



LUNDS
UNIVERSITET

Sociologiska institutionen

Suicid och stigma

En studie av diskussionstrådar om när livet känns hopplöst

Författare: Johanna Wästfelt
Kandidatuppsats: SOCK08, 15 hp
Höstterminen 2021
Handledare: Kjell Nilsson

Författare: Johanna Wästfelt

Titel: Suicid och stigma – en studie av diskussionstrådar om när livet känns hopplöst

Kandidatuppsats: SOCK08, 15 hp

Handledare: Kjell Nilsson

Sociologiska institutionen, höstterminen 2021

Sammanfattning

Självmod är ett stigmatiserat ämne som det inte pratas så mycket om i samhället. Samtidigt är det många som lider av psykisk ohälsa och ser självmod som den enda utvägen. Varje år dör cirka 1500 personer i självmod i Sverige. Förhoppningen med denna studie är att lyfta fram suicidala personers röster för att visa att vi behöver lyssna på deras upplevelser av psykisk ohälsa om vi vill sträva efter att minska antalet suicid. Syftet med studien är att nå en förståelse för hur suicidala personer upplever sin omgivning, och hur den stigmatisering de utsätts för har påverkat dem och deras beteende. Fokus i denna studie ligger på suicidala personer upplevelser av stigmatisering, och jag har använt mig av Erving Goffmans (1963/2020) teorier om stigma. Materialet som används för studien är olika diskussionstrådar från ett svenskt diskussionsforum, skapat av en organisation som arbetar för suicidprevention. Metoden som används för att analysera materialet är en kvalitativ textanalys. I analysen framkommer att användarna i diskussionsforumet upplever stigmatisering och att detta i sin tur kan skapa ett självstigma. Självstigmatiseringen leder till att personerna bland annat isolerar sig och inte vågar söka hjälp för sitt mående. Min analys visar också på att det finns ett motstånd till stigmatiseringen och som utgörs av människor som vågar prata om psykisk ohälsa och suicid, samt stöttar varandra. Motståndet består dels av personer som delar samma stigma, dels av personer som inte delar samma stigma men som kommer i kontakt med de stigmatiserade och är sympatiskt inställda till dem. Samtidigt överskuggar stigmatiseringen, som de suicidala personerna blir utsatta för, det motstånd som finns. Därför behöver det suicidpreventiva arbetet fokusera på att försöka bryta den stigmatisering som finns kring självmod och psykisk ohälsa.

Nyckelord: självmod, suicid, psykisk ohälsa, stigma, stigmatisering, suicidprevention, Erving Goffman

Abstract

Suicide is a stigmatized subject that we, as a society, do not talk much about. Simultaneously, there are many people suffering from mental illness who think of suicide as the only way out. Every year around 1500 people die from suicide in Sweden. The aim of this study is to highlight suicidal people's voices, in order to demonstrate that we need to listen to them if we want to achieve a decrease in mental illness and suicide rates. The purpose of the study is to reach an understanding of how suicidal people experience their surroundings, and how the stigmatization has affected them and their behaviour. This study focuses on suicidal people's experiences of stigma, and Erving Goffman's (1963/2020) theory on stigma is applied. The data used in this study are several discussion threads from a Swedish discussion forum created by an organization dedicated to suicide prevention. The method used to analyse the data is qualitative data analysis. The analysis shows that the users of the discussion forum experience stigma, which in turn can create a self-stigma. The self-stigma results in individuals isolating themselves and developing a fear of seeking help, among other consequences. My analysis also shows that there is a resistance to the stigma, consisting of people daring to talk about mental illness and suicide, and offering support to each other. The resistance consists of people who share the same stigma, as well as people who do not share the stigma, but are in contact with those who do and sympathize with them. At the same time, the stigmatization that suicidal persons experience overshadows the resistance. Therefore, suicide prevention should focus on trying to diminish the stigma around suicide and mental illness.

Keywords: suicide, mental illness, stigma, stigmatization, suicide prevention, Erving Goffman

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
1.1 Syfte och frågeställningar	2
1.2 Avgränsning	2
1.3 Definitioner	2
2. BAKGRUND	3
2.1 Suicid som stigma	3
3. TEORI	4
3.1 Goffmans teori om stigma	4
3.2 Diskussion kring teori	7
4. TIDIGARE FORSKNING	7
5. METOD	9
5.1 Metodval	9
5.2 Urval	10
5.3 Analysprocessen	11
5.4 Studiens tillförlitlighet	12
5.5 Etiska överväganden	13
6. ANALYS	14
6.1 Stigmatisering	15
6.2 Självstigma	17
6.3 Konsekvenser och strategier	18
6.4 Bemötande från sympatiska andra	22
7. AVSLUTANDE DISKUSSION	25
Källförteckning	27

1. Inledning

Tänk dig ett mörkt rum som du försöker ta dig fram i. Det är obehagligt eftersom du inte ser någonting, det går inte ens att skönja några konturer. När du sedan försöker beskriva det du ser i rummet börjar ljuset komma tillbaka, rummets konturer börjar synas. Lampan i rummet har tänts och allt känns lite mindre kusligt. Denna metafor brukade min handledare som jag hade under VFU-terminen på socionomprogrammet använda för att illustrera vikten av att våga prata om det som känns jobbigt.

Detta är vad vi behöver göra med ämnet självmord, vi måste våga prata om det för att det ska bli mindre tabubelagt. Det dör cirka 1500 personer i självmord varje år i Sverige och denna siffra har varit ungefär densamma under de senaste 20 åren (Riksrevisionen 2021:26, s. 16). Detta trots att riksdagen 2008 upprättade en nationell handlingsplan och en övergripande vision för suicidprevention. Folkhälsomyndigheten fick uppdraget att samordna det suicidpreventiva arbetet. Riksrevisionens rapport från 2021 visar att det suicidpreventiva arbetet som Folkhälsomyndigheten tagit fram inte fått genomslag på regional eller kommunal nivå. Huruvida det funnits ett suicidpreventivt arbete på dessa nivåer har berott på om det funnits engagerade personer i verksamheterna, vilket gör arbetet sårbart. År 2020, först tolv år efter att riksdagen tagit beslut om att utveckla det suicidpreventiva arbetet, tog regeringen nya initiativ för att stärka det suicidpreventiva arbetet (Riksrevisionen 2021:26, s. 5).

En aspekt som både Riksrevisionens rapport och Folkhälsomyndigheten lyfter fram är att det finns ett stigma kring psykisk ohälsa och självmord som behöver brytas för att självmordsantalet ska minska (Riksrevisionen 2021:26, s. 8; Folkhälsomyndigheten 2020). Folkhälsomyndigheten (2020) skriver att stigmat kan skapa skam hos den stigmatiserade vilket kan leda till att hen döljer sina besvär och inte söker hjälp för sitt mående. Enligt Folkhälsomyndigheten (2020) finns det inte tillräckligt med forskning om vilka slags insatser som behövs för att minska stigmatiseringen, och därigenom förebygga och minska antalet självmord. I denna studie kommer jag att visa på den forskning som finns kring detta ämne, och jag har även valt att själv undersöka stigma kopplat till suicidalt beteende.

Inom den sociologiska forskningen har främst kvantitativa studier om suicid gjorts, för att på så sätt kunna visa på hur strukturella faktorer, så som bristen på integration exempelvis, kan orsaka suicid (Binnix et al. 2017, s. 2). Mot bakgrund av forskningsläget om suicid menar jag

att det behövs ytterligare kvalitativ sociologisk forskning som fokuserar på och utgår ifrån personer som själva har varit berörda av ämnet. Det är dessa personer som bäst kan berätta om sina erfarenheter av stigmatiseringen de möter. Det är genom att ta till sig deras röster som det suicidpreventiva arbetet kan utvecklas.

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att nå en förståelse för hur suicidala personer upplever sin omgivning och hur stigmatiseringen de utsätts för har påverkat dem och deras beteende.

Mina frågeställningar lyder:

Hur upplever suicidala personer att omgivningen bemöter dem?

Hur ser suicidala personers upplevelser av stigma ut?

Hur hanterar suicidala personer den stigmatisering de upplever?

1.2 Avgränsning

Syftet med studien har behövt operationaliseras för att det ska framgå vilka jag riktar mig till. Jag har därför avgränsat studien till att undersöka suicidala personer som skriver på ett specifikt diskussionsforum. I och med att min studie är kvalitativ är jag inte intresserad av att kunna dra slutsatser om alla suicidala personer i Sverige. Istället är jag intresserad av suicidala personers upplevelser, och har därför fokuserat på en liten grupp. Det valda diskussionsforumet är skapat av en organisation som arbetar suicidpreventivt och för att stärka den psykiska hälsan i Sverige. Organisationen är en ideell förening som utöver forumet har olika stödlinjer och chattforum. Mina valda diskussionstrådar är skapade av suicidala personer, där psykisk ohälsa och suicid är ämnen som diskuteras.

