



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

“Man tror att de som lider av psykisk ohälsa är lite konstiga – men det är ju inte så”

En kvalitativ studie om ungdomars uppfattning och resonemang om psykisk ohälsa

Amanda Ricketts & Tilda Persson

Kandidatuppsats SOPA63
HT18
Handledare: Nataliya Thell

Abstract

Authors: Amanda Ricketts & Tilda Persson

Title: *“One might think people with mental illness are a little weird, but that’s not the case.” A qualitative study of young people's perception and reasoning of mental illness.* [Translated title]

Supervisor: Nataliya Thell

Assessor: Lotta Jägervi

The aim of this study was to gain increased knowledge about young people's understanding and reasoning of mental illness. Eight 18-year olds in their last year of upper secondary school were interviewed individually. The interviews were transcribed and analysed using a theoretical framework composed of Goffman's performance and stigma theory, concepts of social norms and gender roles. The study showed that young people receive limited knowledge from school and family, while social media takes a central role in exposing young people to the knowledge they seek. Mental illness exposure in social media gives people with own experiences of mental illness a platform to speak up. The respondents also show that their understanding of mental illness is connected to knowledge about diagnoses, such as depression and/or anxiety disorder. In respondents' narratives there is a tendency to differentiate “real” from “pretend” mental illness. All respondents were also able to recognize that gender roles have an impact on mental health issues, such as masculinity norms impeding men from seeking help. Respondents are therefore aware of the consequences that come with gender roles and show signs of not agreeing with the status-quo that gender roles bring.

Keywords: mental illness, adolescents, performance, stigma, social norms, gender roles.

Förord

Vi vill tacka gymnasieskolan i Helsingborg som välkomnade oss, ni var den enda skolan som öppnade sina dörrar för oss. Tack till den engagerade läraren vi kom i kontakt med som gav oss möjligheten att presentera vår idé för sina elever och som därmed gjorde den här uppsatsen möjlig.

Främst vill vi tacka alla respondenter som ställde upp och delade sina kloka tankar med oss, det är ni som är hjärtat av den här uppsatsen. Tack till PART och alla fantastiska medarbetare som har bidragit med välbehövda samtal på vägen och till John som har stått ut med att läsa inledningen ett par gånger för mycket. Slutligen tack till vår handledare Nataliya som har gett oss värdefull feedback under uppsatsens gång.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Syfte och frågeställningar.....	3
1.2 Arbetsfördelning.....	3
2. Kunskapsläge	4
2.1 Litteratursökning.....	4
2.2 Tidigare forskning.....	4
2.2.1 Psykisk ohälsa.....	5
2.2.2 Mental health literacy.....	7
2.2.3 Genus och psykisk ohälsa.....	8
3. Teoretiska utgångspunkter	11
3.1 Sociala normer och psykisk ohälsa.....	11
3.2 Stigma.....	12
3.3 Könsnormer.....	12
3.4 Framträdande i social interaktion.....	13
4. Metod	14
4.1 Metodologiska överväganden.....	14
4.2 Urval.....	15
4.3 Genomförandet av intervjuer och transkribering.....	16
4.4 Kodning och genomförande av analys.....	17
4.5 Äkthet och tillförlitlighet.....	17
4.6 Forskningsetiska överväganden.....	18
5. Resultat och analys	20
5.1 Psykisk ohälsa som diagnos.....	20
5.2 Avstigmatisering av psykisk ohälsa.....	22
5.3 Psykisk ohälsa "på riktigt".....	25
5.4 Sociala mediers framträdande roll.....	27
5.5 Föreställningar utifrån könsroller.....	31
6. Avslutande diskussion	34
6.1 Resultat.....	34
6.2 Begränsningar och förtjänster.....	37
6.3 Vidare forskning.....	37
Referenslista	39
Bilagor	42
Bilaga 1 - Semistrukturerad intervjuguide.....	42
Bilaga 2 - Information till deltagare om intervju till C-uppsats.....	44
Bilaga 3 - Samtyckesblad.....	45
Bilaga 4 - Mejlkontakt med skolor.....	46
Bilaga 5 - Kodningsexempel frågeställning.....	47
Bilaga 6 - Kodningsexempel teori.....	48

1. Inledning

Psykisk ohälsa är idag omtalat i samhället men också i olika verksamheter där socionomer är yrkesverksamma. En enhet som idag arbetar med psykisk ohälsa är PART (Preventivt arbete Tillsammans) i Helsingborgs stad, Landskrona stad och Region Skåne, då de under 2017 fick i specialuppdrag från sin politiska styrgrupp att arbeta med det. Under paraplyprojektet PSHOUT (psykisk ohälsa bland unga tjejer) har PART startat olika delprojekt med avsikt att förebygga psykisk ohälsa. Bland annat genom delprojekt som JagéGo har PART genomfört workshops där de fick möjlighet att prata med elever i årskurs nio i tre olika skolor. Eleverna självskattade sin psykiska hälsa samt förde samtal på gruppnivå, och där blev det tydligt att det fanns låg kunskap om psykisk ohälsa. En stor inspiration till den här uppsatsen är därför resultatet från den workshopen, där vårt intresse om att fördjupa kunskapen kring ungdomars uppfattningar och förståelse för psykisk ohälsa uppstod.

Idag finns hashtags som "vågaberätta" på Twitter som startades av tidningen Expressen för att belysa människors kamp med psykisk ohälsa. Med hjälp av tweets berättar olika människor om sina upplevelser av psykisk ohälsa och på så sätt hjälper de till att öka kunskap kring problematiken. Vidare kan en snabb sökning på Google leda till tusentals resultat om psykisk ohälsa, men främst rapporter om ökningen som har skett snabbt på kort tid (Folkhälsomyndigheten 2018a; 2018b; Berlin & Salmi 2017; Salmi et al. 2013, m.fl.). I den senaste rapporten om psykisk ohälsa från Socialstyrelsen (Berlin & Salmi 2017) framkommer det att psykisk ohälsa bland ungdomar har ökat mer i Sverige under de senaste 20 åren än i andra nordiska länder. I rapporten framkommer det att det har skett en generell ökning, där psykisk ohälsa är vanligare hos barn och unga som lever i svåra psykosociala miljöer men ökningen går att se i hela ungdomspopulationen (ibid.). Ökningen är 10% bland killar (92 500 individer) och 15% bland tjejer (97 600 individer). Då den här ökningen av psykisk ohälsa bland unga är ett nytt fenomen finns det begränsad forskning kring vad det är som har lett till det. Socialstyrelsen påpekar däremot att det finns olika antaganden kring varför det har skett en ökning, såsom den höga arbetslösheten bland unga vuxna och individualiseringens konsekvenser (Berlin & Salmi 2017).

Studier om MHL (mental health literacy) i övriga delar av världen visar att ungdomar har en låg MHL (Byrne, Swords & Nixon 2015; Coles et al. 2016 m.fl.). MHL är ett koncept som används för att mäta bland annat kunskap om psykisk ohälsa och stigmatiseringsgrad i relation till den. I Sverige bryts inte heller trenden om låg kunskap då en MHL-studie genomförts på ungdomar på en skola i Stockholmsområdet, där eleverna också har uppvisat låg kunskap (Melas et al. 2013). Vidare visade studien att tjejer skulle hjälpa någon med schizofreni eller depression i större utsträckning än killar och att tjejer var bättre på att identifiera depression än killar (Melas et al. 2013).

Som nämnts tidigare ökar psykisk ohälsa mer hos unga tjejer än hos unga killar (Berlin & Salmi 2017). Dock visar det sig att män är mindre benägna att söka hjälp för psykisk ohälsa än tjejer (Calear et al. 2017). I Australien visar statistik att i åldrarna mellan 16–25 år söker 31% av tjejer hjälp på grund av psykisk ohälsa medan bara 13% av killar gör det. Killar är dessutom tre gånger mer benägna att begå självmord än tjejer, samt att självmord är den främsta dödsorsaken för män i den åldersgruppen. När vi tittar på svensk statistik kan vi även här se att män begår självmord i större utsträckning än kvinnor, där 841 män år 2017 dött på grund av osäkra eller säkra självmord jämfört med 350 kvinnor inom samma kategorier (Socialstyrelsen 2018). Tjejer visar däremot en högre grad av psykisk ohälsa relaterat till stress och känslor av att inte vara tillräckliga (Strömbäck et al. 2014; Wiklund et al. 2012). Vi ser därför att psykisk ohälsa är ett problem som finns inom de binära könskategorierna fast ter sig olika. Skillnader gör att det behövs mer kunskap hos yrkesverksamma om kvinnors förväntningar i den könade kontexten (Strömbäck et al. 2014). Detta är något som även behöver appliceras på killars problematik, eftersom specialkunskaper behövs om hur könsnormer påverkar killar och därmed förändra hur interventioner bör se ut för den gruppen (Calear et al. 2017).

Därför är det viktigt att det pågår implementering av program som YAM (Youth aware of mental health) i olika delar av Sverige. YAM arbetar bland annat med att öka kunskap om psykisk ohälsa (Wasserman et al. 2018; Karolinska Institutet 2015; PART 2018). YAM är evidensbaserat och i samband med det intervjuades ungdomar som medverkade i programmet. Resultatet av studien visade att det bör göras fler djupare undersökningar där unga personers egna upplevelser kommer fram, då alla har unika upplevelser av psykisk ohälsa och detta är av ytterst

vikt för utformandet av interventionsprogram (Wasserman et al. 2018). I en studie där vinjetter användes och innehöll unga personers berättelser om sina erfarenheter av psykisk ohälsa samt deras behandling, kunde man se att elevers uppfattningar om psykisk ohälsa förändrades (Ke et al. 2015). Vinjetterna påverkade ungdomarna på så sätt att det ledde till en minskning av stigmatisering gentemot personer med psykisk ohälsa (ibid.). Norman et al. (2008) benämner i sin tur stigmatisering kring psykisk ohälsa som den största utmaningen inom ämnet, vilket ytterligare stödjer det viktiga i att öka kunskap kring ämnet.

Som tidigare redogjorts för visar forskning att ungdomar har låg kunskap om psykisk ohälsa och därför anser vi att det är viktigt att belysa vilka kunskaper ungdomar besitter utifrån deras uppfattning och resonemang. Det saknas även kunskap om hur ungdomar resonerar om och uppfattar psykisk ohälsa och könsnormer, samt hur stigmatisering av psykisk ohälsa framkommer utifrån deras uppfattning och resonemang. Konsekvenser av psykisk ohälsa går att hitta i alla områden där socionomer är yrkesverksamma. Vi anser att det är viktigt att lyfta och undersöka problematiken ur ungdomars perspektiv eftersom vi inte kan veta något om deras uppfattning om de inte tillfrågas direkt. För att vidare kunna utveckla strategier som fungerar måste vi utgå från målgruppens perspektiv.

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att genom intervjuer med ungdomar på gymnasiet få fördjupad kunskap om deras uppfattningar och förståelse kring psykisk ohälsa och könsnormer. Syftet konkretiseras i följande frågeställningar:

1. Hur uppfattar och resonerar ungdomar om psykisk ohälsa?
2. Var får ungdomar sina uppfattningar och sin förståelse av psykisk ohälsa ifrån?
3. Hur resonerar ungdomar om psykisk ohälsa i relation till könsnormer?

1.2 Arbetsfördelning

Uppsatsskrivningen delades upp och vi ansvarade över olika avsnitt som senare bearbetades ihop. Ansvaret skiftade över olika områden i uppsatsen för att hela tiden arbeta med olika delar. Vi ansåg att det var viktigt att få ner text i en bra takt

vilket görs mest effektivt genom uppdelning. Ansvarsrotationen av de olika avsnitten skapade en enhetlig bild samt kontinuerlig språkhantering. Genomgång av forskning och litteratur gjordes i samma utsträckning av båda parter för att vidare ha en gemensam förståelse av arbetet. Även intervjuerna genomfördes gemensamt, där huvudansvaret delades jämnt mellan båda parter genom att den som höll i intervjun skiftades för varannan intervju. Personen som inte hade huvudansvaret under intervjun fick föra anteckningar och fånga upp frågor som var intressanta att ställa när det fanns utrymme för det. Transkriberingen delades upp jämnt mellan parterna och utfördes var för sig. Kodning, analys och avslutande diskussion genomfördes gemensamt.

2. Kunskapsläge

2.1 Litteratursökning

Relevant forskning i form av vetenskapliga artiklar, monografier, antologier, doktorsavhandlingar och rapporter hittades genom sökmotorerna Lubsearch, Lubcat, Libris och Google Scholar. Använda sökord: psykisk ohälsa, psykisk hälsa, mental health, mental illness, skola, school*, Sweden, gender theory, normalization, teen*, adolescents, genus, kön, män, men and mental health literacy, women and mental health. Utöver den initiala sökningen via sökmotorer har ytterligare relevant forskning och litteratur hittats genom referenser från doktorsavhandlingar, böcker och vetenskapliga artiklar som ansetts vara relevanta för den här studien.

2.2 Tidigare forskning

I första delen av det här avsnittet redogörs det för rapporter om hur ungdomars psykiska ohälsa ser ut i Sverige. Flera rapporter som har kommit ut de senaste åren har kartlagt måendet hos barn och unga i relation till både självskattad psykisk ohälsa och diagnoser. Andra avsnittet handlar om MHL (mental health literacy) samt interventionsprogram eller insatser. Vidare undersökningar inom ämnet visade att psykisk ohälsa skiljer sig mellan killar och tjejer, därför avslutas avsnittet

med en genomgång av psykisk ohälsa och genus som ger en fördjupad bild av hur psykisk ohälsa ter sig hos tjejer och killar i relation till könsnormer.

