



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

**”Jag råkar lida av psykisk ohälsa, men nej, ni behöver inte
vara rädda. Det smittar inte.”**

-en kvalitativ textanalys av unga kvinnors berättelser om psykisk ohälsa

Kandidatuppsats (SOPA63)

VT 2015

Författare: Camilla Sully och Olivia Lood

Handledare: Lupita Svensson

Abstract

The purpose of this study is to shed light on how, in personal blogs, young women with the diagnosis Bipolar and/or Borderline personality disorder express their views of themselves, how they feel society views them as well as how they describe their diagnosis. The method we have used to analyze this is a qualitative text analysis of open blogs written by women suffering from Borderline Personality Disorder and/or Bipolar disorder. We are working with the theoretical concepts of stigma, self stigma, public stigma, normality and Goffmans roles. The results show that women experience stigma and feel discriminated by society due to their mental illness. The women also express a negative self-image with a lot of self-hatred. Their attitude towards their diagnosis is mixed. They express a sense of relief to have received an explanation of their situation and behavior, while at they are also negative towards the diagnosis due to feeling labeled and categorized. Their descriptions of their well-being largely correlates with the symptoms of their diagnosis. Depression, angst, self-harm and suicidal tendencies are commonly expressed in the texts.

Keywords: Mental illness, young women, stigma, blogs

Innehållsförteckning

Förord.....	4
Inledning.....	5
Orientering om kunskapsläget	9
Bloggforskning om personer men psykisk ohälsa	9
Attityder mot människor med psykisk ohälsa/sjukdom.....	10
Diagnostisering.....	12
Teori.....	13
Roller och förväntningar på roller	13
Normalitet	14
Stigma.....	14
Inre Stigma	15
Metod.....	16
Val av metod - kvalitativ forskning.....	16
Begränsningar med kvalitativ metod	17
Urval	18
Bearbetning av material och analysprocessen.....	19
Metodens tillförlitlighet	20
Arbetsfördelning.....	21
Etiska överväganden	22
Resultat och analys.....	23
Kvinnornas uppfattning om hur samhället ser på dem.....	24
Kvinnornas syn på sig själva	28
Hur kvinnorna har blivit påverkade av att de fått en diagnos fastställd.....	35
Mående	37
Slutdiskussion	42
Intressanta ingångar till fortsatta studier	46
Slutord	47
Referenser	48

Förord

Denna C-uppsats är skriven av Camilla Sully och Olivia Lood. Vi är socionomstudenter vid Lunds universitet. Skapandet av arbetet har gått smidigt och varit intressant då vårt samarbete har fungerat utmärkt hela vägen. Vi vill därför börja med att tacka varandra för denna resa. Men främst vill vi tacka vår handledare, Lupita Svensson som har varit med oss hela vägen och erbjudit den stöttning, peppning och vägledning vi har behövt. Vårt arbete hade inte blivit vad det är idag utan henne. Tack Lupita Svensson!

Inledning

Problemformulering

Uppskattningsvis lider 20-40 procent av Sveriges befolkning av någon form av psykisk ohälsa. Enligt beräkning lider 5-10 procent av dessa av en så allvarlig form av psykisk ohälsa att de behöver psykiatrisk behandling. Socialstyrelsen ser psykisk ohälsa som ett övergripande begrepp som kan inkludera allt från självrapporterade besvär av oro eller nedstämdhet till psykiska sjukdomar som schizofreni eller depression. Psykisk sjukdom är psykisk ohälsa som blivit diagnostiserad: alltså psykisk ohälsa som tar sig uttryck i ett symptom som vården kan känna igen utifrån diagnostiska kriterier. Barn och ungas psykiska ohälsa har ökat under 1990- och 2000-talet. Det senast insamlade underlaget från 2011 visar på en fortsatt ökning (Socialstyrelsen, 2013). Rapporter från Folkhälsomyndigheterna (2014) visar på samma ökning gällande besvär som ängslan, oro, ångest och sömnbesvär för alla åldersgruppen oberoende av kön men menar att den största ökningen är riktad mot unga kvinnor.

Lundberg (2010) menar att människor upplever sig besvärade av kontakter med personer som lider av psykiska sjukdomar. Detta kan ta sig i uttryck i negativa förväntningar om individer med psykisk ohälsa och rädsla i förhållande till denna grupp. En rapport som från Canada Health Association som Lundberg presenterar visade även på att allmänheten uppfattar personer med psykisk sjukdom bland annat som farliga, våldsbenägna, ointelligenta, lata och opålitliga. Människor som är drabbade av psykisk ohälsa blir också stigmatiserade vilket bidrar till de förutfattade meningar som finns om människor men psykisk ohälsa förstärks. Stigma är en benämning på en egenskap hos en individ som är nedvärderande (Goffman, 2009). Stigma kan ses som ett märke som skiljer vissa individer från andra och gör att man ser de individer eller den gruppen som bär på stigmat som befläckad och avvikande. Individen ses som ”mindre än”/reducerad i jämförelse mot en hel och vanlig person som inte bär på ett stigma (Pescosolido et al, 2008; Abdullah & Brown, 2011).

En studie av Mizock och Russinova (2015) visar på att kvinnor med psykisk ohälsa blir utsatta för och upplever en större stigmatisering än män som tillhör gruppen psykiskt sjuka. Detta har motiverat oss till att inrikta vår studie på just gruppen unga kvinnor. Att höra rösterna av de människor man i socialt arbete möter och ta vara på de erfarenheter och den kunskap de har är viktigt för att förespråka bland annat maktutjämning, demokrati, serviceanpassning, egenmakt och återhämtning. Kunskap om individens egna tankar; deras

självupplevda perspektiv kan systematiseras och bidra till ökad kunskap om gruppens behov och villkor. Detta är ett komplement till det professionella och vetenskapliga synsätten (Jmf. brukarperspektiv enligt Socialstyrelsen, 2003; 2013). Vi har valt att använda oss av kvinnors berättelser om sin upplevda psykiska ohälsa i personliga bloggar för att fånga upp deras individuella röster. Catherine Heilferty (2014), som har forskat bloggarnas relevans inom sjukvården, hävdar att en mer omfattande förståelse för upplevelsen av sjukdom och dess inverkan på individers livskvalité har efterlysts från flera olika riktningar, både patienter, familjemedlemmar och professionella. Information från bloggar som fokuserar på sjukdomar är ett nytt och innovativt sätt att fånga livet med sjukdom utanför kontakt med sjukvård (Keim-Malpass & Steeves, 2012). Heilferty (2014) beskriver hur bloggar kan bli ett forum för ett utbyte av idéer, erfarenheter och kunskap. Det är viktigt för sjukvårdspersonal och professionella att ta del av beskrivningarna som finns online.

Tidigare forskning indikerar att personer med psykisk ohälsa tillhör en av samhällets utsatta grupper och att denna utsatthet är än större för kvinnor än män. Lundberg (2010) beskriver hur negativa attityder är ett allvarligt hinder för både framgångsrik behandling, rehabilitering, integration och normalisering av personer med psykisk ohälsa i samhället. Han menar att det är av stor vikt att faktorer som påverkar personer med psykisk ohälsa negativt identifieras. För att lyckas med det måste de utsattas egna uppfattningar om samhällets attityder till psykisk ohälsa samlas in. Vi tycker även att det är viktigt att använda sig av olika kunskapskällor vid insamlandet för att få en så allsidig bild som möjligt. Vi anser att det finns en kunskapslucka, särskilt i Sverige, inom forskning om psykisk ohälsa där man använder personliga bloggar som empiri. De enstaka vi har funnit som berört ämnet psykisk ohälsa har varit internationella. Denna lucka vill vi med detta arbete fylla. För att kunna få förståelse för det material vi samlar in ser vi begreppen stigma, inre stigma, yttre stigma, normalitet och Goffmans teori om roller som relevanta teoretiska begrepp.

Syfte & Frågeställningar

I detta examensarbete avser vi att öka kunskapen om psykisk ohälsa genom att undersöka hur kvinnor mellan 18 och 30 år med diagnoserna Bipolär sjukdom och/ eller Borderline personlighetsstörning beskriver sina livssituationer i personliga bloggar, och hur detta kan tolkas med hjälp av begreppen stigma och normalitet.

1. Hur väljer kvinnor mellan 18 och 30 med Borderline personlighetsstörning och/eller Bipolär sjukdom att framställa sig själva i personliga bloggar?
2. Hur beskriver kvinnor mellan 18 och 30 år med Borderline personlighetsstörning och/eller Bipolär sjukdom att de blir bemötta av samhället i personliga bloggar?
3. Hur beskriver kvinnor mellan 18 och 30 år med Borderline personlighetsstörning och/eller Bipolär sjukdom sina upplevelser av att bli diagnostiserade i personliga bloggar?

Avgränsningar

Vi har valt bort att göra en undersökning som inriktar sig på eller tar hänsyn till exempelvis etnicitet, samhällsklass, bakgrund och familjesituation. Vi har även valt att inte undersöka män med psykisk ohälsa med anledning att det främst är unga kvinnor som lider av psykisk ohälsa/ sjukdom (Fjellman, 2010). Vi har begränsat begreppet unga kvinnor till åldrarna 18 till 30 år. Vi har även gjort ett medvetet val att lägga arbetets fokus på dessa kvinnors egna beskrivningar och tankar, det är alltså deras egna röster som ska framkomma i vårt arbete. Andra metoder så som egna intervjuer har övervägts men valts bort. Detta då vi är intresserade av hur kvinnorna presenterar sig själva utan vår inblandning. Vi är dock medvetna om att vi ändå kommer påverka vår empiri i presentation av resultatet och utifrån vår analysprocess. Vi har även valt bort att beskriva medias bild av psykisk ohälsa, en ingång som också är intressant. Detta då vi ansåg att inblandningen av synsätt tar oss bort från vårt arbetes fokus: kvinnornas beskrivningar av sina livssituationer utifrån sin psykiska ohälsa. Vi har valt att begränsat oss till två psykiska sjukdomar.

Begreppsdefinitioner

Begreppet psykisk ohälsa kan ha många olika ansikten och former. Vi kommer i detta arbete att lägga fokus på två stycken olika psykiska sjukdomar, Borderline personlighetsstörning och Bipolär sjukdom. American Psychiatric Association (2012) beskriver Borderline personlighetsstörning som ett genomgående mönster av påtaglig impulsivitet och instabilitet samt störningar i personens självbild och självuppfattning. I flera fall uppvisas ett upprepat suicidialt beteende, suicidiala gester eller suicidhot eller självskadande handlingar.

American Psychiatric Association (2012) beskriver att människor med Bipolär sjukdom har mycket hastiga svängningar mellan maniska symptom och depressiva symptom med ett varierande tidsförloppet mellan episoderna. Lundin och Mellgren (2013) förklarar att i det maniska tillståndet kan personen förlora omdömet vilket kan leda både till sociala och ekonomiska problem. I det depressiva tillståndet kan man förlora livslusten. Samsjuklighet, det vill säga att man även har andra diagnoser är inte ovanligt.

Begrepp som är kopplade till de psykiska sjukdomarna Bipolär sjukdom och Borderline personlighetsstörning är depression, maniska episoder, ångest, självskadebeteende och suicid. Depression innebär nedstämdhet och/eller minskat intresse eller glädje. En manisk episod är en ihållande och abnormt förhöjd, expansiv eller irriterad sinnesstämning. Ångest kan uttryckas i upplevelser av intensiv rädsla eller obehag, där man kan uppleva att hjärtat bultar, pulsen stiger, svettningar, darrning eller skakning, känsla av att tappa andan, kvävningsskänsla, illamående, rädsla att mista kontrollen och/eller dödsskräck. Det är inte ovanligt att människor med psykisk ohälsa har olika former av självskadebeteende så som hudskärande, hudbrännande och överdosering av tabletter. Det vanligaste självskadebeteendet är dock risande och skärande på framförallt armar, handleder och ben. Drivkraften bakom självskadebeteendet är att det upplevs ge en ångest reducerande effekt och blir därmed ett sätt att hantera psykisk smärta. Suicidtillståndet är en sinnesstämning med starkt obehag och med inslag av skrämmande minnesbilder. Suicidhandlingen görs utifrån ett tillstånd av bottenlös förtvivlan där avsikten är att försvinna från medvetandet. (American Psychiatric Association, 2012)

Orientering om kunskapsläget

Vi kommer under denna rubrik presentera forskning om hur människor med psykisk ohälsa uttrycker sig om sina liv på bloggar, allmänhetens syn på människor med psykisk ohälsa samt diagnostisering. Detta då vi anser dessa områden centrala för att kunna besvara våra frågeställningar. Både på den internationella och nationella fronten finns det mycket forskning om psykisk ohälsa, psykisk sjukdoms påverkan på hur individerna med problematiken ser på sig själva samt blir sedda av andra. I denna forskning talar man ofta utifrån begreppet stigmatisering, både stigmatisering som individen själv gör: selfstigma, och stigma från samhället: public stigma. I detta arbete kommer vi benämna selfstigma som inre stigma och public stigma som yttre stigma (Lundberg, 2010; Corrigan, 2004; Abdullah & Brown, 2011). Trots omfattande forskning kring psykisk ohälsa finns det inte mycket material som använder bloggar som empiri. Vi har enbart hittat en studie av Marcus, Westra, Eastwood och Barnes (2012) som använder denna empirifrom och samtidigt ligger i närområdet av vår undersökningsfråga. Denna undersökning tar dock inte hänsyn till kön. Det är intressant att jämföra våra resultat med deras utifrån gemensamma beröringspunkter och att det internationella perspektivet. De artiklar och avhandlingar som vi har använt har vi funnit genom LUBsearch. Sökorden vi använt oss av har varit ”mental illness” enskilt och kombinerat med ”stigma” och ”stigmatization”. Vi har även använt oss av de svenska översättningarna av dessa begrepp, alltså, psykisk sjukdom/ohälsa och stigmatisering. Vi har även använt sökorden ”mental illness” och ”mental health” kombinerat med ”women”, ”own story” och ”blogs”. Därtill har vi använt oss av Universitetsbibliotekets söktjänst Lovisa för att hitta annan relevant litteratur. Sökorden vi använt oss av har varit; stigma, diagnos, diagnostisering och normalitet.