1.3 Definitioner

Stigma

Ordet stigma kommer från grekiskan och betyder märke. Under antiken kroppsmärktes personer som ansågs avvikande och som allmänheten skulle akta sig för. Idag används begreppet stigma för att förklara den osynliga stämpel som sätts på människor som avviker från normen (Folkhälsomyndigheten u.å.). När jag skriver om att någon ”bär på ett stigma” är det just denna stämpel jag beskriver, den egenskap en person bär på och som stigmatiseras av omgivningen, exempelvis någon form av psykisk ohälsa. I uppsatsen skrivs det också om

stigma som ett fenomen, exempelvis om det stigma som råder kring suicid. I detta exempel ska stigmat förstås som ett fenomen som är skapat av samhället.

Suicidal

Med suicidal menar jag personer som uttrycker suicidtankar och/eller planerar att försöka ta sitt liv.

Suicid/själv mord

Jag använder båda de synonyma begreppen suicid och självmord. Anledningen till att jag växlar mellan dem handlar om att jag försöker stanna nära de begrepp som används i mitt material och litteraturen jag refererar till.

2. Bakgrund

2.1 Suicid som stigma

Folkhälsomyndigheten (2020) konstaterar att det behövs mer forskning gällande insatser för att minska stigmatisering av psykisk ohälsa och suicid. De menar att en minskning av stigmatiseringen är en viktig del i det förebyggande arbetet mot suicid. Folkhälsomyndigheten (2020) lyfter alltså fram att både psykisk ohälsa och suicid är stigmatiserat i samhället och nedan presenteras ett par studier som visar på detta.

Det finns en studie som diskuterar både hur suicid kan vara stigmatiserat och hur stigma kan leda till suicid (Carpiniello & Pinna 2017). Forskarna gör en narrativ analys av vetenskaplig litteratur på ämnet och visar på att det finns ett stigma kring suicidala personer där de uppfattas som svaga och oförmögna att hantera sina problem, eller som själviska. Forskarna visar också på hur stigmatisering av psykisk ohälsa kan vara en signifikant riskfaktor för suicid på grund av den smärta, den låga självkänsla och den barriär till att söka hjälp som stigma kan skapa (ibid.).

En annan studie skriven av Schomerus et al. (2014) beskriver hur stigma kring psykisk ohälsa och ett lands suicidantal hänger ihop. Det är en kvantitativ studie som tittat på detta samband i 25 länder i Europa. Studien visar på att det finns ett signifikant omvänt samband mellan det nationella suicidantalet och socialt accepterade av personer med psykisk ohälsa (Schomerus et al. 2014). Det vill säga, om det finns en större acceptans kring psykisk ohälsa är också antalet suicid i landet lägre.

3. Teori

För att kunna nå en förståelse för det stigma som suicidala personer upplever använder jag mig av Erving Goffmans teori om stigma. Genom Goffmans teori och begreppen inom teorin kan mitt material analyseras och abstraheras.

3.1 Goffmans teori om stigma

Erving Goffmans (1963/2020) teori om stigma utgår ifrån hur individer i samhället samspelar med varandra och skapar normer om vad som ses som normalt respektive avvikande. Det är de ”normala” individerna som skapar en stigmatisering kring de individer som avviker på ett negativt sätt från vad som anses vara normalt. Stigmatiseringen bygger på att de ”normala” individerna ser de stigmatiserade individerna som underlägsna (Goffman 1963/2020, s. 27). Men Goffman (1963/2020, s. 192) är tydlig med att det inte enbart går att dela upp samhället i två grupper av normala och stigmatiserat avvikande, utan beskriver normalitet och stigma som en tvåsidig social process där varje individ kan befinna sig i olika situationer och perioder då hen anses vara normal eller stigmatiserad.

Goffman (1963/2020, s. 29) skriver även om hur stigmatiserade individer internaliserar stigmatiseringen de blir utsatta för. Detta kan förklaras med begreppen *allmänhetens stigma* och *självstigma*. Allmänhetens stigma, eller socialt stigma, handlar om hur individer stigmatiserar andra individer. Självstigma handlar om att individer som stigmatiseras av allmänheten internaliserar stigmat (Corrigan & Rao 2013). Corrigan och Rao (2013, s. 2f) tar ett exempel med en person som har schizofreni och hur hen börjar internalisera fördomar som omgivningen har om att hen skulle vara farlig. Exempelvis börjar personen tänka att hen är farlig och känner sig rädd för sig själv. Detta kan leda till att personen utvecklar en dålig självkänsla och utsätter sig för självdiskriminering genom att isolera sig. Det kan även leda till att personen känner hopplöshetskänslor och inte ser någon mening med att försöka förändra sin situation (ibid.). Innerst inne kan individen veta att hen är som alla andra, men hen känner ändå av hur andra ser nedvärderande på henom vilket skapar skamkänslor över ens stigmatiserade egenskap. Det är som om hen ser de andras blickar på sig själv bara genom att titta sig själv i spegeln (Goffman 1963/2020, s. 29f). Nedan kommer jag först att gå igenom vad Goffman skriver om de stigmatiserade personerna, för att sedan gå igenom vad han skriver om omgivningens, det vill säga allmänhetens, syn på och bemötande av de stigmatiserade personerna.

Stigmatiserade personer är antingen misskrediterade eller misskreditabla. Att vara misskrediterad betyder att man bär på ett synligt stigma som är känt för allmänheten. Att vara misskreditabel däremot betyder att allmänheten inte känner till ens stigma (Goffman 1963/2020, s. 75). För att stigmat inte ska avslöjas för allmänheten kan den stigmatiserade personen behöva använda sig av intrycksstyrning. En strategi kan vara att försöka ”rätta” till sitt stigma, det vill säga att anstränga sig för att ens stigma inte ska märkas (Goffman 1963/2020, s. 33). Detta kan illustreras av en person som lider av utmattningssyndrom men som ändå tvingar sig att göra mer saker än hen orkar, för att stigmat som utmattningssyndromet innebär, inte ska märkas. En annan strategi för att skylla sitt stigma kan vara att desidentifiera sig från det (Goffman 1963/2020, s. 78). Om en person exempelvis blir stigmatiserad på grund av sin sexuella läggning kan denna person välja att desidentifiera sig från den identiteten och låtsas som att hen har en annan sexuell läggning.

Goffman skriver om hur dessa strategier är en del av en inlärningsprocess som den stigmatiserade personen går igenom. Processen består av tre faser där den första fasen handlar om att den stigmatiserade personen lär sig hur de ”normala” ser på honom. Den andra fasen handlar om att finna sig till rätta med att bli behandlad som stigmatiserad. Den tredje fasen handlar om att lära sig att passera, alltså ett slags intrycksstyrning som går ut på att lära sig hur man ska anpassa sig så att de ”normala” inte märker av ens stigma (Goffman 1963/2020, s. 121).

Att tvingas hantera att bli stigmatiserad kan leda till konsekvenser så som isolering, skam och självhat. Individen isolerar sig för att slippa möta stigmatiseringen från omgivningen. När personen bryter isoleringen kan hen uppleva obehagskänslor eftersom hen känner sig underlägsen och blir misstänksam mot och känner fruktan inför hur omgivningen kommer att behandla honom (Goffman 1963/2020, s. 37f). Den skam och det självhat som individen känner är egentligen ett hat mot stigmat, men i och med att omgivningen förknippar en med den stigmatiserade egenskapen riktas dessa känslor mot en själv (Goffman 1963/2020, s. 162). Det finns dock stigmatiserade personer som inte internaliserar stigmat utan ser sig själva som ”normala” personer och snarare inte förstår sig på de som stigmatiserar. De är relativt oberörda av den stigmatisering som de utsätts för och bekymras inte över att bära ett stigma (Goffman 1963/2020, s. 29).

Med stigmatisering följer att bli förknippad med andra personer som delar samma stigma. Det kan uppstå en ambivalens hos individen i förhållande till detta då hen å ena sidan försöker ta

avstånd från sitt stigma och å andra sidan inte kan bryta sig loss från det. Individerna kan då tvingas stå inför valet att ta avstånd från sina likar och istället umgås med de ”normala” som stigmatiserar honom, eller att alliera sig med sina likar (Goffman 1963/2020, s. 154f).

Detta för mig in på hur Goffman beskriver omgivningens förhållande till de stigmatiserade personerna. Goffman (1963/2020, s. 46) skriver om sympatiska andra som kan få den stigmatiserade individen att känna sig mindre ensam. De sympatiska andra kan dels bestå av individer som delar samma stigma som den stigmatiserade personen, dels av de ”upplysta”. De som delar samma stigma kan få den stigmatiserade att känna sig accepterad och ”som hemma”. De kan också hjälpa den stigmatiserade att förhålla sig till sitt stigma, eftersom de själva har erfarenhet av det. Denna gemenskap kan bli en trygg plats för den stigmatiserade där hen vågar berätta om sitt liv och vad hen utsätts för (Goffman 1963/2020, s. 46ff).