2.2.1 Psykisk ohälsa

Mellan 1600- och 1700-talet förändrades synen på psykisk ohälsa. Tidigare ansågs psykisk ohälsa endast vara galenskap men blev sedan medikaliserat (Rogers & Pilgrim 2014). Detta innebar en förändring som gjorde att människor som uppfattades som galna av sin omgivning istället led av en medicinsk åkomma (ibid.). Det som är anmärkningsvärt idag är att psykisk ohälsa bland unga har ökat mer i Sverige än i övriga nordiska länder under de senaste 20 åren och det är oklart vad det beror på (Berlin & Salmi 2017). Något som framgår i Socialstyrelsens senaste rapport är dock att det är en generell ökning och att det beror på något som berör samtliga barn och unga, såsom skolgång, inträde till vuxenlivet och arbetsmarknadsrelaterade frågor. Rapporten visar även att depression och ångestsyndrom är de diagnoser som bidrar mest till ökningen av psykisk ohälsa (ibid.).

Individer som uppgav att de led av svåra psykiska besvär hade oftare bara en grundskoleutbildning vid 29 års ålder, vilket skiljer sig från de som uppgav att de inte hade några besvär (Salmi et al. 2013). De som i ung ålder uppgett upplevda psykiska besvär hade även blivit föräldrar i mindre utsträckning vid 35 års ålder jämfört med de som inte hade upplevt psykiska besvär. För någon som har lidit av psykiska besvär i ung ålder fanns även en högre risk att i vuxen ålder vara beroende av andra inkomstkällor än förvärvsarbete, såsom sjukpenning eller ekonomiskt bistånd (ibid.). Rapporten från Socialstyrelsen (ibid.) gjordes som uppföljning på ungdomar som i åldern 16–21 hade uppgett besvär som ångest, oro och ångslan för att se hur det kunde påverka till exempel utbildningsnivå, föräldraskap och ekonomisk situation i framtiden.

Folkhälsomyndigheten (2018a) har arbetat med att kartlägga barn och ungas hälsovanor sedan 1985. Att kartlägga barn och ungas hälsovanor är ett projekt som drivs internationellt av världsorganisationen (WHO). I undersökningen som genomfördes 2017/2018 har fyra nordiska länder valt att lägga till fyra nya frågor och instrument som mäter olika dimensioner av psykisk ohälsa hos barn och unga (ibid.). Eftersom Folkhälsomyndighetens (2018a) uppdrag är att arbeta med frågor som rör psykisk hälsa, psykisk ohälsa och suicidprevention, arbetar

Folkhälsomyndigheten ständigt med nya rapporter. I Folkhälsomyndighetens (2018b) senaste litteratursammanställning har de försökt kartlägga varför psykisk ohälsa bland unga har ökat de senaste åren. De har undersökt problematiken ur följande faktorer: faktorer inom familjen, familjens socioekonomiska förutsättningar, skolan och lärande, och övergripande samhällsförändringar. När det gäller faktorer inom familjen så hävdar Folkhälsomyndigheten (2018b) att dessa inte verkar ha haft någon påverkan på ökningen av barn och ungas psykiska ohälsa. När det gäller skolan som faktor finns det indikatorer som påvisar att den troligtvis har haft en påverkan på barn och ungas psykiska ohälsa, samma gäller förändringar på arbetsmarknaden. Det är oklart om användning av sociala medier har haft en påverkan (ibid.). I slutsatsen lyfter Folkhälsomyndigheten (2018b) därför skolan som en viktig aktör i förbättringen av barn och ungas psykiska hälsa och att skolan överlag behöver stärkas, då en jämlik skola och goda skolresultat skulle stärka barns förutsättningar och hälsa överlag.

Inga mer specifika åtgärder lyfts upp i rapporterna, dock har det genomförts studier som visar att en ökning av kunskap kan påverka hur personer uppfattar och hanterar psykisk ohälsa. Kanadensiska läkarstudenter undersökte gymnasieungdomars grad av stigmatisering kring psykisk ohälsa och hur den kunde påverkas (Ke et al. 2015). Undersökningen gjordes genom att ungdomarna fick delta i en timmes workshop där information gavs om olika psykiska diagnoser. Workshopen visade vinjetter där personer som upplevt psykisk ohälsa och fått en egen diagnos samt genomgått behandling för den pratar om det. Studien visade att ungdomarna efter att ha sett vinjetterna påvisade en mindre stigmatiserande syn på psykisk ohälsa (ibid.). Jorm (2011) påpekar vidare att kunskap om symptom för olika diagnoser som depression eller ångest kan göra att man söker hjälp på ett annat sätt inom vården. Jorm (ibid.) menar att om individer kan känna igen sina psykiska symptom gör det att individen pratar med sin läkare på ett sätt som framhäver att hjälp söks utifrån ett psykiskt besvär, vilket i sin tur leder till att psykiska besvär upptäcks i högre utsträckning. Jorm (2011) menar slutligen att en befolkning med hög MHL behövs, då det finns fler människor med psykisk ohälsa än professionella som kan behandla det. Högre kunskap skulle leda till bättre självhjälp, tidigare interventioner och stöd från nätverk (ibid.). I Sverige har stigmatisering och diskriminering av människor med psykisk ohälsa varit vanligt och en faktor som hämmat hjälpsökande (Hansson, Stjernswärd & Svensson 2016). I en undersökning

där 200 studenter tillfrågats om åsikter om personer med psykisk ohälsa framgick det att sociala normer spelade en stor roll i vilket avståndstagande från psykiskt sjuka respondenterna gjorde (Norman et al. 2008).

2.2.2 Mental health literacy

MHL (mental health literacy) kommer från ett redan tidigare etablerat begrepp som kallas för HL (health literacy) (Kutcher et al. 2016). Utifrån HL utvecklade Jorm (2000) MHL vilket är ett begrepp som innebär kunskap och övertygelser om psykiska sjukdomar. MHL kan bidra till identifiering av psykiska problem samt hur de ska behandlas och förebyggas (Jorm 2000). Tidigare hade MHL endast följande komponenter: förmågan att känna igen diagnoser och andra former av psykisk ohälsa, kunskap om vad som kan vara riskfaktorer, kunskap om hur hjälp kan ges i form av egen hjälp eller professionell hjälp samt attityder som kan bidra till identifikation och hjälpsökande (ibid.). Idag har definitionen av MHL breddats till följande: att förstå hur man får och upprätthåller positiv mental hälsa, att förstå mentala sjukdomar och behandlingar, att reducera stigma relaterat till psykisk ohälsa och att förbättra effekten av hjälpsökande (ibid.).

I svensk kontext har det gjorts en undersökning om MHL bland ungdomar. Studien genomfördes i Stockholmsområdet och kartlägger ungdomar i en skola (Melas et al. 2013). Studien visade att ungdomar i den skolan hade en låg MHL, vilket tyder på bristande kunskap om olika problem relaterat till psykisk ohälsa. Studien visade även att många ungdomar hade en stigmatiserande syn på personer med psykisk ohälsa och beskrev de som konstiga och att de inte skulle vilja vara deras vän (Melas et al. 2013). Däremot har en större studie som har kartlagt hela populationens MHL gjorts i samband med en utvärdering av nationella anti-stigma kampanjer (Hansson, Stjernswärd & Svensson 2016). Mellan 2010 och 2014 pågick flera program runt om i landet (men också internationellt) för att minska stigma kring psykisk ohälsa. Studien visade att MHL hade förbättrats hos befolkningen och att programmen hjälpte till att sänka stigmatiseringsgraden kring psykisk ohälsa hos befolkningen redan efter första året (ibid.).

I en internationell kontext finns det flera undersökningar som kartlägger unga personers MHL och där har det även framkommit att det finns en skillnad i MHL mellan tjejer och killar, exempelvis i en studie från Irland och en från USA (Byrne, Swords & Nixon 2015; Coles et al. 2016). Studierna utgick från ett frågeformulär

utformat av Burns & Rapee (2006) som beskriver fiktiva fall där ungdomar får ta ställning till vad som är fel på en person och vad för slags behandling som borde ges. I den irländska studien (Byrne, Swords & Nixon 2015) var två av fem fall utformade enligt kriterier från DSM-5 för depression och det visade sig att 51,34% av ungdomarna som deltog i studien kunde identifiera depression i ett av fallen och 32,62% i den andra. Det gick även att se att ungdomarna uttryckte mer oro gentemot de deprimerade personerna och att tjejer i högre grad än pojkar visade oro (ibid.). Även den amerikanska studien visade att tjejer hade högre MHL än killar och resultatet visade att båda grupperna hade lättare att identifiera depression än social ångest (Coles et al. 2016).

Skillnaden i MHL mellan kvinnor och män behandlas även i Cotton et al. (2006) där respondenterna fick lyssna på fiktiva fall om personer som visade tecken på psykisk ohälsa och sedan ta ställning till vad de trodde var fel på personen samt vad för slags behandling som skulle vara lämplig. Både kvinnor och män kunde lättare identifiera depression än psykos (ibid.). Det fanns dock skillnader i svaren, där kvinnor i högre grad svarade att vitaminer, mineraler och naturläkemedel kunde vara bra behandling medan männen i högre grad svarade att sömntabletter och lugnande medel kunde vara till hjälp. Män angav också i högre grad att alkohol kunde vara till hjälp för att behandla depression (ibid.).

De studier som har redogjorts för i det här avsnittet visar på att det finns låg kunskap hos ungdomar och befolkningen i stort om frågor som rör psykisk ohälsa. För att psykisk ohälsa ska bli mindre stigmatiserat och för att individer ska vara mer benägna att söka hjälp för psykisk ohälsa är det av vikt att höja kunskapsnivån.

2.2.3 Genus och psykisk ohälsa

Inom litteraturen finns det uppfattningen om att det finns diagnoser som är mer eller mindre förekommande hos ett visst kön (Rogers & Pilgrim 2014). Att tjejer har högre självskattad psykisk ohälsa är något som även syns i rapporterna vi tidigare har presenterat från Socialstyrelsen (Berlin & Salmi 2017; Salmi et al. 2013). Det finns en tydlig uppdelning i vilka diagnoser som förekommer hos respektive kön. Schizofreni och bipolär sjukdom är exempel på diagnoser som förekommer hos både män och kvinnor, men postpartum psykos och postnatal depression förekommer oftast hos kvinnor (Rogers & Pilgrim 2014). Andra diagnoser som diagnostiseras övervägande till kvinnor är anorexia nervosa och bulimi nervosa

medan diagnoser som diagnosticeras övervägande hos män är antisocial personlighetsstörning (ibid.).

Vidare finns det diagnoser där det är större sannolikhet att det hittas i ett specifikt kön. Olika ångestdiagnoser, depression och PTSD förekommer oftast hos kvinnor medan substansmissbruk oftast förekommer hos män (ibid.). Att det ser ut på det viset kan bero på många saker och statistiken gäller för både Nordamerika och Europa. Det skiljer sig i andra delar av världen vilka sjukdomar som är överrepresenterade i ett visst kön (Rogers & Pilgrim 2014). I forskningen finns det tre förklaringar på vad det är som leder till en överrepresentation av kvinnor i statistiken: sociala orsaker, att mättningsinstrumenten är felaktiga eller är kvinnligt kodade (att kvinnor oftare blir kategoriserade som psykiskt sjuka än män på grund av föreställningar om kvinnor) (ibid.).

Rogers & Pilgrim (2014) beskriver att tillståndet i hjälpsökandet mellan könen inte endast påverkas av kön utan även av de sociala normer som råder i relation till kön. Det finns en föreställning om att kvinnor har lättare att prata om sina problem än män och därför söker inte män hjälp i samma utsträckning som kvinnor. I övriga delar av världens stöds detta påstående av Calear et al. (2017) som skriver att pojkar inte söker hjälp i lika stor utsträckning som flickor när de har psykisk ohälsa. Skillnaden ligger på 13% pojkar som söker hjälp i åldersspannet 16–24 år medan flickor ligger på 32% i samma åldersspann (ibid.). Vidare beskrivs stigma och könsrollskonflikt som en förklaring till den skillnaden i 59% av fallen (ibid.). Calear et al. (2017) poängterar därför vikten i att skapa interventionsprogram som riktar sig till män och det könsspecifika stigmat, då det påverkar män i sådan utsträckning att deras självmordsrisk ökar (ibid.). Idag finns det interventionsprogram som YAM, där ungdomar får prata om psykisk ohälsa (Wasserman et al. 2018) men är inte könsanpassad.

I Sverige har flera studier gjorts som visar att tjejer har högre självskattad psykisk ohälsa i jämförelse med killar och att stress är en viktig påverkande faktor (Wiklund et al. 2012; Strömbäck et al. 2014). Med syfte att förstå tjejers anledningar till upplevd stress hittade Strömbäck et al. (2014) att en av de huvudsakliga anledningarna till det var föreställningen om att de måste vara perfekta och prestera högt i studier och karriär.

Hiltunen (2017) har gjort en omfattande studie om ungdomars upplevelser av psykisk ohälsa i sin avhandling. Empiri har samlats genom enkäter som ungdomar

har fyllt i samt uppsatser ungdomar skrev. I studien medverkade 497 ungdomar varav 237 tjejer och 260 killar. I kapitlet som heter "perfektionens tyranni" skriver Hiltunen (2017) om sina upptäckter kring ungdomars behov av att förhålla sig till normen och att leva upp till förväntningar om att vara perfekt i olika avseenden av livet, såsom att vara tränad, hälsosam, ha ett stort nätverk, etc. (ibid.). En viktig slutsats i kapitlet är om den förväntan av perfektion i ungdomars omgivning kontra ungdomars egna önskan av perfektion, där Hiltunen (2017) påpekar att det är situationsbundet snarare än en kontant pågående process (ibid.). Flera av de slutsatserna som hon redovisar är i linje med tidigare forskning som visar att självskattad ohälsa påverkas av sociala faktorer men också att sociala faktorer har en större påverkan än bakgrundsfaktorer, förutom kön (ibid.). Vidare visar studien att ungdomar med bra socialt stöd i mindre utsträckning anger att de upplever besvär (ibid.).