Bloggforskning om personer med psykisk ohälsa

Då vår studie vill belysa samt skapa förståelse för hur kvinnor med psykisk ohälsa i personliga bloggar beskriver sina livssituationer anser vi det viktigt att presentera liknande forskning. Detta dels för att vi ska kunna hitta likheter med våra egna resultat och därmed styrka dessa och dels se om det finns några skillnader.

Marcus, Westra, Eastwood och Barnes (2012) presenterar en kvalitativ studie som analyserar bloggar med avsikt att ge förståelse för hur psykisk ohälsa påverkar unga vuxnas liv. Deras resultat visar att de unga vuxna uttryckte signifikanta känslor av att vara maktlösa utifrån sin

psykiska ohälsa. De beskrev sina psykiska problem som en allomfattande, mycket destruktiv kraft som inte lämnar nästan några aspekter av deras vardag orörd. De beskrev även känslor av att vara offer och övermannade av sina psykiska problem; samtidigt lade de skuld på sig själva för att de inte kunde styra över sitt beteende och kontrollera sina symptom. De skyller även sig själva för sina nuvarande symptom. Resultat från undersökningen visar också att de unga vuxna beskriver att deras psykiska problem genomsyrar alla aspekter av deras liv exempelvis i relationer med partners, vänner, familj och i förhållande till yrkeslivet och utbildning. Detta åtföljs ofta av starka känslor av frustration och förbittring. Bloggarna diskuterar även hur deras mående utifrån humörsvängningar och depressioner tar över deras vardag och förstör deras liv. Undersökningen visar även att bloggarna själva känner sig förbryllade över symptomen av sin psykiska ohälsa och inte alltid vet hur de ska hantera dem. Alla bloggarna uttrycker en djup pessimism och hopplöshet inför framtiden som en följd av deras psykiska problem. Ett flertal uttrycker även suicidtankar. Flera uttrycker att ingen kommer påverkas om de väljer att ta sina liv. I förhållande till saker som får de unga vuxna att må bättre nämner flera både mediciner och bloggning.

Författarna menar också att bloggarna beskriver en djup känsla av ensamhet, utanförskap och bristande samband med andra. De beskriver hur de försöker att inte visa hur de känner och mår för andra då de skäms, är oroliga för hur andra ska reagera, känner sig som bördor eller var osäkra på om de ville få hjälp för sin psykiska ohälsa. En av bloggarna beskriver exempelvis hur de ler, ser glad ut, men hur det är en fasad och hur personen inombords känner sig tom; hur personen egentligen är helt utmattad och hur allt denne gör är att äta sina mediciner, äta mat och sova. (Marcus, Westra, Eastwood & Barnes, 2012)

Attityder mot människor med psykisk ohälsa/sjukdom

Utifrån vår frågeställning om hur unga kvinnor med Borderline personlighetsstörning och/eller Bipolär sjukdom upplever sig bli bemötta av samhället anser vi det relevant att presentera studier som analyserar samhällets och allmänhetens syn på människor med psykisk ohälsa.

Att människor med psykisk ohälsa blir diskriminerade är inte ett nytt fenomen utan något som har varit vanligt förekommande även ur ett historiskt perspektiv. Exempelvis var människor med psykisk ohälsa en kategori av människor som nekades tillträde innanför statsmurarna.

Detta uteslutande kan vi fortfarande se tendenser till i vårt samhälle där man uppfattar/stereotypifierar människor med psykisk sjukdom som farliga och oönskade. Stereotyper representerar en kollektivt bestämd förståelse om en grupp eller individ. Detta leder till en ökad risk för marginalisering och utstöttning och ett hinder för integration (Lundberg, 2010). Människor med psykisk ohälsa ses även som oansvariga, barnlika i sitt uppträdande och som personer som är inkapabla (Aromaa, Tolvanen, Tuulari & Wahlbeck, 2010). Man ser dem även som personer med svag karaktär och ansvariga för uppkomsten och fortsättningen på deras problematik (Corrigan, 2004).

Klassificeringen som psykiskt sjuk kan man få på flera sätt. Corrigan (2004) menar att människor drar slutsats kring psykisk ohälsa utifrån fyra fokusområden: *Psykiatriska symptom*: symptom på allvarlig psykisk ohälsa som psykos, exempelvis olämpligt agerande och bisarrt beteende är indikationer för psykisk ohälsa och producerar stigmatiserade reaktioner. *Bristande social förmåga*. *Fysiskt utseende*, exempelvis ”den där ovårdade personen i parken måste vara psykiskt sjuk”. *Stämplingar*, man kan få stämplingar på två olika sätt. Man kan få en stämpling från någon annan (ex. en psykiater informerar någon om att x har en psykisk sjukdom) eller genom association (ex. någon observerar när x kommer ut från en psykologmottagning och x antas därför vara psykiskt sjuk). Corrigan menar att de tre första indikationerna inte behöver betyda psykisk ohälsa och kan därmed innebära att människor stämplas felaktigt. Brist på indikationer hos psykiskt sjuka och förmåga att dölja sin koppling till psykisk ohälsa gör att många som lider av psykisk ohälsa inte blir stämplade. Corrigan menar att den fjärde indikatorn stämpling, utifrån oklarheter i hur de tre förstnämnda indikationerna verkligen direkt kan kopplas till psykisk ohälsa och stigmatisering, kan ses som en viktig kandidat till att förstå hur psykisk ohälsa stigmatiseras. Lundin och Mellgren (2013) menar att det är en lång väg kvar att gå och mycket kvar att utforska, studera och lära inom området psykisk ohälsa. Eftersom psykisk ohälsa är svårare att förstå sig på, förklara och förstå konsekvenserna av brister kunskaperna kring de kognitiva svårigheter, vad de innebär och hur de bäst skall hanteras. Författarna menar att svårigheter i att förstå orsaksammanhanget bakom personens beteende gör det svårare att hjälpa någon att kompensera för sin problematik, fel analys ger fel åtgärd. Lundberg (2010) menar att sjukdomar som det finns fördomar kring, så som psykisk ohälsa, inte bara påverkar personers fysiska och psykiska hälsa utan även deras dagliga aktiviteter, sociala relationer och arbetsliv. Aromaa, Tolvanen, Tuulari och Wahlbeck (2010) menar att allmänheten har otillräcklig kunskap om psykiska sjukdomar och deras behandling. Lundberg (2010) menar att

allmänheten även har dålig kunskap om psykisk sjukdoms orsak. Otillräcklig eller vinklad kunskap är grund för att utveckla missuppfattningar om psykiska sjukdomar och de som är drabbade av det (Aromaa, Tolvanen, Tuulari & Wahlbeck, 2010). Psykisk ohälsa kan vara något som är diffust och svårförståeligt både för den drabbade och för människor i dess omgivning. Problemets osynlighet bidrar även till att andra inte kan förstå vad det är personen med psykisk ohälsa upplever och varför man har olika svårigheter. Att exempelvis en depression skiljer sig ifrån egna erfarenheter av att vara "lite deppig" kan även vara svårt för allmänheten att förstå. Detta kan leda till uttalanden som "ryck upp dig" vilket visar på en syn av att individens problematik är något som man med en viljeanstängning skulle kunna göra sig fri ifrån. Detta kan upplevas som en förringning av de svårigheter som personen med psykisk ohälsa lider av (Ohlsson, 2011).

Stigmat kring psykisk ohälsa, nedvärderingen och förminskandet av personer med psykisk ohälsa av allmänheten kan ses som stora hinder för framtida framsteg inom området för psykisk ohälsa och hälsa i stort. Brown och Abdullah (2011) presenterar resultat från studier som visar hur stigma kring psykisk ohälsa har stora skadliga konsekvenser för personer inom målgruppen. Undersökningar som gjordes i USA visar att 68% av amerikaner är ovilliga till att någon med psykisk ohälsa gifter in sig i deras familj. 58 % ställer sig negativa till att arbeta nära någon, eller ens spendera en kväll tillsammans med en person med psykisk ohälsa (56%) (Abdullah & Brown, 2011). Forskning visar även att den diskriminering och stigmatisering som finns kring människor med psykisk ohälsa påverkar attityderna inom primärvården och den specialiserade vårdpersonalen på ett negativt sätt (Aromaa, Tolvanen, Tuulari & Wahlbeck, 2010).

Diagnostisering

Då vi vill undersöka hur unga kvinnor med Borderline personlighetsstörning och/eller Bipolär sjukdom upplever att bli diagnostiserade anser vi det relevant att presentera forskning och studier om diagnoser och hur de kan påverka sin innehavare.

Ohlsson (2011) menar att en diagnos inordnar de svårigheter och det lidande som människor känner i ett medicinskt begrepp. Genom att diagnostisera ger man problemen en identitet som sjukdom. Detta leder även till att individen tilldelas identiteten som sjuk. Ohlsson menar att diagnosen blir ett begrepp som används i vardagen. Den blir då ett sätt att förklara, beskriva

och förstå sitt eget eller andras svårigheter, lidande och avvikande beteende. Diagnosen av den psykiska ohälsan kan även göra att man ser sin ohälsa som något externt, något man är drabbad av utifrån. Det är något man “har” eller “bär på”. Det är inte något man är, inte del av ens person utan något som man snarare kan befria sig ifrån. En diagnos får också till följd att den diagnostiserade knyts till en social kategori och blir tillskriven kännetecknande egenskaper för den gruppen. På så sätt skapar en diagnos en social identitet. Detta kan leda till stigmatisering och att personen uppfattas som avvikande. Ohlsson beskriver hur medicinering av psykisk ohälsa kan ses som något fult, att psykisk ohälsa är tabubelagt och skamligt (Ohlsson, 2011). Individer med psykisk sjukdom kan också som en följd av stigmatisering försöka undvika diagnostisering genom att inte söka behandling även när de vet att något är fel. Detta för att slippa den stämpling som följer associationen som psykisk sjuk (Abdullah & Brown, 2011; Corrigan, 2004).

Teori

Under denna rubrik kommer vi presentera vår teori. Våra teoretiska begrepp är roller, normalitet, stigma, inre stigma och yttre stigma. Vi valde dessa teorier eftersom de hjälper oss att förstå kvinnornas framställning av dem själva, deras upplevelser av samhällets syn samt hur de beskriver sin diagnos och sin syn på diagnosen.

Roller och förväntningar på roller

Goffman (2000) menar att man kan förstå samspel mellan människor utifrån en teatermetafor. Den roll som en individ spelar är anpassad efter personen den möter och vilken roll denne intar. Denna anpassning gör man för att få den respons man vill ha av mötande part. I möte mellan människor försöker de involverade införskaffa sig information, samt använda informationen de redan har om den andra parten, för att få en förståelse för vem individen de möter är. Detta görs genom kategorisering; som innebär en form av indelning av individer som ibland sker så tidigt som vid första åsyn. Goffman (2011) menar att det är samhället som avgör hur människor kategoriseras och vilka egenskaper och egenheter som ses som vanliga och naturliga för medlemmar inom denna grupp. Det första intrycket av en person formas sedermera om till normativa förväntningar. Anledningen till att människor gör ovan beskrivna kategorisering är att det bidrar till ens förmåga att kunna definiera situationen man befinner sig i och vad man kan förvänta av den andra parten samt vad som förväntas av en själv.

Därmed kan man agera på det sätt som kommer få den andra parten att agera på önskvärt sätt. Resultatet av detta blir att båda parter i en interaktion spelar roller av sig själv. En individs "sanna" eller verkliga attityder, och känslor kan därför bara fastställas indirekt genom ett öppet medgivande eller genom ett ofrivilligt expressivt beteende.

Normalitet

Svensson (2011) beskriver normalitet som en kollektiv förväntan på vad som är kulturellt önskvärt. Normalitet kan ses som den värdering, om vad som är normalt i form av förmåga, som finns i ett samhälle vid en viss tidpunkt. Man strävar alltså efter att nå det som betraktas som normalt (föredömligt och önskvärt) i samhället man lever i. Detta kallas den *normativa normaliteten*. Därtill menar Tideman (2004) att man kan avläsa vad som är normalt på ytterligare sätt: Normalitet kan förstås som det vanliga och genomsnittliga tillståndet. Denna beskrivning av normalitet kallas den *statistiska normaliteten*. Slutligen kan man förstå normalitet utifrån ett individuellt och medicinsk synsätt: *individuell normalitet* eller *medicinsk normalitet*. Där ses friskhet som normalitet och sjukdom som avvikande. För att kunna uppnå normalitet som sjuk krävs det behandling. Becker (2006) förklarar att det i samhället finns flera olika sociala grupper som gör upp regler som de försöker genomdriva. Dessa regler kan kallas för sociala regler, informella eller outtalade regler. Dessa regler kan definiera vissa beteendeformer som "riktiga" och "felaktiga". De sociala grupperna och reglerna kan existera i många olika slag och i många olika nivåer. När en regel har etablerats inom en grupp kan den brytas av någon, denna någon betraktas då som utanförstående och avvikande. Svensson (2011) menar att de informella reglerna och normerna, blir synligast just när någon överträder dem. Becker (2006) anser att samhället konstant söker efter faktorer i den utanförståendes personlighet och livssituation för att kunna förklara överträdelserna som avvikaren gör och få ett orsakssamband. Istället menar Becker att avvikelser inte är en egenskap hos individen utan finns i interaktionen mellan personen som utför överträdelserna och dem som reagerar på den. Svensson (2011) menar att det i dagens samhälle inte bara är önskvärt att tillhöra normen, man eftertraktar att vara mer än normen, över det normala.