Med de ”upplysta” sympatiska andra syftar Goffman på ”normala” individer som ändå är väl förtrogna med de stigmatiserades liv, och sympatiskt inställda till dem. De stigmatiserade behöver inte känna sig rädda för att visa sitt stigma för de ”upplysta” då de kan lita på att de kommer att se på dem som ”vanliga” människor. De ”upplysta” kan vara personer som kommit i kontakt med stigmatiserade individer eftersom de arbetar med dem, eller till exempel är deras anhöriga (Goffman 1963/2020, s. 56f). Goffman (1963/2020, s. 57) skriver att man vanligen går från att vara ”normal” till ”upplyst” efter att man har genomlevt en upplevelse som ger ny förståelse för vad de stigmatiserade upplever. Det kan visserligen ta ett tag innan den stigmatiserade gruppen ser den ”upplyste” som en ställföreträdande medlem, men så småningom accepterar de honom som det (ibid.).

Anhöriga till en stigmatiserad person kan ofta ingå i gruppen de sympatiska andra och dela insikt och förståelse med den stigmatiserade. Men det finns också anhöriga som är rädda för att bli smittade av stigmat vilket kan leda till att de försöker fjärma sig från eller ”normalisera” personen. Den sista strategin kan exemplifieras med att den anhörige undviker att prata om hur stigmat upplevs av den stigmatiserade personen, vilket kan göra att personen känner sig osynliggjord (Goffman 1963/2020, s. 60).

Liknande strategier förekommer även när andra ”normala” i omgivningen har svårt att möta en stigmatiserad person. Den stigmatiserade placeras in i en stereotyp, vilket leder till att personen antingen blir bättre behandlad än vad de anser att hen är, eller tvärtom, sämre behandlad. Om den ”normale” inte finner någon av dessa vägar möjliga kan hen behandla den

stigmatiserade som en ”icke-person”, vilket betyder att låtsas som att den stigmatiserade personen inte existerar (Goffman 1963/2020, s. 44f).

3.2 Diskussion kring teori

Goffmans teori om stigma har jag kunnat applicera på mitt material. Det har gett materialet en teoretisk förståelse och satt ord på fenomenen och känslor som framkommer från diskussionstrådarna. Det går däremot att rikta kritik mot Goffmans uppdelning av världen i *de ”normala”* och *de stigmatiserade*. Även om han själv påpekar att dessa kategorier är flytande och att människor kan befinna sig i respektive kategori under olika tillfällen och perioder, skriver han ändå om kategorierna som två olika grupperingar. Det finns en risk att detta leder till att låsa fast individer i de olika kategorierna och att man tappar medvetenheten om individers komplexitet och flytande identiteter. Det finns också en risk att individer grupperas mot varandra och att det skapar spänningar mellan dem. Samtidigt sätter Goffman fingret på att ett stigma inte uppstår av sig självt utan att det skapas av människor och att det är människor som stigmatiserar andra människor. För att förstå dessa processer benämner Goffman människorna som stigmatiserar och människorna som blir stigmatiserade med olika begrepp. I och med att jag använt mig av Goffmans teori har jag också använt dessa kategorier, men jag har försökt vara tydlig med att dessa inte är statiska. Jag har även valt att använda citationstecken när jag använder begreppet *de normala* för att visa på att det är ett värderande begrepp och för att markera att det finns en svårighet att kategorisera människor med dessa värdeladdade ord.

4. Tidigare forskning

En inspiration till min studie har varit Binnix et al.:s (2017) studie som handlar om personer som tidigare har varit suicidala. Studien fokuserar på personernas upplevelser av att ha haft suicidtankar eller att ha gjort suicidförsök. Forskarna har gjort semistrukturerade djupintervjuer med 20 personer för att undersöka ämnet. I intervjumaterialet kunde författarna utläsa tre olika teman: stigma, tystnad och missförstånd. Alla informanter uppgav att de känt sig stigmatiserade på grund av sitt suicidala beteende, detta kunde vara av såväl familjemedlemmar som av vårdpersonal. I studien framkommer även att stigmat kring suicid lett till två typer av tystnad, dels att stigmat skapat en tystnad kring ämnet hos omgivningen, dels att stigmat tystat ner informanterna. Vissa av informanterna upplevde att närstående kunde vara tystlåtna eller förminskande när de väl försökt ta upp suicid som ämne (Binnix et al. 2017, s. 5). Den stigmatiseringen som informanterna upplevde gällande sitt suicidala

beteende ledde till att personerna fick anpassa sitt beteende och ofta använde de tystnad som en strategi (Binnix et al. 2017, s. 4). Personerna lät bli att prata om sitt mående av rädsla för omgivningens reaktioner. Stigmatiseringen av självmord leder även till missförstånd enligt informanterna, då omgivningen sällan har någon kunskap eller felaktig kunskap om självmord. Informanterna upplevde att de kunde ses som själviska eller uppmärksamhetssökande av sin omgivning på grund av sitt suicidala beteende, när de i själva verket befann sig i desperata situationer där de inte såg någon annan utväg än självmord (Binnix et al. 2017, s. 6f). Denna studie är relevant för min uppsats då den precis som jag använder Goffmans stigmatteori för att analysera suicidala personers upplevelser av sina suicidala perioder och relationen till sin omgivning under dessa perioder.

En annan studie som berör stigma och självmord är Keller et al.:s (2019) studie som handlar om unga vuxnas erfarenheter av stigmatiseringen av psykisk ohälsa. I studien undersöks hur personers sökande efter hjälp för suicidalt beteende påverkas av stigmat som finns kring det. Detta görs genom att ett 30-tal deltagare får skriva en teaterpjäs om sina upplevelser av stigmatisering kring psykisk ohälsa och behandling av detta, och hur det påverkar deras sökande av hjälp för suicidalt beteende. Materialet analyseras sedan av forskarna (Keller et al. 2019, s. 1). Det framkommer att deltagarna upplever ett stigma kring sökandet efter hjälp och för att hantera sin rädsla för att söka hjälp blir de defensiva eller undvikande. Detta kan illustreras med att inte vilja svara på frågan om hur man mår av rädsla för att det inte ska leda någon vart, förutom att ens stigma blir synligt (Keller et al. 2019, s. 11). Det vill säga att gå från misskreditabel till misskrediterad, vilket man vill undvika för att inte bli stigmatiserad (Goffman 1963/2020, s. 33). I studien refereras till Witte (1994), som visat på att individer använder sig av destruktiva copingstrategier, det vill säga strategier för att hantera svåra känslor, när de blir rädda för att söka hjälp. Istället för att exempelvis söka professionell hjälp kanske dessa personer väljer att missbruka alkohol till exempel (Keller et al. 2019, s. 12). Denna diskussion kring sökandet efter hjälp är också någonting centralt i min empiri, vilket kommer att visas på i analysen.

I Lundströms (2018) studie undersöks – så som jag har valt att göra i min undersökning – diskussionsforum där ämnet suicid behandlas. Även om studien inte fokuserar på det stigma som användarna upplever visar Lundström på hur stödet som ges i gruppen kan verka för att motarbeta stigmat. Han beskriver hur användarna av forumet ges en möjlighet att gå ur rollen som någon som behöver hjälp och istället ikläda rollen som hjälpare (ibid).

5. Metod

5.1 Metodval

Min valda metod är att göra en kvalitativ textanalys av diskussionstrådar. Jag har valt denna metod eftersom jag är intresserad av suicidala personers upplevelser av stigmatisering. Jag vill förstå hur de berättar om sina erfarenheter och vad de lägger vikt och mening vid. Den kvalitativa textanalysen lämpar sig bra för detta då fokus ligger på att analysera mening och meningsskapande. Fokus ligger inte på att få fram ”den sanna verkligheten” utan på hur människor beskriver sin verklighet. Istället för att som forskare ställa varför-frågor ställer man vad- och hur frågor. Forskare inom kvalitativ forskning är alltså inte intresserade av att undersöka orsakssamband, utan intresserar sig istället för att försöka nå en förståelse av människors upplevelser, idéer och tankevärldar (Esaiasson et al. 2017, s. 211f). Detta är vad jag gör i mina frågeställningar, jag är intresserad av hur suicidala personer upplever och hanterar sin omgivning och den stigmatisering som de utsätts för. Genom att använda kvalitativ textanalys som metod har det gett mig möjlighet att belysa och undersöka dessa frågeställningar.

Jag har utgått från grundad teori som en kvalitativ ansats när jag bearbetat och analyserat mitt material. Med detta menas att det är under bearbetningen av ens empiri som teorier växer fram. Detta skiljer sig alltså ifrån att utgå från en hypotes, eller att redan från början ha en specifik teoretisk utgångspunkt. Valet av grundad teori kan motiveras utifrån att det skapar en öppenhet inför empirin. Man har inte i förväg en hypotes om vad empirin ska generera och letar därför inte enbart efter exempel som verifierar ens teori (Rennstam & Wästerfors 2015, s. 32f). I mitt fall började jag min studie med ett syfte som hade en empirisk utgångspunkt där jag ville undersöka hur suicidala personer upplevde sin omgivning. När jag började analysera mitt material utifrån detta växte ett teoretiskt perspektiv fram och jag omformulerade därför efterhand mitt syfte så att det fick en mer teoretisk inriktning. Det vill säga, mitt syfte omformulerades till att utöver att undersöka suicidala personers upplevelser av sin omgivning, även sätta min empiri i relation till begreppet stigmatisering enligt Goffmans teori. Jag var alltså öppen för mitt material.