Vidare pratar Hiltunen (2017) om en grupp unga som hamnar utanför normen på grund av saknaden av status. Det här leder i sin tur till att den här gruppen hamnar i stigmatiseringsprocesser, och hon menar att den här problematiken till skillnad från övriga resultat inte är situationsbundet. Stigmatiseringsprocesserna skapas genom relationsskapandet som unga befinner sig i (ibid.). Hiltunen (2017) hävdar att det finns en brist på forskning som visar hur kön påverkar den subjektiva uppfattningen av ohälsa hos ungdomar. Det hon har hittat är att den påverkan som sociala interaktioner ungdomar befinner sig i skiljer sig åt beroende på kön, att tjejer i större utsträckning än killar påverkas av relationers kvalitet och har ett större behov av att värdera sig själva. Tjejer har fler upplevelser av ohälsa på grund av diverse upplevelser i samband med sociala relationer. Dessutom påverkas tjejer mer av de förväntningar som finns av dem i olika situationer. Hiltunen (2017) förklarar att även fast killar har maskulinitetsnormer att leva upp till är dessa i större utsträckning mer tillåtande att bryta. I studien kan Hiltunen även konstatera att killar och tjejer har en medvetenhet kring de könsnormer som styr dem och hon ser även att dessa normer styr hur tjejer och killar hanterar sin ohälsa (ibid.).

Utifrån all tidigare forskning har vi upptäckt att det finns låg kunskap om ungdomars uppfattningar och resonemang om psykisk ohälsa oavsett om de har en egen upplevelse av det eller ej. För att vidare främja avstigmatisering av psykisk ohälsa samt öka och förbättra hjälp och hjälpsökanden bör det finnas mer kunskap som kommer direkt från målgruppen.

3. Teoretiska utgångspunkter

I följande avsnitt har uppsatsens teoretiska utgångspunkter redogjorts för. Empirin analyserades utifrån ett teoretiskt ramverk bestående av sociala normer, i synnerhet kopplade till psykisk ohälsa, Goffmans teorier om framträdande och stigma. Avsnittet avslutas med en genomgång av genusteori i form av en kort beskrivning om könsnormer och hur dessa skapas och påverkas.

3.1 Sociala normer och psykisk ohälsa

Det finns många definitioner av normer beroende på vilket fält man befinner sig inom, men även i vardagspråket skiljer sig begreppets innebörd åt beroende på vem som definierar det (Baier & Svensson 2018). Utgångspunkten för normer i den här studien är samhällliga normer och med fokus på sociala normer och benämns hädanefter endast som normer. Det som är utmärkande för sociala normer är att det har att göra med hur vi uppträder (Baier & Svensson 2018). Sociala normer utgår från att människor har en social överenskommelse om vad som är rätt handlande. Det är människors ansvar att följa normen, att uppmana andra till att följa normen och/eller tilltvinga normen (ibid.). Att bryta en norm kallas för normbrott men det är inte självklart att det alltid blir en konsekvens, just för att den alltid måste hävdas utifrån ett socialt sammanhang (ibid.). Sociala normer är vanligtvis bundna till en plats eller en kontext och kan därför ändras eller försvinna om individen själv väljer att byta kontext eller plats. Det leder i sin tur till att det inte alltid blir en konsekvens (bestraffning) även fast det förekommer ett normbrott (ibid.).

Goffman (2014) beskriver kategorier som vi skapar i sociala interaktioner för normativa förväntningar som vi inte är medvetna om. Människor använder sig av dessa kategorier för att placera olika individer i dem och dessa kan vara mer eller mindre önskade. Tillståndet psykisk ohälsa kan ses som ett normbrott, eftersom normen i kontexten att vara frisk och blir därmed det önskade tillståndet. Liknande resonemang förs av Scheff (1999) där han förklarar hur psykisk ohälsa kan ses som en avvikelse från normen och hur stabil psykisk ohälsa kan anses vara en social roll. Goffman är fortsättningsvis en viktig del av det teoretiska ramverket i uppsatsen. Vi kommer att använda oss av uppfattningen av psykisk ohälsa som en avvikelse från normen och hur detta kan leda till ett stigmatiserat tillstånd.

3.2 Stigma

Ordet stigma härstammar från gammal grekiska och syftar på de märken som skars eller brändes in i en persons kropp för att visa att personens moral var tvivelaktig eller att hen var en slav, kriminell eller en förrädare och skulle undvikas (Goffman 1963). Nuförtiden är stigma inte längre kopplat med föregående, utan snarare kopplat till skammen som ett avvikande beteende kan skapa. Det som medför skammen kan dock skifta då det är kontextbundet (ibid.). Varför något blir stigmatiserat eller varför någon blir stigmatiserad liknar därför sociala normer på så sätt att det måste förstås utifrån sin kontext. Goffman (1963) menar att samhället kategoriserar människor och sätter upp egenskaper som anses vara normala eller naturliga för varje kategori. Detta gör att det går att förvänta sig vilken slags person som finns i varje kategori vilket i sin tur leder till att samspelet människor emellan flyter på utan vidare eftertanke. Detta kan även kopplas till hur vi har förväntningar på människor och hur de ska bete sig i olika kontexter och även i att utföra saker utifrån föreställningen om kön och fysisk utseende (West & Zimmerman 1987). Det är först när en person uppträder på ett sätt som anses vara annorlunda jämfört med vad som förväntas i dess kategori som hen omvandlas till en befläckad eller icke-hel person, och det är då stigma uppstår (Goffman 1963).

Enligt Goffman (1963) sker stigmatisering genom att en person tillges kännetecknen som gör att den anses vara mindre värd som människa, såsom att personen är befläckad. Detta kan ske på grund av att individen misslyckas med att uppfylla den givna normens kriterier. Det stigmatiseringen gör i sig är att det gör människor till något annat mindre värt. De konsekvenser som följer är exempelvis utstötning och de som upprätthåller stigmatiseringen kan göra det genom att använda sig av olika öknamn på personen (ibid.). Då vi tidigare nämnt att psykisk ohälsa uppfattas som ett avvikande från normen, skulle psykisk ohälsa enligt Goffman (1963) leda till stigmatiseringen av en individ med psykisk ohälsa.

3.3 Könsnormer

I den här uppsatsen kommer vi att utgå från att genus är en konstruktion som skapas i olika sammanhang, så som genom kultur och diskurs. Enligt Butlers (2007) definition är genus inte en självklar produkt av det biologiska könet utan en produkt

av andra faktorer i samhället (ibid.). Vi kommer härnäst att benämna genus som kön i den här uppsatsen.

I vår vardag ser vi hur människor antas uppfylla olika roller utifrån föreställningar om vad som konstituerar femininitet och maskulinitet med antagandet om att skillnaderna är naturgivna (Connell & Pearse 2015). Skillnaderna mellan könen är dock inte naturgivna utan att de hävdas i olika sammanhang. De kan hävdas i en social relation mellan förälder och barn eller i en juridisk kontext (ibid.). Idag har vi olika kön på det mesta som säljs och många tjänster såsom herrklippning. Connell & Pearse (2015) påpekar dock att när människor inte passar in i bilden av hur det ”ska” vara för det specifika könet så blir det obekvämt. Butler (2007) beskriver i sin tur att människor skapar ”ett jag” genom upprepningsprocesser genom att följa givna regler. Såsom till exempel att följa reglerna som finns vid hur kön ska ta i uttryck. Liksom de sociala normer som hävdas i en social kontext skapas förväntningar av kön i den sociala kontexten. Butler (2007) visar att det finns viss diskursiva uttryck som finns i att tillhöra ett visst genus, exempelvis att man måste vara en god mor och heterosexuellt åtråvärt objekt.

Utifrån antagandet att människor skapar kön väljer vi att använda oss av maskulinitet- och femininitetsnormer för att förklara hur förväntningar av maskulinitet och femininitet för respektive tjejer och killar tar form utifrån sociala normer och hur det vävs ihop till könsnormer.

3.4 Framträdande i social interaktion

I *Jaget och Maskerna* presenterar Erving Goffman (2014) ett sätt att se på interaktioner mellan individer. Analysen i den här studien kommer att använda sig av begreppen framträdande och roll. Goffman presenterar begreppet framträdande utifrån en persons upplevelse i möten med nya människor (observatörer), där de försöker få reda på så mycket som möjligt om personen för att kunna definiera situationen och för att veta vad de ska förvänta sig av personen (ibid.). Personens uppträdande och utseende ger ledtrådar som gör att observatörerna kan applicera tidigare erfarenheter av liknande personer. Goffman använder sig av begreppet schablonuppfattningar för att förklara föregående fenomen, han menar att individen använder sig av schablonuppfattningar för att testa personen utifrån de tidigare

erfarenheterna av liknande personer. Individen som presenterar sig för observatörerna vill därför kunna kontrollera intrycket hen utstrålar till observatörerna för att på så sätt kontrollera observatörens beteende och reaktionsbetingade behandling. Goffman kallar det som personen gör inför observatörerna för framträdande och personen kan vara antingen helt övertygad själv av sitt framträdande eller ha en mer cynisk inställning till det. Det handlingsmönster som en person följer vid ett framträdande kallas för roll eller rutin (ibid.).

Schablonuppfattningar kan likt det vi förklarade i tidigare avsnittet om sociala normer ses som en slags kategorisering av människor. Det finns schablonuppfattningar om personer som lider av psykisk ohälsa och hur dessa bör uppträda i relation till sina diagnoser så som det kan finnas schablonuppfattningar om personer i sociala medier. På det här sättet kan en analys om hur ungdomarna resonerar utifrån sina utsagor och sättas in i ett sammanhang men också i synnerhet analyseras utifrån relationen av könsnormer.

4. Metod

4.1 Metodologiska överväganden

Metoden som används i studien är kvalitativa intervjuer, vilket lämpar sig bäst för att förstå en persons subjektiva sociala verklighet, så som den personen tolkar den (Bryman 2016). Detta går hand i hand med studiens syfte om att samla information om hur ungdomar resonerar kring psykisk ohälsa. Med intervjuer får vi en fördjupad bild om ungdomarnas kunskaper, resonemang, vad som påverkar dem och hur könsnormer tar sig uttryck genom att ställa frågor till dem en och en.

Semistrukturerade intervjuer valdes med avsikt att respondenten själv ska kunna styra det som sägs (Bryman 2016). Det här tillvägagångssättet ansågs vara lämpligt för att få ungdomarna att prata och föra konversationen framåt. En striktare uppsättning av frågor såsom i en strukturerad intervjuguide skulle gjort en intervju med den unga målgruppen svårare och den typen lämpar sig inte heller bra för en kvalitativ ansats (ibid.). I semistrukturerade intervjuer är det vanligt att man använder sig av en intervjuguide med frågor som inte nödvändigtvis behöver följas strikt eller ställas i en viss ordning (Bryman 2016). Intervjuguiden (se bilaga 1) har

ett fåtal övergripande frågor som gjordes utifrån övergripande teman vi intresserade oss av utifrån tidigare forskning och teori. Intervjuguiden inleds med två öppna frågor vilket görs med avsikt att skapa utrymme för respondenten att leda samtalet i första hand själv vilket leder till ett friare och mer avslappnat samtal (ibid.). Den stilen på intervju kräver att intervjuaren är uppmärksam och beredd att spinna vidare på punkter som respondenten nämnde. Metoden gör att mycket hänger på intervjuarens upplevelse av intervjun, vad som är viktigt av det som sägs och hur intervjuaren tolkar mönster och beteenden (Bryman 2016).

Inför intervjuerna var vi medvetna om att valet att genomföra intervjuerna två och två kunde vara avskräckande för respondenterna. Vi planerade därför hur vi kunde bidra till en avslappnad stämning vid intervjutillfället. Vi bjöd respondenterna på fika och inledde intervjun med att prata om lättsamma ämnen så som fritidsintressen och att söka till universitet. Respondenterna var inte blyga under intervjuerna och vi hade en bra stämning, vilket kan ha påverkats av att vi anses vara yngre utifrån deras perspektiv vilket kanske gjorde att de kunde relatera till oss.

4.2 Urval

Urvalet för den här studien är målstyrt och gruppen som studien undersöker ska vara relevant för de frågeställningar som togs fram (Bryman 2016). Målstyrningen görs utifrån syftet för studien som är att undersöka ungdomar men som av etiska skäl inte kan vara yngre än 18 år. Vi valde därför att undersöka ungdomar som fortfarande går på gymnasiet eftersom en aktuell koppling till skolan även var viktigt för studiens syfte. Målgruppen blev därför 18 åringar som går i årskurs tre på gymnasiet och identifierar sig som killar och tjejer.

När letandet av personer som passade in i vår kategori tog fart utgick vi från en plats vi tänkte var rimligt att börja sökandet på. Första kontakten togs därför med Mötesplats Kalifornia, största mötesplatsen i Helsingborgs stad med målgruppen unga mellan 15–25 år. Mejl skickades till ansvarig för mötesplatsen och vi fick möjlighet att komma dit och fråga ungdomar direkt om de ville medverka i studien. De ungdomar vi mötte under besöket passade dock inte in i målgruppen för vår studie, men det fungerade som ett led i kontakten vi senare tar med gymnasieskolor. Ledarna på mötesplatsen uppmanade oss att kontakta gymnasieskolors

skoladministratörer. En av besökarna på mötesplatsen berättade att hen själv fick vara med om liknande undersökningar under sin studietid och att hens skola överlag var positiv inställd till undersökningar.

Ett mejl (se bilaga 4) skickades till elva gymnasieskolor i Helsingborg med information om studiens avsikt (se bilaga 2). Av elva gymnasieskolor svarade endast tre stycken, varav en gymnasieskola välkomnade oss. Skoladministratören vidarebefordrade vårt mejl till en lärare som sedan kontaktade oss och välkomnade oss till hennes klass. Under besöket presenterade vi vår uppsats-idé samt frågade studenterna direkt om de var intresserade av att delta i studien.

Eftersom vi endast fick svar från en skola utökade vi våra chanser genom att använda oss av våra nätverk. Vi skapade ett offentligt Facebook-inlägg som delades vidare av våra vänner för få fler respondenter. För att nå målgruppen som identifierar sig som annat valde vi att kontakta ansvarig för föreningen Ung hbtq/hbg som är en mötesplats för personer mellan 13 och 25 år som identifierar sig som hbtq+. En respondent hittades genom Facebook-delning men inga från föreningen Ung hbtq/hbg¹.