Stigma

Begreppet stigma myntades av antikens greker för att visa kroppsliga tecken avsedda att påvisa något ovanligt eller nedsättande i en persons moraliska status. Tecknet skars eller brändes in i slavar, brottslingar, förrädare och utstötta för att visa att dessa människor skulle

undvikas. Goffman (2009) menar att dagens definition av begreppet ligger i närområdet av dess ursprungliga betydelse. Stigma är alltså en mycket nedvärderande benämning på en egenskap hos en individ. Abdullah och Brown (2011) beskriver även hur stigma ses som ett attribut som associerar personer med icke-smickrande stereotyper som leder till diskriminering. De menar även att stigma kan ses som en genomträngande och global nedvärdering av vissa individer utifrån vissa egenskaper och karaktärsdrag som de besitter relaterade till medlemskap i en grupp som är missgynnad, nedvärderad och degraderad av samhället i stort. Lundberg (2010) beskriver även att stigma inte är relaterat till en speciell egenskap i sig utan egenskapen relaterad till ett specifikt socialt sammanhang.

Abdullah och Brown (2011) beskriver även att det finns två olika typer av stigma; public stigma och self stigma. De olika typerna av stigma påverkar dess innehavare på olika sätt samtidigt som de med största sannolikhet samverkar och förvärrar de negativa effekterna av stigma hos personen.

Yttre stigma

Corrigan (2004) beskriver yttre stigma som vad det naiva samhället gör mot en stigmatiserad grupp när samhället går med i den diskriminering som finns mot gruppen. Det handlar om samhällets reaktion mot en viss grupp stigmatiserade personer (Aromaa, Tolvanen, Tuulari & Wahlbeck, 2010). Corrigan (2004) menar att stigma skadar personer som är stämplade som psykiskt sjuka på flera olika sätt: Stereotyper, fördomar och diskriminering kan hindra dem från många möjligheter både gällande att få ett bra jobb och bostad. Yttre stigma påverkar även familjemedlemmar till människor med psykiskt sjuka som till följd av sin association kan få en sänkt social status i sin sociala och geografiska krets (Abdullah & Brown, 2011).

Inre Stigma

Inre stigma är en internalisering av det yttre stigmat, alltså hur en person ser sig som en medlem av en stigmatiserad grupp. Inre stigma leder till automatiska tankar och negativa känsloreaktioner så som skam, låg självkänsla och minskad förmåga att vara framgångsrik i att få de resultat man vill ha. Personer med psykisk ohälsa kan därav uppleva sig mindre uppskattade och respekterade på grund av sin psykiska sjukdom. Inre stigma kan också resultera i att personen har negativa förväntningar på sina interaktioner med andra. Detta leder

till att den som bär på den inre stigmatiseringen agerar både mindre självsäkert och direkt intar en försvarsställning vilket försvårar social interaktion. (Abdullah & Brown, 2011)

Metod

Vi kommer i detta avsnitt presentera våra val kring vår metod. Vi kommer beskriva hur vi har förhållit oss till metodens svagheter och styrkor och hur dessa har påverkat vårt material.

Detta för att förtydliga vår medvetenhet kring dessa aspekter. Vi kommer även detaljerat beskriva vår urvalsprocess för att öka upprepningmöjligheterna. Efter detta följer en processbeskrivning över arbetets praktiska genomförande. Avslutningsvis behandlar vi de etiska överväganden som är relevanta för vårt arbete. Avsnittet innehåller även en beskrivning av hur vi har förhållit oss till dessa.

Val av metod - kvalitativ forskning

Den främsta skillnaden mellan kvantitativ och kvalitativ metod är hur man arbetar med att få fram data och hur man analyserar materialet samt vilken roll forskaren får i processen.

Författarna menar att kvalitativ data kan gälla sådant som kan vara svårt att förnimma, exempelvis en händelse, ett yttrande, en smak, en beröring eller en bild, känslor, upplevelser och tankar (Ahrne & Svensson, 2011). Bryman (2011) förklarar att den kvantitativa metoden fokuserar mer på siffror än ord, ord är då den kvalitativa forskningens fokus. Vi har därför valt att använda oss av en kvalitativ undersökningsmetod i detta examensarbete. Detta med hjälp av en textanalys då det har låtit oss analysera kvinnornas texter med fokus på textens innehåll, vad det är som sägs men även hur det sägs och hur det formuleras. Vi har kunnat gå djupare in på texterna och fått en större förståelse för innehållet och i sin tur kunnat tolka det utifrån våra teman, med den kvalitativa metoden.

Vårt syfte med arbetet var att öka kunskapen om psykisk ohälsa genom att undersöka hur kvinnor med diagnoserna Bipolär sjukdom och/ eller Borderline personlighetsstörning beskriver sina livssituationer i personliga bloggar, och hur detta kan tolkas med hjälp av begreppen stigma och normalitet. Detta gör att vi anser att en kvalitativ metod lämpar sig bäst. Det finns skillnader i de olika metoderna som påverkar forskarens roll i studien och processen. Ahrne och Svensson (2011) menar att forskaren är påverkingsbar inför miljön och

de människor som studien innefattar, i vårt fall är detta dock inte relevant då vi haft färdiga texter som material. Vi har fått förhålla oss till att de texter som vi analyserat i vårt arbete inte primärt skapats i syfte att vara empiri till vår studie. Det har även varit viktigt för oss att vara medvetna om hur vi tolkar och hur vi analyserar materialet. Genom den kvalitativa metoden skapades även en flexibilitet i forskningsprocessen, så vi lättare kunde anpassa oss till processens olika delar. Eftersom det sällan finns färdiga analysmodeller när man analyserar data, fick vi utveckla egna analysverktyg och strategier för att belysa materialets olika nyanser.

Vi valde att göra en textanalys med innehållsanalys som inriktning. Genom att vårt urval bestod av redan färdiga texter har materialet inte påverkats av oss i sin utformning. Vi var dock medvetna om att vi påverkade vår empiri utifrån de kategorier vi valde att dela upp det i och sedermera de teoretiska begrepp vi analyserat det med. Hur vi uppfattade kvinnornas texter påverkades även av våra tidigare kunskaper och tankar kring människor drabbade av psykisk ohälsa. Vårt val av kategorier och hur vi valde att använda dessa kategorier påverkades av oss själva, vilket i sin tur påverkar vårt arbete. Vår innehållsanalys inriktar sig på textens innebördsaspekt då man analyserar förekomster av vissa metaforer eller uttryck för att få en förståelse för materialets innebörd (Bergström & Boréus, 2000).

Begränsningar med kvalitativ metod

En begränsning som enligt Bryman (2011) finns med att använda den kvalitativa metoden är att den är subjektiv, alltså kan forskarens osystematiska uppfattningar om vad som är viktigt och relevant för arbetet påverka materialet. Vi kunde delvis undgå detta då vi använt oss av färdigskrivna texter vars innehåll vi inte haft något inflytande över. Dock valde vi ut de bloggar och det innehåll i bloggarna som var relevanta för studien, vilket innebar att metoden har en viss bristande transparens.

Något man måste ha i åtanke i utläsandet av resultat och forskning inom kvalitativ metod är att man begrundar objektet för undersökningen efter datainsamlingen. Relaterat till trovärdighet, noggrannhet och giltighet kan man ifrågasätta om beskrivningarna och kategoriseringarna av data som gjorts representerar den verkliga uppfattningen inom materialet. Alltså; hur väl representerar den gjorda tolkningen och analysen verkligheten? (Alexandersson, 1994). Med den kvalitativa metoden kan det bli ottydligt hur materialet har

valts ut, och på grund av detta är det svårt att konkret beskriva processen med urvalet. Det kan därigenom uppstå vissa svårigheter med att förklara tillvägagångssättet i analys av data och i sin tur påverkar det även slutsatsen. Eftersom metoden är mer ostrukturerad än den kvantitativa metoden förekommer problem med att replikera en undersökning (Bryman, 2011). Det blir därmed särskilt viktigt att i detta arbete tydligt beskriva urvalsprocessen.

Urval

Vi har i vår studie valt att använda oss av en ny sorts av dokument, nämligen bloggar. Detta är en form av öppen dagbok som man publicerar på Internet för andra att ta del av. Vi har begränsat oss till bloggar skrivna av kvinnor mellan åldrarna 18 - 30 år som lider av Borderline personlighetsstörning och/ eller Bipolär sjukdom. Vi valde att ha en minimumålder på 18 år då vi anser det mest etiskt i förhållande till att de räknas som vuxna och en maximumålder på 30 år för att vårt fokus ligger på unga kvinnors erfarenheter och upplevelser. Anledningen till att vi fokuserat vårt arbete på målgruppen kvinnor är att det är den målgrupp som är mest drabbad av psykisk ohälsa, det är även den målgrupp där den psykiska ohälsan ökar mest (Fjellman, 2010).

Anledningen till att vi valde att använda oss av bloggar som material är att en personlig blogg ger vem som helst möjligheten att skriva anonymt om sig själv, sina innersta tankar och känslor och sina upplevelser och erfarenheter av livet, eller om det som intresserar dem. Tre av bloggarna är anonyma, de andra två är öppna med vem de är. Det kan vara lättare att skriva om djupare och svårare saker då Internet som miljö inte blir lika skrämmande eftersom det inte sker någon kommunikation ansikte mot ansikte och eftersom man har möjligheten att vara anonym i sitt skrivande (Bronstein, 2013). Detta gav oss sannolikt en annan bild av kvinnornas upplevelser än vad vi hade fått genom exempelvis intervjuer. Vi har därigenom fått en större förståelse för hur dessa kvinnor uppfattar sig själva och samhället. Vi använde oss av målstyrda och målinriktade urval, vilket innebär att vi valde ut de bloggar som hade relevans för våra forskningsfrågor. Det blev därmed en strategisk och medveten urvalsprocess, med inslag av ett teoretiskt urval då vi valde bloggarna utifrån de egenskaper och kategorier vi hade och som är till relevans för syftet (Bryman 2011). Vi började med att leta fram bloggarna utifrån de kriterier vi hade om kön, ålder och att bloggen skulle ha ett fokus på deras diagnos. Vi fick fram tjugo stycken bloggar som vi, på grund av studiens ramgällande storlek och omfattning, valde att avgränsa till fem stycken. De kriterier vi ville att de

fem bloggarna skulle ha varit att de skulle handla så mycket som möjligt om deras diagnos och psykiska hälsa. Flera av de tjugo bloggarna involverade även i en stor utsträckning ämnen utanför vårt intresseområde såsom mat och smink. Dessa kunde vi då välja bort och kvar fanns de med mest fokus på psykisk ohälsa.

Fyra av bloggarna startade år 2009 och är fortfarande aktiva. Den femte bloggen startade i januari 2014 och slutade skriva redan maj samma år. Vår empiri bygger på material från bloggarna från det att de startade och fram till 2015-04-22. Det varierar mellan hur ofta bloggerna skriver, allt från några gånger i månaden till flera gånger om dagen. De som skriver färre inlägg har oftast en längre text men även detta varierar. Tre av bloggarna lägger upp bilder på sig själva, vissa av dessa är bilder mer avslöjade i förhållande till deras identitet medan andra är mer anonyma. Två av bloggarna ger en beskrivning av vilka de är, de förklarar deras diagnoser, uppger sina namn och var de bor. Två av bloggerna är totalt anonyma. Den femte delger lite information i bloggen såsom ålder och en yttlig beskrivning av sig själv men inte mer.

Bearbetning av material och analysprocessen

Vi ville att bloggarna skulle inrikta sig på kvinnornas upplevelser och erfarenheter av att leva med Bipolär sjukdom och Borderline personlighetsstörning. Vi började vårt arbete med att läsa igenom materialet (bloggarna) noga var för sig. Jönson (2010) beskriver koder som definitioner som forskare skapar för att strukturera ett material. Efter att ett material samlats in används kodningen för att ordna materialet och synliggöra mönster och samband. Man delar in materialet utifrån kategorier och begrepp. Koder kan också användas för att bygga upp de frågor och teoretiska begrepp som guidar studien. Efter att vi läst igenom bloggarna växte kategorierna som vi delade in vår insamlade empiri i fram: Hur kvinnorna framställer sig själva i sina personliga bloggar, hur de beskriver att de blir bemötta av samhället utifrån sin problematik i deras personliga bloggar, hur de beskriver deras upplevelser av att bli diagnostiserade i deras personliga bloggar, hur de beskriver sitt mående samt vilken roll normalitet spelar i detta. Ur dessa kategorier/teman växte svaren på våra frågeställningar fram. Efter att vi tagit ut våra teman gick vi tillbaka till bloggarnas texter och började lyfta ut citat som representerade dem. Vi gjorde fem olika dokument, ett för varje tema/kategori och klistrade sedan in texter från bloggarna till det dokument vi ansåg att citatet tillhörde. Antalet citat per dokument varierade från cirka 20 till 30 stycken. De varierade även i längd. Vissa innefattade bara en mening medan andra var ett längre stycke. Efter att vi tagit ut dessa citat

gick vi igenom materialet dokument för dokument. Vi skrev då enskilt ned vad vi såg för likheter och skillnader mellan bloggarna. När vi sedan jämförde vad vi kommit fram till konstaterade vi att vi hade fångat samma typ av resonemang. Denna sammanställning av våra tankar kring vårt material lade grunder för vårt resultat. Därefter gjorde vi ännu ett urval bland citaten och tog fram de som vi ansåg centrala för att beskriva och förstå vårt framarbetade resultat. Det är dessa citat som nu kan hittas i vårt resultat- och analysredovisning.