Det är däremot viktigt att konstatera att man som forskare har olika förförståelse för olika ämnen och detta tar man med in i en studie (Rennstam & Wästerfors 2015, s. 34). Det är alltså inte av en slump som jag kopplade mitt material till Goffmans teori om stigma utan jag kunde göra den kopplingen eftersom jag var bekant med den teorin sedan innan.

5.2 Urval

Jag har utgått från syftet med min studie, det vill säga att studera suicidala personers upplevelser av sin omgivning och av stigmatisering, för att definiera mitt urval. Detta kan med andra ord benämnas som ett målstyrt urval (Bryman 2018, s. 498). Jag skapade alltså en urvalsram (Bryman 2018, s. 227) utifrån kriteriet *suicidala personer*. Det skulle inte vara etiskt försvarbart i denna studie att intervjua suicidala personer, inte heller före detta suicidala personer, eftersom det skulle kunna orsaka mer skada än nytta. Jag behövde därför tänka ut andra sätt för att nå min valda grupp. Det var så idén om att mitt urval skulle bestå av personer på ett diskussionsforum på nätet kom till. Jag sökte upp olika svenska diskussionsforum som diskuterade ämnen så som psykisk ohälsa och suicid, och fann ett forum som var öppet, vilket innebar att jag kunde ta del av allt material. Det är en organisation som arbetar för suicidprevention som skapat forumet. Det modereras av personal dygnet runt för att se till att inga destruktiva konversationer förs. Jag hittade en lång diskussionstråd som funnits under cirka två år och som handlade om suicid, och valde att använda mig av denna. I och med att diskussionstråden var så lång bestämde jag mig för att använda mig av de första hundra sidorna för att materialet inte skulle bli för omfattande. Jag valde att börja från när tråden startades för att få förståelse för trådens ursprung och för att kunna se hur den utvecklats.

Det är viktigt att påpeka att alla som skriver i diskussionstråden inte är suicidala, men jag har valt att fokusera på de inlägg som personer med uttalat suicidala tankar skrivit, då det är detta tema min forskningsfråga kretsar kring. Många som skriver i diskussionstråden har däremot tidigare upplevelser av suicidala perioder, vilket gör att det skapas en gemenskap bland användarna där de kan dela liknande upplevelser.

Jag har behövt komplettera mitt urval genom att göra ett teoretiskt urval under processens gång. Precis som Rennstam och Wästerfors (2015, s. 36) skriver, handlar detta om att i analysprocessen upptäcka att man behöver mer material för att fördjupa de olika temana eller begreppen som skapats i kodningen av materialet. Detta var precis vad som skedde under analysprocessen, vilket bidrog till att jag valde att utöka mitt urval genom att använda en liknande diskussionstråd som också handlade om suicid. På så sätt fick jag in mer material för mina teman som i förlängningen kunde stärka min analys.

Om jag hade genomfört en kvantitativ undersökning hade det varit ett problem att jag inte kunnat garantera att användarna på diskussionsforumet är representativa för samtliga suicidala

personer i Sverige. Men då jag inte har som mål med min studie att kunna säga någonting om hela denna grupp, eller att kunna bevisa att personerna som skriver på forumet verkligen är suicidala blir detta inget problem. Utan det som istället intresserar mig är att på djupet undersöka personernas upplevelser av stigma.

5.3 Analysprocessen

Rennstam och Wästerfors (2015, s. 26) tar upp strategier för att hantera de tre övergripande problem som de anser att forskaren står inför under analysprocessen, och dessa har jag använt mig av. Det första problemet benämner de som kaosproblemet, och strategin för att hantera detta handlar om att sortera sitt material. Mitt material utgjorde cirka hundra sidor, det var alltså ett omfattande material som behövde läsas flera gånger för att jag skulle bli bekant med det. Jag började så småningom se teman som återkom i texten och färgmarkerade dessa passager med olika färger för varje rubrik. Orange markering stod till exempel för ”stöd i gruppen”. Jag hade genomfört en initial kodning, det vill säga fått fram mina första teman (Charmaz 2002 se Rennstam & Wästerfors 2015, s. 75). Efter att ha läst igenom mitt material och mina initiala kodningar flera gånger upptäckte jag att vissa teman inte förklarade essensen av de kodade passagera och jag ändrade därför dem. Det var också vissa teman som jag insåg inte återkom, varför jag tog bort dem eller inkluderade dem i ett mer övergripande tema. Detta kan beskrivas som den fokuserade kodningen (Charmaz 2002 se Rennstam & Wästerfors 2015, s. 75f).

Under processen med att koda mitt material uppstod det andra problemet som Rennstam och Wästerfors (2015, s. 103) uppmärksammar – representationsproblemet. Problemet handlar om att det är omöjligt att presentera allt sitt material i sin studie och därför måste materialet reduceras. Jag hade gjort en första reduktion av materialet när jag började koda det, och det var många delar av materialet som inte passade in i mina koder, eller var relevanta för att skapa andra koder av. Samtidigt hade jag en mängd olika teman som behövde sorteras vilket jag gjorde genom att rita upp ett schema för att se hur de hängde ihop. På så sätt fick jag en ny bild av mitt material och jag började se hur teori skulle kunna appliceras på det. Goffmans teori om stigma tyckte jag verkade stämma väl överens med de teman jag fått fram och jag började därför koda om mitt redan kodade material efter stigmat teorin. Jag hade på så sätt reducerat materialet i två omgångar, först genom att koda det utan teori och sedan genom att koda om det redan reducerade materialet, som bestod av olika koder, till teoretiska kategorier.

De teoretiska kategorierna består av **omgivningens stigma, anhöriga som smittats av**

stigmat, självstigma, konsekvenser av stigma, med undertema *isolering och ensamhetskänslor, rädsla för att söka hjälp* och *passering*, samt **sympatiska andra**, med undertema *sympatiska andra som delar samma stigma* och *de "upplysta"*. Dessa kategorier har utgjort min grund för analysen.

Det är teoretiserandet av ens material som är lösningen på det tredje och sista problemet i analysprocessen, auktoritetsproblemet (Rennstam & Wästerfors 2015, s. 170f). Auktoritetsproblemet handlar om att det finns en risk att ens studie inte bidrar med någonting nytt till forskningen (Rennstam & Wästerfors 2015, s. 137). Genom att applicera teori på min empiri och argumentera för varför teorin passar bidrar jag med en teoretisk förståelse av empirin. Jag visar på hur Goffmans teori om stigma kan ge en förståelse för suicidala personers upplevelser av sig själva och sin omgivning.

5.4 Studiens tillförlitlighet

För att göra en bedömning av min studies tillförlitlighet använder jag mig av alternativa kriterier till de kriterier som används för kvantitativ forskning. Detta då kriterierna inom kvantitativ forskning bygger på en realistisk syn på verkligheten, där det ses som möjligt för olika forskare att komma fram till en och samma analys av verkligheten. Har man istället ett annat synsätt där man tänker att det finns olika sätt att beskriva verkligheten på, att det inte finns en objektiv verklighet, blir det mer fruktbart att använda sig av de kriterier som Guba och Lincon (1994 se Bryman 2018, s. 467) satt upp. Eftersom jag delar deras synsätt kommer jag att använda mig av deras kriterier nedan.

Guba och Lincon (1994 se Bryman 2018, s. 467f) har skapat kriteriet tillförlitlighet som kan delas upp i delkriterierna trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och möjlighet att styrka och konfirmera. Min studie uppfyller trovärdighetskriteriet då jag har utfört min studie i linje med de forskningsetiska regler och riktlinjer som finns kring vetenskapliga studier, exempelvis genom att transparent beskriva tillvägagångssättet med min studie. Jag har däremot inte kunnat använda mig av respondentvalidering som är ett annat sätt att säkerhetsställa att ens studie är trovärdig. Jag har inte kunnat göra detta eftersom jag inte har haft kontakt med personerna på diskussionsforumet.

Överförbarhet är ett kriterium som handlar om att i sin studie göra *thick descriptions*, det vill säga fylliga och utförliga beskrivningar av ens material och den kontext som materialet befinner sig i, så att läsarna kan få en fördjupad bild av det man undersöker för att utefter det

göra en bedömning om ens analys hade kunnat överföras till en annan kontext och miljö (ibid.). Jag har gjort detta i min analys genom att ta med citat från mitt material som visar på grunden till mina resonemang och även genom att beskriva mitt material utförligt. Det tredje delkriteriet, pålitlighet, handlar om att ha ett granskande synsätt på sin studie. Detta för att kunna se till att man utförligt redogör för alla studiens delar (Bryman 2018, s. 468). Jag har själv antagit detta synsätt, och att få feedback från min handledare och andra i min omgivning har också hjälpt mig att granska min studie. Det sista delkriteriet, möjlighet att styrka och konfirmera, handlar om att man som forskare handlar i god tro, det vill säga inte låter ens egna värderingar eller teoretiska inriktning styra ens studie (Bryman 2018, s. 470). Genom att använda mig av grundad teori och att ha en öppenhet inför mitt material, har jag aktivt handlat utifrån detta delkriterium.