Under besöket på skolan fick vi totalt femton minuter på oss, varav vi presenterade vår uppsats-idé i fem minuter och frågade sedan direkt om det var någon som var intresserad att delta i studien. Vi tog med dem som räckte upp handen till ett annat rum och bokade in intervjutider samt delade ut informationsblad till dem. Totalt valde sju elever att delta från gymnasieskolan vi besökte och en elev från en annan skola som vi fick utifrån Facebook-delning. Vi har också lyckats få en jämn könsfördelning, där hälften identifierar sig som kille och andra hälften identifierar sig som tjej.

4.3 Genomförandet av intervjuer och transkribering

Sju av åtta intervjuer genomfördes på deltagarnas skola, där vi fick tillgång till ett rum vi fick disponera ostört under intervjuerna. Den intervju som genomfördes på en annan plats gjordes också i ett ostört rum vi fick tillgång till. Båda författare till uppsatsen närvarande vid varje intervju. Under förberedelserna inför intervjuer bestämdes det alltid i förväg vem som skulle ha huvudansvaret för att leda intervjun

¹ Vi efterlyste tre killar, tre tjejer och tre individer som identifierade sig som annat. I annat kategorin kunde det ingå icke-binär, queer, gender fluid, etc.

respektive den som skulle anteckna och fånga upp andra frågor. Intervjuerna spelades in med hjälp av mobiler och spelades in dubbelt för att förhindra eventuella teknikproblem. Samtliga respondenter gav samtycke och intervjuerna varade mellan 27–47 minuter. Transkriberingen gjordes ordagrant men namn, bostadsort, etc. som kunde röja respondenternas identitet transkriberades inte. Även uttryck som “eh”, “ehm” och liknande ignorerades under transkriberingen.

4.4 Kodning och genomförande av analys

Totalt blev den insamlade empirin 80 sidor datorskrivet material. Vi valde att koda med dator av miljöskäl och ansåg att kodandet kunde göras lika väl utan pappersutskrifter. För att analysera empirin använde vi oss av tematisk analys (Bryman 2016). Eftersom vårt syfte var att förstå hur ungdomar uppfattar och förstår psykisk ohälsa var identifikation av gemensamma teman lämpligt för studien. För att göra en tematisk analys använde vi framework, en metod för att ordna data (Bryman 2016). Enligt framework använder man sig av centrala teman och subteman för att klassificera data (ibid.). Vi valde att använda våra frågeställningar som centrala teman för att dela upp informationen som samlats (bilaga 5) och sedan använda det teoretiska ramverket som subteman för att gå in mer på djupet (bilaga 6). Eftersom vårt teoretiska ramverk använder sig av teorier som går in i varandra var det inte konstigt att en mening kunde ingå i olika subteman. För att hitta teman utifrån framework rekommenderas man att bland annat leta efter repetitioner, lokala typologier, metaforer och analogier (Bryman 2016). Vi använde oss av följande: likheter och skillnader, kategorier, repetitioner och teorirelaterat material. De teman vi identifierade var psykisk ohälsa som diagnos, avstigmatisering av psykisk ohälsa, psykisk ohälsa ”på riktigt”, sociala mediers framträdande roll och föreställningar utifrån könsroller.

4.5 Äkthet och tillförlitlighet

Begränsningarna med en kvalitativ studie är att reliabilitet och validitet inte kan mätas som i en kvantitativ studie. Det går inte heller att generalisera resultat som i en kvantitativ undersökning eftersom intervjuerna endast ger individers egna uppfattning av det som undersöks (Bryman 2016). Fördelen med en kvalitativ studie är dock att en djupdykning i ämnet är möjligt istället för att endast få en

överblick. Det här kan också leda till att nya frågor hittas på vägen och upptäckter av nya saker som tidigare inte uppfattas vara av relevans för problemet som avsågs att undersökas (ibid.).

Det finns olika sätt att kontrollera validitet i kvalitativ forskning, i synnerhet gällande intervjuer (Kvale & Brinkman 2014). Objektivitet beskrivs som frihet från bias, alltså en kunskap som inte är påverkad av personliga fördomar. Dessutom är det av vikt att respondentens berättelse är korrekt enligt hen själv, så att inte resultatet förvrids. Detta försäkrades under genomförande av intervjuerna genom att ställa tolkande frågor. Tolkande frågor användes för att försäkra att respondentens svar stämde överens med vår tolkning vilket även är viktigt i relation till vår studies trovärdighet (ibid.). Bryman (2016) skriver i sin tur om äkthet och tillförlitlighet och att detta kan uppnås genom olika kriterier. Ett kriterium är att ha rättvis bild (ibid.). Att ge en rättvis bild innebär att de olika åsikter som återfinns i den undersökta gruppen återges. I studien har vi därför försökt återge den variation av olika uppfattningar och kunskaper i gruppen. Nästa kriterium är ontologisk autenticitet, vilket tar upp frågan kring huruvida undersökningen har bidragit till att gruppen har fått insikter eller dylikt om sin omvärld. Vår undersökning berör ämnen kring psykisk ohälsa som fick ungdomarna att tänka efter och resonera, detta ledde till att de fick berätta om sin uppfattning och ibland kanske till och med inse att de inte kunde tillräckligt och att mer kunskap behövs. Samma sak kan kopplas till pedagogisk autenticitet som innebär huruvida individerna i en undersökning har fått bättre förståelse för andra i sin omvärld (ibid.). Då vår studie utgick ifrån allmänna kunskaper och många antaganden om andra människor är det ett rimligt antagande att de har fått större förståelse för hur exempelvis psykisk ohälsa och stigma påverkar andra. Vidare metoddiskussion finns i avslutande diskussion.

4.6 Forskningsetiska överväganden

I samhällsvetenskaplig forskning brukar fyra forskningsetiska principer följas: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2002). För att tillgodose kraven utformades ett informationsblad och samtyckesblad (se bilaga 2 och 3). Respondenterna som deltog i intervjun fick under första träffen på skolan ta med sig informationsbladet hem. I informationsbladet görs en utförlig beskrivning om studiens syfte och det

respondenter kommer bidra med. Kontaktuppgifter till båda författare av uppsatsen fanns för att enkelt kunna kontakta oss vid behov. Under intervjudagen fick respondenterna ett samtyckesblad som de läste och sedan signerade innan intervjun startade. I samtyckesbladet informerades respondenterna om vad intervjun gick ut på, att alla respondenter anonymiseras i uppsatsen och att de fick avbryta när som helst under intervjun.

I analysen används respondenternas svar. För att minska förvirring och inte röja respondenternas identitet har samtliga respondenter fått fiktiva namn. Samtliga namn överensstämmer med könstillhörighet och kan ses i tabell 1.

Tabell 1 - Respondenter

Respondenter	Namn	Skola
Respondent 1	Sara	Skola 1
Respondent 2	Johan	Skola 2
Respondent 3	Anna	Skola 2
Respondent 4	Adam	Skola 2
Respondent 5	David	Skola 2
Respondent 6	Olle	Skola 2
Respondent 7	Hanna	Skola 2
Respondent 8	Alice	Skola 2

Ytterligare saker som land, diagnos och skola har censurerats i texten för att inte riskera att röja respondenternas identitet. Ljudinspelningarna behandlades varsamt och respondenterna informerades tydligt om tystnadsplikten. Endast vi har haft tillgång och lyssnat på inspelningarna. Ljudfilerna kommer att raderas när uppsatsen är klar.

Eftersom uppsatsen inte handlar om respondenternas upplevelser av egna psykiska besvär var det viktigt att undvika att ställa frågor om det. När respondenterna berättade om sina egna erfarenheter om psykisk ohälsa ställdes därför inga följdfrågor i direkt anslutning, utan frågorna omformulerades för att komma åt svar på frågorna på andra sätt. Vi omformulerade den ursprungliga frågan på så sätt att det blev mer allmänt, men ibland undvek vi att ställa följdfrågor

överhuvudtaget. Det var ibland problematiskt att undvika att gå in på deras egna erfarenheter av psykisk ohälsa eftersom det finns en relation mellan erfarenheter och kunskap. När det sker görs det i samband med att de nämner att de kan någonting (om psykisk ohälsa) på grund av egen erfarenhet men inget mer djupgående kring det framkommer under intervjuerna.

Inför risken att respondenterna skulle berätta om allvarliga psykiska besvär som självska debeteende eller självmordstankar förberedde vi inför intervjuerna genom att förbereda frågor kring ifall de respondenterna har någon nära att vända sig till, beroende på svar förberedde vi även kontaktuppgifter till olika telefonhjälpelinjer och onlinechatt. Även hänvisning till kurator på skolan och ungdomsmottagningen förbereddes.

5. Resultat och analys

I det här kapitlet redovisas resultat utifrån olika teman som identifierats under kodning av materialet. Resultatet har samtidigt bearbetats och analyserats utifrån de teoretiska begreppen sociala normer, stigma, framträdanden och könsroller. Empirin redovisas under varje avsnitt med allmänna resonemang, där de olika teman tas upp utifrån det respondenterna har sagt på gruppnivå. Med hjälp av citat från de olika intervjuerna fördjupas senare de olika teman för att få en tydligare och djupare inblick i olika fenomen som går att finna i empirin.

5.1 Psykisk ohälsa som diagnos

Intervjuerna startades med en övergripande fråga, ”vad tänker du på när du hör uttrycket psykisk ohälsa?”. Svaren varierade men ett gemensamt mönster i alla intervjuerna var att samtliga respondenter började prata om diagnoser. Diagnoserna som nämndes mest frekvent var depression och ångest, men även andra diagnoser nämndes som ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder), ADD (attention-deficit disorder), OCD (obsessive compulsive disorder), panikångest, utmattningssyndrom, bipolär sjukdom (även nämnts som manodepressivitet) och stress. Det fanns en skillnad på kunskap gällande diagnoser hos respondenterna. På frågan om de skulle kunna förklara diagnoserna så valde de alltid att förklara depression och ångest, därför kan vi inte se att respondenterna besitter någon

kunskap kring andra diagnoser även fast de kan nämna andra. Respondenterna kunde flera gånger inte nämna det riktiga namnet på diagnosen eller frågade oss om hjälp. Vissa respondenter valde att inledningsvis förklara psykisk ohälsa genom att rada upp alla diagnoser de kunde och frågade i efterhand om de hade glömt några. Ett exempel är Alice som nämner olika diagnoser under vår intervju med henne:

Man tänker nog på det stereotypiska med depressiva symptom och kanske nervositetssymptom också. Men det är klart man tänker på saker som, ADHD och ADD och sånt där också. Att man har svårt att lära i saker, att fokusera, svårt att känna sig pigg och glad och att kunna interagera med folk. Jag tänker också på paranoia och OCD och sånt där, som också är antagligen en subkategori av nervositetsproblem. Jag antar att det är de som kommer till hjärnan snabbast.

Respondenterna svarade på våra frågor och berättade och även förklarade vad vissa diagnoser innebar. Men de uttrycker i sin tur att de behöver mer information. Det här kan vara den bakomliggande faktorn till att respondenterna kopplar psykisk ohälsa till diagnoser, för att den enda informationen de har fått är om diagnoser och det enklaste att minnas är namnet på diagnosen. Sara pratar exempelvis om att det vore bra för alla att få mer kunskap om psykisk ohälsa. Sara hävdar under intervjun att det är de som saknar kunskap som stigmatiserar dem som lever med psykisk ohälsa:

Jaja, alla borde egentligen veta mer om det. Iallafall veta vad det är för någonting. Det är mest såna som inte vet om det som är mer såna ”ja såna som har det är konstiga”, men det är ju inte riktigt så, eller vem som helst kan ha det, någon typ av psykisk ohälsa[...].

Goffman (2014) pratar om schablonuppfattningar i sin teori om framträdanden, vilket innebär att individer använder sig av kunskap de har sedan tidigare för att kategorisera andra. Respondenterna nämner diagnoser och förklarar vad dessa är men tycker själva att de saknar kunskap. Om det är så att ungdomar överlag saknar kunskap kan det leda till schablonuppfattning och till stigmatisering av människor som lever med psykisk ohälsa. Vissa respondenter hade mer kunskap om de diagnoserna som nämns mest frekvent, depression och ångest, än andra. Det fanns därför olika nivåer på svaren:

Depression handlar ju om att man är nedstämd mycket, att man tappar intresset för olika saker, för ja, det är väl liksom det stora, just nedstämdheten och tappa intresse och sådana saker. Och sen så är ju depression annorlunda för olika personer, det kan vara olika svårighetsgrader liksom, svår, medelsvår, lätt depression. Ja... Sen

finns det ju andra olika symptom också det kan vara lite såhär förlust av aptit eller kanske ökad aptit, problem med sömn, ja sådana saker.

Ovanstående citat kommer från intervjun med Adam där han säger att han har egna erfarenheter av psykisk ohälsa och depression. Vidare berättar han att han själv har letat efter information om psykisk ohälsa. Eftersom Adam har en egen upplevelse av depression har det i sin tur skapat ett behov av att ha mer information om ämnet. Samlat med hans egna erfarenhet av psykiska besvär blev hans svar en av de mer utförliga av samtliga intervjuer. Hans svar på frågan ger en tydlig förklaring av diagnosen och upplevelsen av den. Olle har till skillnad från Adam en mer osäker förklaring på vad depression innebär. Att Olle är osäker på hur han ska förklara depression kan bero på att Olle inte har upplevt psykiska besvär själv och därför inte känt ett behov av mer kunskap om det.

Nä men, okej jag menar det att man, depression handlar väl lite om att man inte har liksom någon så här riktig, alltså jag är inte expert inom området, men alltså att man inte har någon riktig mening, men också att man känner en typ av ångest, så här det är väldigt, jag tror att när man har depression så går det ofta över till en fysisk ohälsa också för att man mår så dåligt, alltså det är ju väldigt många faktorer tänker jag i depression så, jag vet inte. När jag tänker depression, jag vet inte vad jag ska liksom...