Kopplingen mellan vår empiri och presenterat material under rubrikerna teori och orientering av kunskapsläge växte fram under tiden vi arbetade med bloggarnas texter. När vi letade teman bland bloggarna kunde vi även urskilja teoretiska begrepp som beskrev våra utvalda kategorier. När vi läste tidigare forskning kring människor med psykisk ohälsa presenterades vi för teoretiska begrepp som hörde ihop med det empiriska material vi arbetat fram. Under arbetets gång funderade vi även kring vilken kunskap vi behövde för att försöka förstå kvinnorna. Detta hjälpte oss finna den tidigare forskning och kunskap om exempelvis Bordeline personlighetsstörning som vi behövde för att kunna analysera vårt material. Ahrne och Svensson (2011) förklarar att det finns tre grundläggande arbetssätt för att skapa samhällsvetenskapliga analyser; att sortera, reducera och argumentera. Detta har vi förhållit oss till för att skapa en överskådlighet och ordning av empirin och analysen. Vi har även sållat och beskurit materialet för att få fram vårt fokus i texterna men samtidigt behålla materialets nyanser och komplexitet.

Metodens tillförlitlighet

Eftersom mätning inte är det som främst är i fokus för kvalitativ forskning blir frågan om validitet egentligen inte något som är av avgörande betydelse för sådana undersökningar. Bryman (2011) menar att det är svårt att uppfylla de krav som finns på reliabilitet inom kvalitativ forskning då det är omöjligt att frysa en social miljö. Istället bygger man den kvalitativa forskningens tillförlitlighet på fyra andra kriterier; *Trovärdighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och *en möjlighet att styrka och konfirmera*. Med hjälp av detta, menar Bryman att man kan skapa en uppfattning om den sociala verkligheten. *Trovärdighet* innebär att säkerställa att forskningen utförs i enlighet med de regler som finns. Detta är något vi har lagt stor vikt vid och följt genom hela processen. *Överförbarhet* innebär att man har detaljerade beskrivningar om omständigheterna för att bedöma hur pass överförbara resultaten är till en annan miljö. Vi har noggrant beskrivit de olika delarna under processen, hur och varför vi analyserat som vi gjort och eftersom vi är två i arbetet har vi kunnat vara kritiska till

varandras tankar och ifrågasätta dessa. *Pålitlighet* avser att forskaren skall inta ett granskande synsätt. *Möjlighet att styrka och konfirmera* innebär att forskaren försöker säkerställa att man agerat i god tro, alltså att forskaren inte medvetet låter sina personliga värderingar och åsikter påverka utförandet och analyserandet av materialet och i sin tur påverka resultatet. Även detta har vi förhållit oss till då vi kontinuerligt ifrågasatt våra egna och varandras tankar och värderingar.

Textanalys

Enligt Bergström och Boréus (2000) produceras texter i vårt moderna samhälle i oändlig mängd, vilket leder till konsekvenser i form av vad och hur människor tänker och vad de gör. Därför menar författarna är det viktigt att även dessa texter och dess språk analyseras för att kunna säga något om vårt sätt att tänka och våra handlingar. Författarna betraktar språket som den yttersta gränssättaren för tanke och handling. Boréus (2011) förtydligar detta och anser att texter påverkar samhället, vilket i sin tur formar människors föreställningar och värderingar av samhället och även individers relationer med varandra. Genom att vi använde oss av en textanalys fick vi en uppfattning om dessa kvinnors egna föreställningar om samhället och deras identiteter.

En innehållsanalys kan vara både kvalitativ och kvantitativ då det beror på vad det är som mäts och hur det mäts. Vår inriktning på textanalys kommer vara en kvalitativ innehållsanalys. Vårt fokus för arbetet var inte att räkna eller mäta enligt den kvantitativa traditionen utan vi var intresserade av kvinnornas egna upplevelser och egna beskrivningar. Dessa framkom exempelvis i form av vissa ord eller uttryck, metaforer, argument eller hur meningarna är formulerade. Vi valde att använda oss av en innebördsaspekt som innebär att man analyserar vad texten säger (Bergström & Boréus, 2000).

Arbetsfördelning

Vi började arbetet med att diskutera med varandra vad vårt syfte var och vad vi ville få ut av arbetet. Vi gick även igenom hur vi ville att vårt samarbete skulle se ut och vilka förväntningar och tankar vi hade på arbetet så att vi kunde hitta en nivå som passade oss båda. Detta tror vi har bidragit till att arbetsprocessen har flutit på, på ett bra sätt under hela arbetsförloppet. Vi har tillsammans skapat detta arbete genom ett gott samarbete och med en tydlig kommunikation, vilket har gjort att vi nu kan blicka tillbaka på processen och vara

mycket nöjda med både våra insatser och resultatet. Under olika stadier av arbetsprocessen har vi, efter att vi gemensamt lagt en grundstruktur, delat upp arbetsuppgifterna och haft olika fokusområden till exempel att Olivia har lagt fokus på tidigare forskning och Camilla har fokuserat mer på metodavsnittet. Dock har vi båda bidragit till alla avsnitten, både med kommentarer och feedback. Detta har gjort att vi har kunnat fokusera på vår egen del samtidigt som vi fått en inblick i den andras delar och fått möjlighet att arbeta med den texten också så att det blir en helhet i arbetet. Detta tror vi har varit en av våra styrkor under arbetsprocessen. På så sätt har vi kunnat vara fokuserade i vårt arbete samtidigt som vi utnyttjat en av de fördelar som finns med att arbeta i par; nämligen att få feedback om nya infallsvinklar på den text vi arbetat med. Något som har underlättat kommunikationen mellan oss och därmed även gjort arbetet lättare tror vi är det faktum att vi i stor utsträckning suttit tillsammans och arbetat även när vi utfört individuella uppgifter. Flera av delarna, som exempel analys och resultat har vi även arbetat fram tillsammans.

Etiska överväganden

Kalman och Lövgren (2012) menar att etik i forskning står för en medveten reflektion och fundering kring vad forskningen i sig kan innebära för de inblandade deltagarna och därmed avgöra hur man bör och ska gå tillväga i forskningens olika delar och processer.

Vetenskapsrådet (2002) menar att det finns två utgångspunkter för forskningsetik; forskningskravet och individskyddskravet. Forskningskravet innebär att tillgänglig kunskap utvecklas och fördjupas och metoder förbättras, och individskyddskravet innebär ett skydd mot otillbörlig insyn exempelvis i någons livsförhållanden. Det skyddar även individer ifrån att bli utsatta för någon form av psykisk eller fysisk skada. Det grundläggande individskyddskravet kan konkretiseras i fyra allmänna huvudkrav på forskningen: *Informationskravet* innebär att forskaren skall informera uppgiftslämnare och undersökningsdeltagare om deras uppgift i projektet och vilka villkor som gäller för deras deltagande. I vårt fall var detta inte relevant då vårt analysmaterial publiceras öppet på Internet för alla att ta del utav. På grund av detta tolkade vi offentligheten som ett godkännande att ta del av det som skrivits. *Samtyckeskravet* innebär att deltagare i en undersökning har rätt att själva bestämma över sin medverkan. Detta är problematiskt i vår studie då vi inte haft kontakt med våra studieobjekt. Som vi skrivit ovan är det offentligt material vi har studerat så vi ser detta som ett godkännande för allmänheten att ta del av texterna. *Konfidentialitetskravet* innebär att uppgifter om alla deltagare i en undersökning ska

ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifterna ska förvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. I vår undersökning finns det en risk för att författarna till bloggarna blir igenkända ifall vi skriver ut deras namn, eftersom det är lätt att söka upp personer med hjälp av Internet. Vi har därför valt att tillmötesgå kravet genom att inte uppge namn eller övrig information om bloggerna. *Nyttjandekravet* innebär att uppgifter insamlade om enskilda personer får endast användas för forskningsändamål. Detta upplever vi inte som relevant för vårt arbete då vårt insamlade material finns att tillgå för vem som helst på Internet. Dock har vi endast använt materialet till vårt examensarbete.

Resultat och analys

Vi har valt att analysera materialet från våra fem bloggar utifrån fem kategorier, *deras syn på sig själva, deras uppfattning om samhällets syn på dem, normalitet, hur det har påverkat dem att de fått en diagnos fastställd och hur dessa unga kvinnor mår utifrån symptomen från diagnosen*. Dessa kategorier har tillkommit genom bearbetning av empiri och material. Denna process beskrivs mer i detalj i metodavsnittet. Vi har analyserat bloggarna kategori för kategori. Vårt resultat och analysredovisning är integrerad. Vi ger även exempel med hjälp av egna ord och citat från bloggarna. Innan vi går in på kategorierna kommer vi redovisa allmänna resonemang och tankar som kommit fram under vårt arbete med vår empiri. För att underlätta läsningen har vi döpt bloggarna till egna, påhittade namn som inte har någonting med bloggerna i sig att göra. Namnen är Anna, Bea, Clara, Danni och Erica.

Vi har analyserat fem olika bloggar skrivna av fem olika individer. Det som binder dem samman är deras gemensamma diagnoser. Vi har utifrån vår metod inte kunnat ställa frågor eller be om förtydliganden till beskrivningar de uttrycker. Utifrån detta faktum samt att det är människor som kan ha kommit från vitt skilda bakgrunder och med olika förutsättningar skiljer sig bloggarnas fokus. En del är mer reflekterande; de kan ställa sig utanför sin problematik. En av kvinnorna skriver mycket om sin kamp mot självskadebeteende och suicidtankar. Detta gör att kvinnorna uttrycker sig mer eller mindre om de olika kategorierna. Bloggarnas teman förändras också över tid. Detta utifrån kvinnornas mående i stunden. Under vissa perioder ligger fokus inte på deras psykiska ohälsa i samma utsträckning, det finns exempelvis inte lika många skildringar som beskriver deras ångest. Det finns även en tendens

att de inte skriver lika mycket under perioderna de mår bättre. En av bloggarna har på den senare tiden börjat skriva mer om kosmetikprodukter än innan.

Eftersom det finns en ganska så stor spridning i vad kvinnorna pratar om i sina bloggar är vår utgångspunkt att inte redovisa tankar som inte hör samman med de teman som framkommit som gemensamma. Detta gör att vi exempelvis inte tar upp missbruksproblematik kopplat till psykisk ohälsa. Det allmänna resultat som framkommit är att det trots likheter och gemensamma faktorer finns stora skillnader mellan kvinnorna. De är enskilda och unika individer.

Kvinnornas uppfattning om hur samhället ser på dem

I blogginläggen beskriver kvinnorna att de inte ses som självständiga individer utan att samhället förknippar dem med deras sjukdom, de blir sin sjukdom. Ett exempel på detta är Annas beskrivning om varför hon inte vill att allmänheten ska känna till hennes psykiska sjukdom:

jag vill att de ska lära känna **mig** och **inte min sjukdom**. eller att låta dem få behålla den bild de redan har bildat sig av mig, på gott och ont. Jag vill inte att [sic] deras syn eller uppfattning om mig ska bli skev pågrund [sic] av vad de *tror* sig veta om mig, som är långtifrån hela sanningen. (Anna)

Danni beskriver även i följande citat hur hon blir sin sjukdomsidentitet:

Jag är iaf [sic] bara en psykiskt sjuk borderlinebrud som bara påverkar mina vänner negativt. Varför ska jag då leva, när jag är dömd till att leva såhär.. (Danni)

Ohlsson (2011) ger en förklaring till varför kvinnorna ser sig sedda som sina sjukdomar. Detta då han påtalar att identifieringen av ens problematik som sjukdom även kan ge individen identiteten som sjuk. Alltså kan identiteten "sjuk" väga tyngre än andra personlighetsidentiteter eller annan kunskap som man har om en annan människa. Detta kan leda till att det är det människor ser när de möter en person som lider av psykisk ohälsa, vilket

även kan leda till att vissa förväntningar skapas och tillskrivs personen. Vidare leder sjukdomsidentiteten till att man knyts till en social kategori och blir tillskriven de tankar som denna grupp kännetecknas av.