5.5 Etiska överväganden

Det finns ett berättigat krav på samhället att bedriva forskning av god kvalitet och som är inriktad på väsentliga frågor. Detta kallas forskningskravet, vilket ingår i de forskningsetiska principerna som Vetenskapsrådet (2002) satt upp. Mitt valda ämne är ett känsligt ämne som väcker många frågor, vilket ställer särskilt höga krav på etiska överväganden kring hur ämnet kan undersökas. Då jag ändå anser att ämnet suicid och min ingång till det är viktigt ur en forskningssynpunkt har jag försökt hitta tillvägagångssätt som är etiskt försvarbara. Jag har med andra ord motiverat mitt ämnesval med stöd av forskningskravet.

Det är inte etiskt försvarbart i denna studie att göra intervjuer på plats med människor som tidigare varit suicidala. Det kan väcka trauman och personerna kan känna sig exponerade. Individskyddskravet skulle alltså inte uppfyllas (Vetenskapsrådet 2002, s. 5). Vetenskapsrådet (ibid.) betonar vikten av att individskyddskravet och forskningskravet alltid måste vägas mot varandra, men att forskningskravet inte får göra våld på skyddet av individer som ingår i forskningen. Jag har tagit hänsyn till individskyddskravet genom att använda mig av ett redan existerande material från ett diskussionsforum. Jag använder ett material som deltagare själva valt att publicera på ett forum, och riskerar därför inte att exponera deltagare med ämnen de inte velat dela med sig av offentligt.

Vetenskapsrådet (2002, s. 6) skriver om fyra krav som innefattas i individskyddskravet, vilka lyder: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet och samtyckeskravet behöver inte uppfyllas i min studie då jag använder

mig av ett material som redan existerar på ett öppet diskussionsforum. Materialet är offentligt och kan därför användas utan att informera eller inhämta samtycke från användarna på diskussionsforumet. Jag har ändå valt att informera personerna som startat diskussionsforumet om min studie eftersom jag ville höra vad de tänkte om den och ge dem möjlighet att komma med idéer och synpunkter. De var uppmuntrande till min studie och bad mig att skicka den till dem när den är färdig vilket jag kommer att göra.

Det tredje och fjärde kravet är det viktigt att jag uppfyller. Konfidentialitetskravet handlar om att deltagarna i studien anonymiseras och att deras uppgifter behandlas med konfidentialitet. Då personerna som skriver på diskussionsforumet redan är anonyma i och med att forumet ger deltagarna slumpmässiga användarnamn, finns inga uppgifter som kan spåras till personerna, vilket gör att detta krav kan uppfyllas. Men för att stärka konfidentialiteten ytterligare har jag valt att inte skriva ut namnet på diskussionsforumet och jag använder andra namn än de som användarna har på forumet. När jag citerar det användarna skrivit har jag omformulerat citaten för att de inte ska kunna spåras. Detta har jag valt att göra eftersom, precis som Berg (2015, s. 130) skriver, personerna som skrivit i diskussionsforumet tänkt att deras texter endast ska läsas av en specifik grupp. Det är därför viktigt att det de skrivit inte kan spåras på något sätt. Det sista kravet, nyttjandekravet, handlar om att det insamlade materialet endast ska användas för forskningsändamål, vilket jag endast använt det för.

6. Analys

Nedan följer en analys av min empiri som bygger på Goffmans stigmatteori. Innan analysen inleds är det viktigt att konstatera att vi inte vet så mycket om personerna i diskussionstrådarna, mer än att de skriver i dem för att de lider av psykisk ohälsa och känner hopplöshetskänslor. Samtidigt har det ovan klarlagts att psykisk ohälsa och suicidalt beteende är stigmatiserat, vilket är något de lider av. Vi kan därför utgå från att personerna som skriver i diskussionstrådarna är stigmatiserade på grund av deras psykiska ohälsa och suicidala beteende, eller av andra liknande skäl.

Analysen är strukturerad utefter inlärningsprocessen som Goffman (1963/2020, s. 121) beskriver att en stigmatiserad person går igenom. Jag inleder analysen med de stigmatiserades upplevelser av hur omgivningen stigmatiserar dem. Detta illustrerar första fasen i inlärningsprocessen som handlar om att bli medveten om hur omgivningen ser på en. Det kan också kopplas till min första frågeställning som rör suicidala personers upplevelser av

omgivningens bemötande av dem. Den andra delen i min analys handlar om självstigma som är andra fasen i inlärningsprocessen enligt Goffmans teori, det vill säga att internalisera omgivningens stigmatisering av en. Detta kan även kopplas till min frågeställning som rör suicidala personers upplevelser av stigma. Den tredje delen i min analys handlar om konsekvenser av stigmatisering och strategier för att hantera sitt stigma. Detta är den tredje och sista fasen av inlärningsprocessen där den stigmatiserade lär sig hur hen ska passera så att stigmat inte märks. Temat kan också kopplas till frågeställningen som rör hur suicidala personer hanterar det stigma de upplever. Min analys består även av ett sista avsnitt som handlar om de stigmatiserades upplevelser av de som inte stigmatiserar och hur de blir ett motstånd mot stigmatiseringen. Detta kan också kopplas till frågeställningen hur stigmatiserade upplever att omgivningen bemöter dem.

6.1 Stigmatisering

Bemötande från de som stigmatiserar

Användarna på diskussionsforumet har många exempel på när de blivit stigmatiserade av sin omgivning. När man har upplevelser av stigmatisering från de man tror ska förstå en och ens stigma, är det svårt att känna att man får den hjälp man behöver.

Sam: Jag ska till skolkuratoren imorgon och det känns inte så bra, hon fortsätter att kalla mig för hon även om jag inte är det.

Sam, som försöker få hjälp, blir istället inte erkänd som icke-binär av personen som förväntas hjälpa honom. Även om skolkuratoren kanske inte stigmatiserar Sam utifrån hans suicidala beteende och självskadebeteende, känner sig inte Sam trygg med kuratorn då denne stigmatiserar Sam utifrån hans könsidentitet.

Lotta delar också med sig av en upplevelse när hon har känt sig stigmatiserad. Hon har varit och handlat och upplevde att hon blev ignorerad av kassaexpediten. Personerna innan och efter henne i kön pratade och skojade kassaexpediten med, men inte med henne. Hon upplever att hon ofta blir behandlad annorlunda än alla andra. Tom svarar Lotta att han känner igen sig i det hon beskriver och att han har varit med om samma sak. De reflekterar båda över att de själva blir spända i ett sådant sammanhang och att de som sitter i kassan kanske märker det. Lotta skriver att kassaexpediten kanske märkte att Lotta mår dåligt. Hon tror också att hon reagerar starkare på sådana incidenter än andra då mobbningen hon fick utstå under uppvuxen har lämnat sina spår.

Utifrån Goffmans (1963/2020, s. 75) stigmatologi kan Lottas och Toms upplevelser av omgivningen förstås utifrån att de bär på ett stigma som de är rädda för att avslöja, alltså att gå från misskreditabel till misskrediterad. De är rädda för att stigmat är synligt, att det till exempel märks att de mår dåligt, och oavsett om det gör det eller inte, tolkar de det som att omgivningen har förstått det. Det kan också vara så att kassaexpediterna märkt stigmana som Lotta och Tom bär på, det vill säga att de är misskrediterade, och inte vetat hur de ska förhålla sig till det. Då kan en väg som den ”normale” tar vara att behandla den stigmatiserade som en icke-person (Goffman 1963/2020, s. 45). Detta är hur Lotta och Tom upplevde att de blev behandlade, de kände sig ignorerade.

Bemötande från anhöriga som smittats av stigmat

Även anhöriga till den stigmatiserade kan stigmatisera. Goffman (1963/2020, s. 59f) beskriver det som att de anhöriga kan bli smittade av sin närståendes stigma, då samhället behandlar dem som en enhet. Detta kan i ena extreman leda till att de anhöriga tar avstånd från sin närstående eller i andra extreman att de ”normaliserar” sin närstående, det vill säga att de låtsas som att stigmat inte existerar (ibid.). Nedan visas exempel på detta.

Sams pappa är ett exempel på en anhörig som ”normaliserar” stigmat som den närstående bär på. Han låtsas inte om att Sam mår dåligt och stoppar honom från att söka hjälp. Sam skriver om ett tillfälle då han har tänkt göra ett suicidförsök och velat kontakta psykakuten för att få hjälp, men han blev stoppad av sin pappa, han ville inte att Sam skulle ha kontakt med psykiatri. Detta exempel visar på att ignorera det som är stigmat hos sin närstående kan få allvarliga konsekvenser. Binnix et al. (2017, s. 5) visar också på hur anhöriga blivit smittade av sina närståendes stigma och uppträder förminskande, försöker styra om konversationen eller är tystlåtna när de stigmatiserade försöker tala om suicid.

Lottas pojkvän är ett exempel på en anhörig som är rädd för att bli smittad av stigmat och försöker ta avstånd från det.

Lotta: När jag pratar om mina svårigheter blir han orolig. Vad som händer då är att jag känner en distans mellan oss för att han är tyst och frånvarande när jag behöver prata. Han glömmer också snabbt bort vad jag har sagt. Det visar på ointresse och gör mig besviken. Det gör bara glappet mellan oss ännu större.

Lottas pojkvän tar både avstånd från hennes stigma när han är fysiskt närvarande och genom att ibland inte höra av sig till henne under långa perioder. Detta kan ses som en teknik han använder för att inte bli smittad av stigmat själv. Det drabbar Lotta på så sätt att hon känner sig ensam och osynlig.

6.2 Självtigma

Stigmatiseringen som omgivningen utsätter en för leder ofta till att den stigmatiserade internaliserar stigmat, vilket med andra ord kan beskrivas som självtigma. Detta är den andra delen av inlärningsprocessen. Självtigma kan utläsas i följande citat:

Sam: Bredvid min säng ser man en spegel, jag kollar på mig och vet att något är fel med mig. Inget är rätt med mig, jag har bara massor av fel. Jag skulle svära om jag orkade, men nu orkar jag nästan ingenting.

Sam beskriver hur hen internaliserat den stigmatisering hen utsatts för av sin omgivning. När hen tittar sig själv i spegeln ser hen på sig själv på samma sätt som personerna som stigmatiserar henom gör. Detta är precis så som Goffman (1963/2020, s. 30, 121) beskriver självtigmat, när man gått igenom första fasen i inlärningsprocessen och lärt sig hur omgivningen ser på en finns omgivningens blickar även i ens egen blick. Sam blir både utsatt för stigmatisering i skolan där folk mobbar henom, och i hemmet av sina föräldrar. Föräldrarna har bland annat sagt till Sam att hen är sämre än sina vänner. Detta har lett till att Sam börjat tro på det hen fått höra från sin omgivning och hen känner ett starkt självhat. Precis som Corrigan och Raos (2013, s. 2f) exempel om en person med schizofreni som börjar tro på det omgivningen säger om henom, har Sam gjort detsamma och känner stark hopplöshet.

Lotta beskriver även hon upplevelser av ett självtigma. Hon känner inte att hon passar in i den mallen som råder för medelålders kvinnor. Hon menar att hon inte har något gemensamt med dem i sin ålder, och att människor som är yngre än henne själv endast vill umgås med folk i sin egen ålder. Hon beskriver det som att hon: "Blir en udda fågel som ingen väljer att vara med". Lotta reflekterar mycket över sitt liv och beskriver en diskrepans mellan hur hon trodde att livet skulle se ut och hur det har blivit. Hon känner att hon har misslyckats, och det blir extra tydligt för henne när hon ska berätta om sitt liv för andra människor. Hon känner sig i underläge då hon inte lever upp till de förväntningar en "normal" person förväntas uppfylla. Lotta har alltså precis som Sam internaliserat allmänhetens stigma som har utvecklats till ett

självstigma, hon har gått igenom de två faserna i inlärningsprocessen som handlar om att bli medveten om allmänhetens stigmatisering av en själv samt att finna sig till rätta med det (Goffman 1963/2020, s. 121).

6.3 Konsekvenser och strategier

Så som beskrivits i teoridelen och i redogörelsen av tidigare forskning, finns det olika sätt att hantera det stigma som man upplever. De strategier som nedan presenteras påverkar personerna negativt på ett eller annat sätt. Flera strategier handlar om att inte avslöja sitt stigma, med rädsla för vad det kan leda till. Det kan liknas vid Goffmans (1963/2020, 37f) beskrivning av de misskreditabla och de misskrediterade. Om ens stigma inte är synligt, vilket exempelvis inte suicidtankar och psykisk ohälsa behöver vara, och stigmat sedan kommer fram, exempelvis genom att man berättar för människor i sin omgivning om ens mående, går man från att vara misskreditabel till misskrediterad. Det finns anledning för personer som inte har ett så synligt stigma och som inte valt att berätta om stigmat att försöka dölja det, så att de inte riskerar att möta den stigmatisering som misskrediterade utsätts för. Samtidigt följer andra problem med att dölja sitt stigma, det kan till exempel handla om att man isolerar sig och känner sig väldigt ensam.

Isolering och ensamhet

Isolering är den första strategin som kunnat utläsas från mitt material. Denna strategi används för att slippa möta den stigmatisering som ”normala” personer utsätter en för. På så sätt behöver man inte möta omgivningens blickar, men det kommer också en baksida med isolering vilket beskrivs i materialet.

Sam skriver om att hen börjat isolera sig mer och mer för att hen upplever att ingen bryr sig om henom. Samtidigt reflekterar Sam över att hen har ”allt”, hen nämner ofta sin familj och sina vänner, men hen upplever ändå starka ensamhetskänslor och känslor av att inte passa in och att inte vara älskad. Detta visar på att en person kan isolera sig även om hen har familj och vänner, exempelvis genom att interagera mindre med familjemedlemmarna hemma och genom att inte träffa sina vänner på fritiden. Det som isolering innebär är att avskärma sig både mentalt och fysiskt från sin omgivning, och med detta följer ensamhetskänslor som enligt Sam ”tar död på en”. Detta kan liknas vid det deltagarna i Binnix et al.:s (2017, s. 5) studie beskriver gällande att avskärma sig från sin omgivning. De menar att distansen de kände till sina närstående och tystnaden som rådde gällande deras suicidala beteende förstärkte deras suicidtankar (ibid.).

Lotta instämmer med Sam om att ensamhetskänslorna orsakar ett enormt lidande. Hon konstaterar att människan inte är skapt för att vara ensam, men hon känner inte att hon lyckas hitta gemenskap med andra människor. Lotta skriver om relationer hon haft där hon i början känt sig trygg, men hur de senare tagit slut och tryggheten bytts ut mot ensamhet. Hon målar upp en bild av sitt liv där det inte finns någon som kan ge henne den trygghet och respekt hon söker efter. När hon har försökt bryta sin isolering skriver hon om sina känslor efteråt:

Lotta: Jag har försökt träffa lite folk nu i veckan, men mått dåligt efteråt för det blev bara tydligt att jag är en loser... (ingen familj, inga vänner, ingen kärlek, inga studier, inget jobb).

Lottas känslor ligger i linje med Goffmans (1963/2020, s. 37) beskrivning gällande varför stigmatiserade personer isolerar sig. De gör det för att när de väl möter ”normala” personer känner de av den stigmatisering som riktas mot dem, vilket leder till känslor av underlägsenhet (ibid.). Det är precis det som händer för Lotta när hon träffar de här personerna, hon känner sig som en ”loser” i förhållande till dem och de krav som ställs på en för att anses vara en ”normal” person.

Tom upplever också ensamhetskänslor som han kopplar till känslor av hopplöshet. Han konstaterar att han inte fungerat så bra i det sociala spelet på arbetsplatser och att han därför sedan länge har sjukersättning. Detta liknar det Corrigan och Rao (2013, s. 2f) skriver om isolering och hopplöshetskänslor som konsekvenser av självstigmatisering. I och med att man internaliserat stigmat som omgivningen utsatt en för ser man inga möjligheter till att förändra sin situation. Man tror sig inte vara kapabel till det (ibid.).

Rädsla för att söka hjälp

En annan konsekvens som stigma kan skapa är att man avböjer hjälp från sina närstående eller avstår från att söka professionell hjälp. Man vågar eller orkar inte vända sig till någon annan då man är rädd för hur detta ska tas emot. Det blir till en destruktiv strategi.

Matilda beskriver att hon har en familj som hjälper henne mycket och som med Goffmans (1963/2020, s. 46) begrepp kan beskrivas som sympatiska andra. Samtidigt känner Matilda att det ändå tar emot att be dem om hjälp. Genom att ha tränat på att fråga om hjälp tycker Matilda att hon har blivit bättre på det. Kanske tar det fortfarande emot att be om hjälp för Matilda då hon blottar sitt stigma varje gång hon gör det. Även om hennes familj vet om att

hon lider av utmattning och har suicidtankar är det något som är så pass stigmatiserat att det kan vara svårt att behöva visa gång på gång.

Precis som Keller et al. (2019) visar i sin studie är även själva sökandet efter hjälp stigmatiserat. Detta bekräftar Patrik med orden:

Patrik: Jag har varit van vid att det inte finns någon hjälp att få, så jag har fått lära mig att klara av saker på egen hand. Samtidigt har jag inte heller bitt om någon hjälp för att jag har varit rädd för att det inte finns någon hjälp att få, för att bli förlöjligad eller utpekad som svag. Jag har haft massor av tankar i mitt huvud...

Patrik har inte velat fråga om hjälp för att han inte har känt att det funnits någon hjälp att få. Han har också tänkt att själva sökandet efter hjälp visar på en svaghet. Patriks citat illustrerar det stigma som finns kring att söka hjälp och att vara öppen med sin psykiska ohälsa. Senare framkommer det att Patrik har lyckats vända på dessa tankar kring att söka efter hjälp, då han erfarit att de flesta människor ändå vill hjälpa och att människor mår bra av att känna sig behövda och viktiga. De människorna som Patrik syftar på kan enligt stigmat teorin förklaras som de sympatiska andra. Patrik kan både ha anförtrött sig till personer som delar samma stigma som han gör, och till de ”upplysta”, det vill säga till personer som är sympatiska andra då de är i kontakt med den stigmatiserade gruppen på ett eller annat sätt och kan sätta sig in i stigmatiseringen dessa personer upplever (Goffman 1963/2020, s. 46, 56).

Goffman (1963/2020, s. 56) skriver om att de ”upplysta” sympatiska andra exempelvis kan vara vårdpersonal, men flera personer i diskussionstrådarna vittnar om att vårdpersonal också kan stigmatisera. Lotta skriver:

Lotta: Jag var inlagd på sjukhuset men blev utskriven morgonen efter. Det är bara några läkare som förstått att jag är sjuk så nu har jag gett upp allt som har med psykiatri att göra. Jag förstår inte varför vissa människor inte passar in där. Jag får intrycket av att jag inte gör det. Jag pratar med en diakon några gånger i månaden när det finns tider. Det känns alltid bra efteråt. Det känns som att hon förstår mina problem på ett sätt som aldrig någon i vården har gjort.

Det är alltså inte säkert att man inte stigmatiserar bara för att man arbetar professionellt med människor som är stigmatiserade. Lotta vittnar om att läkarna hon mött inom psykiatri inte

förstått hennes psykiska mående och hon har en känsla av att inte passa in i psykiatrins mall. Hon har däremot fått förtroende för en diakon som kan beskrivas som en ”upplyst” person som tillhör de sympatiska andra (Goffman 1963/2020, s. 56).

Sam har också erfarenheter av att inte få den hjälp hen behöver av vården och är därför rädd för att söka hjälp på nytt. Som visats i tidigare studier (Carpiniello & Pinna 2017; Keller et al. 2019) beror rädslan för att söka hjälp bland annat på att man tror att man ska bli stigmatiserad. Sam använder istället destruktiva strategier så som ett självskadebeteende för att lindra sin ångest. Keller et al. (2019, s. 12) har också funnit att självskadebeteende är någonting personerna i deras studie använder sig av. Det finns alltså en risk att destruktiva beteenden brukas när personer med psykisk ohälsa inte får den hjälp av omgivningen som de behöver.

Passering

Lotta beskriver att hon använt sig av passering när hon försökt dölja sitt stigma genom att låtsas som att det inte finns. Hennes stigma består av att hon inte orkar göra samma saker som alla andra:

Lotta: Ja, delvis för att jag inte vill följa mallen och delvis för att jag inte kan. Det är en av sakerna som många inte förstår, de tror att bara man försöker tillräckligt så funkar det. Men när jag gör det blir jag sjuk. Och då jag gör bara vanliga saker som de flesta klarar av.

Detta citat visar tydligt hur hon påverkas av samhällsnormen, Lotta skriver att hon försöker göra *normala* saker men att hon blir sjuk av det. Utifrån Goffmans (1963/2020, s. 121) teori om stigma kan man beskriva det som att Lotta gått igenom de tre faserna i inlärningsprocessen som stigmatiserade personer går igenom. Hon har lärt sig hur de ”normala” ser på henne och funnit sig till rätta med detta. För att komma undan från att bli sedd som stigmatiserad har hon också lärt sig att passera, det vill säga att hon har försökt anpassa sitt beteende så att hennes stigma inte ska märkas. Efter att ha genomgått denna inlärningsprocess har Lotta däremot kommit till ett stadium som Goffman inte tar upp. Hon har insett att hon blir sjuk av att försöka passera och har istället kommit fram till att hon inte vill syssla med det, hon vill inte följa mallen. Hon har alltså slutat att acceptera hur andra ser på henne, även om hon ibland fortfarande internaliserar stigmat. Goffman (1963/2020, s. 29) lyfter fram att det finns personer som inte förstår sig på de som stigmatiserar och som är oberörda av den stigmatisering de utsätts för. Detta är vad Lotta känner ibland men ibland blir

hon också påverkad av stigmatiseringen hon utsätts för. Lottas exempel visar att upplevelser av stigmatisering både kan skifta och vara komplexa.

Sam använder sig också av passering i vissa fall, exempelvis för att dölja sitt stigma som hens självskadebeteende innebär:

Sam: Ja... Vi ska simma i skolan idag och det känns jättejobbigt. Jag kommer inte att vara med på grund av mina ärr.

I andra sammanhang kan Sam välja att täcka ärren från sitt självskadebeteende, men när hen har simning i skolan fungerar inte detta vilket gör att hen väljer att avstå från aktiviteten för att slippa utsättas för stigmatisering.

6.4 Bemötande från sympatiska andra

Det finns en motpol till de som stigmatiserar och det är de sympatiska andra. Nedan tar jag upp några exempel på hur personerna i diskussionstrådarna upplever mötet med dessa.

Sympatiska andra som delar samma stigma

I diskussionstrådarna stöttar användarna varandra och det skapas en gemenskap bland dem. De delar liknande erfarenheter och kan på så sätt känna igen sig i varandra och ge varandra hopp. De skapar en sorts gruppgemenskap som Goffman (1963/2020, s. 49) menar är vanlig bland personer som delar samma stigma.

Denna gemenskap bygger på att användarna vågar dela med sig av sitt stigma. De har sökt sig till ett rum där de får vara anonyma och där de vet att andra personer som är inne på forumet också lider av psykisk ohälsa, och är där för att stötta och visa omtanke. Matilda, som startat en av trådarna för att dela med sig av sina suicidtankar, beskriver hur hon hjälps av att en annan användare haft liknande erfarenheter som hon:

Matilda: [...] tack för ditt svar, jag trodde inte att någon som varit i en liknande situation som min skulle svara mig, men det gav mig en strimma hopp vilket jag verkligen behövde nu.

Detta visar på vilken betydelse sympatiska andra som delar samma stigma som en själv kan ha. De kan få en att känna sig förstådd och mindre ensam (Goffman 1963/2020, s. 46). Användarna som tidigare varit suicidala berättar till exempel för de användare som är

suicidala om hur de tänkte för att fortsätta orka kämpa under sina suicidala perioder. En av användarna skriver så här kring detta:

Oskar: Hej allihopa, jag har precis låtit bli min pillerburk. Tack vare den här tråden.
Känns som det är många som förstår och stöttar.

Oskar har hjälpts av att ha läst inlägg från andra som delar eller delat samma tankar som honom, men fortsätter att kämpa.

I diskussionstråden stöttar användarna också varandra till att motarbeta den stigmatisering som de internaliserat, självstigmat (Corrigan & Rao 2013).

Chris: Enligt mig är det inget fel med jobbiga känslor. Jag själv har upplevt mycket jobbiga saker med min omgivning med bråk och sådant och trodde att den enda lösningen var att försvinna. Men att ha någon som stöttar en hjälpte mig att vända. Jag tycker att du är stark som vågar sitta ner och prata om hur du mår och vad du går igenom. Tänk på att det inte behöver vara pinsamt, istället att du hjälper andra genom att berätta om hur du känner, och att människor som läser det förstår att de inte är ensamma om sina känslor.

Det Chris gör genom att skriva dessa ord är att bryta den stigmatisering som finns kring suicid och psykisk ohälsa genom att poängtera att det inte är något skamligt att prata om. Hon menar att det istället kan hjälpa andra att prata om det, då det kan få dem att förstå att det finns personer som delar ens erfarenheter, precis som visades i styckena ovan. Chris flyttar stigmat från den stigmatiserade och uppmuntrar till att bryta tystnaden.

Ett annat sätt som användarna i diskussionsforumet motarbetar sitt självstigma på är genom att inta rollen som hjälpare, och att få bli sedda som det. Precis som Lundström (2018) skriver innebär detta att användaren får positionera om sig från stigmatiserad, till någon som kan ge stöd och hjälp åt andra. De får vara ett vikarierande hopp för andra, och kan dela med sig av sina egna erfarenheter och copingstrategier. Vid vissa tillfällen uppstår dock en frustration hos användarna när de känner att deras hjälp inte är tillräcklig och när de exempelvis försöker få en annan användare att söka professionell hjälp, men hen inte gör det.

De ”upplysta” sympatiska andra

Det finns även personer i omgivningen som stöttar och sympatiserar med de stigmatiserade, till exempel anhöriga och vårdpersonal. Goffman benämner dem som de ”upplysta” andra (Goffman 1963/2020, s. 56). I diskussionstråden framkommer det att dessa har en betydelsefull roll för de stigmatiserade.

Björn skriver om sin familj som enligt Goffmans (1963/2020, s. 56) begrepp kan beskrivas som ”upplysta”. De finns där för Björn och han kan visa sitt stigma öppet för dem utan att bli dömd för det. Björn skriver exempelvis hur han får hjälp av sin fru med att tänka på andningen när han får ångestattacker, och att han kan berätta för henne när han kommer in i sämre perioder. Björn tillägger att han däremot har svårare att visa för sina barn när han har ångest. Ibland skriver han att han försöker dölja depression och ångest för sin fru också, men att hon ändå märker av det. Enligt Goffmans (1963/2020, s. 57) teori har Björns fru blivit en ställföreträdande medlem för den stigmatiserade gruppen som Björn tillhör. Hon kan sätta sig in i det Björn upplever och hon hjälper honom. Björn beskriver det som att han har ett säkerhetsnät. Björns barn har inte samma roll som Björns fru då han inte visar sitt stigma lika öppet för dem, vilket gör att de inte är lika väl förtrogna med det. Det betyder dock inte att de inte kan ses som ”upplysta” andra då de kan ha viss förståelse och insyn i det Björn lever i och kan vara sympatiskt inställda till det.

Sam lyfter även hen fram personer som kan ses som ”upplysta”. Sams mattelärare stigmatiserar inte Sam för hans könsidentitet, så som Sam upplever att exempelvis skolkuratoren gör, utan accepterar Sams identitet som icke-binär och använder det namn och pronomen Sam vill att man kallar henom för. Detta tycker Sam är skönt, hen känner sig accepterad. Det är svårt att veta hur det kommer sig att matteläraren inte stigmatiserar Sam så som många andra i hans omgivning gör, men möjligen har läraren genomlevt en upplevelse där hen fått inblick i den stigmatisering som icke-binära utsätts för. Det är så Goffman (1963/2020, s. 57) förklarar hur personer går från att vara ”normala” till ”upplysta”.

Flera personer i diskussionsforumet lyfter också fram vårdpersonal och volontärer inom frivilligorganisationer som ”upplysta”. Dessa har spelat en stor roll för de stigmatiserade då de fått dem att känna att det finns någon som bryr sig om dem och tar sig tid för dem. De har blivit en motpol till det dåliga bemötande av vårdpersonal som flera har vittnat om. Så här beskriver Lotta ett möte:

Lotta: Det var en ung läkare, väldigt fin. Hon talade lugnt och seriöst, hon var inte alls stressad och lyssnade och lät mig tala till punkt. Det kändes så bra! Jag är inte van vid den känslan när det kommer till läkare.

Citatet visar på att Lotta under läkarmötet kände att hon blev respekterad och sedd som en ”vanlig” människa, inte utifrån sitt stigma.

Sam skriver ett flertal gånger om hur hen fått hjälp av volontärer från organisationen som skapat diskussionsforumet. Det är personer som arbetar ideellt med att finnas där för och hjälpa personer med självmordstankar och psykisk ohälsa. De är väl förtrogna med den stigmatiserade gruppen. De kanske själva har tidigare erfarenheter från psykisk ohälsa och på så sätt tillhört den stigmatiserade gruppen, eller så har de varit med om en upplevelse där de fått förståelse för vad gruppen genomlever och på så sätt gått från ”normala” till ”sympatiska” och velat engagera sig som volontärer.

7. Avslutande diskussion

Analysen har visat på att den stigmatisering som omgivningen utsätter suicidala personer för kan ske på olika sätt. Omgivningens stigmatiserande består av att inte erkänna de stigmatiserade som ”vanliga” människor, att ta avstånd ifrån dem och ibland behandla dem som icke-personer. Ett annat exempel på stigmatisering som visats är att normalisera den stigmatiserade, alltså att inte erkänna det stigma som personen utsätts för och på så sätt ignorera personens upplevelser. Oftast leder omgivningens stigmatisering till att även ett självstigma uppstår hos den stigmatiserade, vilket i sin tur leder till känslor av underlägsenhet och självhat. Även hopplöshetskänslor och känslor av utanförskap kan skapas. Självstigmatisering leder till konsekvenser så som att inte våga söka hjälp, eftersom man tror att det är hopplöst och eftersom man är rädd för att bli stigmatiserad av de som förmodas hjälpa en. Det leder också till konsekvenser så som isolering, då man på så sätt avskärmar sig från de som stigmatiserar. Samtidigt skapar isolering starka ensamhetskänslor. En strategi för att försöka hantera sitt stigma är att lära sig att passera. Detta innebär att man försöker dölja sitt stigma så att andra inte ska märka det, det vill säga att vara misskreditabel.

Min analys har även visat på ett motstånd mot stigmatisering. I omgivningen finns det sympatiska andra som hjälper den stigmatiserade att försöka motarbeta sitt självstigma. De sympatiska andra består dels av individer som är eller varit utsatta för liknande stigmatisering.

Dels av de ”upplysta”, vilka är individer som inte blir utsatta för samma stigmatisering men ändå inte stigmatiserar. De sympatiska andra som delar samma stigma utläses i mitt material vara de som skriver i diskussionstrådarna. Dessa skapar en gemenskap och känslor av att som stigmatiserad bli förstådd och respekterad. De delar också copingstrategier med varandra för att hantera den stigmatisering de utsätts för. De ”upplysta” visas i analysen vara vårdpersonal, volontärer och anhöriga som stödjer den stigmatiserade och erkänner honom som människa.

Även om detta motstånd mot stigmatiseringen finns, blir det i min analys tydligt att motståndet skulle behöva vara starkare. Exempelvis skulle det behövas fler sympatiska andra i vården så att fler personer med psykisk ohälsa och suicidalt beteende vågar söka hjälp. Det som framkommer i min empiri är att många inte vågar söka hjälp eftersom de har erfarenheter av att bli stigmatiserade av vårdpersonal och är rädda för att bli det på nytt. Det skulle även behövas fler sympatiska andra bland de anhöriga så att suicidala personer kan få stöd och möjlighet att prata om hur de mår med sina närstående. Att suicidala människor finner varandra på ett anonymt diskussionsforum säger någonting om att suicid är ett ämne som är svårt att tala om öppet. Vi som samhälle har ett ansvar att skapa fler platser där människor kan få tala om sitt mående och inte blir stigmatiserade för detta. På diskussionsforumet blir det tydligt att användarna efterlyser dessa platser. Exempelvis uppstår det vid flera tillfällen en frustration hos de som försöker hjälpa då det blir tydligt att de suicidala användarna behöver ytterligare hjälp än från diskussionsforumet, men att de inte har tillgång till mer hjälp. Det kan inte bara vara andra stigmatiserade som driver motståndet mot stigmatiseringen av psykisk ohälsa och suicid utan andra måste också engagera sig.

Att göra fler kvalitativa studier kring suicid där man utgår från personer som har upplevelser av ämnet kan vara en väg till att motarbeta stigma kring suicid. Exempel på vidare studier kan vara undersökningar av liknande diskussionsforum som det jag har tittat på och som uppfattas vara ett stöd enligt användarna själva. Men även studier kring tidigare suicidala personers upplevelser av den hjälp de fått av vården. Genom att sätta personer i centrum som själva har upplevelser av suicid, kan forskningen bidra med värdefulla kunskaper för vården och det preventiva arbetet mot suicid. Ju fler lampor som kan tända upp dessa mörka rum, desto lättare kan det vara för alla – de stigmatiserade såväl som politiker, vårdgivare, anhöriga och kassapersonal – att våga börja prata om psykisk ohälsa och suicid och på så sätt minska stigmatiseringen kring dessa ämnen.

Källförteckning

Berg, M. (2015). *Netnografi att forska om och med internet*. Johanneshov: MTM.

Binnix, T. M., Rambo, C., Abrutyn, S., & Mueller, A. S. (2017). The dialectics of stigma, silence, and misunderstanding in suicidality survival narratives. *Deviant Behavior*, 39(8), 1095–1106.

Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (tredje upplagan). Stockholm: Liber.

Carpiniello, B. & Pinna, F. (2017). The reciprocal relationship between suicidality and stigma. *Front. Psychiatry* 8, 35.

Corrigan PW. & Rao D. (2013). On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can. J. Psychiatry* 57:464–69.

Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H., Towns, A.E. & Wängnerud, L. (2017). *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*. (Femte upplagan). Stockholm: Wolters Kluwer.

Folkhälsomyndigheten (2020). *Minska stigmatisering kopplad till psykisk ohälsa*. Hämtad 25 november från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/att-minska-stigma/>.

Folkhälsomyndigheten (u.å.). *Att mäta stigmatisering vid psykisk ohälsa och suicid*. Hämtad 21 december 2020 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/ff67bcb92ab8439f8d9268981fed21b7/mata-stigmatisering-psykisk-ohalsa-suicid.pdf>.

Goffman, E. (1963/2020). *Stigma: den stämplades roll och identitet*. (Femte upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Keller, S, McNeill, V., Honea, J., & Paulson Miller, L. (2019). A look at culture and stigma of suicide: A textual analysis of community theatre performances. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16: 352.

Lundstrom, R. (2018). Spaces for support: Discursive negotiations of supporter positions in online forum discussions about suicide. *Discourse, Context & Media*, 25, 98–105.

Rennstam, J. & Wästerfors, D. (2015). *Från stoff till studie: om analysarbete i kvalitativ forskning*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Riksrevisionen 2021:26. *Statens suicidpreventiva arbete – samverkan med verkan?* RiR 2021:26. Stockholm: Riksrevisionen.

Schomerus, G., Evans-Lacko, S., Rusch, N., Mojtabai, R., Angermeyer, M.C. & Thornicroft, G. (2014). Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 24, 166–171.

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

Witte, K. (1994). Fear control and danger control: A test of the Extended Parallel Process Model. *Commun. Monogr.* 61, 112–134.