Olle visar kunskaper om depression genom att förklara att man inte har någon riktig mening eller att man känner en typ av ångest, men säger också saker som att han är ingen expert och att han inte vet. Olle visar förståelse om att han behöver mer kunskap överlag. Att Olles kunskap inte är där han önskar belyser ett problem som finns i Olles källor till kunskap. Olles förklaring visar dock på att det finns en vilja att förstå vad depression är, att det finns en förståelse, även fast Olle uttrycker att det brister, vilket är ett mönster vi kan se med de respondenterna som inte själva har upplevt psykisk ohälsa. Som tidigare visats pratar respondenterna mycket om att det behövs mer kunskap och vi kan se att deras svar skiljer sig från respondenterna som har egna erfarenheter och har letat efter information själva.

5.2 Avstigmatisering av psykisk ohälsa

Ett återkommande tema under intervjuerna var att psykisk ohälsa är jämförbart med en fysisk åkomma. Respondenterna likställer ofta psykisk ohälsa med en förkylning eller att ha ett brutet ben och gör en poäng av hur det egentligen inte är något

konstigt att ha psykisk ohälsa. Det kan ses som ett sätt för respondenterna att normalisera psykisk ohälsa. Ett brutet ben eller en förkylning är något som de flesta har upplevt, och ses därför inte som något avvikande. Det är förväntat att uppleva fysisk ohälsa någon gång under livet. På samma sätt skulle psykisk ohälsa kunna bli något som inte ses som avvikande och i sin tur skulle det leda till mindre stigmatisering. Däremot ser vi andra tillfällen under intervjuerna där psykisk ohälsa fortfarande framställs som stigmatiserande och som en avvikelse från normen. David resonerar kring det i samband med att han tog upp att psykisk ohälsa inte är någonting som pratas om öppet. Att det är någonting de flesta vill sköta själva:

Asså att man inte pratar om det. Det är en sån grej som vi, det är en sån grej som, vi pratar inte om det här, det är sånt man sköter själv kanske man ska säga. Vilket är ju rätt ologiskt.

David funderar vidare på varför det är så, eftersom det inte borde vara någon skillnad från ett brutet ben. Här kan vi se hur det finns en dubbelhet hos respondenterna i den frågan. Enligt respondenterna är det ologiskt att inte kunna likställa psykisk ohälsa med vilken fysisk åkomma som helst, så de gör det. Men de vet samtidigt också hur stigmatiserat det är, vilket leder till att de säger att psykisk ohälsa är något som är privat eller något man inte pratar om.

För att... vad är det man säger, ifall man bär på något väldigt länge, bara att säga det till någon så känns det bättre. Så det kan vara en sak. Och ifall du har brutit benet så går du ju, så väljer du inte att inte åka till sjukhus, då gör man ju det. Så det är samma sak.

David normaliserar psykisk ohälsa genom att likställa det till ett brutet ben i ovanstående citat. För David är det lika normalt att söka vård för psykisk ohälsa som för ett brutet ben, vilket tyder på avstigmatisering för David. Många respondenter berör stigmatiseringen i Sverige under intervjuerna, där de säger att det är bättre i Sverige i det avseendet och att det är mindre stigma här än övriga länder. Att det inte finns lika mycket stigma i Sverige och det är vanligare att man pratar om psykisk ohälsa framkommer när vi frågar Adam om han tyckte att det var bra att man pratar mer om psykisk ohälsa:

Om psykisk ohälsa? Ja. för annars så, det är viss tabubeläggning, ofta mindre så i Sverige och så på senare tid men ja, helt enkelt. För att vissa som är, när det når en kritisk nivå... tar livet av sig. Så det är bra att förhindra det. Kan jag tänka mig.

Adam påpekar att det är mindre stigma i Sverige, men behovet att likställa det till en fysisk åkomma kvarstår. Det antyder att det inte är en självklarhet. Det är ännu inte tillräckligt normalt eller avstigmatiserat att söka vård för psykisk ohälsa som för ett brutet ben, vilket talar för vilken påverkan samhället har. Adam säger följande när vi pratar vidare om samhällets påverkan på psykisk ohälsa:

Jag vet inte riktigt det är inget jag har svar på så det känns väl, det är nog större än bara, det måste nog ske någon större förändring i samhället allmänt för att det ska bli mer acceptabelt, dels för killar att prata om det och dels för att man ska prata om det i ren allmänhet. Att samhället inte ser på de som har psykisk ohälsa som konstiga, annorlunda eller att det är något fel på de som jag sa innan utan att det är ja något som händer det är en sjukdom. Det är inte annorlunda än någon annan sjukdom, som att vara förkyld eller ja, det är bara att det syns inte utåt det är bara i huvudet istället.

Adam argumenterar för att psykisk ohälsa är som vilken annan sjukdom som helst men vet att det fortfarande finns en lång väg att gå. Han påpekar själv att samhället inte är accepterande och tillskriver individer med psykisk ohälsa mindre önskvärda föreställningar, vilket resulterar i att psykisk ohälsa är ett oönskat tillstånd. Vidare kan vi se i Hannas resonemang att hon har ett annat perspektiv på problemet då hon har ett annat lands perspektiv med sig. I hennes berättar hon att i Sverige är det mer öppet och att man kan säga om man mår dåligt och att det inte är lika enkelt det landet som hon har erfarenhet av:

Om typ såhär depression, asså jag har ju vänner som är deprimerade och de kan ju säga liksom att de är det och att de inte mår bra och att de kanske har medicin för det. Men asså typ i [land] så är det liksom "ah ok, så du är deprimerad, då mår du bara lite dåligt, så cheer up". Typ det är liksom inget problem. Utan det är ett problem om du typ har cancer och hållt på att dö. Men att mentalt är liksom bara, bli stark. Typ så. Men asså det är många som inte vill gå till en psykolog för det kommer synas. Och sen när någon typ ska söka jobb så kanske deras arbetsgivare får reda på det och ja.

Även fast Hanna påpekar att det är bättre i Sverige finns det respondenter som hävdar annat och som tidigare visats påpekar de detta själva. Vi ser även det när Johan pratar om att psykisk ohälsa fortfarande inte är någonting man pratar om öppet, som är ännu ett exempel på dubbelheten vi har belyst tidigare:

Nä men det är väl lite just med psykisk ohälsa så är det väl en större asså man har väl ändå en attityd av att det kan man ta hand om själv och då skyller man lite på de som mår dåligt, lite att man tycker att det är deras fel det borde de kunna fixa själv. Så det blir väl det det kanske, det har nog ändå försvunnit mycket men det är

väl fortfarande en liten faktor, det är nog fortfarande ett litet problem. Asså det är sådär om någon har ett benbrott liksom, ja men han har ett benbrott klart han inte kan gå, men har någon ångest så är det ändå lättare att såhär ansträng dig lite mer så kan du säkert vara med på detta eller göra detta.

Johan beskriver i citatet hur stigmatisering av individer med psykisk ohälsa går till. Johan säger att synen i samhället på människor som lever med psykisk ohälsa är att de bör skylla sig själva utifrån att de inte gör någonting åt det. Han menar att det är ett problem att psykisk ohälsa än idag är något som anses vara något som man får ta hand om själv. Han menar att det är en liten faktor, men fortfarande en faktor. I utsagorna ser vi de bakomliggande mekanismerna i samhället som gör att psykisk ohälsa fortfarande är stigmatiserat.

5.3 Psykisk ohälsa “på riktigt”

Ett intressant tema vi hittade i empirin var att respondenterna gjorde skillnad mellan psykisk ohälsa “på riktigt” och ”falsk” psykisk ohälsa. Vissa respondenter kopplar uppvisandet av symptom till att individer ”låtsas” ha psykisk ohälsa. Respondenterna ser det som en image snarare än att de lider av psykisk ohälsa och pratar om hur individer väljer att framställa sig själva framför andra och den rollen de väljer att spela. Som att de får ut någonting av att spela att de har psykisk ohälsa. Anna resonerar om att diagnoser används på ett lättsamt och felaktigt sätt, hon beskriver att vissa kan säga saker som att de får en panikattack, men vi tolkar det som att hon antyder att det inte är sant. Anna beskriver en situation där individer använder sig av diagnoser för att uttrycka känslor, som ett framträdande:

Ja men de populäraste tjejerna i klassen till exempel de, det är ju främst de som jag har hört ”åh jag hade en panikattack” medan man vet att vissa andra personer i samma klass har haft en riktig panikattack och de typ inte vet vad de ska göra med sitt liv efter det, men de säger det bara som någonting som händer varenda dag [...]

Anna pratar om det som ett nytt fenomen där individer använder sig av diagnoser för att förmedla en känsla och delvis uttrycker hon att det gör det stigmatiserat då det finns andra individer runt omkring som mår dåligt för att de själva har en riktig upplevelse av diagnosen. När vi frågar Anna varför hon tror att tjejerna använder sig av sådana uttryck så hävdar hon att tjejerna inte vill visa sig svaga. Det är lite oklart hur vi ska tolka det, men utifrån Goffmans (2014) begrepp framträdande och

roller skulle det kunna tolkas som att när tjejerna säger att de har ångest skapar de ett framträdande genom att spela en roll där de har en diagnos, fast utan att faktiskt ha diagnosen. Detta kan även kopplas till Goffmans (2014) schablonuppfattningar och relaterar direkt till kunskapen tjejerna besitter om olika diagnoser. En ökad användning av diagnoser som vardagsuttryck kan också skapa någon slags avdramatisering och normalisering av innebörden av exempelvis depression eller panikattack vilket kanske leder till minskandet av stigma. Dock kan detta också få motsatt reaktion och skada de som har psykisk ohälsa "på riktigt" och lever med dessa diagnoser. Det kan på ett sätt förminska deras upplevelser vilket i sin tur kan leda till ökad stigmatisering. Detta är något vi tror att Anna resonerar kring:

[...]Det kan det ju göra men inte för de kanske som inte har det problemet och då känns det lite mer som att bara nä men gå och prata med någon då så löser ju problemet sig, istället för att man uppmuntrar de som har den riktiga panikattacken gå och sök hjälp för det hjälper, de vill lösa problemet för dig så att du slipper ha det, men då får ju de som inte behöver hjälpen som bara nä men skaka av dig det eller gå till kuratorn som att det är ett skämt, istället för de som behöver verkligen verkligen behöver det.

Det Anna säger i citatet som helhet är att det blir problematiskt med individer som lever med riktig psykisk ohälsa (riktig som i diagnostiserad) när individer som "har en jobbig dag" använder sig av diagnoser för att uttrycka känslor. Att det finns de som behöver hjälp på riktigt medan andra bara låtsas behöva det.

Psykisk ohälsa "på riktigt" framkom även när Johan resonerade om huruvida en diagnosticering och svårighetsgraden av den avgjorde om det var på riktigt eller inte. Detta kan även kopplas tillbaka till hur respondenterna ser psykisk ohälsa som en diagnos överlag. När vi intervjuar Johan och frågar honom allmänt om psykisk ohälsa säger han följande vilket väckte många funderingar hos oss:

Ångest är väl alltid aktuellt, det finns ju massa olika såhär det finns ju social ångest, det finns ju vad vet jag nu kan jag faktiskt ingen annan men det finns säkert ångest för allt möjligt liksom det kan vara för skolan eller vad som helst liksom. [...] Nä men förutom det, återigen pappa han är psykiater så då snackar vi ju verkligen psykisk ohälsa schizofreni och bipolar och sånt. [...] Men ja det är ju psykisk ohälsa på riktigt men det är ju kanske inte det ungdomar drabbas av i lika stor grad, borderline och sånt också.

Efter ovanstående replik från Johan frågar vi om vi förstår rätt när han pratar om "riktig" psykisk ohälsa och ber honom att vidare utveckla det. Det är då han förklarar och berättar om schizofreni och borderline som "riktig" psykisk ohälsa,

då dessa påverkar människor i så hög grad att det enligt honom blir ett hinder till att leva ett normalt liv. Johan menar att andra diagnoser som ångest går att hantera till skillnad från schizofreni och borderline:

Nä men asså jag bara jag tänker borderline och schizofreni och sånt det är ju riktigt allvarliga grejer det kan du ju aldrig riktigt bli av med, det är någonting du får handskas med hela livet och det är jag menar ångest är ju svårt men du kan lära dig att hantera det, alltså schizofreni förstör ju liv verkligen. Asså jag menar pappa har ju haft patienter som antingen med eller utan mening tar livet av sig för att det är ju jättesvårt, det är ju riktigt tunga grejer. Ofta vill de inte ens ha hjälp, så det är ju allvarligare saker. Jag tänker skillnaden är väl någonstans att det ena är mer lättare att få hjälp med och hantera långsiktigt.

Det som Johan pratar om är utifrån hans uppfattning av personer med psykisk ohälsa som han har fått bland annat av sin pappa. Johans, enligt Goffmans (2014) begrepp, schablonuppfattning av personer med psykisk ohälsa ser därför annorlunda ut. Johan jämför sina föreställningar om människor men också av deras diagnoser och gör en värdering i vilka som är riktiga och vilka som är mindre riktiga. Den värderingen gör han utifrån hans föreställning om vilka diagnoser som leder till döden och vilka som inte gör det enligt honom. Han kan komma fram till den slutsatsen på grund av hans pappa som kunskapskälla. Han berättar under intervjun att hans pappa jobbar med målgruppen som har svår psykisk ohälsa, vilket kan ha påverkat eller till och med skapat synen på vad som är "riktig" och "falsk" psykisk ohälsa.

5.4 Sociala mediers framträdande roll

En av avsikterna med den här studien var att ta reda på var kunskapen ungdomarna får om psykisk ohälsa kommer ifrån. Svaren varierade och respondenterna får information från skola, familj, vänner och sociala medier. Hur respondenterna presenterar sin kunskap om psykisk ohälsa härleder vi till när de pratar om vem som har gett dem kunskap. På frågan om var de har fått lära sig något om psykisk ohälsa kommer ofta skolan som första svar, men den kunskapen de har fått därifrån påpekas av de flesta som något med stora brister.