Bloggerskorna uttrycker att deras psykiska ohälsa försvårar deras interaktioner med andra människor då de ofta har svårt att kontrollera sina beteenden och tankar. Bloggerskorna uttrycker även att de på grund av sin psykiska sjukdom upplever att de blir illa sedda av andra och att de blir nedvärderade. Ett mycket talande citat från Clara beskriver just detta:

Jag är som vilken människa som helst, men jag råkar ha diverse "stämplar" (diagnoser). På grund av dessa "stämplar" har jag förlorat mycket, bland annat jobb och vänner. Jag försöker allt vad jag bara kan, men det verkar som om jag har blivit missförstådd. De som jag trodde att jag hade nära har visat sig stå väldigt långt bort. De har backat, långt bort. Jag råkar lida av psykisk ohälsa, men nej, ni behöver inte vara rädda. Det smittar inte. (Clara)

Upplevelsen som kvinnorna beskriver gällande att känna sig illa sedda av samhället samt svårigheter i relation och interaktion med andra kan förstås utifrån det stigma som finns kring människor med psykisk ohälsa och den nedvärdering av individen som stigmat orsakar (Goffman, 2009). Stigmat gör även att kvinnorna kopplas till icke-smickrande stereotyper (Abdullah & Brown, 2011), exempelvis att de är personer som är inkapabla och har svag karaktär (Corrigan, 2004). Förväntningen från allmänheten av att se dem i ett negativt ljus kan också påverka deras interaktioner med andra och spela en avgörande roll i hur de tolkar situationer. Deras utgångsposition är en försvarsställning (Abdulla & Brown, 2011). Citatet från Claras blogg berör även den rädsla och det avståndstagande som samhället visar inför människor med psykisk ohälsa. Grunden för hennes uttalande är svår att ifrågasätta utifrån kunskap forskning gett oss kring stigmatisering och de attityder som allmänheten intagit både historiskt och i nutid. Claras citat berör även en känsla av diskriminering som även flera av de andra bloggarna uttrycker. En känsla av att inte vara accepterade, ett slags uteslutande från samhället. Lundbergs (2010) beskrivning av att människor med psykisk ohälsa inte var välkomna innanför stadsmurarna bekräftar just detta. Detta kan ses både som ett uttryck för att man inte gav dessa människor något värde samt en rädsla riktad mot gruppen. Allmänhetens avståndstagande från människor med psykisk ohälsa bekräftas även av den undersökning

Brown och Abdullah (2011) presenterar gällande det amerikanska folkets inställning till människor med psykisk ohälsa. Denna tyder på en ovilja hos människor att ha en kontakt med psykiskt sjuka människor i flera olika kontexter. Claras citat visar även på en annan genomgående känsla som bloggerna uttrycker: En känsla av att inte bli förstådda och att samhället är okunnigt om psykisk sjukdom. Denna upplevelse bekräftas av Aromaa, Tolvanen, Tuulari och Wahlbeck (2010) som menar att allmänheten har otillräcklig och vinklad kunskap om psykiska sjukdomar och dess behandling. Detta utvecklar missuppfattningar om psykisk sjukdom och människorna som är drabbade av det. Kvinnornas känsla av att vara diskriminerade kan återigen ses som ett uttryck för det de upplever som ett uteslutande från samhället, vilket flera forskare kan bekräfta, att människor med psykiska sjukdomar blivit, och fortfarande är, utsatta (Lundberg, 2010). Det kan vara en följd av den kategorisering som samhället gjort och de stereotyper och fördomar som är kopplade till gruppen psykiskt sjuka. Stereotyperna och fördomarna hindrar även dem från många möjligheter gällande att få ett bra jobb och bostad, vilket många av kvinnorna beskriver i sina bloggar (Corrigan, 2004).

Flera av kvinnorna uttrycker att de inte vill att andra ska veta om att de lider av psykisk ohälsa. Anna beskriver exempelvis hur hon fått förfrågningar om att skriva artiklar och delta i intervjuer om sin situation men avstått då hon varit orolig för vilken respons hon skulle få då hon upplever psykisk sjukdom som ett tabubelagt ämne. Annas beskrivning av att hon inte vill skriva och berätta om sina erfarenheter kring sin psykiska sjukdom uttrycker en ovilja att bli kopplad till diagnosen. Detta kan man se som ett försök att undvika stigmatisering. Om Anna knyter samman sitt namn med psykisk sjukdom blir hon stämplad då hon ger informationen om att hon lider av psykisk ohälsa till allmänheten och andra kommer då kunna dra slutsatser om henne utifrån detta (Corrigan, 2004). Goffmans (2000) beskrivning av interaktion mellan individer förklarar tillsammans med Corrigan hur stark hennes rädsla är för att erkänna sin psykiska sjukdom. Skulle hon delge informationen om att hon lider av psykisk ohälsa till allmänheten skulle det vara information som människor hon träffar bygger sina uppfattningar om henne på. Informationen kan därefter personen använda för att få förståelse för henne som individ, i detta fall psykisk ohälsa. Som tidigare beskrivit är psykisk ohälsa kopplat till många negativa stereotyper och uppfattningar (Lundberg, 2010; Aromaa, Tolvanen, Tuulari & Wahlbeck, 2010; Corrigan, 2004). Samtidigt som flera av kvinnorna diskuterar hur viktig anonymitet är för dem går andra emot detta. De är mycket mer öppna, lägger upp bilder på sig själva samt ger ut sitt namn. På så sätt väljer de själva att knyta sitt namn till sin psykiska

sjukdom. Detta är intressant då det visar på olika förhållningssätt till sin identitet som psykiskt sjuk. Ett mer öppet och accepterade förhållningssätt samt ett förhållningssätt som visar på känslor av skam och en rädsla för de fördomar och stereotyper som kopplas till människor med psykisk ohälsa.

Kvinnorna upplever att samhället inte ser dem som värdiga till att få en bra vård och behandling och i vissa fall inte heller värdiga ett gott liv. Ett exempel på detta är Claras beskrivning av att hon vid uthämtning av medicinen Sobril kände sig mycket illa bemött och upplevde att hon blev behandlad som en missbrukare:

Problemet uppstår när jag förklarar att jag behöver nytt recept på Sobril, och då är det knarkarstämpel på en gång. Då är man plötsligt inte värd att bli behandlad på ett schysst sätt, tydligen. (Clara)

Kvinnornas upplevelse av att samhället inte anser att de är värda vård och behandling kan förstås utifrån stigma; den nedvärdering av individer och kategorieringen som leder till icke-smickrande stereotyper (Abdullah & Brown, 2011; Lundberg, 2010). De fördomar som finns kring psykiska sjukdomar och dess påverkan på sociala relationer är också en bidragande faktor (Lundberg, 2010). Även inre stigma i meningen att det leder till en låg självkänsla och negativ förväntan på interaktion med andra. Tidigare erfarenheter som inte varit positiva skulle även kunna förklara negativ ton och nedvärderande bemötande som flera av kvinnorna beskriver (Goffman, 2000). I förhållande till Claras upplevelse på ett apotek kan man även förstå det utifrån att medicinering av psykisk sjukdom ses som någonting fult (Ohlsson, 2011). Samtidigt kan man se några inlägg som handlar om förståelse för vårdpersonalen och deras agerande. I dessa inlägg förklarar kvinnorna att de förstår vårdpersonalens problematik med att behandla en person med Bordeline personlighetsstörning och/eller Bipolär sjukdom och att det kan medföra vissa svårigheter. Danni beskriver detta genom en dröm hon har då hon först känner förakt för poliserna men till sist inser att de agerade utifrån hennes bästa:

Sen fortsatte jag att tänka igenom drömmen och insåg att poliserna handlat helt rätt.. de hade frågat frågor som jag svarat undvikande på och de var oroliga för mitt liv, därför agerade de som de gjorde, och det gjorde de helt rätt i, för i drömmen tänkte jag ta mitt liv. (Danni)

Kvinnornas syn på sig själva

I samtliga fem bloggar uttrycker kvinnorna hur de inte tycker om sig själva. Hur ofta dessa tankar beskrivs skiljer sig åt en del då bloggarna fokuserar på olika saker både över tid och utifrån vilken blogg det är. Självhatet som uttrycks är dock starkt och återkommande i texterna. De använder ord som äcklad, hata och skam i beskrivningen av sig själva som personer, av sitt eget agerande, mående och utseende. Anna beskriver detta på följande sätt:

Jag visste inte att man kunde vara så äcklad av sig själv och sitt egna jag
(Anna).

Ett annat exempel är Danni som skriver följande:

men mig ska man inte tycka synd om. Jag är bara patetisk. (Danni)

Vid ett senare datum uttrycker Danni sig även men orden:

Jävla skitmänniska jag är, klarar inte av någonting. Önskar jag slapp
existera. (Danni)

Citaten visar tydligt på en mycket negativ självbild. Andra citat med liknande kontext trycker även på upplevelsen av den tyngd som andras nedvärderande uppfattning ger i en situation då man redan känner så mycket självhat. De känner sig sämre än andra människor och upplever sig som misslyckade och att de har misslyckats i livet. Detta stämmer väl överens med den sjukdomsbild som finns för Borderline personlighetsstörning som bland annat har symptom av tomhetskänsla och självdestruktivt beteende. Man kan även delvis förstå deras självbild utifrån en Bipolär diagnos och kanske framförallt utifrån en låg sinnesstämning och depression (American Psychiatric Association, 2012). Inre stigmatisering, alltså en internalisering av de negativa stereotyper och förväntningar är också en del i en förklaring för hur de unga kvinnorna ser på sig själva. Kvinnorna ser sig själva utifrån de ögon som samhället ser på dem med. Inre stigma leder bland annat till skam och låg självkänsla och en upplevelse av att inte vara uppskattade (Abdullah & Brown, 2011). Flera av bloggerna uttrycker en känsla av att de känner sig oönskade, att ingen vill ha med dem att göra. Detta kan man se som sammanhängande med en negativ självbild och inre stigmatisering. Erica uttrycker ett flertal gånger sig om just detta i sin blogg, här kommer två exempel:

Det var jag som fick sitta på BUP och skickas vidare från psykolog till psykolog för att ingen annan ville ta sig an mig. (Erica)

Istället sitter jag här med tusentals röster i mitt huvud som skriker åt mig att jag aldrig kommer räcka till. Hur mycket jag än försöker kommer jag aldrig vara hon en kille väljer. (Erica)

Samtidigt som kvinnorna uttrycker mycket självhat kan de också uttrycka en annan mer positiv bild, en bild av att de är värda och förtjänar bra liv:

Måendet fortsätter att hålla i sig och jag mår bra. Så jäkla skönt och jag är så jävla värd det! (Clara)

Man kan ofta se hur kvinnornas bild av sig själva är beroende av hur de mår. Under perioder när de mår bättre är även deras självbild mer positiv.

Kvinnorna uttrycker ofta att de ser sig själva som bördor för både samhället och för sina anhöriga, då de måste stå ut med dem och deras beteende. Bea beskriver sig själv och sin relation till sina nära på detta sätt:

En väldigt svår person.

Lider av den förbannade Borderline personlighetsstörningen och det tar väldigt mycket på min relation till människor.

Vänner, familj, pojkvänner och annat.

Ibland blir jag så förbannad på mig själv för att jag gör som jag gör utan att ens riktigt förstå varför. (Bea)

Ett annat exempel är Danni som gör följande uttalande om samma ämne:

För övrigt är jag fortfarande världens hemskaste människa. Jag förstår inte hur jag kan göra såhär mot de jag tycker om, och att jag fortfarande har några riktiga vänner kvar är obegripligt. Men alla tröttnar till slut,

till och med de som säger att de aldrig kommer göra det, så är det bara.

Man klarar inte hur mycket som helst. (Danni)

En negativ självsyn utifrån inre stigma kan ses som en förklaring till varför kvinnorna inte värdesätter sig själva i förhållande till sina relationer med familj och vänner. Yttre stigma och kvinnornas upplevelse av dess påverkan på deras nära och den sänkta sociala status kan ses som en annan anledning till deras känsla av att de är i vägen/hinder (Abdullah & Brown, 2011).

Kvinnorna beskriver i sina blogginlägg att de känner sig extremt ensamma och oförstådda. Danni skriver följande om hennes kontakt med vården:

De förstår mig inte, inte så mycket som jag vill att de ska förstå iaf
[sic]. (Danni).

Ett annat exempel är hur Bea använder följande ord för att beskriva känslan av att vara oförstådd:

Jag är ett hopplöst fall som ingen jävel kan laga eller förstå sig på
helt hundra (Bea).

Vi uppfattar det som att Beas beskrivning av att inte känna sig förstådd är riktad till människorna i hennes närhet, allmänheten och sjukvården. Lundin och Mellgren (2013) menar att psykisk ohälsa är svår att förstå sig på, förklara och förstå konsekvenserna av. Detta leder även till svårigheter att finna det bästa sättet att hantera problematiken. Ohlssons (2011) beskrivning av att psykisk ohälsa kan ses som något mycket diffust och svårbegripligt för människor i deras omgivning är ett sätt att förklara hennes känslor riktade mot hennes nära. Allmänhetens uppfattning och bagatelliserande, på grund av jämförelser med egna referensramar, av tillstånd som depression förklarar även Beas känsla av att inte bli förstådd. Allmänhetens okunskap om psykiska sjukdomar påtalas även av Lundberg (2010) och Aromaa, Tolvanen, Tuulari & Wahlbeck, (2010). Aromaa, Tolvanen, Tuulari & Wahlbeck förklarar även vidare hur otillräcklig och vinklad kunskap leder till missuppfattningar om människor med psykisk ohälsa, något som även speglas i kvinnornas kontakt med vården. Att få den typ av bemötande som okunskap och stereotyper medför förklarar varför Bea inte

känner sig förstådd i sin vårdkontakt. Detta kan även ses som en förklaring till den uppgivenhet hon uttrycker när hon beskriver att ingen kan laga henne. Beas beskrivning av att vara ett hopplöst fall kan även ses som ett uttryck för hennes negativa självbild kopplad till inre stigma (Abdullah & Brown, 2011).

