undersökningen vilket därmed kan påverka hur de skattar denna. Andra faktorer som skulle kunna påverka resultatet är den fiktive individens kön och ålder. Det är möjligt att resultatet hade påverkats om Julia varit en man eller om hon varit äldre. Slutligen kan även åldern påverkat resultatet på ytterligare ett sätt. Julia beskrevs som en 27-årig universitetsstudent och då medelåldern på deltagarna var 24 år kan de ha identifierat sig med henne och placerat henne i sin ingrupp. En risk med detta skulle kunna vara att stigmatiseringen gentemot psykiskt sjuka aldrig mättes då fördomar gentemot sin ingrupp är lägre jämfört med de som befinner sig i ens utgrupp. Vidare kan deltagarna ha skattat Julia mer positivt än vad de annars hade gjort då de identifierar sig med henne.

Undersökningen hade eventuellt gett ett statistiskt signifikant resultat med en starkare manipulation. Dessutom hade en design med upprepade mätningar kunnat användas med fördelen att färre deltagare hade behövts och en mindre populationsvarians hade kunnat garanteras. För att deltagarna inte skulle kunna lista ut syftet hade dock flera olika scenarios krävts vilket hade resulterat i en väldigt lång undersökning. Det är även möjligt att en 2x2x2-design med depression, grupp och känslouttryck som variabler hade kunnat ge en mer utförlig och korrekt bild av sambandet.

Slutsats

Tidigare forskning har visat att stigmatiseringen av individer som lider av en psykisk sjukdom leder till diskriminering, begränsningar och ytterligare lidande för individen. Allmänheten har dessutom ofta en felaktig bild av dessa individer, om uppkomsten till psykiska sjukdomar samt hur dessa tar sig uttryck och kan behandlas. Stigmatiseringen av

psykiskt sjuka individer kan påverka deras trovärdighet och skapa en felaktig bild av denna. Detta kan ge negativa konsekvenser för dessa individer, inte minst inom rättsliga sammanhang. Fokus inom detta område har främst legat på psykiskt sjuka förövare och kopplingen mellan ohälsan och benägenheten att begå brott. Den här undersökningen har försökt se närmre på hur denna stigmatisering påverkar de individer som utsätts för brott och vad som påverkar deras trovärdighet. Som framgår av diskussionen är det många faktorer som måste tas i beaktning när psykiskt sjuka brottsoffers trovärdighet undersöks. Då kön, ålder eller studieinriktningens påverkan på den uppskattade trovärdigheten var icke-signifikant, kan dock inte några slutsatser dras om detta utifrån denna studie. Detta gäller även övriga resultat som undersökningen genererade. Svaret på vår forskningsfråga "*Betraktas psykiskt sjuka brottsoffer som mindre trovärdiga av allmänheten jämfört med brottsoffer som inte är psykiskt sjuka?*" blir därför att vi, med den här studien, inte kan uttala oss om detta. Även om vårt resultat inte gav några statistiskt signifikanta resultat finns det dock studier som tyder på att det är troligt att stigmatiseringen påverkar brottsoffers trovärdighet negativt. Hur psykiskt sjuka brottsoffer uppfattas av allmänheten, inom rättsväsendet samt hur detta påverkar deras bild av dem själva, deras tillfrisknande och inte minst de lagliga påföljderna på brottet de utsatts för är bara några få av de ämnen som kräver vidare forskning.

REFERENSER

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrus, M. (Författare), & Brooks, J. L. (Regissör). (1997). *Livet Från Den Ljusa Sidan* [Film]. USA: TriStar Pictures, Gracie Films.
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(3), 163-179.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *38*(9), 526-534.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2004). Public attitudes to people with depression: have there been any changes over the last decade? *Journal Of Affective Disorders*, *83*(2/3), 177-182.
- Armstrong, J. (2015, 27 mars). Killer pilot suffered from depression. *Daily mirror*, s. 1.
- Brodsky, S. L., Griffin, M. P., & Cramer, R. J. (2010). The Witness Credibility Scale: An Outcome Measure for Expert Witness Research. *Behavioral Sciences and the Law*, *28*, 892-907.
- Brontë, C. (2012). *Jane Eyre*. Penguin Books Ltd.
- Choe, J., Teplin, L., & Abram, K. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatric Services*, *59*(2), 153-164.
- Christie, N. (1986). The Ideal Victim. I E.A. Fattah (Red.), *From Crime Policy to Victim Policy* (s. 17-30). Basingstoke: Macmillan.
- Collinson, A. (2015, 27 mars). Andreas Lubitz depression headlines add to stigma. *BBC Newsbeat*. Hämtad 2015-05-21, från <http://www.bbc.co.uk/newsbeat/article/32084110/andreas-lubitz-depression-headlines-add-to-stigma>
- Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, *59*(7), 614-625.

- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry: Official Journal Of The World Psychiatric Association (WPA)*, 1(1), 16-20.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 177(JUL.), 4-7.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall Inc.: Englewood Cliffs.
- Hagberg, S. (2015, 6 april). Andreas Lubitz träffade fem läkare. *Aftonbladet*. Hämtad 2015-05-21, från <http://www.aftonbladet.se/nyheter/article20583515.ab>
- Hart, C., Vet, R., Moran, P., Hatch, S., & Dean, K. (2012). A UK population-based study of the relationship between mental disorder and victimisation. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 47(10), 1581-1590.
- Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., Vliek, M., Passer, M., & Smith, R. (2012). *Psychology: The science of mind and behaviour*. Second edition. Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Horowitz, L. M., French, R. S., Wallis, K. D., Post, D. L., & Siegelman, E. Y. (1981). The prototype as a construct in abnormal psychology: II. Clarifying disagreement in psychiatric judgments. *Journal Of Abnormal Psychology*, 90(6), 575-585.
- Kaufmann, G., Drevland, G. C. B., Wessel, E., Overskeid, G., & Magnussen, S. (2003). The Importance of Being Earnest: Displayed Emotions and Witness Credibility. *Applied Cognitive Psychology*, 17(1), 21-34.
- Klartext (2014, 16 december). *Polisen skrev upp misshandlade kvinnor i ett hemligt register*. Sveriges Radio [SR]. Hämtad 2015-05-20 från <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=493&artikel=6047273>
- Kornet, A. (1997, maj). The truth about lying. *Psychology today*, 30(3). Tillgänglig: <https://www.psychologytoday.com/articles/199704/the-truth-about-lying>
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2003). Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy. *European Archives Of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 253(5), 248-251.
- Lexén, A. (2014). *Work and psychiatric disabilities. A person, environment, and occupation perspective on Individual Placement and Support* (Doctoral Dissertation, Lund

- University, Department of Health Sciences/Work and Mental Health, 24). Lund: Lund University. Tillgänglig:
<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=4316665&fileOid=4316672>
- Lindgren, M., Petterson, K., & Hägglund, B. (2001). *Brottsoffer: Från teori till praktik*. Stockholm: Jure CLN AB.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., ShROUT, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review*, (3), 400-423.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *Lancet*, 367(9509), 528-529.
- Nielsen, O., Elliott, G., & Large, M. (2010). The reliability of evidence about psychiatric diagnosis after serious crime: Part I. Agreement between experts. *The Journal Of The American Academy Of Psychiatry And The Law*, 38(4), 516-523.
- Passos, A. d. F., Stumpf, B. P., & Rocha, F. L. (2013). Victimization of the mentally ill. *Revista de Psiquiatria Clínica* 40(5), 191-196.
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2008). How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *European Journal Of Social Psychology*, 38(6), 922-934.
- Rice, S., Richardson, J., & Kraemer, K. (2014). Emotion Mediates Distrust of Persons with Mental Illnesses. *International Journal of Mental Health*, 43(1), 3–29.
- Rose, M. R., Nadler, J., & Clark, J. (2006). Appropriately Upset? Emotion Norms and Perceptions of Crime Victims. *Law and Human Behavior*, 30(2), 203–219.
- Rounding, K., Jacobson, J. A., & Lindsay, R. L. (2014). Examining the Effects of Changes in Depressive Symptomatology on Eyewitness Identification. *Journal Of Social & Clinical Psychology*, 33(6), 495-511.
- Scheff, T. (1966). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine.
- Socialstyrelsen [SoS]. 1999:1. *Socialstyrelsen följer upp och utvärderar. Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*. Stockholm: Modin-tr.