Ja vi, inte så mycket specifikt om vad det är eller hur man skulle göra utan mer att var BUP finns, var ungdomsmottagningen var man kan vända sig till men inte mer specifikt vad man skulle göra om någon fick en ångestattack eller liknande.

Anna beskriver i ovanstående citat hur skolans information om psykisk ohälsa brister. Att skolans kunskapsspridning brister återkommer i alla intervjuer vi genomfört. I intervjun med Sara framkommer det dock att hon har haft en lärare som varit extra engagerad av ämnet psykisk ohälsa vilket har lett till att hennes klass har fått en eller två dedikerade lektioner till ämnet.

Ja, men det är för att min lärare, detta är för att hon själv är jätteintresserad av det och jag tror inte, om jag inte hade haft henne så hade det nog bara skrapat lite på ytan. Men eftersom hon haft kompisar och själv blivit drabbad och sånt så är hon väldigt sån att "nu ska vi göra det här!"

Även fast Saras lärare har varit extra engagerad och haft dedikerade lektioner till psykisk ohälsa så anser Sara att de behöver mer kunskap och att alla borde få tillgång till det. Sara berättar att det bara är de som har hennes psykologilärare som har fått de lektionerna på hennes skola.

Något som framkom under intervjuerna var att den källa som respondenterna fick mest information om psykisk ohälsa inte var familj eller skola, utan sociala medier. Samtliga respondenter tog upp sociala medier på något sätt, dock finns det en dubbelhet i hur de presenterar sociala mediernas roll i relation till psykisk ohälsa. Det finns delvis en bild av att sociala medier är bra, att kändisar kan hjälpa till att sprida kunskap och på så sätt avstigmatisera och normalisera psykisk ohälsa. Och det finns den andra bilden där kändisar utnyttjar sin position och använder sin psykiska ohälsa för att tjäna pengar. Hanna pratar om att sociala medier hjälper till att sprida kunskap på så sätt att man kan prata om psykisk ohälsa och att beroende på vilken typ av social media man använder kan det både vara öppet eller personligt. Hon nämner att kändisar också kan dela med sig och att det kan göra skillnad, speciellt om det är någon man har följt länge.

Asså jag känner att så länge det är för att faktiskt nå ut till folk med budskap så är det jättebra att man snackar om det så att det inte blir så himla hemligt och tabubelagt. Asså generellt sätt positivt inställd till det.

Hanna pratar med andra ord om avstigmatisering av ämnet och även att kändisar hjälper att normalisera psykisk ohälsa och hon anser det vara positivt. Detta är även

något som de flesta andra respondenterna pratar om men de påpekar också att det finns en viss skepticism kring kändisar, då det finns en risk att de utnyttjar ämnet psykisk ohälsa för att få mer likes vilket innebär att tjäna pengar. När Johan pratar om kändisar, Youtube i synnerhet, berättar han om en internationell skandal som skett nyligen där Youtubers använde sitt kändisskap för att sälja en produkt. Youtubers berättar en "story" av psykisk ohälsa och gör samtidigt reklam för en applikation (till mobilen) eller en tjänst. Respondenterna berättar att det är oklart om dessa Youtubers faktiskt har en egen upplevelse av psykisk ohälsa, men det som är viktigt i sammanhanget är att de känner sig både lurade ibland och positiva till det andra gånger:

Det beror väl på sammanhanget, jag kollar mycket Youtube, för några månader sen var det ju lite, hemskt att säga men det var det ju faktiskt, det var ju en trend nästan att alla gick fram och berättade att jag har haft det så och så. Och det var väl intressant att få lite perspektiv, många av dem är ju såhär kändisar och man tänker sig att de har det bra men så har de inte alltid det. Sen blir det ju också, för mig kändes det också som att man, det blev såhär kommersialiserat man försöker sälja sin personliga depression för att få uppmärksamhet eller vad det var lite. Det finns en linje mellan att man är autentisk och att man överdriver för att sälja ut.

Dubbelheten kan komma från att Youtubers framstår som personer som ständigt har ett framträdande och spelar en roll, att de vill få ut någonting av berättelsen de delar med sig av. Detta är något som samtliga respondenter resonerar om och det har skapat skepticism hos dem. Däremot förstår de också vilken roll Youtubers spelar i samhället och vilken förmåga de har i att skapa normer som i sin tur skapar förutsättningar för att ämnen som psykisk ohälsa ska pratas i en stor plattform, vilket leder till acceptans och att fler vågar prata öppet om det. Adam pratar exempelvis om hur det är skönt att vara anonym på internet. Detta kan återigen kopplas till den roll vi spelar i våra dagliga framträdanden och hur vi på sociala medier kan skapa ett helt nytt framträdande tack vare anonymiteten. Framträdanden fungerar olika när det gäller internet då observatörerna bara kan se det man själv väljer att visa på ett mer överdrivet sätt. I mötet ansikte mot ansikte finns det begränsningar på vad som kan döljas för observatörerna, men på internet finns inte den begränsningen. Detta leder därför till att individer kan forma sitt dagliga framträdande till vad de vill utan begränsningarna.

Flera respondenter pratade också om hur man kan använda internet för att söka sig till andra människor som upplevt samma saker och att man inte behöver vara

ensam på samma sätt. Detta går hand i hand med tidigare kommentar om anonymitet. Respondenterna upplever att de med tillgång till internet har hittat en plats där de inte behöver vara ensamma, anpassa sig till normer, leva upp till roller i det dagliga framträdandet eller bli stigmatiserade.

Ja det är väl som internet allmänt att folk inte, att sociala medier inte blir lika, du kan ju vara så anonym som du vill egentligen om du, du behöver ju inte göra ett konto i ditt eget namn på vissa ställen som Instagram eller så, du kan ju bara ha något annat konto eller... och du får också en chans att träffa personer som är lika eller prata med personer som är lika, så du slipper känna dig ensam, för det är nog en så stor grej, att man känner att det inte det känns som att det inte är folk som känner samma som jag runt omkring medan om det kommer till sociala medier och internet så hittar man folk som är lika en ändå och förstår att man inte är, att det inte är så farligt, det går att fixa.

Sociala medier uttrycks däremot också som en källa till psykisk ohälsa i form av stress och prestationsångest. När respondenterna pratar om vad som är stressande och ger en slags prestationsångest återkommer de ofta till sociala medier. De påpekar hur ofta de ser kändisar visa sina perfekta liv, vad de köper och var de reser. Respondenterna resonerar kring att de jämför sig med kändisar de tittar på i sociala medier. Det blir en press i att ständigt försöka spela en roll och att visa det perfekta framträdandet. Vi kan alltså även här upptäcka en dubbelhet i att respondenterna resonerar kring att det de ser i sociala medier inte nödvändigtvis alltid är sant eller speglar verkligheten, men i sin tur säger de ändå att de påverkas av de normer som sätts utifrån kändisar på sociala medier. Anna berättar om hennes upplevelser av sociala medier och hur det har påverkat henne. Hon förklarar att hon visste att det var retuscherade bilder som hon tittade på men blev ändå påverkad. Detta gjorde i sin tur att hon behövde ta en paus från sociala medier, då hon själv känner att hon inte kan leva upp till den här normen och mådde dåligt. Något som Anna nämner senare är dock också hur det har blivit ett motstånd gentemot den här typen av norm vilket har lett till att hon även har sett andra bilder som speglar verkligheten mer.

[...]men sen så är det ju många nu som har börjat med oredigerade bilder och då känner man sig lite säkrare på sig själv, jag tycker det i alla fall för, jag tror det var HM nu som hade någon första oredigerad bild som också hade bristningar och allt möjligt så då känner man bara att alla inte är perfekta och alla har bristningar, då kanske det inte är så konstigt att jag också har det för det har alla också. Det går ju mot en positiv utveckling i alla fall, det är ju jättebra.

Sociala medier har både för och nackdelar enligt respondenterna. Det kan både bli en plats där det genom anonymitet går att få en paus från att bli dömd och granskad, men det kan även bidra till att framträdandet aldrig riktigt får en paus i och med pressen att lägga upp bilder på sitt perfekta liv. Det kan även vara en plats som bidrar till avstigmatisering och normalisering eller en plats där de unga känner sig lurade.

5.5 Föreställningar utifrån könsroller

Mot slutet av intervjuerna valde vi att fråga respondenterna vad de hade för uppfattning av könsroller i relation till psykisk ohälsa. De fick prata fritt om sina uppfattningar kring det och därifrån ställde vi följdfrågor. I början verkade det vara svårt för respondenterna att svara på frågan men de öppnade sig efterhand. Respondenterna visade grundläggande förståelse för könsskillnader och hur dessa påverkar dem. Samtliga respondenter visar en medvetenhet om hur könsnormer påverkar stigmatiseringen av psykisk ohälsa. Vi kunde även upptäcka att det fanns en dubbelhet här också, eftersom respondenterna ser könsnormer som negativt men samtidigt upprepar dessa.

Samtliga respondenter tar upp den statistiska skillnaden i suicid mellan killar och tjejer. Utifrån intervjuerna verkar kunskap om killars tendens att begå självmord i högre grad vara allmänkunskap som de har fått från skolan. Adam nämner att det är något som han fick lära sig på samhällskunskapen.

Jag minns att när vi hade just det här med samhällskunskap, tror jag det var, vår samhällslärare berättade något sånt om att självmordsstatistiken är högre bland män än hos kvinnor. Det minns jag rätt väl i alla fall. Just det, det glömde jag faktiskt, det har vi också hört om psykisk ohälsa när vi har pratat i samhällskunskapen.

Adams kunskap kommer från samhällslektionerna och det innebär att alla respondenter utom en har fått veta det samtidigt. Sara har dock samma kunskap men hon går inte på samma skola som resterande respondenter och där blir det intressant. Sara berättar att hon genom kompisar känner till killar som har begått självmord och i samband med detta frågar vi om det "bara" är killar hon har hört om som har begått självmord. Sara svarar följande:

Ja, det var därför jag också tänkte på det att det är killar mer stänger inne sig än vad tjejer gör. För tjejer kanske mer typ så vill gå och prata om det så går och söker hjälp medan killar ba "ne det här ska jag sköta själv" och så kan de inte sköta det själv.

I ovanstående citat förklarar Sara hur det kommer sig att killar begår självmord och hur de skiljer sig från tjejer. Hon pratar här om maskulinitetsnormer när hon pratar om att killar ska sköta saker själva och stänger in sina känslor. Det här mönstret följer samtliga intervjuer vi har genomfört. Alla respondenter resonerade kring könsnormer, dock valde de alltid att prata om det i relation till killar och deras psykiska ohälsa. Många respondenter påpekar dock att varken de själva (om de var killar) eller deras killkompisar (om de var tjejer) betedde sig så. Här kunde vi upptäcka en dubbelhet, där respondenterna ville både förmedla att de inte levde upp till könsnormer men samtidigt kanske gjorde det ändå, vilket vi kan se i Olles citat:

Men ja, jag återkommer till det, det är olika från skola till skola det är jättesvårt att säga alltså såhär för om du kollar på mig och mitt umgänge så är det ju inte så men i andra umgängen så vet du ju att det är så och då är det mycket mer om att liksom jag vet inte, spela cool kanske, om man ska spela cool kan man inte vara den som är öppen och bara jag mår jättedåligt, eller det kan man om man spelar det väldigt bra men såhär, bland ett killgäng kan du liksom inte bara nä jag mår, du kan liksom inte bara börja gråta och springa ut och bara jag mår jättedåligt och alla bara ja nä.

Det Olle pratar om i ovanstående citat är skillnaderna mellan olika umgängen men också skillnaderna mellan tjejer och killar. Olle förklarar att ibland måste man anpassa sig till olika sammanhang, där i den ena behöver man vara cool och inte kan säga att man mår dåligt. Här tolkar vi det som att Olle menar att framträdandet varierar beroende på vilka normer (både sociala- och könsnormer) som finns inom olika grupper. Om man beter sig så annorlunda från det som förväntas i den gruppen skulle det bli ett normbrott, vilket skulle kunna leda till stigmatisering. Dock är Olle noga med att påpeka att det här inte gäller alla killgrupper. Vidare förklarar han också hur tjejgrupper kan vara när han pratar om tjejdynamik och killdynamik:

Alltså jag vet inte, ärligt talat jag har ingen aning. Jag skulle på ett sätt säga att det är svårare men det kan också vara, det är liksom det är svårt. För att killar kanske inte pratar lika om det men jag tycker att en tjej kan bli mer utsatt på något sätt, tjejer blir alltid mer utsatta, de kan ofta bli mer, det handlar ju om det är olika tjejdynamik och killdynamik jag menar jag har alltid känt lite så, det är lite såhär men tjejer vill ofta liksom stöta ut någon liksom de vill gärna peka ut liksom du gör lite fel medan killar är liksom mer de är bara nöjda som de är liksom de behöver inte någon ändring i en grupp.

I ovanstående citat svarar Olle på frågan om han tror att det är lättare för tjejer att ha psykisk ohälsa utifrån de rådande normerna, detta var en följdfråga på hans tidigare citat om killar. Han svarar delvis att båda har det svårt men att det möjligtvis ändå kan vara tjejerna som har det värst. Olle redovisar hur och varför tjejerna har det svårare än killar i följande citat:

En tjejdynamik känns alltid som att de hoppar på varandra alltså såhär vid första försök och det kanske är lite stereotyp, fördomsfullt av mig att tänka att det är så men det är så jag känner att det är typ mer att, ja men alltså att tjejdynamiken blir liksom såhär om någon jag vet inte om någonting händer, något drama så är det mer att de vill peka ut den personen bara du gör fel, och jag hatar det nu. Medan killdynamiken är mer okej ja det hände, shit. Och det går tillbaka till normerna killarna bryr sig inte så mycket vilket är en norm, medan tjejer kanske bryr sig mer om mer känslor och då kanske alltså det är det som är lite saken skulle jag säga [...]