Normalitetens betydelse

I texterna uttrycker kvinnorna i stor utsträckning en strävan efter att få uppnå det normala, att få vara som alla andra, exempelvis vill de få vara medicinfrä, kunna arbeta, utvecklas och gå framåt i livet. Kvinnorna beskriver en stark avundsjuka gentemot alla andra människor som lever ett normalt liv, och de ifrågasätter varför de inte kan vara som alla andra. Flera av samhällets bestämda normalitetskriterier kring hur man ska vara som flickvän, vän och att man ska ha arbete beskriver bloggerna ibland som svåruppnåliga. Clara beskriver hur hon hela tiden jämför sig med människor runt omkring henne:

Om jag jämför med mina jämnåriga, som jag har gått i samma klass som, vissa redan på grundskolan så ser jag allt som de har som inte jag har: En är gift, en har barn, en är mäklare, en jobbar på bank, de har hus, barn, jobb och hälsan i behåll.

Vad är jag i jämförelse till detta?: Jag är sjuk, jag äter massor med mediciner, jag är sjukskriven, jag bor i en etta (positivt -->) [sic] med min älskade fästman och två katter. (Clara)

Att kvinnorna konstant försöker uppnå det normala bekräftar det Svensson (2011) beskriver om normalitet; att det är önskvärt och något man försöker eftersträva. Tideman (2004) benämner just denna eftersträvan som den normativa normaliteten. Dessa kvinnor upplever mycket av det som ingår i det normala som svåruppnåeligt, som exempelvis att vara en flickvän eller ha ett fungerande arbetsliv. Clara beskriver detta genom följande citat:

Jag är inte redo för att gå ut i arbetslivet, hur mycket jag än önskar och vill. Jag står på precis samma ställe som för ett år sedan då sjukskrivningen gick igenom (Clara).

De svåruppnåeliga normalitetskraven kan även leda till en känsla av misslyckande på flera olika områden i sitt liv. I flera blogginlägg skriver kvinnorna hur de arbetar med att försöka uppträda "normalt" i sociala sammanhang och uppnå just dessa sociala kriterier. De beskriver att de inte kan visa sina riktiga känslor eller vara ärliga med hur de mår och vad för tankar de har utan de vill och försöker behålla diskussionen på en vardaglig nivå för att inte säga eller agera som de egentligen vill. Bloggerskorna beskriver hur de i många fall inte heller velat beskriva sitt eget mående då de inte vill ses som onormala eller avvikande ifrån de sociala kriterierna. Dessa resonemang beskrivs också i som resultat för Marcus, Westra, Eastwood och Barnes (2012) undersökning vilket ger stöd för att dessa tankar delas av många som lider av psykisk ohälsa.

Samtidigt som kvinnorna uttrycker en strävan efter att vara normala och leva normala liv finns det även tankar hos en del av kvinnorna som beskriver en acceptans och positiv inställning till sitt avvikande beteende:

Jag kan inte jämföra mig med andra på samma sätt. Jag är annorlunda och jag har alltid varit det.

Jag har kommunicerat med röster som ingen annan hörde. Jag gör det fortfarande, eller de kör oftast en monolog och jag skiter i att lyssna om de inte har något intressant eller bra att säga.

Säger de något intressant så tar jag till mig det.

Jag är speciell, jag vet det. Och jag är stolt över det.

Jag vill inte vara som alla andra. Därför är jag mig själv. (Clara)

Som Svensson (2011) beskriver finns det flera regler inom en grupp som är informella och outtalade och han menar att dessa regler är definitioner på hur man skall agera och bete sig inom grupper. Becker (2006) förklarar detta genom att benämna det som sociala regler som skapas av en social grupp. När en regel bryts av någon kan denna någon betraktas som avvikande och utanförstående, menar Becker och Svensson. Det är just detta som kvinnorna beskriver, att de inte vill bli klassade som en avvikare utan de vill tillhöra de sociala grupperna. Därför kan det vara en av anledningarna till att kvinnorna inte vill visa sina riktiga känslor eller agera på det sättet de egentligen vill. Diagnoser som Bipolär sjukdom och Borderline personlighetsstörning kan medföra beteende- och känslouttryck som stundtals kan betraktas som annorlunda och avvikande både i förhållande till individens "normala"

agerande och samhällets syn på vad som är normalt (American Psychiatric Association, 2012). Därför kan det vara svårt för dessa unga kvinnor att agera utifrån vad samhället har för syn på det normala agerandet. Bea beskriver på följande sätt i sin blogg hur hon upplever att man skall agera för att kunna klassas som normal och för att passa in:

Man ler men det gör man för att man måste, man svarar på frågor och ger därefter också svar som man vet att andra vill höra. Så som människor vill att man skall vara, en känslökall robot som endast pratar om vardagliga saker. (Bea)

Beas beskrivning av hur hon agerar i förhållande till andra för att dölja att hon inte mår bra är mycket lik en av de beskrivningar Marcus, Westra, Eastwood och Barnes (2012) delger i sin resultatredovisning av sin studie om psykisk ohälsas påverkan på unga vuxnas liv. Där beskriver en av bloggarna de undersökt hur de ler utåt och ser glada ut men att det är en fasad. Det är intressant att två bloggare från olika länder, med olika språk använder sig av så lika formuleringar för att beskriva samma fenomen.

En av bloggerna påtalar hur många hon stött på med psykisk ohälsa som "tävlar" om att ha så mycket problem som möjligt, de vill vara värst. Clara uttrycker ett liknade resonemang i förhållande till medicin:

Jag har aldrig förstått mig på denna inställning om att ju fler mediciner som man har desto bättre och coolare. Och sedan att tävla i vem som har flest mediciner... (Clara)

Som Goffman (2000) beskriver så sätts människor in i olika kategorier utifrån vad den andra personen vet om dem. Samhället har även bestämt vilka egenskaper som individerna inom olika kategorier ska ha. Detta bidrar till att man skapar förväntningar och tankar om den andra parten samt en upplevelse av vad som förväntas av dem själva. Därmed kan man agera på det sätt som kommer få den andra parten att agera på önskvärt sätt. Resultatet av detta blir att båda parter i en interaktion spelar roller av sig själv. Detta kan ses som en del i förklaringen till varför en del kvinnorna med psykisk ohälsa, i vissa kontexter, vill framställa sig som den med mest problem. Svenssons (2011) beskrivning av att det i dagens samhälle inte bara är önskvärt att tillhöra normen utan att man ska överträffa den kan ses som nästa del i

förståelsen för beteendet. Kvinnorna spelar alltså upp den sida av sig själv som är normen inom en viss kategori; i detta fall deras psykiska ohälsa. Eftersom det är normativt önskvärt att vara mer än normen vill de uppvisa att de är mer eller "värre" än andra. Ett annat exempel på normbrytande och avvikande beteende som psykisk hälsa medför är just medicinering. Detta är något som flera av bloggarna vi tittat på skriver om. Flera av kvinnorna har en önskan om att i framtiden inte behöva äta mediciner för att i sin tur kunna klassas som normal och icke avvikande. Detta kan även förstås utifrån Ohlssons (2011) uttalande om att medicinering av psykisk ohälsa ses som något fult. Danni förklarar att hon önskar att hon var medicinfri och skriver i bloggen:

Vill egentligen inte ta några mediciner alls längre, vore så skönt att vara helt utan, medicinfri. (Danni)

Samtidigt som flera av kvinnorna inte vill äta medicin uttrycks det även ett behov och hopp i förhållande till mediciner och vad de kan göra för att underlätta för dem och förbättra deras liv. Detta kan ses som en del i svårigheten som kvinnor med psykisk ohälsa står inför, särskilt i förhållande till processen att bli frisk, eller i alla fall kunna leva så väl som möjligt. Samtidigt som de utifrån den normativa avvikelserna och det stigma som medicinering av psykisk ohälsa innebär uttrycker negativa tankar om mediciner finns det ett stort behov. Detta är något som exempelvis Clara uttrycker:

Tack och lov så är en ny "stämningstabiliserande" på gång till Sverige [...] Jag hoppas få möjlighet att testa denna när den kommer. Kanske kan denna komma att ändra på hela mitt liv till det bättre. Jag hoppas. (Clara)

Clara beskriver även de fördelar och nackdelar som uppstår med hennes medicinering:

Jag kan inte sitta still.

Jag rör på mig konstant.

När jag ska sova då?

Jo då får jag se till att i princip ha drogat ner mig så att jag bara slocknar när jag lägger mig.

Kul va?

Nej inte riktigt.

Jag måste sluta med *Abilify*. Det är synd för den har gett mig mycket positivt också. Jag har blivit gladare och jag har fått det lättare socialt. (Clara)

Erica beskriver de fördelar hon upplever med medicineringen:

Älskar min medicin för jag antar att det är den som får mig att må såhär. Bästa antidepressiva <3 (Erica)

En stor svårighet för kvinnorna i sin strävan mot det normala är att de utifrån sin psykiska ohälsa bryter mot den individuella/ medicinska normaliteten som ser friskhet som normalitet och sjukdom som avvikande. För att uppnå normalitet utifrån detta perspektiv krävs behandling (Tideman, 2004). Utifrån detta perspektiv samt Ohlssons (2011) resonemang om att behandling av psykisk ohälsa är något fult är det svårt för kvinnorna att göra rätt. Medicinering ses som något fult samtidigt som det är viktigt för att uppnå den medicinska normaliteten. Utifrån detta är det inte svårt att förstå kvinnornas delade känslor kring medicinering.

Hur kvinnorna har blivit påverkade av att de fått en diagnos fastställd

Kvinnorna skriver att det finns både fördelar och nackdelar med att få en diagnos fastställd.

De fördelar de beskriver är att de äntligen får bekräftat att det är någonting som är fel, någonting som gör att de inte är som alla andra. De menar att de äntligen får svar på sina frågor om varför de är som de är. Exempel på detta är citat från Erica och Clara:

Jag satte mig hos min första psykolog, sju år gammal och det är först idag som 21-åring som jag har en diagnos. Det är först nu jag kan förstå varför jag är som jag är och varför jag reagerade så mycket starkare än någon annan. (Erica)

Diagnosen sattes och jag fick äntligen svar på varför jag var som jag var. Eller är som jag är.

Det gav mig svar på många frågor då jag började läsa mycket om sjukdomen efter att jag hade fått diagnosen. Det var ju jag. (Clara)

Som citaten visar känner kvinnorna att man genom en diagnostisering får en bredare förståelse för sitt agerande och sitt beteende. Detta är även de fördelar Ohlsson (2011) beskriver kring att bli diagnostiserad. Han menar att genom att diagnostisera ger man en förklaring, en beskrivning och förståelse för de svårigheter man lider av och även en anledning till sitt avvikande beteende. Han menar även att det skall förklara att sjukdomen är något som man blivit drabbad av, att det är något man har så det blir tydligt för klienten att det inte är något man är. Detta kan vara en av anledningarna till att kvinnorna upplever att det får en större förståelse för just vilka de är. Dock är det inte alltid så lätt då de lider av Borderline personlighetsstörning eller/och Bipolär sjukdom vilket i sig med symptom bilden ger en komplexitet åt situationen. Följande citat är skrivet av Bea:

Min sjukdomsbild gör ju det ännu svårare att kunna klura ut mig med tanke på att jag många gånger agerar efter hur min bipolära sida är vaken eller ej. Jag önskar att den alltid sov men det vill den ju fan inte göra.
(Bea)

De nackdelar och svårigheter som uppkommer i och med att kvinnorna blivit diagnostiserade med antingen Bipolär sjukdom eller Borderline personlighetsstörning är att de upplever att de blir tilldelade en viss stämpel och kategoriserade utifrån det. Kvinnorna menar att de blir generaliserade och att det påverkar deras behandling, vilket i sin tur innebär att de inte får den behandling som passar dem bäst. Kvinnorna förklarar att de efter diagnostisering blev nedvärderade och ouppmärksammade. Flera av dem uttrycker en upplevelse av att vara mindre värda och mindre värdiga ett gott liv. De unga kvinnorna menar även att samhället och utomstående endast ser deras diagnos och inte individen bakom den. Kvinnorna anser att det är för mycket fokus på just deras diagnos och inte vilka de är som personer. Samtidigt finns det även tendenser att de själva lägger över "skuld" på sina diagnoser och förklarar sina beteenden utifrån sin psykiska ohälsa. Som dessa unga kvinnor beskriver, känner de sig kategoriserade och att de blivit tilldelad en viss stämpel utifrån sin diagnos, detta i sin tur bekräftar vad Ohlsson (2011) menar Ohlsson beskriver att när man blir diagnostiserad, och speciellt med psykiatrisk diagnos, knyts diagnosen ihop med sociala kategorier, diagnosen skapar alltså en social identitet. Ohlsson menar även att speciellt denna typ av diagnostisering,

psykisk ohälsa, kan ses som något fult och något avvikande. Psykisk ohälsa är extremt tabubelagt och skamligt.

Goffmans (2000) beskrivning av kategorisering är att i möten mellan människor försöker de involverade ha en så bred kunskapsbank om den andra individen som möjligt och använder därför den information de redan besitter av motsatt part och skapar sig en förståelse. Av detta sker en kategorisering, alltså en indelning av individer för att lättare kunna förstå motparten. Utifrån detta kan man förstå att kvinnorna upplever sig kategoriserade och stämplade eftersom det är, enligt Ohlsson (2011), det samhället gör. Genom att kvinnorna blir kategoriserade blir följden att samhället generaliserar och skapar sig en bild av vem personerna är utifrån deras diagnos. Denna process kan leda till att kvinnorna känner sig nedvärderade och har svårt att bli tagna på allvar, vilket i sin tur leder till att deras behandling påverkas. Här kan man ifrågasätta ifall detta är det bästa sättet för individer att få sin behandling. Anna beskriver detta i sin blogg och skriver följande:

Jag har sett så många fina tjejer bli totalt nedvärderade och ouppmärksammade på grund av sina diagnoser. Vårdpersonal som inte ser individen utan istället ser diagnosen och behandlar patienter därefter. Det är vidrigt. Därför är jag nog mest rädd för diagnosen. (Anna)

Mående

I blogginläggen beskriver de unga kvinnorna hur de mår och vilka tankar de har. Kvinnorna beskriver i bloggarna att deras humör går mycket upp och ner och att de ofta lider av kraftig ångest. De beskriver även hur de ibland känner sig likgiltiga inför allt. Citatet nedan illustrerar just detta.