- Stangor, C. (2000). Improving intergroup perceptions and behavior. I Stangor, C. (Ed.), *Stereotypes and prejudice* (s. 391-392). Philadelphia: Psychology Press Ltd.
- Svartdal, F. (2001). *Psykologins forskningsmetoder: En introduktion*. Stockholm: Liber AB.
- Wahl, O., Hanrahan, E., Karl, K., Lasher, E., & Swaye, J. (2007). The depiction of mental illnesses in children's television programs. *Journal Of Community Psychology*, 35(1), 121-133.
- Williams, D., Massey, R., & Kelly, T. (2015, 27 mars). Why on earth was he allowed to fly - Suicide pilot had a long history of depression. *Daily Mail*, s. 1.
- Winkel, F. W., & Koppelaar, L. (1991). Rape Victims' Style of Self-Presentation and Secondary Victimization by the Environment: An Experiment. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(1), 29-40.
- World Health Organization [WHO]. (2001). *Mental health: a call for action by world health ministers*. Hämtad från http://www.who.int/mental_health/media/en/249.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2012). *Depression: a global public health concern*. Hämtad från http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wf_mh_2012.pdf

Bilaga 1 - Följebrev

Hej!

Vi som utformat den här undersökningen är två studenter vid Lunds Universitet. Enkäten du kommer få fylla i kommer att användas i vår kandidatuppsats.

Du kommer först få läsa en text om Julia och sedan en text om ett påstått brott. Brottet beskrivs utifrån två perspektiv. Därefter kommer du få fylla i en enkät uppdelad i två delar gällande texterna. Besvara frågorna i den ordning de presenteras. Alla personer och händelser är fiktiva och påhittade för denna undersökning. Undersökningen tar cirka 15-20 minuter.

För att resultatet ska bli tillförlitligt är det viktigt att du svarar så sanningsenligt som möjligt på frågorna. Deltagandet är frivilligt och du kan avbryta undersökningen när som helst. Du är anonym och dina svar kommer att behandlas konfidentiellt. Svaren kommer kodas och sammanställas i tabeller och resultaten kommer att presenteras i vår uppsats.

Tack på förhand för din medverkan!

Nina Borg

Lunds Universitet

nina.borg.363@student.lu.se

Cecilia Johansson

Lunds Universitet

cecilia.johansson.499@student.lu.se

Kön:

Man

Kvinna

Annan könstillhörighet

Ålder: _____

Vad jobbar/studerar du med: _____

Bilaga 2 - Bakgrundsbeskrivning kontrollgrupp

Bakgrundsbeskrivning: Julia

Julia är en 27-årig kvinna som studerar på universitet. Hon har en stor familj och är en utåtriktad person. Hon har alltid gillat att teckna och har en egen ateljé. När hon var barn tyckte hon om att leka med andra barn och hon trivdes bäst i familjens sommarstuga där det bodde många barn i husen runtomkring. Julia har alltid haft många kompisar och lyckats bra i skolan. När hon blev tonåring skedde dock många förändringar. Hon började i en ny skola och förlorade en del vänner. Studieresultaten blev sämre och Julia kände hur hennes motivation började försvinna. Så småningom återkom dock glädjen och Julia kunde återgå till sitt vanliga liv med ny energi.

Julia har alltid varit intresserad av andra människor och brinner för att hjälpa andra. Hennes syster har Aspergers syndrom och trivs bäst i Julias sällskap. Julia tycker själv mycket om att spendera tid med sin syster och tror att det är där hennes intresse för att hjälpa andra kommer från. För några år sedan började hon studera psykologi på universitetet och hon förstod snart att det var det hon ville ägna sig åt.

Ibland stiger Julia upp extra tidigt på helgerna för att kunna fotografera i den tidiga morgondimman. Om bilderna blir bra ställer hon ut dem i sin ateljé. Under de senaste månaderna har Julia haft mindre tid till detta. I skolan har de börjat på en ny delkurs som kräver mycket av hennes tid. Samtidigt tycker Julia att det är svårare än förut att hänga med på föreläsningarna. Dessutom är det kallt i föreläsningssalarna vilket inte förbättrar situationen. Hon har alltid varit varm av sig men nu krävs det dubbla tröjor för att hålla värmen uppe.