I Olles berättelse resonerar han kring skillnaden han uppfattar mellan tjejer och killar och påpekar att han har fördomar. Han uppger att killar är nöjda som de är medan tjejer vill stöta ut någon. Detta kan kopplas till föreställningen om att killar inte ska visa känslor vilket gör att de är nöjda med sin status-quo medan tjejer är mer öppna och berättar mer om sina problem för varandra men det blir även en risk, då det leder till att de blir mer utsatta gentemot varandra. Olles fördomar kan vara baserade på de typiska könsnormerna som råder i samhället. Här ser vi återigen dubbelheten som finns hos respondenterna kring könsnormer och hur de tar sig uttryck, i och med att Olle vet att det kan vara fördomar han pratar om. Han vet att det är en fördom men säger det ändå, vilket kan kopplas till uppreppningsprocesserna som Butler (2007) pratar om. Dubbelheten kring könsnormer och huruvida de lever upp till dem eller ej finns genomgående i empirin men det är klart att de är negativ inställda till könsnormer och att de påverkar psykisk ohälsa negativt i flera avseenden.

6. Avslutande diskussion

6.1 Resultat

Syftet med den här studien var att få fördjupad kunskap om ungdomars uppfattning och resonemang om psykisk ohälsa. Tre frågeställningar formulerades för att uppfylla syftet i studien: Hur uppfattar och resonerar ungdomar i årskurs tre om psykisk ohälsa, var får ungdomar i årskurs tre sina uppfattningar om psykisk ohälsa ifrån och hur resonerar ungdomar i årskurs tre om psykisk ohälsa i relation till könsnormer. Analysen gjordes utifrån olika teman som valdes från intervjuernas mest frekventa ämnen. I det här avsnittet diskuteras även begränsningar i materialet och avslutas med frågor för vidare forskning.

Psykisk ohälsa som diagnos var ett fenomen som uppkom i alla intervjuer och går ut på att när vi pratade med respondenterna om psykisk ohälsa tänkte de främst på diagnoser. Resonemanget kring diagnoser kan kopplas till en föreställning om hur en person med psykisk ohälsa förväntas vara utifrån respondenternas schablonuppfattningar, som är ett begrepp vi presenterat tidigare från Goffman (2014). En person med psykisk ohälsa är enligt respondenterna någon som har en diagnos. De diagnoser som nämndes mest frekvent under intervjuerna var ångest och depression. Utifrån rapporterna i tidigare forskning (Berlin & Salmi 2017; Salmi et al. 2013; Folkhälsomyndigheten 2018a m.fl.) kan vi se att ångest och depression även är de diagnoser som ökar mest vilket kan vara en anledning till varför ungdomar har mest kunskap om dem.

Flera av respondenterna hade egen erfarenhet av psykisk ohälsa, vilket de antingen berättade om eller antydde under intervjuerna. Även fast studiens syfte var att undersöka vad ungdomar allmänt hade kunskap om gällande psykisk ohälsa kunde vi inte stoppa respondenterna från att blanda in sina egna upplevelser, då egna upplevelser skapar uppfattningar och kunskap i sig. Kunskap som respondenterna har skaffat på grund av egna upplevelser kan därför ha en påverkan på deras uppfattningar och resonemang kring psykisk ohälsa. Vidare normaliserar respondenterna psykisk ohälsa genom att jämföra det med en fysisk åkomma såsom ett brutet ben. Utifrån Scheff (1999) utgår vi från antagandet om att psykisk ohälsa är ett avvikande tillstånd och vi ser att respondenterna även förstår detta. Vi vet också att respondenterna hittar strategier till avstigmatisering av psykisk ohälsa

genom att likställa det till en fysisk åkomma. Respondenternas försök till avstigmatisering visar på en vilja till förbättring av stigma kring psykisk ohälsa. Detta ser vi som något positivt då vi vet sedan tidigare att stigma har varit ett problem i Sverige (Hansson, Stjernswärd & Svensson 2016).

Psykisk ohälsa ”på riktigt” är en kategorisering skapad av respondenterna, där de gör en urskiljning av individer med psykisk ohälsa utifrån sina egna perspektiv. Respondenterna beskriver ”andra” som inte har psykisk ohälsa ”på riktigt” och använder sig av diagnoser som ett verktyg för att exempelvis förmedla känslor. Andra sätt att urskilja ”riktig” psykisk ohälsa från ”falsk” var även lättare psykisk ohälsa som depression och ångest till skillnad från borderline. Goffman (2014) beskriver hur människor använder sig av framträdanden för att vinna sina åskådare. Respondenterna pratar i sin tur om de individer som låtsas ha psykisk ohälsa som om de hade ett behov av att spela en roll för att visa hur de inte är svaga, där rollen är att använda sig av begrepp och sitt avvikande tillstånd på ett mer lättsamt sätt, som till exempel att använda diagnoser i vardagligt tal, som ett skämt. Framträdanden är också någonting som ungdomarna ser i relation till sociala medier.

Respondenterna berättar om olika saker när de pratar om sociala medier, dels hur de blir påverkade av att ständigt behöva jämföra sig med personer ned de som syns på sociala medier. Respondenterna berättar hur de blir påverkade av de perfekta bilderna de ser varje dag. Detta är något som även Hiltunen (2017) hittar i sin studie, där hon skriver om ”perfektionens tyranni”. Sociala medier bidrar till att skapa en bild av vad som är perfekt och väntat av ungdomar och detta är något som även framkommer i våra resultat.

Vidare berättar ungdomarna om profiler inom sociala medier som delar med sig av sina egna erfarenheter av psykisk ohälsa men ofta i samband med att de säljer något, vilket i sin tur skapar en oro och osäkerhet hos respondenterna i vad som är sant och inte. Sociala medier fick en framträdande roll i studien, då det framgick att respondenterna fick sin kunskap om psykisk ohälsa främst från sociala medier. Respondenterna berättar att de får kunskap från egna erfarenheter (om de hade några) men främst från sociala medier. Skola och familj är inte stora kunskapskällor. Respondenterna påpekade att det fanns negativa aspekter av det som sker genom sociala medier och men uttryckte att de ändå tyckte det kunde finnas en bra bakomliggande tanke till att profiler inom sociala medier pratar om

psykisk ohälsa. De ansåg att det bidrar till kunskapsspridning och normalisering av psykisk ohälsa.

Som tidigare sagt nämner respondenterna skola och familj som sämre källor till kunskap om psykisk ohälsa. När det gäller vad skolan gör för ungdomarna har vi fått veta att bara en av de har fått extra kunskap från skolan, men detta på grund av att den ena respondenten gick på en skola där hon har en lärare som är extra intresserad av ämnet. Endast de som har den läraren får den kunskapen kring psykisk ohälsa. Detta ledde till att de själva behövde leta efter information på internet eller andra källor såsom ungdomsmottagningen. Interventionsprogram finns, som till exempel YAM (Wasserman et al. 2018) med avsikt att öka kunskap om psykisk ohälsa men detta är inte något som ungdomarna vi har intervjuat har haft erfarenhet av. När ungdomarna själva påpekar att de har låg kunskap om psykisk ohälsa går det i led med de studier som visar att unga har låg MHL (Melas et al. 2013; Byrne, Swords & Nixon 2015; Coles et al. 2016, m.fl.).

Avslutningsvis frågade vi respondenterna om deras uppfattningar om könsroller i relation till psykisk ohälsa. Vi upptäckte att killars suicidsstatistik var allmänskunskap. Att killar begår självmord i högre utsträckning än tjejer påpekades under samtliga intervjuer och respondenterna visar en förståelse för att det finns samband med könsroller och förklarar noga hur killar förväntas vara ”macho” och klara av saker själva. Att killar behöver vara macho är i led med tidigare forskning som visar samma resultat om maskulinitetsföreställningar (Calear et al. 2017, Rogers & Pilgrim 2014). Det finns ingen allmänskunskap hos respondenterna om att psykisk ohälsa stiger mest hos tjejer. Ibland resonerar respondenter om tjejer på så sätt att dessa skulle kunna vara mest utsatta men de kan inte förklara varför och det poängteras inte på samma sätt som killars suicidstatistik. Det vi kan konstatera utifrån analysen är däremot att både killar och tjejer ser och förstår att det finns en könsskillnad men alla påstår att de själva inte bidrar till det. Uttryckligen påstår ungdomarna att de själva är normbrytande avseende könsnormer men i andra utsagor framkommer det tydligt att de också upprätthåller normer, då att bryta könsnormer kan leda till stigma. Det finns således en status-quo som alla respondenter ser. Antingen kan de inte bryta eller så vill de inte bryta normen, på grund av stigmat som fortfarande finns kring psykisk ohälsa och leder till de skapandet av kön som Butler (2007) förklarar sker genom upprepningsprocesser.

6.2 Begränsningar och förtjänster

Det var från början en viktig aspekt av uppsatsen att intervjua målgruppen ungdomar och vi lade mycket tid på att få till intervjuer med dem. Däremot visade det sig vara svårare än tänkt att få kontakt med ungdomar som var myndiga men som fortfarande gick på gymnasiet, vilket valdes på grund av känsligheten av ämnet och att det var oetiskt att intervjua unga under 18 år. Vi fick sedan möjlighet att komma till en skola men fick bara träffa en klass. Konsekvensen av detta blev bristen på variation i gruppen. Respondenterna går i högpresterande skolor vilket även kan ha en påverkan på empirin. Alla respondenter utom en gick i samma klass, därför kände sju av åtta respondenter varandra, vilket kan ha påverkat det insamlade empirin. Även att de som räckte upp handen fick vara med i studien kan vara för att respondenterna själva hade ett intresse och på så sätt påverkat empirin. I materialet kunde vi ibland identifiera liknande resonemang bland respondenterna. Även fast de ibland resonerade likt så fanns det skillnader i intervjuerna som visar på att respondenterna inte nödvändigtvis hade påverkat varandra. Utöver dessa faktorer kan vi inte se hur dessa ungdomar skiljer sig från allmänheten och det finns fortfarande en variation i den insamlade empirin. Däremot bör vidare forskning göras med mer variation för att vidare utöka vår studie och skapa ett mer generaliserbart resultat.

Ytterligare något som kan ses som både en begränsning och förtjänst är att vi har själva gått på gymnasiet för inte så längesedan. Vi är båda 26 år gamla och kan relatera på många sätt till ungdomarna och deras omgivning. Dock har vi båda gått i skolan i andra städer och kan därför inte veta hur mycket information ungdomar får från sina skolor. Förutom det har båda erfarenhet av sociala medier och ser hur mycket man pratar om psykisk ohälsa i dessa kanaler samt har en inblick i vad det innebär att vara ungdom fräscht i minnet. Vi relaterar till deras oro kring att snart bli vuxen, där det exempelvis ingår att de snart ska börja på universitet och vi snart ska sluta och gå ut i arbetslivet.

6.3 Vidare forskning

Utifrån resultatet anser vi att det är viktigt att arbeta vidare med interventionsprogram och göra det till ett inslag i skolan. Att skolan bör jobba vidare med ämnet psykisk ohälsa har redan konstaterats av Socialstyrelsen (Berlin

& Salmi 2017). I led med interventionsprogram bör man fråga ungdomar mer kring vad de tycker är viktigt att veta mer om och undersöka vidare vilken påverkan sociala medier har och inkludera det i interventionsprogrammen. Vi behöver överlag mer kunskap kring hur sociala medier påverkar ungdomar utifrån de olika förväntningar som finns och även hur könsnormer påverkar psykisk ohälsa. I vår studie hade det varit intressant att ha ett intersektionellt perspektiv då det framkommer under intervjuerna som något som kan vara relevant utifrån exempelvis etnicitet. Andra perspektiv som funktionsvariationer som kan påverka hur individer tar in kunskap eller huruvida de kan sätta sig in i någon annans situation är intressanta aspekter att utforska vidare. Eftersom vi upptäckte en slags kategorisering under intervjuerna där respondenterna gör skillnad på "riktig" och "oriktig" psykisk ohälsa vore det intressant att vidare undersöka det här fenomenet och se om det är vanligt förekommande och hur det påverkar föreställningar och stigmatiseringen av psykisk ohälsa.

Referenslista

- Baier, Matthias & Måns Svensson (2018) *Om normer*. Uppl. 1. Lund: Studentlitteratur.
- Berlin, Marie & Peter Salmi (2017) *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Bryman, Alan (2016) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Uppl. 2. Malmö: Liber.
- Burns, R. John and Ronald M. Rapee (2006) Friend in Need Questionnaire. *PsycTESTS*.
- Butler, Judith (2007) *Genustrubbel*. Göteborg: Daidalos AB.
- Byrne, Sadhbh, Lorraine Swords & Elizabeth Nixon (2015) Mental health literacy and help-giving responses in Irish adolescents. *Journal of Adolescent research*, 30(4) pp. 477-500.
- Calear, L. Alison, Michelle Banfield, Philip J. Betterham, Alyssa R. Morse, Owen Forbes, Bradley Carron-Arthur & Martin Fisk (2017) Silence is deadly: a cluster-randomised controlled trial of a mental health help-seeking intervention for young men. *BMC Public Health* 17:834.
- Coles, E. Meredith, Ariel Ravid, Brandon Gibb, Daniel George-Denn, Laura R. Bronstein & Sue McLeod (2016) Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *Journal of adolescent health*, 58. pp. 57-62.
- Connell, Raewyn & Rebecca Pearse (2015) *Gender: in world perspective*. Uppl. 3. Cambridge: Polity.
- Cotton M. Sue, Annemarie Wright, Meredith G. Harris, Anthony F. Jorm & Patrick D. McGorry (2006) Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40:790–796.
- Folkhälsomyndigheten (2018a) *Psykisk hälsa bland 11-, 13- och 15-åringar. Resultat från Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2018b) *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Goffman, Erving (1963) *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall

- Goffman, Erving (2014) *Jaget och maskerna: en studie i vardagslivets dramatik*. 6. uppl. Stockholm: Studentlitteratur.
- Hansson, Lars, Sigrid Stjernswärd & Bengt Svensson (2016) Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009–2014: an evaluation of a national antistigma programme. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134. pp. 71–79.
- Hiltunen, Linda (2017) *Lagom perfekt: erfarenheter av ohälsa bland unga tjejer och killar*. Lund: Arkiv förlag.
- Jorm, F. Anthony (2000) REVIEW: Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177 (nov.) pp. 396–401.
- Jorm, F. Anthony (2011) Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychologist*. Advance online publication.
- Karolinska Institutet (2015) *Stockholms läns landsting satsar på Youth Aware of Mental Health (YAM) i Stockholms skolor*. <https://ki.se/nasp/stockholms-lans-landsting-satsar-pa-youth-aware-of-mental-health-yam-i-stockholms-skolor>
[Hämtad 2018-12-12]
- Ke, Sally, Joshua Lai, Terry Sun, Michael M. H. Yang, Jay Ching Chieh Wang & Jehannine Austin (2015) Healthy Young Minds: The Effects of a 1-hour Classroom Workshop on Mental Illness Stigma in High School Students. *Community Mental Health Journal*, 51(3), pp. 329–337.
- Kutcher, Stan, Yifeng Wei & Connie Coniglio (2016) Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61 (3)
- Kvale, Steinar & Svend Brinkmann (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Uppl. 3 Lund: Studentlitteratur.
- Melas, Philippe, E. Tartani, Tord Fosner, Maigun Edhborg & Yvonne Forsell (2013) Mental health literacy about depression and schizophrenia among adolescents in Sweden. *European Psychiatry*, 28(7). pp. 404–411.
- Norman, M. G. Ross, Richard M. Sorrentino, Deborah Windell & Rahul Manchada (2008) The role of perceived norms in the stigmatization of mental illness. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 43(11). pp. 851–859.

- PART (2018) *Nytt projekt - Implementering av YAM i Landskrona*.
<http://www.partinfo.se/nyheter/nytt-projekt-implementering-av-yam-i-landskrona/> [Hämtad 2018-12-12]
- Rennstam, Jens & David Wästerfors (2015) *Att analysera kvalitativt material*. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.
- Rogers, Anne & David Pilgrim (2014) *A sociology of mental health and illness*. Uppl. 3. Maidenhead: Open University Press.
- Salmi, Peter, Marie Berlin, Emma Björkenstam & Gunilla Ringbäck Weitoft (2013) *Psykisk ohälsa bland unga - Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Scheff, J. Thomas (1999). *Being mentally ill: a sociological theory*. Uppl. 3. New York: Aldine de Gruyter.
- Socialstyrelsen (2018) *Statistik om dödsorsaker*. [Faktablad] <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-10-17> [Hämtad 2018-12-12]
- Strömbäck, Maria, Bodil Formark, Maria Wiklund & Eva-Britt Malmgren-Olsson (2014) The Corporeality of Living Stressful Femininity: A Gender-Theoretical Analysis of Young Swedish Women's Stress Experiences. *Young*, 22(3). Pp. 271–289.
- Wasserman, Camilla, Vita Postuvan, Dena Herta, Miriam Iosoue, Peeter Värnik & Vladimir Carli (2018) Interactions between youth and mental health professionals: The Youth Aware of Mental health (YAM) program experience. *PLoS ONE*, 13(2). pp. 1-34.
- West, Candace & Don H. Zimmerman (1987) Doing gender. *Gender & society*, 1(2). pp. 125–151.
- Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Wiklund, Maria, Eva-Britt Malmgren-Olsson, Anna Öhman, Erik Bergström & Annacristine Fjellman-Wiklund (2012) Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety and gender – a cross-sectional school study in Northern Sweden. *BMC Public Health*, 12 (1).

Bilagor

Bilaga 1 - Semistrukturerad intervjuguide

Berätta lite om dig själv?

T.ex.: ålder, skola, program, kön, etnicitet, boendesituation, arbete, intressen

Vad tänker du på när någon säger psykisk ohälsa?

T.ex.: Vad är psykisk ohälsa? Tänker du på något speciellt? Varför tänker du på det specifikt?

Om de nämner diagnoser, be om en förklaring till de diagnoserna

Var brukar du höra talas om psykisk ohälsa?

T.ex.: Skola, tv, internet, Facebook, Instagram, Snap, kompisar, föräldrar, andra vuxna.

Varför tror du att de pratar om psykisk ohälsa?

Har du fått någon information kring psykisk ohälsa av skolan?

T.ex.: Hur gick det till? I vilket sammanhang fick du information av skolpersonal? Vem av personalen gav informationen? Hur tyckte du att informationen var? Lärde du dig något nytt? Kommer du ihåg något av det som sades på informationen?

Vad har du fått lära dig om psykisk ohälsa?

T.ex.: vet du var du ska vända dig? Vet du vad du ska göra om du mår dåligt? Fått redskap för att må bättre exempelvis, psykisk hälsa?

Tycker du att du får mycket information om psykisk ohälsa?

T.ex.: hur man ska ta hand om sig själv? Hur man kan hjälpa andra? Var ska jag vända mig?

Skulle du vilja veta mer om psykisk ohälsa?

T.ex.: Varför? Från vem skulle du vilja veta mer? Eller från var vill du ha mer information?

Om de pratar tar upp något relaterat till stigma:

Tex: Vad tror du hade hjälp att förhindra stigmat?

Har du hört något om psykisk hälsa?

T.ex.: hur gör man för att må bra? Hur gör man för att motverka psykisk ohälsa?

Könsskillnader

Hur ser det ut i er klass?

T.ex.: uppdelning killar och tjejer, fördelning

Bilaga 2 - Information till deltagare om intervju till C-uppsats

Hej!

Vi heter Tilda och Amanda och läser socionomprogrammet på Lunds universitet.

Vi är nu på slutet av vår utbildning och det är dags för oss att skriva uppsats.

Ämnet vi har valt att skriva om är psykisk ohälsa. Idag ökar psykisk ohälsa bland barn och unga mest i Sverige av alla nordiska länder. Vi anser därför att det är viktigt att undersöka det här ämnet. Vi vet ofta vad vuxna tycker och tänker och ofta beslutar man kring åtgärder och insatser utifrån vuxnas perspektiv. Vi tycker dock att det är viktigt att höra vad barn och unga tycker och tänker och därför har vi valt att skriva utifrån ungas perspektiv och söker därför intervjupersoner. Vi tycker att era åsikter och tankar är mycket värdefulla och då ert perspektiv saknas skulle vi vilja intervjua er om ämnet och fördjupa våra kunskaper utifrån ert perspektiv.

Vi söker intervjupersoner som identifierar sig som killar, tjejer eller annat, som kan tänka sig att svara på några frågor kring vilken kunskap grupperna har om psykisk ohälsa och var den kunskapen kommer ifrån. Vi söker dig som har fyllt 18 år och går på gymnasiet. **Intervjun kommer inte att handla om personliga upplevelser.**

Intervjun kommer att spelas in och sedan kommer vi att skriva ner det som sägs. Detta kommer i sin tur att användas i vår uppsats som material och analyseras. Uppsatsen kommer att läsas av lärare och klasskamrater. **Intervjun är anonym. Detta innebär att ingen kommer att veta att det är du som har blivit intervjuad.** Efter att vi skrivit uppsatsen kommer allt insamlat material att tas bort.

Intervjun kommer att ta max en timme och kommer att genomföras på Campus Helsingborg eller på den plats du föredrar. Vi är flexibla med tider och kommer att bjuda på fika. Är du intresserad av att delta i vår uppsats? Har du ytterligare frågor som du inte fått svar på här?

Du kan nå oss på:

amanda.ricketts.7223@student.lu.se & tilda.persson.0347@student.lu.se

Bilaga 3 - Samtyckesblad

C-uppsats om attityder kring psykisk ohälsa - Socionomprogrammet HT18

Vi heter Amanda och Tilda och studerar på socionomprogrammet på Lunds universitet, Campus Helsingborg. Under november månad 2018 kommer vi att arbeta med vår c-uppsats som handlar om ungdomars attityder kring psykisk ohälsa.

Det är av denna anledning som vi vänder oss till Dig. Vi är intresserade av Dina kunskaper om psykisk ohälsa och skulle därför vilja intervjua Dig vid ett tillfälle under november månad. Frågorna kommer att beröra vad du vet om psykisk hälsa överlag. Vi undrar hur och varför du tänker när du hör ordet psykisk ohälsa, men också var du har lärt dig det du kan och om du inte kan något om psykisk ohälsa så vill vi veta dina tankar kring det.

Deltagande i intervjun är helt frivilligt och Du kan avbryta när du vill. Intervjuerna kommer att ta mellan 30-60 minuter och kommer att spelas in. Dina svar kommer att behandlas helt anonymt och efter att c-uppsatsen är färdigt kommer samtliga anteckningar och inspelningar att förstöras.

Du är välkommen att höra av Dig till oss om du har frågor.

Vänliga hälsningar,

Amanda Ricketts & Tilda Persson

Kontakt: amanda.ricketts.7223@student.lu.se & tilda.persson.0347@student.lu.se

Samtycke

Härmed samtycker jag till att delta i intervjun

Namn:

Datum:

Namnsteckning:

Bilaga 4 - Mejlkontakt med skolor

Hej! Vi heter Tilda Persson och Amanda Ricketts och går sjätte terminen på socionomprogrammet. Vi ska nu skriva vår c-uppsats och är intresserade av att undersöka vad gymnasieungdomar vet om psykisk ohälsa och vill därför intervjua elever som går tredje året på gymnasiet.

Vi undrar därför om det finns möjlighet att göra ett besök i en eller flera klasser och se om det finns några som är intresserade av att delta.

I det här mejlet bifogar vi ett informationsblad med ytterligare information kring ämnet och intervjun. Vi vill komma ut i klasserna så fort som möjligt, så vi tackar på förhand för snabbt svar.

Med vänlig hälsning,

Tilda & Amanda

Bilaga 5 – Kodningsexempel frågeställning

Hur uppfattar ungdomarna psykisk ohälsa?	Var får ungdomarna sina uppfattningar om psykisk ohälsa ifrån?	Vilka källor känner ungdomarna till som de kan vända sig till vid eventuell psykisk ohälsa?	Hur resonerar ungdomarna om psykisk ohälsa i relation till könsnormer?
<ul style="list-style-type: none"> • Att må sämre av någon anledning psykiskt • Någon negativ psykiskt som påverkar en • Deprimerad, OCD • Ohälsa = något negativt • Depression varierar från person till person. Man inbillar sig att de är jätteledsna hela tiden men tror snarare att om man är deprimerad så håller man det för sig själv • Depression>svårt att be om hjälp och svårt att ge hjälp. Mans skäms, svårt att ta tag i saker, ingen motivation att göra det man måste • Finns bra hjälp 	<p>Har fått information från:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mamma, psykolog, terapeut och forskare • Kompisar med en diagnos och är deprimerad • Internet, man både hör och läser om hur folk upplever det • Youtube (en trend) • Kändisar som man tror har det bra men har inte det alltid • Lite från skolan • Fått information från kompisar om att de går till kuratorn • Schoolsoft (skolportal) • Pappa, psykiatriker <p>Vill få information från:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Universiteten uppdrag 	<ul style="list-style-type: none"> • Better help (från youtube) • Kurator • Kompis som varit hos kurator om vad han rekommenderar • Bror • Ungdomsmottagningen • Vårdcentralen • BRIS • 	<ul style="list-style-type: none"> • Förutsättning att man inte har problem till att börja med • Tror genuint att många inbillar sig inte har problem, så det är inte bara press utifrån utan också inifrån • Tjejer i allmänhet söker mer hjälp avseende psykisk ohälsa • Mer män tar livet av sig • Tror man har lika mycket problem men det är lättare att erkänna för sig själv som tjej • Anser sig mer självständig som kille • Man vill inte erkänna för sig själv att man är svag • En svaghet att inte må bra för tillfället

Bilaga 6 – Kodningsexempel teori

Hur uppfattar ungdomarna psykisk ohälsa?	Könsnormer	Normer	Framträdande	Stigma
Intervju 1	<ul style="list-style-type: none"> • Man tror att tjejer är mer intresserade men killarna ställde massa frågor och visade mer intresse för lektionen • Man tror att det alltid är tjejer som är öppna och pratar om det • Man tror att killar stänger ner sig mer men här var de öppna och frågade • Killarna i hennes klass är allmänt mer öppna • Tjejerna satt mest och lyssnade och nickade • Killar begår självmord och hoppar framför tåg • Killar tänker det här ska jag sköta själv • Tjejer frågar mer "hur mår du" "mår du verkligen bra" medan killar ej gör det • Det är inte manligt att fråga ovanstående 	<ul style="list-style-type: none"> • Inte självmordsbenägen, men självska debeteende • Må dåligt en längre tid • Må dåligt, ha ångest, inte kunna gå upp från sängen. • Allmänt ångest = ångest hela tiden • Depression och ångest hör ihop • Pratar bara om att inte stressa i skolan • Något man pratar om men inte pratar djupgående om. • Vem som helst kan ha det • Pratar bara om att inte stressa 	<ul style="list-style-type: none"> • Hon kanske inte själv vet om att hon har en ätstörning • Men när ingen vet så hjälper ingen och det är hemskt • Vet att man ska ta det lugnt, prata med varandra och hjälpas åt samt inte hålla allting inne • Alltid tjejer som pratar om det • Therese lindgren lärde ut, fast mindre info än den som gavs i skolan. Hon pratade mycket om hur det är när man har ångest exempelvis • Man vet inte att killar mår dåligt 	<ul style="list-style-type: none"> • Förståelse för att andra inte pratar om psykisk ohälsa • Såna som har det är konstiga, men det är inte riktigt så • Folk tycker det är skämmigt • Men när ingen vet så hjälper ingen och det är hemskt • När man är äldre borde man ändå kunna fråga och prata men tydligen inte • Det har alltid varit så att man inte pratar om det • Det är fel att man skäms så mycket över att man mår dåligt att man väljer suicid