Jag är inte sur, arg eller irreterad [sic]. Bara, Ingenting Alls. Jag är totalt likgiltig inför allting. (Anna)

När kvinnorna väl är gladare än de brukar, beskriver de hur de bara väntar in att känslan ska försvinna eller gå över och att de återigen ska falla ned i depression och att ångesten då skall komma tillbaka:

Mitt riktiga jag sitter inne i min kropp och skriker och vill ut, men det går inte för nu har det "braiga" tagit över. Än så länge har jag inte kommit upp så långt för stegen, kan fortfarande hoppa ner utan att skada mig. Det dröjer nog dock inte länge till innan jag klättrat ifrån mig själv och närmar mig toppen. Eller så har jag oturen att trilla ner för fort och hamna i kolgruvan istället. (Bea)

Att kvinnorna upplever och skriver om hur deras humör skiftar och ändras över tid bekräftar vad American Psychiatric Association (2012) skriver om vad som kännetecknar både Borderline personlighetsstörning och Bipolär sjukdom. Kvinnorna upplever mycket hastiga och kraftiga humörsvängningar som ett symptom på sin sjukdom. Ångesten som kvinnorna skriver om bekräftas också av American Psychiatric Association som symptom på aktuella diagnoser, dessutom menar man att dessa psykiska sjukdomar ofta kommer med andra sjukdomar, alltså någon form av samsjuklighet. Den kraftiga ångesten som kvinnorna upplever innebär en intensiv rädsla och mycket stort obehag. Att de känner sig likgiltiga är en vanlig känsla som personer med Bordeline personlighetsstörning och/eller Bipolär sjukdom upplever. Erica beskriver sin ångest i bloggen genom bland annat detta citat:

Skakar som att jag fryser fast jag egentligen svettas. Ångest ångest, ångest. (Erica)

Dessa svängningar i humöret menar American Psychiatric Association (2012) är symptomatiska för maniska och depressiva episoder. Tidsförloppet mellan dessa perioder kan variera mellan att vara hastiga och mer utdragna. Dessa blir tydliga när man följer kvinnornas bloggar under en längre tid, då kan man se hur det varierar och hur det förändras. Mellan dessa perioder menar kvinnorna att de kan leva ett ganska så vanligt liv och att de inte märker av sin psykiska sjukdom lika mycket. Detta bekräftar American Psychiatric Association och menar att personer med dessa psykiska sjukdomar ofta mår relativt bra mellan episoderna. Dock förklarar kvinnorna att de upplever dessa perioder som en konstant väntan på att det kommer bli sämre igen. Bloggerskorna menar att när de mår lite bättre, är det endast kortvarigt för snart ändras det igen och de mår sämre. De beskriver hur detta alltid finns med i bakhuvudet på dem. Annas beskrivning av sitt mående när hon uttrycker en likgiltighet och nedstämdhet visar tydligt på symptom för depression. American Psychiatric Association

menar att depression kan uttrycka sig som just ett tillstånd med nedstämdhet och/eller minskat intresse eller glädje.

Även om kvinnorna ofta beskriver sitt mående vid tillfällen när de mår dåligt finns det också skildringar som visar upp en annan bild. Ett exempel på detta är i Claras blogg, hon skriver:

Vissa dagar är det verkligen supertungt, jag blir snabbt trött och andfådd, medan andra dagar flyger jag fram. Lätt som en fjäder.
Då äger jag jorden. Inga problem. (Clara)

När man läser igenom hennes blogg finns det färre inlägg som är skrivna när hon mår bra. I ett av Claras inlägg försöker Clara att suga åt sig och utsöndra positiva energier. Hon skriver:

Denna vecka (och även förra veckan) så har jag försökt att fokusera mycket mer på positiva energier. Att ge positiva energier, att få positiva energier, att ta upp positiva energier och stöta bort negativa energier. (Clara)

Även Erica skriver ett kortare inlägg om hennes vardag och avslutar inlägget med att skriva:

Annars då. Jo tack, det är bra. Livet rullar på. (Erica)

Erica skriver även i ett tidigare inlägg:

Jag har fått tillbaka min energi och livsglädje. Solen lyser, fåglarna kvittrar. Den äckliga vintern är över och det är nu jag mår som bäst.
Allting känns så enkelt med honom trots att allt är så svårt.

Dessa citat visar på en optimism. Det finns även fler beskrivningar hos bloggerna som talar om framtidsplaner och saker de vill åstadkomma. En av kvinnorna beskriver exempelvis en längtan efter barn och hur hon, så fort måendet tillåter, vill bli mamma. Detta visar på en bild som inte delas av det resultat Marcus, Westra, Eastwood och Barnes (2012) har sett genom sin undersökning. De beskriver hur alla bloggar de undersökt uttrycker en djup pessimism inför framtiden. Man kan dock se olika tidsförlopp och måendet under en viss

specifik period som förklaring till de olika resultaten. Exempelvis uttrycker alla kvinnorna i vår empiri pessimism vid vissa tillfällen när de mår mycket dåligt. Utifrån ett mer övergripande synsätt är dock inte de beskrivningarna representativa för deras mående och sinnestånd i stort.

Några av de unga bloggerna lägger mycket vikt i texterna kring sin problematik med självskadande beteende. Många av dem skriver att de har eller har haft allvarliga problem med självskadande beteende och att det antingen har blivit bättre eller att de just nu försöker bryta beteendet. Utifrån kvinnornas beskrivelser kan man se en koppling mellan deras psykiska ohälsa och deras självskadande beteende. Detta bekräftas av American Psychiatric Association (2012) som menar att personer som lider av dessa psykiska sjukdomar ofta har en samsjuklighet som tar sig uttryck i just självstämmande handlingar och självskadande beteende. Självskadande beteende menar Fjellman (2010) är ofta kopplat till psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Det är ett beteende som utvecklas för att hantera den psykiska smärtan menar Fjellman. Just dessa unga bloggerna har ett självskadande beteende som innebär antingen hudskärande eller/och överdoser av tabletter. Så här skriver Danni om sitt självskadande beteende som hon kämpar för att bli av med:

Ångesten håller på att döda mig.

Har sån jävla abstinens. Har sån lust att skära mig sönder och samman.

(Danni)

Många av bloggerna skriver att de har gjort flera självmordsförsök. Kvinnorna skriver ofta hur de tänker och fantiserar om döden, hur det skulle gå till och hur det skulle kännas, både för dem själva och för deras anhöriga. American Psychiatric Association (2012) beskriver att det i målgruppen även är vanligt med suicidiala gester och/eller suicidhot, suicidförsök och fullbordade suicider. Flera av kvinnorna har berättat att de vid ett flertal tillfällen har försökt ta sina egna liv och kvinnorna återkommer ofta till döden och hur de skulle uppleva om de dog. Fjellman (2010) beskriver att man får snabba, automatiska katastroftankar som avlöser varandra och att suicidhandlingen görs utifrån ett tillstånd av bottenlös förtvivlan där avsikten är att försvinna från medvetandet. Fjellman menar också att personer som lider av för mycket psykisk smärta gör vad som helst för att bli befriad från tillståndet, från hjälplösheten och hopplösheten. Danni skriver även om sina tankar om att få dö:

jag vill inte leva, jag vill inte leva, jag vill inte leva. Inte mer,
inte längre (Danni).

Som tidigare beskrivits förklarar kvinnorna att de inte vill att andra ska veta om deras diagnos på grund av stigmat kring det och de fördomar som följer med. Samtidigt ger Danni ett exempel på hur viktigt det är att man förklarar för människor i sin närhet hur situationen ser ut så de får möjligheten att hjälpa till:

Sen lugnade det ner sig lite så jag orkar resa mig upp och får gå och röka i fönstret, eller på franska balkongen.. men när jag bara stått där i någon minut kände jag att jag inte kunde lite [sic] på mig själv för fem öre, så jag ropar på steffie och ber henne hålla i mig så jag inte får för mig att hoppa.. Vore det inte för älskade Wifey så vet jag inte hur natten skulle kunnat ha slutat.. inte speciellt bra är jag säker på. (Danni)

När kvinnorna inte förklarar att de har en diagnos eller nivån av diagnos kan missförstånd lättare uppstå då ingen förståelse finns. Samtidigt är det just denna förståelse som kvinnorna beskriver att de saknar, gärna vill ha och behöver. Det blir motsägelsefullt då flera av kvinnorna inte delger sin situation och då inte låter deras anhöriga få chansen att stötta och hjälpa.

Ett genomgående tema i beskrivningarna av kvinnornas mående när de inte mår bra, när de upplever stark ångest eller depression är hur små och hjälplösa de känner sig. Bea uttrycker sig med följande ord:

När depressionen tar dig..

Då är man fan inte stor. (Bea)

Anna beskriver känsla på följande sätt:

Känslan av att vara så törstig men inte kunna dricka någon vätska.
Hungern det ger efter en hel dag av stress och press, men att ändå

inte vara förmögen att göra i ordning något att äta eller att ens få i sig en enda brödbit utan att få behålla det.

M a k t l ö s h e t e n kväver mig. (Anna)

Dessa känslor som kvinnorna delar beskrivs också i det resultat som Marcus, Westra, Eastwood och Barnes (2012) presenterar. Deltagarna i deras studie har beskrivit signifikanta känslor av att vara maktlösa utifrån sin psykiska ohälsa.

Slutdiskussion

Vårt syfte med detta examensarbete var att öka kunskapen om psykisk ohälsa genom att belysa samt skapa förståelse för hur unga kvinnor med diagnoserna Bipolär sjukdom och/eller Borderline personlighetsstörning, i text, beskriver sina livssituationer. Vi har under arbetets gång fått en bredare förståelse och en utökad kunskapsbank när det gäller hur livet kan se ut för dessa kvinnor. Vi har byggt vårt arbete på fem olika bloggar skrivna av just unga kvinnor med Borderline personlighetsstörning och/eller Bipolär sjukdom. Detta arbetsverktyg har gett oss en inblick i hur bloggerskorna beskriver att de lever sitt liv, hur de beskriver sitt mående, hur deras tankegång går om livet och allt som hör därtill. Eftersom det är just deras egna perspektiv och deras egna tankar och uppfattningar som var fokus för detta arbete valde vi bloggar som var skrivna av dem själva. Vi lade extra fokus på tre frågeställningar i vårt arbete: hur kvinnorna väljer att framställa sig själva i bloggarna utifrån sin psykiska ohälsa, hur de upplever sig bemötta av samhället utifrån sin psykiska ohälsa och deras tankar kring att bli diagnostiserade.

Hur väljer unga kvinnor med Borderline personlighetsstörning och/eller Bipolär sjukdom att framställa sig själva?

Vi har konstaterat att kvinnorna framställer sig själva i bloggarna med en negativ självbild och de är mycket självkritiska. De ser sig som bördor för sina närstående. De beskriver även en känsla av att stå utanför, en känsla av utanförskap och vi kan i enlighet med forskningen på området se att det finns kopplingar till både inre och yttre stigma och den kategorisering som stigmat medför. Det är även svårt att bortse från den komplexitet som konsekvensen av

diagnosen innebär det vill säga de symptom och svårigheter som är en del av sjukdomen. Kvinnorna uttrycker även en strävan efter normalisering; att vara som alla andra. De beskriver hur de lägger band på sig själva och sina känslor, spelar roller i syfte att hålla sig innanför ramen för normalitet. Detta kan vi både förstå utifrån en normalitetssträvan och teorierna om normalitet samt resonemang om teatermetafor och de roller vi alla spelar.

Vår reflektion kring detta är att ifall kvinnorna tydligare ser sig som en egen individ och stärker sin självbild, kan deras uppfattning av samhällets bemötande möjligen förbättras. Vi tror att det kan finnas en koppling mellan dessa två moment och att detta behöver belysas och diskuteras mycket mer än vad det gör i dagsläget. Kvinnorna upplever även att deras psykiska ohälsa är tabubelagd och att samhället därför inte vågar diskutera det i samma mån som andra sjukdomar. Detta är ett stort problem anser vi, då vi under arbetets gång insett mer och mer hur lite vi egentligen vet om psykiska sjukdomar som dessa och även hur lite det diskuteras.

Hur uppfattar unga kvinnor med Borderline personlighetsstörning och/eller Bipolär sjukdom att de blir bemötta av samhället?

Kvinnorna beskriver sig bemötta av samhället med oförståelse och diskriminering. De känner sig inte värdesatta. Det är väldigt tydligt i kvinnornas formuleringar och beskrivningar av situationer att de upplever det stigma, den kategorisering och stereotypifiering som finns kring människor med psykisk ohälsa. Kvinnorna upplever även att de blir sedda som sina psykiska sjukdomar, sina diagnoser istället för de individer de är. Det är intressant att se hur kvinnorna förhåller sig till detta i sina bloggar. Deras beskrivningar av situationer de varit med om ser vi som ett sätt att ge uttryck för hur illa de känner sig behandlade av samhället och samtidigt ett försök att ändra på det synsätt som de anser att samhället idag har. Kvinnorna uttrycker också att de inte känner sig bemötta som om de är värdiga bra vård och behandling. Utan att förminska deras känslor eller misstro deras upplevelser anser vi att man måste ta hänsyn till att det är just kvinnornas upplevelser. Deras utsagor visar inte hela sanningen utan beskriver situationer utifrån sina perspektiv.