Bilaga 3 - Bakgrundsbeskrivning experimentgrupp

Bakgrundsbeskrivning: Julia

Julia är en 27-årig kvinna som studerar på universitet. Hon har en stor familj och är en utåtriktad person. Hon har alltid gillat att teckna och har en egen ateljé. När hon var barn tyckte hon om att leka med andra barn och hon trivdes bäst i familjens sommarstuga där det bodde många barn i husen runtomkring. Julia har alltid haft många kompisar och lyckats bra i skolan. När hon blev tonåring skedde dock många förändringar. Hon började i en ny skola och förlorade en del vänner. Studieresultaten blev sämre och Julia kände hur hennes motivation började försvinna. Hon ville inte längre göra samma saker som innan och till slut blev hon diagnostiserad med depression. Denna lyckades hon dock ta sig ur med professionell hjälp och med hjälp av vänner och familj. Så småningom återkom dock glädjen och Julia kunde återgå till sitt vanliga liv med ny energi.

Julia har alltid varit intresserad av andra människor och brinner för att hjälpa andra. Hennes syster har Aspergers syndrom och trivs bäst i Julias sällskap. Julia tycker själv mycket om att spendera tid med sin syster och tror att det är där hennes intresse för att hjälpa andra kommer från. För några år sedan började hon studera psykologi på universitetet och hon förstod snart att det var det hon ville ägna sig åt.

Julia som brukar ha mycket energi kan på senare tid inte förmå sig att engagera sig på samma sätt i sina studier eller sin syster. Ibland känner hon hur hennes energi tryter och hon är ofta trött. Hon försöker dock strunta i tröttheten medan hon intalar sig själv att hon bara är löjlig och att det är för att hon har mycket i skolan. Det är dock inte ovanligt att hon ältar sin brist på entusiasm vid ett senare tillfälle eller att hon upplever starka skuldkänslor över detta.

Ibland stiger Julia upp extra tidigt på helgerna för att kunna fotografera i den tidiga morgondimman. Om bilderna blir bra ställer hon ut dem i sin ateljé. Under de senaste månaderna har Julia haft mindre tid till detta. De gånger hon har tid över känner hon inte samma glädje över att fotografera som hon brukade göra. Dessutom har Julia fått svårare att somna om kvällarna vilket har lett till att fotosessionerna allt oftare byts ut mot sovmorgnar. I skolan har de börjat på en ny delkurs som kräver mycket av

hennes tid. Samtidigt tycker Julia att det är svårare än förut att hänga med på föreläsningarna. Överlag känner Julia att hon har svårare att koncentrera sig jämfört med tidigare, både i skolan och i andra sammanhang. Dessutom är det kallt i föreläsningssalarna vilket inte förbättrar situationen. Julia har dock på kort tid förlorat en hel del i vikt. Hon har alltid varit varm av sig men nu krävs det dubbla tröjor för att hålla värmen uppe.

Bilaga 4 - Brottbeskrivning

Brottbeskrivning

Julia anklagar en man för sexuella trakasserier. Mannen nekar till anklagelserna.

Julias version av händelsen Julia uppger att hon var ensam i lägenheten den 23 september och att klockan var närmre fyra på eftermiddagen när någon ringde på dörren. Hon uppger att hon öppnade och att det var en man från kommunen som stod där. Julia anger att hon varit i kontakt med honom en gång tidigare men att hon inte känner honom särskilt väl. Enligt Julia uppger mannen att han behövde komma in för att titta på hennes uttag då de hade om bredbandet i kvarteret. Julia anger att hon först var tveksam då hon var ensam hemma. Hon hade fått informationsblad från kommunen om de kommande ändringarna samt att de skulle göra hembesök. Julia uppger också att hon minns att hon sett ett foto på mannen under kontaktinformationen. Hon anger dock att hon kände sig obekvämt med situationen eftersom hon inte var beredd på att han skulle komma. När mannen insisterade släppte Julia motvilligt in honom. Hon sade till honom att han inte kunde stanna länge då en kompis skulle komma över.

Enligt Julia ska mannen först ha tittat på hennes uttag och sedan börjat gå runt i hennes lägenhet. Till en början tänkte Julia inte så mycket på det och hon uppger att de småpratade lite. Mannen såg hennes målningar och frågade om dem. Han visste att hon var student och frågade vad hon studerade. Därefter berättade han om vad han jobbade med när han var i hennes ålder. Julia uppger att han sedan började berätta om hur han och hans kompisar festade när de var i hennes ålder. Han sade att hon liknar en kvinna han en gång hade sex med. När han började gå in mer detaljerat på detta sade Julia till honom att hon ville att han skulle gå. Enligt Julia ska mannens beteende då ha förändrats och han uppträdde hotfullt. Julia uppger att mannen vägrade att gå och att hon inte vågade säga ifrån. Det var en mycket olustig känsla. Enligt Julia gjorde mannen närmanden och försökte röra vid henne vid upprepade tillfällen. Hon upplevde hela situationen som mycket kränkande. Julia uppger att det hela avbröts när dörrklockan ringde. Mannen samlade ihop sina saker och började bete sig "normalt igen" som Julia säger. När hon öppnade dörren hälsade mannen på kompiserna innan han lämnade lägenheten.

Julia uppger att hon inte vågade säga något när mannen befann sig kvar i lägenheten. När han gått berättade Julia vad som hänt för sin kompis. Julias kompis uppger att en, för henne, främmande man lämnade lägenheten när Julia öppnade dörren. Han hälsade på henne hastigt och försvann sedan. Kompisen noterade inget märkligt med honom. När hon kommit in berättade Julia vad som hänt. Kompisen förhörs senare av polisen och hon återberättar då vad Julia sagt till henne. Enligt kompisen var det hon som uppmanade Julia att anmäla händelsen.

Mannens version av händelsen Mannen uppger att han har gjort ett besök hos Julia på eftermiddagen den 23 september. Enligt honom har han gjort besök hos flera hushåll i området i ett led i kommunens projekt gällande bredbandet. Han anger att det inte är första gången han pratar med Julia. Han uppger att han presenterade sig och att han berättade om vad de gör när Julia öppnade dörren. Han frågade om Julia fått den information som kommunen skickat ut. Enligt mannen svarade Julia att hon hade läst informationsbladet och hon släppte in honom direkt när han förklarade varför han behövde titta på hennes uttag.

Julia visade honom de två rummen. Mannen berättar att de småpratade medan han jobbade. Han säger att Julia började berätta om sina studier och vad hon var intresserad av. Mannen uppger att han berättat att hans son studerar samma sak och han frågade Julia vad som fick henne att studera det. Mannen anger också att han berättade om vad han gjorde när han var i Julias ålder och han säger att de pratade om generationsskillnaderna ett tag. Han anger att han berättade att han inte studerade vidare efter grundskolan och han pratade en stund om vad han istället jobbade med.

Mannen tittade på uttagen i de båda rummen. Han uppger att han såg hennes målningar. När Julia såg att han tittade visade hon honom dem hon tyckte bäst om. Hon berättade om vad som inspirerade henne att måla dem och de pratade ett tag om konst. Enligt mannen tog Julia initiativet till samtalen.

Enligt mannen blev han klar med uttagen, förklarade mer om kommunens projekt och samlade ihop sina saker samtidigt som hennes kompis ringde på dörren. När Julia öppnade dörren hälsade han kort på hennes kompis och sa adjö till Julia innan han lämnade lägenheten.

Bilaga 5 - Enkät WCS

Enkät. Del I: Skattningsformulär

Instruktioner: Var god skatta Julia på följande punkter från 1 till 10. Vänligen fyll i alla frågor även om du är osäker. Välj det alternativ som stämmer bäst överens med din uppfattning av Julia. Kryssa endast i en ruta per fråga.

Exempel:

1	2	3	4	5	6	X 7	8	9	10
Hungrig									Mätt

1.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ovänlig									Vänlig

2.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Respektlös									Respektfull

3.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Elak									Snäll

4.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ohyfsad Hövlig

5.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Otrevlig Trevlig

6.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Icke trovärdig Trovärdig

7.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Falsk Uppriktig

8.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Opålitlig Pålitlig

9.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Oärlig Ärlig

10.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ej tillförlitlig Tillförlitlig

11.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Osäker Säker

12.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Otydlig Vältalig

13.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Spänd Avslappnad

14.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Upprörd Samlad

15.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ej självsäker Självsäker

16.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Okunnig Kunnig

17.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ologisk Logisk

18.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Obildad Bildad

19.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Oförståndig Förståndig

20.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Irrationell Rationell

Bilaga 6 - Enkät depression

Enkät. Del II: Kunskap gällande depression

Nedan följer ett antal påståenden om egentlig depression (major depression). Du ombeds ta ställning till dessa. Fundera inte för länge kring varje påstående. Försök att svara spontant men stressa inte.

1. En psykomotorisk ökning kan vara ett symptom på depression.
Psykomotorisk ökning kan t.ex. innebära att gå fram och tillbaka, dra i hud och kläder eller oförmåga att sitta still.
 Sant
 Falskt
2. Det depressiva tillståndet är ofta kopplat till specifika tankar hos individen.
 Sant
 Falskt
3. Personer med depression är ofta självkritiska och upplever en minskad självkänsla.
 Sant
 Falskt
4. I egentlig depression kan maniska episoder förekomma.
 Sant
 Falskt
5. De predomanta symptomen på depression är en överväldigande känsla av tomhet och saknad.
 Sant
 Falskt
6. Ett vanligt symptom på depression är utmattning.
 Sant
 Falskt

7. Barn med depression är ofta irriterade istället för nedstämda.

- Sant
- Falskt

8. Depressiva individer är mindre ärliga.

- Sant
- Falskt

9. Depressiva individer kan uppleva koncentrationssvårigheter.

- Sant
- Falskt

10. Vissa depressiva individer upplever fysisk smärta istället för ledsamhet.

- Sant
- Falskt

11. En individ ska ha uppvisat depressiva symtom nästan varje dag i minst en månad för kunna diagnostiseras med egentlig depression.

- Sant
- Falskt

12. Alla individer med depression upplever ledsamhet.

- Sant
- Falskt

13. En depressiv individ kan uppleva orealistiska skuld känslor.

Individen kan t.ex. beskylla sig själv för all fattigdom som förekommer i världen.

- Sant
- Falskt

14. Depression kan ibland förväxlas med demens.

- Sant
- Falskt

15. Alla med depression har någon gång självmordstankar.

- Sant
- Falskt

16. Depression är vanligare bland äldre än bland unga.

- Sant
- Falskt

17. Det är vanligast att en depression debuterar i puberteten eller på äldre dagar.

- Sant
- Falskt

18. Alla individer med depression upplever någon gång remission.

Remission = uppehåll i 2 eller fler månader då det inte förekommer några depressiva symtom.

- Sant
- Falskt

19. Individer med depression kan tillfriskna på egen hand.

- Sant
- Falskt

20. Tillfrisknande från depression börjar vanligtvis ske efter 5 månader.

- Sant
- Falskt

21. Risk för återfall är vanligast bland yngre individer.

- Sant
- Falskt

22. Depression kan vara ärftligt.

- Sant
- Falskt

23. Deprimerade individer är så upptagna av sitt eget tillstånd att de ofta uteblir från möten, bryter överenskommelser och därmed, av andra upplevs som opålitliga.

- Sant
- Falskt

24. Förekomsten av tidigare episoder av depression ökar risken för framtida episoder.

- Sant
- Falskt

25. Verklighetsuppfattningen hos individer med depression färgas av deras tillstånd, så att de är mindre tillförlitliga som vittnen.

- Sant
- Falskt

26. Depression kan övergå till schizofreni.

- Sant
- Falskt

27. Individer som diagnostiseras med depression visar sig i många fall egentligen lida av en bipolär sjukdom.

- Sant
- Falskt

28. Närstående familjemedlemmar till individer som lider av depression löper större risk för depression än den allmänna populationen.

Sant

Falskt

29. Fler kvinnor *försöker* begå självmord till följd av depression än män.

Sant

Falskt

30. Fler män begår självmord till följd av depression än kvinnor.

Sant

Falskt

31. Det förekommer könsskillnader i de symtom män och kvinnor som lider av depression uppvisar.

Sant

Falskt

32. Fler yngre begår självmord till följd av depression än äldre.

Sant

Falskt

33. Tiden för återhämtning från depression ökar med åldern.

Sant

Falskt

34. Deprimerade är mer benägna än andra att missuppfatta saker.

Sant

Falskt

– Slut på enkät –