Hur beskriver unga kvinnor med Borderline personlighetsstörning och/eller Bipolär sjukdom sina upplevelser av att bli diagnostiserade?

Kvinnorna upplever att det är tabubelagt att bli diagnostiserad, speciellt när det gäller psykiska sjukdomar. Detta kan vara en följd av att samhället inte har belyst denna problematik tillräckligt mycket och den okunskap som finns runt psykisk ohälsa. Bloggerskorna känner

samtidigt en viss lättnad över att en diagnos har blivit fastställd då de anser att det hjälper dem förstå sig själva bättre och att det ger en förklaring på varför de är som de är. Detta tror vi är viktigt eftersom kvinnorna beskriver hur ensamma och oförstådda de känner sig.

Att bli diagnostiserad borde underlätta för de drabbade och innebära ökade förutsättningar att få rätt hjälp. Med en diagnostisering och kunskap om dess innebörd bör sjukvårdens förmåga att möta individen på ett bra sätt öka. Det borde också innebära en upplevelse av att bli sedd och hörd på ett mer individuellt sätt än hittills och känslan av att man får professionell hjälp utifrån sina specifika behov. Att bli diagnostiserad kan även skapa en känsla av tillhörighet i någon form, vilket också kan vara bra för de drabbade, känslan av att inte vara ensam utan hitta personer med likvärdig problematik. Samtidigt är ju verkligheten inte vare sig svart eller vit och det finns det även svårigheter kopplade till att få en diagnos, något som vårt empiriska material vittnar om. I detta ligger en risk för såväl att man blir sin sjukdom och sjukdomsförklarar sin problematik och därmed förutsättningar att aktivt förändra sin situation och att man påverkas av samhällets på många sätt stigmatiserande syn. Samtidigt tänker vi att man framförallt ser att diagnosen kan skapa en egen förståelse för sin situation, en större förståelse för sig själva och att man därmed kan hantera sin sjukdom och sin vardag på ett lättare sätt.

Hur beskriver kvinnorna sitt mående utifrån diagnoserna Borderline personlighetsstörning och/eller Bipolär?

Kvinnornas beskrivningar av sitt mående visar på mycket lidande. Många textstycken målar upp en bild av att kvinnorna mår mycket, mycket dåligt. De lider av stark ångest och går ofta in i djupa depressioner. Detta leder i sin tur till att flera av dem uttrycker suicidtankar och vissa av dem har till och med gjort flera suicidförsök. Konsekvenserna av deras sjukdom har alltså en stor inverkan på deras liv och vardag. Därför behöver dessa unga kvinnor och alla andra som lider av någon form av psykisk ohälsa mycket stöd och hjälp i vardagslivet.

Ovan beskrivna sammanfattning av kvinnornas mående är korrekta, det är de resultat vi kommit fram till och det stämmer även överens med de beskrivningar som forskningen ger kring människor med Bipolär sjukdom och Borderline personlighetsstörning. Samtidigt är det viktigaste resultatet för oss gällande kvinnornas mående de individuella och personliga beskrivningarna av hur de upplever och blir påverkade av ångest, depression, suicidtankar, mani med mera. Dessa är svåra att bryta isär och få ned på papper men det är där man kan finna den verkliga förståelsen. Genom deras röster blir all information om deras diagnoser något mer än bara torr fakta.

Vi ser att värdet av att få en sådan djup inblick i hur livet kan se ut hos personer som lider av Borderline personlighetsstörning och/eller Bipolär sjukdom, är mycket relevant för socionomyrket och alla andra yrken som involverar arbete med människor. Detta ger oss en förståelse för hur viktigt det är att se varje klient som den individ de är och inte låta sig styras av sina förutfattade meningar och viljan av att kategorisera. Genom detta kan vi bryta den verklighet som kvinnorna upplever existerar idag med att samhället och vården i många fall inte behandlar dem acceptabelt. Genom att vi får en större förståelse för hur individerna mår, skapas en tydligare bild av vilka de är, vilket kan underlätta att vi ser individen bakom diagnosen istället för att bara se diagnosen hos den drabbade. Detta kan i sin tur hjälpa att hitta en individanpassad behandling åt klienten som i sin tur kan dra mer nytta av behandlingen och får den bästa tänkbara chansen till att få leva ett så normalt liv som möjligt. Vi anser att alla dessa olika komponenter hör ihop, och att mycket kan förändras, utvecklas och förbättras genom att vi belyser psykiska sjukdomar mycket mer än vi gör idag. Det kräver mer forskning och kunskap kring området men framförallt att man tar tillvara på den forskning som finns. Med kunskapen om psykisk ohälsa är det viktigt att vi arbetar för att förändra de attityder och förutfattade meningar som finns kring människor drabbade av psykisk ohälsa. Detta innefattar inte bara vårdssammanhang utan behövs i samhället i stort och skulle kunna göra stor skillnad för en stor samling människor.

Enligt Goffman (2000) har människan som social varelse alltid olika sätt att "presentera" sig i olika sammanhang. Utifrån detta perspektiv är det därför viktigt att reflektera över varför kvinnorna framställer sig på de sätt de gör. Som vi uppfattar det finns det samma dubbelhet hos kvinnor som samhället i övrigt. De vill framstå som tydliga individer och inte vara sin sjukdom, samtidigt som de stundtals kan uppfattas som mycket fokuserade på sin sjukdom och dela den bild av psykisk ohälsa som ofta framställs i olika samhällsforum. Detta ser vi i grunden som väldigt naturligt eftersom de är en del av det samhälle de lever i och därmed inte helt fria från fördomar om psykisk ohälsa. Kvinnorna visar även själva på just hur de bär på olika fördomar. Clara beskriver exempelvis hur hon känner sig sedd som en missbrukare när hon skulle hämta ut Sobril på apoteket. Hon menar då att hon blir "knarkstämplad". Detta tyder på egna tankar och förutfattade meningar om människor som missbrukar. Det finns alltså referenser som kvinnorna identifierar sig med och andra de tar avstånd ifrån.

Man kan göra antagandet att kvinnornas beskrivningar i sina bloggar förhåller sig till de reaktioner de vill och förväntar sig få från sin publik. Ett rimligt antagande är att kvinnorna är

medvetna om de stereotyper som finns riktade mot gruppen som lider av psykisk ohälsa. Kan man utifrån denna utgångspunkt säga att vi fångat deras verklighet? Nej, vi har fångat den bild av deras verklighet som de väljer att måla upp.

Intressanta ingångar till fortsatta studier

Under arbetets gång har vi även förstått hur stor betydelse bloggarna har för kvinnorna som skapat dem. Det är ett sätt att uttrycka känslor och tankar de annars måste bära inom sig. Det är även ett sätt för dem att dela med sig av sina upplevelser och erfarenheter till människor som läser dem. Detta är något som vi även anser är betydelsefullt för personer som arbetar med människor i socialt arbete eller inom sjukvården. Genom att delge sina känslor och unika beskrivningar av sin vardag med psykisk ohälsa ger det en inblick i deras sjukdomsmönster som vi som yrkessamma annars har svårt att få. Bilden vi får är den bild, i vårt fall, kvinnorna vill måla upp, deras beskrivningar av vilka de är som individer och hur deras psykiska ohälsa tar sig uttryck i deras liv. Genom att ta del av detta får vi en större förståelse för dem som människor och kan även bemöta och förstå dem på ett bättre sätt i våra yrkesroller. Genom att delge sina livsberättelser på nätet ger kvinnorna även andra med liknande eller samma problematik ord att känna igen sig i. Det kan ses som ett forum för människor att finna stöd och förståelse i, likt en föreningsgrupp men med mindre risk för stigmatisering utifrån tillhörighet. I arbete med målgruppen anser vi därför att man borde använda bloggar som ett verktyg i socialt arbete och arbete inom vården. Bloggar, som de vi i detta arbete använt oss av, borde ses som en del i den litteratur man, likt studier av kända forskare, utifrån sin yrkesroll tar del av. Med detta som bakgrund anser vi att det hade varit intressant att forska vidare kring bloggar och hur de används inom socialt arbete både som arbets- och behandlingsverktyg. Vi hade även tyckt att det vore mycket intressant ifall man kunde göra en studie kring vårdpersonalens upplevelser av att arbeta med personer med Borderline personlighetsstörning och/eller Bipolär sjukdom. Detta för att få ett annat perspektiv och i sin tur kunna förstå kvinnorna bättre. Man hade kunnat göra intervjuer med läkare och vårdpersonal för att se hur deras tankar om sjukdomarna ser ut och hur deras uppfattning är av människor som lider av Borderline personlighetsstörning och/eller Bipolär sjukdom.

Slutord

Avslutningsvis vill vi förmedla att detta arbete har varit mycket givande och gett oss insikter om psykiska sjukdomar och dess påverkan på människor som lider av det. Arbetet har även hjälpt oss att se individerna bakom och ge ansikten till diagnoser som annars lätt kan kopplas till fördomar och leder till diskriminering. Detta är något som vi kommer ta med oss in i våra framtida roller som yrkesverksamma inom socialt arbete men även i vår vardag. Fördomarna kring psykisk ohälsa kan bara försvinna genom kunskap, kunskap som vi nu i en större utsträckning besitter och förhoppningsvis även ni som tagit del av detta arbete.

Referenser

- Abdullah, Tahirah & Tamara Brown (2011) Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 31, 6, 934-948.
- Ahrne, Göran & Peter Svensson (2011) "Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap" I Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Liber AB
- Alexandersson, Mikael (1996) "Den fenomenografiska forskningens fokus". I Starrin, Bengt & Svensson, Per-Gunnar (red.) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Studentlitteratur, Lund.
- American Psychiatric Association (2012) *Mini-D IV, Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim Press
- Aromaa, Esa, Asko Tolvanen, Jyriki Tuulari & Kristian Wahlbeck (2010) Attitudes towards people with mental disorders: the psychometric characteristics of a Finnish questionnaire. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 45, 2, 265-273.
- Aromaa, Esa, Asko Tolvanen, Jyriki Tuulari & Kristian Wahlbeck (2011) Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 2, 125-132.
- Becker, Howard (2006) *Utanför - avvikade sociologi*. Lund: Arkiv förlag.
- Bergström, Göran & Kristina Boréus (2000) *Textens mening och makt - metodbok i samhällsvetenskaplig textanalys*. Studentlitteratur Lund.
- Boréus, Kristina (2011) "Texter i vardag och samhälle" I Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber AB
- Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB
- Bronstein, Jenny (2013) Personal blogs as online presences on the internet, *Aslib Proceedings: New Information Perspectives*, 65, 2, 161 - 181.

Corrigan, Patrick (2004) How Stigma Interferes With Mental Health Care. *The American Psychological Association*, 59, 7, 614-625.

Fjellman, Lars (2010) *Självskadande och suicidalt beteende hos ungdomar*. Stockholm: Liber AB

Folkhälsomyndigheten (2014) *Folkhälsan i Sverige*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Goffman, Erving (2009) *Stigma- Den avvikandes roll och identitet*. Nordstedts Förlagsgrupp AB

Goffman, Erving (2011) *Stigma- Den avvikandes roll och identitet*. Nordstedts Förlagsgrupp AB

Goffman, Erving (2000) *Jaget och maskerna: en studie i vardagslivets dramatik*. fjärde upplagan. Prisma Stockholm

Heilferty, Catherine (2014) Toward a theory of online communication in illness: concept analysis of illness blogs. *Health Communication*, 29, 1, 2014.

Jönson, Håkan (2010) *Sociala problem som perspektiv. En ansats för forskning och socialt arbete*. Malmö: Liber AB

Kalman, Hildur & Veronica Lövgren (2012) *Etiska dilemman*. Malmö: Gleerups Utbildning AB

Keim-Malpass, Jessica & Richard Steeves (2012) Talking with death at a diner: Young women's online narratives of cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39, 4, 373-37.

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

Lundin, Lennart & Mellgren, Zophia (2013) Psykiska funktionshinder: Stöd och hjälp vid kognitiva funktionsnedsättningar. Lund: Studentlitteratur AB

Marcus, MA, HA Westra, JD Eastwood & KL Barnes (2012) What are young adults saying about mental health? An analysis of Internet blogs. *Journal Of Medical Internet Research*, vol. 14, issue 1.

Mizock, Lauren & Zlatka Russinova (2015) Intersectional stigma and the acceptance process of women with mental illness. *Women & Therapy*, 38, 1-2, 14-30.

Ohlsson, Robert (2011) "Diagnosens roll i vardagligt meningsskapande -om psykisk ohälsa". I Drakos, Georg & Hydén, Lars-Christer (red.). *Diagnos & identitet*. Gothia Förlag.

Socialstyrelsen. (2013) Psykisk ohälsa bland unga. Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2013

Pescosolido, Bernice, Jack Martin, Annie Lang & Sigrun Olafsdottir (2008) Rethinking theoretical approaches to stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma. *Social Science & Medicine*, 67, 431–440

Socialstyrelsen (2003) *Brukarmedverkan i socialtjänstens kunskapsutveckling*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2003) *Att ge ordet och lämna plats -Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård*. Stockholm: Socialstyrelsen

Svensson, Kerstin (2003) "Normer, normalitet och normalisering" I Svensson, Kerstin (red.) *Norm och normalitet i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur AB

Tideman, Magnus (2004). *Den stora utmaningen - om att se olikhet som resurs i skolan*. Högskolan i Halmstad och Malmö Högskola.

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet.