



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för Psykologi

Psykologprogrammet

**Hur hjälper vi de unga männen?  
Behandlares upplevelse av att underlätta behandling och  
hjälpökande för unga män med psykisk ohälsa**

**Hilma Carlsson & Anna Dalros**

Psykologexamensuppsats. 2022

Handledare: Tove Lundberg

Examinator: Margit Wångby Lundh

## **Abstract**

The aim of this study was to examine counselors' subjective experience of how to facilitate psychological treatment and help seeking among young men with mental illness. Data was generated through semi-structured interviews with eleven participants. The interviews were transcribed and analyzed using a critical-realist and reflective thematic analysis. Three main themes were identified. The first theme "Do young men have specific needs and difficulties?" describes common symptoms of mental illness among the group and how masculinity can hinder young men to seek help and express negative emotions. The theme also reflects the heterogeneity of the group and the importance of an individual perspective. The second theme "How to optimize treatment for young men?" highlights the importance of a curious and non-judgemental approach in treatment with young men. Strategies such as validation, transparency, patency and focusing on emotions and relationships were also considered helpful when treating young men. The last "How do we reach the young men?" highlights factors that can facilitate help seeking which includes spreading information about and normalizing mental difficulties and disorders among young men, in schools and to care workers. Furthermore the theme points out how new forms of care clinics as well as targeted clinics can facilitate for young men to seek help. The study contributes to a broader comprehension of young men's mental health and how to facilitate treatment and help seeking in a Swedish context. Suggestions for further research are discussed.

Key words: young men, mental illness, counselors, treatment, help seeking

## **Sammanfattning**

Syftet med studien var att undersöka behandlares subjektiva upplevelse av hur behandling och hjälpsökande kan underlättas för unga män med psykisk ohälsa. Data genererades genom semi-strukturerade intervjuer med elva deltagare. Intervjuerna transkriberades och analyserades genom en kritisk-realistisk och reflexiv tematisk analys. Tre huvudteman identifierades. Det första temat "Har unga män särskilda bekymmer och behov?" beskriver vanliga symtom av psykisk ohälsa hos gruppen och hur maskulinitet kan hindra unga män att söka hjälp samt uttrycka negativa känslor. Temat belyser också gruppens mångfald och vikten av att ha ett individfokus. Andra temat "Hur kan behandling för unga män optimeras?" betonar vikten av ett nyfiket och ickedömande förhållningssätt i behandling. Strategier såsom validering, transparens, tydlighet och fokus på känslor och relationer ansågs också hjälpsamt i behandling med unga män. Det sista temat "Hur når vi de unga männen?" betonar faktorer som kan underlätta hjälpsökande vilket inkluderar att sprida information om samt normalisera kring mentala svårigheter och diagnoser bland gruppen, i skolan och bland vårdpersonal. Dessutom belyser temat hur nya former av vårdinstanser såväl som riktade mottagningar kan underlätta för unga män att söka hjälp. Studien bidrar till en fördjupad förståelse kring unga mäns psykiska hälsa och hur behandling och hjälpsökande kan underlättas i en svensk kontext. I diskussionen lyfts förslag på vidare forskning.

Nyckelord: unga män, psykisk ohälsa, behandlare, behandling, hjälpsökande

## **Tack**

Vi vill rikta ett stort tack till våra intervjupersoner för att ni tagit er tid och generöst delat med er av er kunskap och erfarenheter. Ett stort tack även till vår handledare Tove Lundberg för all hjälp, stöttning och pepp du gett oss under arbetets gång. Slutligen vill vi också tacka våra nära och kära för allt engagemang och stöd under resans gång.

## Innehållsförteckning

<b>Hur hjälper vi de unga männen?</b>	<b>1</b>
Unga mäns psykiska ohälsa: Statistik, forskning och negativa konsekvenser	2
Maskulinitet och normer: teori, empiriskt stöd och kritik	3
Behandlares föreställningar och fördomar om unga män	5
Unga män och hjälpsökande: Hindrande och främjande faktorer	6
Unga män i behandling: Hindrande och främjande faktorer	9
Förslag på passande psykologisk behandling vid psykisk ohälsa bland unga män	11
Mottagningar och behandling anpassade till unga män	11
Syfte och frågeställning	13
<b>Metod</b>	<b>14</b>
Epistemologi och reflexivitet	14
Rekrytering och deltagare	16
Datansamling	16
Dataanalys	17
Etik	19
<b>Resultat</b>	<b>20</b>
Huvudtema 1. Har unga män särskilda bekymmer och behov?	21
1a. Otillåtna känslor blir svåra att uttrycka	22
1b. Normer om att vara stark och inte sårbar försvårar	24
1c. Unga män är individer med unika behov	26
Huvudtema 2. Hur kan behandling för unga män optimeras?	28
2a. Vara nyfiken och ickedömande med färgade glasögon	28
2b. Utforska affekter och låta omgivningen komma in	31
2c. Särskilt viktiga generella strategier	33
Huvudtema 3. Hur når vi de unga männen?	36
3a. Sänk tröskel för unga män att söka	36
3b. Öppna fler dörrar dit de kan söka sig	38

<b>Diskussion</b>	<b>41</b>
Kunskap om hur unga mäns psykiska ohälsa uttrycks kan göra ohälsan mer synlig	42
Hur kan vi förstå och prata om maskulinitet?	44
Går det att ha ett individfokus och samtidigt ta hänsyn till gruppskillnader?	46
Finns det en optimal behandling för unga män?	47
Utökad utbud och alternativa vägar in	49
Studiens styrkor och svagheter	50
Praktiska implikationer	53
Framtida forskning	53
<b>Referenser</b>	<b>55</b>
Bilaga 1: Inbjudan	66
Bilaga 2: Intervjuguide	67
Bilaga 3: Informationsblad	70
Bilaga 4: Samtyckesblankett	73

## **Hur hjälper vi de unga männen?**

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR, 2018) har meddelat att psykisk ohälsa förväntas vara den största folkhälsoutmaningen år 2030. Den största ökningen av psykisk ohälsa har visat sig ske bland ungdomar och unga vuxna (Folkhälsomyndigheten, 2016). Statistiken har pekat på att kvinnor lider av psykisk ohälsa i större utsträckning än män (Folkhälsomyndigheten, 2016). Samtidigt har forskning visat att män är överrepresenterade när det kommer till vissa typer av psykisk ohälsa, exempelvis suicid, missbruk, och våldsutövande (SKR, 2018; O'Neil, 2015). För unga män har självmord visat sig vara den vanligaste dödsorsaken (World Health Organization, WHO, 2021). I tillägg har en Sifo-undersökning beställt av Under kevlaret (2021), en ideell organisation som stöttar unga män, visat att var tredje ung man hindrar sig själv från att visa negativa känslor inför andra för att inte framstå som svag. Undersökningen har även påvisat att från 20 års ålder var det så många som 69 % av de unga männen som inte ville prata om negativa känslor för att undvika att belasta andra. Samtidigt upplevde många av de unga männen att de inte har stöd från sin omgivning och på frågan vad som skulle få dem att öppna upp sig angav de i synnerhet vikten av att ha någon som lyssnar och inte dömer dem.

Forskning har påvisat att skillnader mellan män och kvinnors psykiska ohälsa kan kopplas till sociokulturella mönster, som exempelvis könsnormer (Addis & Mahalik, 2003). Normer relaterade till ideal för hur män ska vara har även visat sig öka stigmat kring psykisk ohälsa (Vogel et al., 2011) samt hindra hjälpsökande och förmågan att uttrycka känslor och inre upplevelser (Rice et al., 2018). När man har undersökt män som faktiskt söker hjälp för sitt mående har många upplevt att behandlingen inte är anpassad för dem utifrån det tillhörande könet (Mahalik et al., 2012).

Med utgångspunkt i denna typ av forskning har American Psychological Association (APA, 2018) tagit fram riktlinjer och rekommenderade åtgärder till psykologer för att underlätta hjälpsökande och behandling för pojkar och män och därmed öka jämställdheten mellan män och kvinnor när det kommer till den psykiska hälsan. Riktlinjerna ämnar ge behandlare en mer omfattande förståelse för vilka sociala faktorer som påverkar specifikt män och handlar bl.a. om bemötande, utbildning om och för målgruppen samt främjande av interpersonella relationer.

I nuläget finns det alltså viss forskning om hur behandling och hjälpsökande kan underlättas för unga män, men merparten av forskningen är amerikansk vilket inte behöver vara helt överförbart till en svensk kontext. Då Sverige ses som ett av världens mest jämställda länder

(Europeiska jämställdhetsinstitutet, 2020) kan det diskuteras huruvida unga män i Sverige har en annan syn på maskulinitet, stigman och andra samhällsnormer än vad unga män i andra länder har. Dessutom kan det argumenteras för att det svenska vårdssystemet ser annorlunda ut jämfört med andra länder och kulturer, exempelvis gällande vilken typ av vård man erbjuds samt vilka typer av vårdinstanser man kan söka sig till, vilket ytterligare motiverar vikten av forskning inom en svensk kontext.

Behandlare som arbetar med unga män i Sverige är en viktig källa till kunskap eftersom de bär på relevant och väsentlig information om målgruppen. Med behandlares perspektiv kan också gruppens mångfald fångas upp då deras möten med unga män troligtvis berör olika områden, något som hade kunnat begränsas om vi endast undersökt unga män som deltagare. Med ovanstående vetskap är det därför betydelsefullt att få en ökad förståelse för hur behandlare på bästa sätt kan fånga upp och möta unga män på ett sätt som gagnar målgruppen, vilket är syftet med studien. Genom mer forskning inom en svensk kontext kan också en bredare förståelse bidra till att underlätta hjälpsökande och behandling för unga män som bor i Sverige utifrån de eventuella skillnader som kan finnas p.g.a. variationer i samhällsstrukturer, kulturer och normer.

Nedan presenterar vi statistik och forskning kring unga mäns psykiska ohälsa samt teori kring maskulinitet och forskning som visar hur unga män påverkas av maskulinitetsnormer. Därefter följer ett avsnitt av tidigare forskning om hur hjälpsökande och behandling av unga män med psykisk ohälsa kan underlättas.

### **Unga mäns psykiska ohälsa: Statistik, forskning och negativa konsekvenser**

Unga mäns psykiska ohälsa är något som behöver tas på allvar, både för de unga männens skull men också för samhället. Män med psykisk ohälsa har visat sig vara mer benägna att engagera sig i risk- och andra negativa beteenden som kan få konsekvenser för både dem själva, deras omgivning och samhället (Acevedo et al., 2013). När det kommer till psykiatriska diagnoser har män i betydligt större utsträckning än kvinnor externaliserade diagnoser, såsom ADHD, trots- och uppförandesyndrom (Cochran & Rabinowitz, 2000). Ett annat allvarligt område rör suicid. Folkhälsomyndigheten (2021) har presenterat information om att 72% av de som dog av suicid i Sverige under året 2020 var män. Enligt WHO (2021) har självmord visat sig vara den vanligaste dödsorsaken för unga män.

Trots att fler män dör i självmord än kvinnor, är det inte lika vanligt att män blir diagnostiserade med depression (Martin et al., 2013). Istället har man sett att män tenderar att



hantera negativa affekter genom användning av droger, aggression, risktagande, isolering och att de spenderar överdrivet med tid på arbete, detta i större utsträckning än kvinnor (Magovcevis & Addis, 2008). Symtomen vid depression har dessutom påvisat skilja sig mellan könen, där männen i högre utsträckning rapporterar externaliserade symtom såsom irritation, aggression, risktagande och användande av droger (Rutz, 2014). När dessa symtom har inkluderats har studier visat att det varit betydligt fler män som uppfyllt kriterierna för depression och i jämförelse med den procentuella andelen kvinnor som diagnostiserats har det inte längre skiljt sig åt mellan könen (Martin et al., 2013). Mäns uttryck och strategier för att hantera depression har också visat sig svårare för omgivningen att förstå som psykisk ohälsa (Olliffe et al., 2010) vilket ytterligare försvårar för gruppen att få hjälp.

Enligt SKR:s skrift om maskulinitet och psykisk ohälsa (2018) kan samhällsproblem som övergrepp, sexuella trakasserier, självmord, kriminalitet och våld bland unga minska om man utmanar och förändrar maskulinitetsnormer inom området psykisk ohälsa. För att förstå problemet med unga mäns psykiska ohälsa måste således teorier och forskning som visar ett starkt samband med maskulinitetsnormer (Addis & Mahalik, 2003) också beaktas i all forskning om målgruppens psykiska ohälsa.

### **Maskulinitet och normer: teori, empiriskt stöd och kritik**

Det finns idag många teorier kopplat till maskulinitet och majoriteten syftar till att försöka förklara vilka sociala konstruktioner som finns gällande vad som anses manligt, vad det innebär att vara man samt hur maskulinitet utövas och påverkar beteenden (Berggren, 2020). Den mest kända teorin kring maskulinitet är den *hegemoniska maskuliniteten* som mer vardagligt brukar benämnas som *traditionell maskulinitet*. Dessa begrepp kan kopplas till teoretikern Connell (2008) som under åttiotalets början formulerade en teori om maskulinitet för att belysa hur män påverkas av uppfattningen om genus och normer. Denna teori har sedan länge varit den som fått störst uppmärksamhet inom maskulinitetsforskning (Bridges & Pascoe, 2014). Teorin anser att det finns en hegemoni, d.v.s. en position i toppen som påverkar vilka ideal i samhället som män vill eftersträva. Idealen konstrueras socialt i samhället och kan förändras över tid men enligt Connell (2008) finns det vissa egenskaper som fortfarande anses vara maskulina och som gäller även idag, t.ex. att mannen ska vara stark, lojal, känslökall samt kunna prestera, inte visa svaghet och beskydda andra. Enligt Connell (2015) har vi alla feminina och maskulina sidor i oss och definitionen av vad som är vad är en ständigt pågående process där män och kvinnor skapar

könsspecifika beteenden. Det är således inte något som ska betraktas som biologiskt medfött eller påtvingat av samhället. Connell (2015) menar att människor i tidig ålder lär sig att hantera den rådande genusordningen och inta en plats i den. Teorin har efterhand fått empiriskt stöd vilket härleds till att pojkar i tidig ålder lär sig att vara självständiga, starka samt hantera och minimera egna svårigheter genom socialisering (Pollack, 1995, Wong et al., 2017).

Ett begrepp som används och fått spridning i den allmänna debatten, t.ex. i social media och på nyhetskanaler, är toxisk maskulinitet (Harrington, 2021). Begreppet har däremot inte utvecklats inom maskulinitetsforskning utan har från en början fått fotfäste medialt med syfte att sätta ord på problematiska aspekter med maskulinitet, ofta i händelse av våld och sexism (Harrington, 2021).

En stor del av forskningen på mäns psykiska ohälsa har baserats på antaganden om maskulinitetsnormer i linje med Connells (2008) teori (Levant & Richmond, 2007). Maskulinitetsnormer har ansetts ha stor inverkan på många unga mäns mentala hälsa på så vis att de kan få svårt att prata om och erkänna negativa känslor (Addis & Mahalik, 2003) samt att det fortfarande finns ett stort stigma kring psykisk ohälsa (Johnson et al., 2012; Vogel et al., 2011). När män i forskningsstudier har fått föreställa sig att de bryter mot maskulinitetsnormer har det i synnerhet varit känslor av skam de upplevt (Reilly et al., 2014). Det har exempelvis varit beteenden i enlighet med vad de uppfattar som kvinnligt och homosexuellt som har utlöst skam, och ofta har skammen också lett till aggressionsutbrott (Gebhard et al., 2019). Ytterligare forskning har visat på samband mellan maskulinitetsnormer och aggressionsutbrott där män som upplever att de bryter mot normerna ofta har lättare till aggressionsutbrott (Bosson et al., 2009).

Enligt en studie av Pattyn et al. (2015) har det i synnerhet varit maskulinitetsnormer om att kunna ta hand om sig själv och inte belasta andra som gjort att männen upplever mer skam än kvinnor vid psykisk ohälsa. Forskning har också sett ett samband mellan följsamhet till maskulinitetsnormer och alexitymi (Levant, 1998). Alexitymi är ett tillstånd som bl.a. kännetecknas av svårigheter att visa känslouttryck och finna ord för dem (Preece et al., 2020). När unga män har svårt att tolka, hantera och kommunicera sitt lidande har det många gånger visat sig leda till att de fastnar i en ond cirkel av undvikande och isolering (Biddle et al., 2007).

Connells (2008) teori har fått en del kritik där flera forskare menar att bilden av mannen behöver nyanseras (Anderson, 2009). Seidman (2021) har ansett att män ofta förstås genom en snäv bild av maskulinitet som påverkar både de själva och omgivningens syn på män. Det handlar

om föreställningar om att män ska vara starka, inte visa sig sårbara, att de har ett bristande språk för känslor, söker efter makt och att det finns en drivkraft till att dominera andra. Enligt Seidman (2021) behöver innebörden och förståelsen av maskulinitet förändras, exempelvis genom normen om att vara stark, som istället för att handla om att klara sig själv kan ersättas med ett självomhändertagande av sig själv och andra.

Det är vidare viktigt att förstå att gruppen unga män är heterogen och att det finns många olikheter på individnivå. Unga män är exempelvis olika med avseende på bland annat ras, etnicitet, kultur, migrationsstatus, ålder, socioekonomisk status, funktionsnivå, sexuell läggning, könsidentitet och religiös tillhörighet. *Intersektionalitet* är därmed ett viktigt begrepp som till viss del kan antas förklara de stora inomgruppsskillnaderna. Intersektionalitet kan förklaras som ett begrepp som används för att uppmärksamma hur olika maktordningar, exempelvis etnicitet, klass, sexualitet och kön, påverkar varandra och ibland förstärker varandra (Jämställdhetsmyndigheten, 2021). Många teoretiker har efterhand fokuserat mer på intersektionalitet vid studier av maskuliniteter och menar att andra maktordningar också är viktiga för förståelsen om hur den enskilde mannen påverkas (Levant & Wong, 2013). I tillägg anses det finnas en stor variation i hur män identifierar sig med den traditionella maskuliniteten då det påverkas av den externa kontext som individen vuxit upp i och den samtid och utveckling som individen befinner sig i (Levant & Wong, 2017). Enligt Sue och Sue (2012) är det, trots denna variation bland unga män, viktigt att behandlare har kompetens om maskulinitet i arbetet med unga män.

### **Behandlares föreställningar och fördomar om unga män**

Utöver att män påverkas av maskulinitetsnormer, påverkas även omgivningen liksom behandlare av sina föreställningar om män. Detta brukar inom forskning benämnas som *Gender bias* och innebär inom vården att patienter som tillhör manligt kön kan få en annan typ av behandling eller diagnos för att det exempelvis inte är lika vanligt bland män och vice versa (Hamberg, 2008). Att behandlare tenderar att missa att diagnosticera depressioner hos män (Olliffe et al., 2010) kan därför bero på deras föreställningar om att mäns yttre beteenden såsom utåtagerande istället associeras med exempelvis ADHD än med depression. En kvantitativ studie som undersökte psykologers bedömningar av ADHD-symtom hos pojkar och flickor visade att det fanns en ökad benägenhet att diagnosticera pojkar med ADHD jämfört med flickor, trots att flertalet kriterier saknades (Bruchmüller et al., 2012). Svenska undersökningar har också presenterat statistik på att män i större utsträckning tenderar att få somatiska diagnoser medan

kvinnor istället får psykosomatiska diagnoser (Region Skåne, 2016; Riksrevisionen, 2019). Bedömningar skiljer sig således åt mellan könen och en möjlig förklaring till det är gender bias hos personalen. Enligt ovan undersökningar kan detta leda till att vårdpersonal missar män med psykisk ohälsa.

I en annan kvantitativ enkätstudie har kvinnor tillfrågats vilken typ av råd de ger till män respektive kvinnor vid psykisk ohälsa. Resultatet visade att kvinnor tenderade att rekommendera självhjälp till män istället för terapibehandling som rekommenderades till kvinnor (Pattyn et al., 2015). I en kvalitativ undersökning av journaler inom Region Skåne har man också kunnat se att behandlare tenderar att ställa män fler frågor som har med arbete att göra medan frågor till kvinnor istället ofta handlar om relationer och familjesituation (Region Skåne, 2016). Enligt Sue et al. (1998) kan behandlare ha fördomar om män som förövare, våldsamma, undvikande och att de visar motstånd. Detta kan i sin tur utmana alliansen och försvåra för terapeuten att känna empati om det inte finns en medvetenhet kring de egna föreställningarna om unga män. Almaliah et al. (2020) har även genom en randomiserad studie visat att behandlare ofta är mindre självsäkra och visar en större ovilja till att behandla manliga klienter med suicidalitet i jämförelse med kvinnliga patienter. Det är enligt Seider et al. (2019) viktigt att öka medvetenhet kring målgruppen och förstå att maskulinitet påverkar män på olika sätt. Det handlar om att vara medveten kring egna fördomar och föreställningar om maskulinitet då det annars riskerar att försvåra processen och behandling av män.

### **Unga män och hjälpsökande: Hindrande och främjande faktorer**

Hjälpsökandebeteende kopplat till psykisk ohälsa kan förstås som en copingstrategi som innebär att försöka få extern hjälp för sina svårigheter, vilket kan innefatta både formella instanser (exempelvis vårdcentral eller psykiatri) samt informella källor (exempelvis familj och vänner) (Rickwood & Thomas, 2012). Hjälpsökande har visat sig triggas när kraven överstiger ens resurser och möjligheter att hantera detta (Chan, 2013).

Ett flertal tidigare studier och metaanalyser har visat att unga män inte söker hjälp för psykisk ohälsa i samma utsträckning som andra patientgrupper, där både ålder och kön visat sig vara signifikanta faktorer (Biddle et al., 2004; Kovess-Masfety et al., 2014; Mackenzie et al., 2006; Merikangas et al., 2011; Morgan & Robinson, 2003; Nam et al., 2010; Olsson et al., 2021; Slade et al., 2009; Wang et al., 2007; Yousaf et al., 2015a). Detta har visat sig gälla för ett flertal olika psykiska svårigheter, såsom depression och ångestsyndrom (Mackenzie et al., 2012; Wirback et

al., 2018), substansbruksyndrom (Harris et al., 2016) och emotionella svårigheter (Kessler et al., 1981). Det har även visat sig att män tenderar att söka hjälp senare i utvecklingen av psykisk ohälsa jämfört med andra patientgrupper samt ha en högre tröskel för svårighetsgrad innan de söker hjälp (Addis & Mahalik, 2003; Biddle et al., 2004). Liknande mönster av ojämn könsfördelning i hjälpsökande har återfunnits även i Sverige, där färre män söker och tar emot vård samt att män väntar längre innan de söker hjälp för sin psykiska ohälsa (SKR, 2021).

Orsakerna till dessa könsskillnader är inte klara, men forskning om psykisk ohälsa har visat på ett flertal hindrande faktorer för hjälpsökande som kan tänkas förklara en del av skillnaden. En sådan faktor har visat sig vara bristande *mental health literacy*. Detta innebär en bristande kunskap och föreställningar om psykisk ohälsa (Jorm et al., 1997) som i sin tur blir ett hinder för att erkänna sitt dåliga mående samt hantera och förebygga det (Gulliver et al., 2010; Harding & Fox, 2015; Rice et al., 2018). Unga män har generellt lägre nivåer av mental health literacy än unga kvinnor (Gorczynski et al., 2017; Rice et al., 2018).

Stigmatisering av psykisk ohälsa är en annan faktor som har visat sig fungera hindrande för människors hjälpsökande (Clement et al., 2015; Crowe et al., 2016; Rice et al., 2018; Schomerus et al., 2019). Enligt Folkhälsomyndigheten (2020) innebär stigmatisering “att en grupp, som anses avvika från normerna och betraktas som mindre värda i samhället, pekats ut och förknippas med negativa stereotyper” (s. 1). Det finns flera nivåer av stigma, bland annat *allmänhetens stigma* eller *socialt stigma* (stigmatisering från individer eller grupper i samhället) samt *självstigma* (när en individ accepterar och internaliserar omgivningens stigmatisering) (Folkhälsomyndigheten, 2020). Vogel et al. (2007) har funnit att förhållandet mellan socialt stigma och självstigma är starkare för män än för kvinnor. Unga personer och män har visat sig vara några av de grupper som avskräcks mest av stigman enligt Clement et al. (2015). Självstigmatisering av rådgivning och hjälpsökande för psykisk ohälsa har också visat sig finnas i högre grad hos män än hos kvinnor (Judd et al., 2006).

Självstigma har även visat sig påverka negativa attityder till hjälpsökande för psykisk ohälsa (Hantzi et al., 2019). Negativa attityder gällande hjälpsökande har i sig även visat sig vara en hindrande faktor för människor att söka hjälp vid psykisk ohälsa (Hantzi et al., 2019; Mojtabai et al., 2011). En metaanalys har indikerat att män har en mer negativ attityd till hjälpsökande för psykisk ohälsa än kvinnor (Nam et al., 2010).

Identifikation med traditionell maskulinitet är också något som kan hindra unga män från att söka hjälp. Denna identifikation är också sammanlänkad med ovan nämnda hindrande faktorer. Tidigare forskning har visat på att ju mer unga män identifierar sig med traditionell maskulinitet, så som oberoende och självständighet, desto mindre söker de hjälp för psykiska svårigheter, både hjälp från vården (Levant et al., 2011; Rice et al., 2018; Yousaf et al., 2015b; Wong et al., 2017) men också från vänner och familj (McKenzie et al., 2018). Milner et al. (2019) har i sin studie funnit att större grad av identifikation med traditionellt maskulina normer hos människor korrelerade med lägre mental health literacy. Även självstigma har visat sig vara relaterat till identifikation med traditionell maskulinitet (Pederson & Vogel, 2007). Berger et al. (2005) har visat på att ju mer män identifierar sig med traditionellt maskulina normer, desto mer negativa attityder har de till att söka psykologisk hjälp. Samma studie har även funnit att äldre män tenderar att ha mer positiva attityder till hjälpsökande för psykisk ohälsa (Berger et al., 2005), vilket motiverar vår studies fokus på unga män.

Smyth et al. (2022) har undersökt hur olika sociodemografiska och socioekonomiska faktorer är associerade till mäns användning av vård för psykiska problem. Resultatet visade att faktorer som minoritetsbakgrund, muslimsk tro, arbetslöshet och att bo i mer utsatta områden var förknippade med större risk att inte påbörja eller slutföra behandling för psykisk ohälsa hos män (Smyth et al., 2022). En annan intersektionell studie av mäns hjälpsökande fann också att låg inkomst hade ett negativt samband med hjälpsökande för svarta män medan det hade ett positivt samband för vita män samt att faktorer som högre grad av depression och att vara singel korrelerade positivt med hjälpsökande för samtliga undersökta etniciteter, men korrelationen hade olika effekt beroende på männens etnicitet (Parent et al., 2018).

Vad beträffar identifikation med traditionella maskulinitetsnormer finns också ett varierande samband med självstigma, och attityder till hjälpsökande beroende på mäns etnicitet och sexuella läggning (Vogel et al., 2011). Detta samband går också i linje med andra studier som visat att minoritetsgrupper erhåller mindre psykiatrisk öppenvård (Lasser et al., 2002) samt att homosexuella män söker hjälp i större utsträckning än heterosexuella män (Parent et al., 2018). Även hos unga vuxna tycks minoritetsgrupper i samhället motta psykologisk vård i mindre utsträckning (Ayalon & Young, 2009; Masuda et al., 2009).

Förutom hinder har tidigare forskning även identifierat faktorer som fungerar drivande för individer att söka hjälp för sin psykiska ohälsa. Blumenthal och Endicott (1996) har funnit att

tidigare behandling och högre utbildning indikerar högre grad av hjälpsökande. Cusack et al. (2004) har visat på att män som blev uppmuntrade av andra i sin omgivning, exempelvis partners och allmänläkare, till att söka hjälp för sin psykiska ohälsa gjorde det i större utsträckning. Även funktionsbortfall har visat sig fungera drivande för hjälpsökande, då Michel et al. (2018) funnit att individer ofta inte söker hjälp förrän deras problem är så allvarliga att de orsakar svårigheter i deras arbets- eller sociala situation. Allvarlighetsgrad av depression har även setts som en drivande faktor för hjälpsökande (Levant et al., 2022).

### **Unga män i behandling: Hindrande och främjande faktorer**

När orsaker undersökts till varför män i åldrarna 16-85 år hoppar av behandling har en studie funnit att mer än hälften av avhoppet berodde på bristande allians med terapeuten och en fjärdedel att behandlingen saknade framsteg (Zac et al., 2021). Ytterligare faktorer som ansågs bidra till fler avhopp var ålder (ju lägre ålder desto större risk för avhopp), liksom arbetslöshet, aktuell suicidalitet och depressiva symtom. Även specifika strategier som inte anpassades för klienten samt när terapeuten fick klienten att känna sig "mindre manlig" ökade risken för avhopp (Zac et al., 2021). Missnöje och dåliga erfarenheter av terapi har även visat sig riskera att öka mäns tvivel och misstro för terapi och således förstärka hinder till att ta emot hjälp (Richards & Bedi, 2015).

Att män kan vara återhållsamma i sitt engagemang i terapi kan bero på att behandlingen är mer fokuserad på omhändertagande med ett empatiskt känslomässigt stöd vilket krockar med hur mannen socialiserats in i den maskulina rollen (Westbook & Black, 2012). Det innebär enligt författarna inte bara att män drar sig från att söka hjälp utan att de också känner skam av att ta emot hjälp när de väl gör det. I behandlingen behöver mannen lära sig att kommunicera känslomässigt vilket kan upplevas främmande samt trigga igång känslor av inkompetens (Westbook & Black, 2012).

En del män har visat sig undvika terapi för att de föreställer sig att behandlare ska vara kritiska och dömande (Levant & Wong, 2017). Det har vidare funnits en föreställning att terapin kommer att fokusera på att få bukt med deras maskulinitet och få dem att känna sig mindre manliga. En viktig del av behandlingen är därför att korrigera den missuppfattningen och förmedla att terapin är något konstruktivt och positivt för dem (Levant & Wong, 2017).

Enligt såväl Levant och Wong (2017) som Brooks (2010) har de första formerna av psykoterapi varit anpassade till kvinnor, vilket fortfarande hänger kvar. Psykoterapi behöver

således förändras (Levant & Wong, 2017). De män som har visat sig identifiera sig med traditionella maskulinitetsnormer har ofta varit de som upplever att terapin inte är anpassad till dem (Brooks, 2010; Levant & Wong, 2017). Enligt Brooks (2010) har det visat sig finnas en kunskapslucka för hur män påverkas av maskuliniteten och vilka svårigheter det medföljer i terapin. Rochlen och Rabinowitz (2013) menade att behandling för män behöver vara mer i linje med hur män relaterar och knyter an till andra samt hur de öppnar upp sig.

Levant och Wong (2017) har indikerat att forskning om mäns preferenser i terapi är begränsad och tvetydig. Trots det har det visat sig finnas en del studier som indikerar vad en del män kan föredra i behandling. Detta gäller till exempel vilken typ av behandlingsform och behandlingsmetod som män föredrar och som kan få målgruppen att söka hjälp och stanna kvar i behandling (Brooks, 2010). I en färsk studie undersöktes behandlingspreferenser hos män, i syfte att både minska avhopp och kunna ge en effektiv behandling (Kealy et al., 2021). Resultatet visade att en majoritet av männen hade en stark preferens för individuell behandling. Andra studier om mäns preferenser har visat att 40% tycker att könet på terapeuten spelar roll, varav 20 % ville ha en kvinnlig behandlare och 19 % en manlig behandlare (Seidler et al., 2022). Utbildade, icke-heterosexuella och män som identifierade sig starkt med maskulinitet hade alla en önskan att få ha en manlig behandlare (Seidler et al., 2022).

Vid depression har det tillika funnits en önskan hos manliga patienter att behandlingen ska vara transparent och ha en tydlig struktur (Seidler et al., 2018). Vidare har det även visat sig finnas en preferens att fokusera på ett samarbete och individuella mål med förväntade framsteg. Kealy et al. (2021) visade även att män ofta önskar få copingstrategier i terapi, och att senare behov handlar om att utforska känslor och beteendemönster. Att fokusera på handlingar snarare än prat som del av terapi, har visat sig ge flera av männen känslor av styrka och handlingskraft vilket har medfört att de kan hantera sina symtom och sitt mående. Flera män har dock upplevt att de inte fått något av det i sin behandling (Seidler et al., 2018).

Wexler (2014) har i sitt arbete med unga män noterat att behandlarens självutlämnande kan minska den skam många män upplever. Enligt Levant & Wong (2017) har det visat sig kunna få klienter att slå hål på fördomar om behandlare men också stärka alliansen så till vida att behandlaren har övervägt vilken information som är lämplig att lämna ut.



## **Förslag på passande psykologisk behandling vid psykisk ohälsa bland unga män**

Vissa forskare inom maskulinitetsfältet har hävdade att kognitiv beteendeterapi (KBT) passar män som identifierar sig mer med traditionella maskulinitetsnormer (Levant & Wong, 2017; Brooks, 2010). I en äldre studie där en grupp män antingen fick se en film om kognitiv terapi eller en film om psykodynamisk terapi (PDT) har resultatet visa att de män som identifierade sig med traditionell maskulinitet, var mer benägna att söka terapi efter att de fått se en film om kognitiv terapi (Wisch et al., 1995). Good (2005) har menat att fokus på tankar i KBT kan vara verksamt med de män som identifierar sig med traditionell maskulinitet, även om känslor är i fokus i allt terapeutiskt arbete. Vidare har Good (2005) identifierat flera kognitiva förvrängningar som alla har kopplingar till traditionell maskulinitet. Det har även visat sig vara viktigt att fokusera på att avfärda mäns kognitiva förvrängningar som har en direkt koppling till maskulinitetsnormer, genom att påpeka ologiskt tänkande, inkonsekvens och genom exponering få männen att testa huruvida deras antaganden stämmer (Good, 2005). Spindelov (2015) har senare utgått från Goods (2005) forskning och utökat idéerna till en anpassad KBT-behandling för män med depression.

PDT har enligt vissa forskare förknippats med "femininitet" och ett fokus på känslor som går emot maskulinitetsnormer (Richards & Bedi, 2015). En majoritet av de som deltagit i forskningsstudier om PDT har varit kvinnor och merparten av de män som deltagit har lidit av missbruk. Det har således visat sig saknas tillräckliga forskningsbelägg för att hävda att psykodynamisk terapi är verksamt för män som grupp (Watkins, 2012).

Vidare har också gruppterapi lyfts fram som en verksam behandlingsform för män, i synnerhet för de män som upplever att de avviker från traditionella maskulinitetsnormer (Rabinowitz, 2019). Enligt Brooks (2010) har det verksamma med gruppterapi visat sig vara att männen kan identifiera sig med varandra och förstå hur maskulinitetsnormer påverkar dem själva, andra män och sin omgivning. Dessutom har det minskat pressen på kommunikation i jämförelse med vanlig terapi (Brooks, 2010). Genom gruppterapi har männen uppmanats att vara sårbara och lärt varandra att män kan vara omhändertagande och trösta andra. När männen ser andra mäns framsteg, kan fler män bli motiverade att göra förändringar i sina liv (Brooks, 2010).

## **Mottagningar och behandling anpassade till unga män**

Med utgångspunkt i vetenskapen om att män inte söker hjälp för sin psykiska ohälsa i samma utsträckning som andra patientgrupper samt den påverkan som traditionell maskulinitet har på både hjälpsökande och behandling har det gjorts ett flertal försök att fånga upp män som lider av

psykisk ohälsa genom andra interventioner än traditionella vårdinstanser för psykisk ohälsa. Enligt Kosciw et al. (2016) riskerar pojkar som bryter mot traditionella maskulinitetsnormer att bli utsatta för mer verbal och fysisk misshandel än de pojkar som inte är normbrytande. Därför är viktigt att utveckla hjälpinstanser som unga män kan söka sig till utan att behöva bryta mot traditionella maskulinitetsnormer i samma utsträckning, exempelvis sådana som är anonyma eller mindre stigmatiserade. Davies et al. (2010) och Kiselica et al. (2008) har diskuterat vikten av att skapa terapeutiska miljöer i icke-terapeutiska miljöer för att nå män som normalt inte skulle söka hjälp, exempelvis i skol- eller aktivitetsmiljö. Davies et al. (2010) har visat på hur riktade mansmottagningar kan implementeras på college för att nå unga män som inte söker hjälp. De har också föreslagit ett inkluderande av psykoedukation och interventioner riktade mot psykisk ohälsa i redan existerande program som riktar sig till fysisk ohälsa (Davies et al., 2010). Abotsie et al. (2020) har visat på olika sätt hur psykisk hälsa kan främjas hos män, varav några av dessa var att hålla offentliga evenemang i samhället för att öka medvetenhet om mäns psykiska ohälsa och det behov av hjälp som finns hos denna målgrupp, skapa en gemensam plattform för organisationer som arbetar med mäns psykiska ohälsa att samarbeta och ge information om projekt och evenemang som riktar sig till män med psykisk ohälsa som är i behov av hjälp eller stöd samt fotbollsprojekt som ämnade att öka medvetenheten om psykiska problem och behovet av att söka hjälp vid psykisk ohälsa. Abotsie et al. (2020) har påvisat att sådana fotbollsinsatser är förknippade med social integration och minskande av stigma, vilket är viktiga faktorer för att engagera män i hälso- och sjukvården.

I en litteraturöversikt (Wong & Wester, 2016) som gått igenom behandlingar som tagits fram för att passa manliga klienter, har bara en randomiserad studie visat sig vara skraddarsydd för män. Behandlingsformen kallas för *könsbaserade motiverande samtal (Gender Based motivational interviewing, GBMI)* och syftar bl.a. till att utforska mäns ambivalens till psykiska problem och hjälpsökande (Syzdek et al., 2014). Genom ett relationellt fokus där behandlaren betonar att arbetet är ett samarbete och att det är patienten som är expert på sitt liv har terapin visat sig bli mer avdramatiserad. En annan strategi är att också betona klientens framsteg och erfarenheter som viktiga för andra personer, vilket har motiverat hjälpsökande och utvecklingen av relationer utanför terapin (Syzdek et al., 2014). Behandlingen har visat på en god effekt för symtomlindring vid internaliserade symtom (t.ex. ångest och depression) och resultatet från en

pilotstudie av behandlingsformen (Syzdek et al., 2016) har också indikerat att behandlingen ökar unga mäns hjälpsökande.

Kiselica et al. (2011) har tagit fram en modell, *Positiv psykologi/positiv maskulinitet (Positive psychology/positive masculinity)*, som ett initiativ till att anpassa terapeutisk behandling för män. Modellen syftar till att bygga upp en kompetens kring känslor och främja positiva sidor av maskulinitet för unga män. De menar liksom tidigare forskare att maskuliniteten behöver få en ny definition som stärker det salutogena med maskulinitet och att det behövs ett nytt förhållningssätt till psykoterapi för pojkar och män. Genom ett mer positivt förhållningssätt tror forskarna att det går att bjuda in fler av de män som identifierar sig med traditionell maskulinitet samt att modellen kan få fler män att skifta fokus från självhat och självkritik, som ofta är ett vanligt symtom av mäns psykiska ohälsa. Modellen ska dock inte ses som fulländad för att förstå pojkar och mäns problem, utan snarare som en brygga till andra behandlingsområden som fokuserar på problematiska aspekter av maskuliniteten (Kiselica et al., 2011). I en forskningsstudie som inkluderat den positiva maskulinitetsmodellen, har mäns preferenser till olika terapiformer undersökts, varvid resultatet visade att män föredrog positiv maskulinitet framför sedvanlig KBT (Cole et al., 2019). Detta har indikerat på att modellen eventuellt kan få fler män att söka behandling.

### **Syfte och frågeställning**

Ovan nämnda teori och forskning har visat på att unga mäns psykiska ohälsa är ett utbrett problem och att de, liksom omgivningen, fortfarande påverkas av maskulinitetsnormer. Nya studier och undersökningar har även påvisat att problemet med unga mäns psykiska ohälsa skapar stort lidande, både för dem själva och för sin omgivning. Vi saknar dock både kvantitativa och kvalitativa studier som undersökt behandlares erfarenheter, utöver de studier om behandlares fördomar som presenterats ovan. Som behandlare kommer man i nära kontakt med unga män med psykisk ohälsa och därav anser vi att deras erfarenheter av målgruppen är viktiga att belysa. Vi ser det därför angeläget att studera hur behandling och hjälpsökande kan underlättas för unga män utifrån den expertis och de upplevelser som behandlare som möter gruppen besitter.

Majoriteten av den existerande forskningen inom ämnet unga män med psykisk ohälsa kommer dessutom från en amerikansk kontext. Vi har alltså inte funnit några svenska studier gjorda på behandlares erfarenheter av ämnet, något som skulle kunna ge insyn i hur behandling och hjälpsökande kan underlättas i en svensk kontext. Genom en kvalitativ studie är det möjligt att

skapa underlag för en mer fördjupad förståelse för de som ägnar sig åt psykologisk behandling med unga män i Sverige liksom även bidra till att unga män får rätt hjälp i behandling och söker hjälp i större utsträckning.

Forskningsfrågan för studien är: Hur upplever behandlare att hjälpsökande och behandling kan underlättas för unga män med psykisk ohälsa?

### **Metod**

Kvalitativ metod är passande vid utforskandet och beskrivandet av människors erfarenheter, tankar och åsikter till skillnad från metoder som syftar till att påvisa generella orsakssamband (Willig, 2013). På så vis kan författare till kvalitativa studier tolka det som sägs för att ge en förklaring till det ämne som studeras (Willig, 2013). Med hänsyn till studiens syfte att undersöka behandlares erfarenheter valde vi därför att genomföra en kvalitativ intervjustudie där tematisk analys (Braun & Clarke, 2006) användes som analysmetod. Tematisk analys är endast en analysmetod, och implicerar inte en epistemologisk eller ontologisk ansats, vilket medför att författaren alltid själv måste ta ställning (Braun & Clarke, 2006). Denna studie har valt en kritisk realistisk verklighets- och kunskapssyn.

### **Epistemologi och reflexivitet**

Kritisk realism är en av många vetenskapsteorier att utgå från inom kvalitativ forskning. Ansatsen är lämplig för att uppmärksamma det komplexa med vad som ligger bakom människans tänkande och agerande (Alvesson & Sköldberg, 2017). Perspektivet utgår ifrån att det finns en sann objektiv verklighet som inte fullt ut går att förstå eller mäta då våra tolkningar är påverkade av sociala och språkliga konstruktioner (Willig, 2013). Ett exempel på en sådan kombination av en yttre verklighet som påverkas av olika konstruktioner, och som gör sig gällande i vår uppsats, är fenomenet unga män med psykisk ohälsa. Samtidigt som psykisk ohälsa bland unga män ses som verkligt, ramas vår förståelse av gruppen in av sociala och språkliga konstruktioner. Det går således inte att tolka och skilja en objektiv bild av fenomenet från vårt meningsskapande om det. Detta innebär även att våra informanter och deras respons är sammanvävt med det vi forskare har presenterat för dem, till exempel ramas deras svar in av det språk vi använder oss av. Dessutom har varje behandlare en subjektiv upplevelse av unga män som lider av psykisk ohälsa. Behandlare är därmed tvungna att dels förhålla sig till en objektiv verklighet då de möter unga män med psykisk ohälsa i sitt arbete och dels beakta att det inte är möjligt att fånga in denna verklighet utan att det färgas av

subjektiva upplevelser. Enligt Willig (2013) menar den kritiska realismen att data måste tolkas för att öka vår förståelse av de underliggande strukturerna som genererar de fenomen vi försöker få kunskap om. Studien syftade därmed att undersöka behandlares upplevelser av hur hjälpsökande och behandling kan underlättas för unga män med psykisk ohälsa för att bidra till en bredare förståelse för ämnet.

Med kritisk realism utgick vi från egna tolkningar av andras utsagor som vi i samtalet med oss själva och i interaktion med varandra också baserar vår slutledning på. Denna ansats gav oss möjligheten att fördjupa oss i ett komplext ämne på en nivå som belyser det objektiva och subjektiva samtidigt. Då konsekvenserna för unga mäns psykiska ohälsa är stora, både för individ och samhälle, upplevde vi ämnet som angeläget både för egen del men också för patientgruppen samt verksamheter och behandlare som på olika sätt möter unga män med psykisk ohälsa. Inför denna studie hade vi båda två med oss olika föreställningar och även viss kunskap om unga män med psykisk ohälsa. Med hänsyn till att vi som forskare bär med oss intressen, föreställningar och förkunskap när vi utformar studien och tolkar data har vi varit medvetna om att vi kontinuerligt konstruerat och påverkat meningsskapandet och förståelsen av ämnet som studien ämnar undersöka. Denna typ av medvetenhet under hela processen innebär att vara reflexiv och handlar om att ständigt ifrågasätta hur och vad vi påstås veta (Willig, 2013). Det handlar om att medvetet förstå hur vi som forskare med egna intressen och erfarenheter påverkar och medverkar i alla delar av forskningsprocessen. Det går att dela upp den reflexiva processen i olika typer, såsom personlig reflexivitet, epistemologisk reflexivitet och kritisk medvetenhet om språkbruk (Willig, 2013). Vad gäller epistemologisk reflexivitet har vi varit transparenta med vilken kunskapsansats vi utgår från i studien och vad det innebär. I linje med kritisk medvetenhet om språkbruk diskuterar vi bl.a. varför vi valt vissa begrepp och eventuella följder av detta. Gällande personlig reflexivitet har vi under processens gång varit uppmärksamma på hur våra intressen, värderingar och kunskap har varit del av hur studien har genomförts. Ett exempel där detta varit aktuellt är vårt skapande av intervjuguiden, vilket är ett resultat av hur vi har tolkat fenomenet unga män som lider av psykisk ohälsa utifrån vår förståelse för ämnet. Våra informanter har sedan i sin tur tolkat frågorna i intervjuguiden utifrån sina erfarenheter och kunskaper och vi har slutligen tolkat deras svar på frågorna. Studien är således influerad av subjektiva element, vilket är i linje med den ansats vi utgår från. Vår förhoppning är att vi varit tydliga och transparenta med denna subjektivitet och

att läsaren därmed kan bilda sig en egen förståelse för hur vi som kvinnliga, svenska studenter har påverkat vår forskning.

### **Rekrytering och deltagare**

Inklusionskriterierna för studiens deltagare var utbildade behandlare som har erfarenhet av psykologisk behandling av unga mäns psykiska ohälsa. Till gruppen unga män räknades samtliga personer som är mellan 18-30 år och identifierar sig som män. Till studien rekryterades elva informanter, varav tre informanter rekryterades via social media som samlar yrkesverksamma psykologer i Sverige och åtta informanter genom e-postutskick till verksamhetschefer och personal inom regionala vårdcentraler, ungdomsmottagningar och specificerade mansmottagningar. En inbjudan (se bilaga 1) som kortfattat beskrev studiens syfte, inklusionskriterier samt praktiska premisser mejlades ut till verksamheter och enskilda behandlare som uppfyllde inklusionskriterierna för studien. Till de behandlare som visade intresse för deltagande i studien mejlades ett längre informationsbrev ut med en mer omfattande beskrivning av studiens bakgrund och syfte samt information om datahantering och sekretess, eventuella risker och fördelar med deltagande samt genomförandet av datainsamlingen. Om behandlarna fortfarande var intresserade bokades en tid för intervju.

Åtta av informanterna identifierade sig som män och tre som kvinnor. Av informanterna var sex stycken legitimerade psykologer och resterande fem socionomer med en grundläggande psykoterapiutbildning. Samtliga behandlare hade någon form av vidareutbildning, antingen inom psykodynamisk terapi, kognitiv beteendeterapi eller både och. Informanterna var i åldersspannet 30-56 år (medelåldern var 41,9 år) och hade olika yrkeserfarenheter, men gemensamt var att de alla hade arbetat med psykologisk behandling av unga mäns psykiska ohälsa i minst ett år. Informanterna arbetade inom primärvård på exempelvis specifika mansmottagningar, ungdomsmottagningar, fysiska vårdcentraler eller erbjöd psykologisk behandling via digitala primärvårdsaktörer. Några av informanterna träffade män i alla åldrar medan vissa träffade ungdomar upp till 23 års ålder. Vi bad informanterna att utgå från män i åldersspannet 18-30 när de svarade på frågorna i intervjun.

### **Datainsamling**

För insamlande av data användes semistrukturerade intervjuer eftersom det gav oss möjlighet att utforska deltagarnas egna subjektiva tankar och upplevelser vilket är i linje med

studiens metod (Willig, 2013). Det gav oss även en möjlighet att intervjua informanter som inte var lokaliserade i närområdet, genom digitala videosamtal.

En intervjuguide utformades utifrån vald forskningsfråga samt vår egna förförståelse baserat på tidigare forskning. Denna pilottestades sedan på tre frivilliga personer vilket gav oss möjlighet att omformulera vissa frågor för att undvika upprepningar samt ändra ordningsföljd. Den slutgiltiga intervjuguiden (se bilaga 2) inleddes med demografiska frågor för att sedan övergå till frågor om hjälpsökande och behandlingsarbete med unga mäns psykiska ohälsa. Genom att inledningsvis ställa breda frågor om ämnet för att sedan fortsätta med följdfrågor gavs informanterna möjligheten att svara någorlunda fritt men samtidigt ge konkreta svar.

Samtliga intervjuer genomfördes digitalt via programmet Zoom och spelades in med video- och ljudupptagning. Alla informanter gav ett muntligt samtycke till deltagande i studien i samband med att intervjun påbörjades. Intervjuerna varade mellan 40 min till 70 min med en medellängd på 60 min. Vi båda närvarade under alla intervjuer utom en, då endast en av oss närvarade. Vi växlade roller, så att vi varannan gång ledde intervjun (d.v.s. ställde frågor från intervjuguiden) och varannan gång hade övergripande koll på struktur, tid och teknik. Det gjorde att vi kunde vara mer flexibla och ställa följdfrågor utifrån sådant som dök upp under intervjuerna samt att vi fick en gemensam grund för att diskutera tolkningar och teman.

## **Dataanalys**

För att analysera data genomfördes en tematisk analys som ämnar att identifiera, analysera och beskriva olika underliggande mönster av mening utifrån en uppsättning data (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analys tillåter därmed författaren att identifiera forskningsdeltagares gemensamma och delade uppfattningar och erfarenheter om ämnet (Braun & Clarke, 2012). Tematisk analys kan vara induktiv eller deduktiv, och i denna studie analyserades datan både bottom-up (induktion) och top-down (deduktion). Kodningsprocessen samt identifieringen av teman var datadriven och tolkades utifrån det insamlade materialet samtidigt som tidigare forskning och personliga erfarenheter högst troligt färgade både koder och teman. Detta induktiva-deduktiva tillvägagångssätt är enligt Braun och Clarke (2012) vanligt vid en tematisk analys då kodning och identifiering av teman inte görs i ett teoretiskt vakuum samtidigt som det är omöjligt att inte ta hänsyn till datans innebörd vid utförande av analys.

Braun och Clarkes metod (2006) innefattar sex faser för att identifiera, organisera och

beskriva den data som samlats in. Dessa faser går ibland in i varandra och sker parallellt (Braun & Clarke, 2006). De första två faserna omfattar att bekanta sig med sin data och generera initiala koder. Redan under datainsamlingen började vi diskutera likheter och skillnader i vad deltagarna berättade samt eventuella mönster som bildades utifrån det. När vi sedan började transkribera våra intervjuer, där vi transkriberade fem respektive sex intervjuer var, bekantade vi oss med datan skriftligt. Transkriberingen påbörjades innan alla intervjuer var genomförda. När samtliga intervjuer var klara påbörjade vi kodningsprocessen där vi kodade fem respektive sex intervjuer var. Till kodningen använde vi oss av programmet Nvivo, för att kunna samla och gruppera koder samt dela dessa koder med varandra. På varsitt håll kodade vi sådant som vi ansåg relevant för vår frågeställning, både gemensamma mönster men också skiljaktigheter mellan informanterna. Vi kommunicerade frekvent under dessa två faser för att dela med oss av våra tankar och se till att vi hade en gemensam syn på vår data och de mönster som uppenbarade sig. Efter att samtliga transkriberingar var kodade delade vi dessa koder med varandra och kategoriserade dem tillsammans.

Vi påbörjade sedan den tredje fasen, att leta efter teman (Braun & Clarke, 2006). Denna fasen fokuserar på att gruppera och analysera bredare nivåer av teman utifrån de koder och kategorier som identifierats under de tidigare faserna. Redan under våra samtal vi förde om vad informanterna hade berättat i intervjuerna samt under kodningsprocessen diskuterade vi de tankar och idéer vi fick gällande mönster och kategoriseringar som framträdde. Efter kodningen såg vi tillsammans över koderna och övergripande kategorier, för att skapa ytterligare gemensam förståelse för de mönster som genererats ur datan. Sedan arbetade vi både tillsammans och var för sig med mindmaps och listor för att identifiera hur vi upplevde att materialet fördelade sig och vi tolkade relationerna mellan dessa mönster. Denna fas resulterade i tio olika preliminära underteman som tillsammans bildade tre preliminära huvudteman.

De tre sista faserna omfattar att granska, förfina och namnge teman samt producera rapporten (Braun & Clarke, 2006). Dessa faser skedde parallellt, då vi granskade och förfinade teman i samband med att resultatet skrevs fram. Vi insåg att vissa preliminära underteman fördelade sig lite annorlunda när vi väl producerade texten, där vissa teman hörde ihop och tillsammans bildade underteman medan andra teman delades upp i separata underteman. Vi namngav vissa teman och underteman under tiden vi producerade texten medan andra



namngavs först efter feedback från handledare. När vi skrev texten till varje tema eftersträvade vi att berätta den historia som vi tolkat ur datamaterialet samtidigt som vi var måna om att belysa viktiga poänger och ämnen som lyfts av våra informanter, i enlighet med tematisk analys (Braun & Clarke, 2006). Slutligen resulterade faserna i tre huvudteman och åtta underteman.

## **Etik**

Brinkmann och Kvale (2005) diskuterar två typer av etik: mikro- och makroetik. Mikroetik är sådant som rör etik gällande studiens deltagare i förhållande till samtycke, information och frivillighet (Brinkmann och Kvale, 2005). Makroetik handlar istället om hur samhället och människor blir påverkade av den kunskap som forskning presenterar (Brinkmann & Kvale, 2005)

I enlighet med §16-17 i lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS, 2003:460) gav vi i förväg deltagarna skriftlig information om den övergripande planen med studien, studiens syfte, aktuella metoder, eventuella risker och följder med deltagandet, vem som är forskningshuvudman samt att deltagandet är frivilligt och att de ges rätt till att avbryta sin medverkan när som helst (se bilaga 3). Deltagarna fick även en samtyckesblankett (se bilaga 4) som de ombads ha läst igenom innan sin intervju. Samtycke samlades sedan in genom att deltagarna fick ge sitt medgivande till deltagande i studien genom att läsa samtyckesblanketten vilket spelades in i en separat fil. I samtyckesfilen angav deltagarna, utöver sitt medgivande till studien, sitt namn, datum och ort de befann sig på. På så vis förekom inte namnet på den inspelade intervjufilen. Inspelningsfilerna förvarades på ett skyddat USB för att förhindra att obehöriga skulle kunna ta del av dem.

Vi avidentifierade transkriberingarna direkt så att namn, orter, arbetsplatser och annan detaljerad information inte fanns med i dessa dokument. För att säkerhetsställa deltagarnas anonymitet i studien valde vi att benämna dem som intervjuperson (IP) 1 till 11, och det är så som deltagarna presenteras i uppsatsen. Transkriberingsfilerna förvarades tillsammans med inspelningsfilerna. Både ljud- och bildupptagningarna av intervjuerna, de inspelade samtyckena samt transkriptionerna kommer att raderas när uppsatsen är godkänd.

Studien avsåg att undersöka behandlares erfarenheter i sitt arbete med unga mäns psykiska ohälsa och ämnade därmed inte samla in känsliga personuppgifter. Vi utformade därför intervjuguiden så att den skulle beröra endast generella erfarenheter och inte specifika patientfall. Detta betonades även muntligt i början av varje intervju. Vi ämnade i första hand att avstyra

informanter under intervjun om någon sådan information ändå uppkom och i andra hand undvika att inkludera detaljer som kan röja känsliga personuppgifter i vår uppsats.

Det har varit viktigt att reflektera över hur vår förförståelse har varit med och format studiens genomförande och hur resultatet skrivs fram. Enligt Brinkmann och Kvale (2005) är det vårt ansvar att se till att tillvägagångssätt och resultat är moraliskt försvarbara. De menar att kvalitativ forskning i sig inte är etisk, bl.a. på grund av att författarna till en kvalitativ studie har monopol på att tolka och rapportera vad studiens informanter har förmedlat. I linje med det resonemanget har vi lagt stor vikt vid reflexivitet i studien under processens gång och strävat efter att vara så transparenta vi kan när vi presenterar vår metod och våra tolkningar (Brinkmann & Kvale 2005). Eftersom vår studie berör en grupp i samhället har det även varit viktigt för oss att reflektera om och hur vår studie bidrar till att upprätthålla normer om gruppen unga män liksom andra grupper i samhället. Lundberg et al. (2017) diskuterar hur psykologisk forskning kan bidra till att upprätthålla normer och föreställningar om vad som är normalt och avvikande, då de menar att det inte går att “beskriva hur människan är, utan att samtidigt peka ut hur hon borde vara” (s. 71). Vi är medvetna om att vi genomgående använder oss av begreppet *unga män* i studien, vilket kan medföra ett upprätthållande av olika samhällsnormer, exempelvis att unga män är en homogen grupp som påverkas likadant av traditionell maskulinitet eller att unga män är en särskild grupp med särskilda behov. Statistisk sett har det visat sig finnas likheter bland unga män på gruppnivå som särskiljer dem från andra grupper. Detta har motiverat oss till att genomföra en studie om gruppen unga män och använda det begreppet i studien. Vi har dock valt att samtidigt lyfta och betona att det är problematiskt att prata om unga män som en homogen grupp, både i vår introduktion, resultatdel samt diskussion. Vi önskar därmed att det komplexa i att prata om gruppen unga män, som både har stora skillnader inom gruppen samt många likheter med andra grupper, kommer fram i studien och att det är något som läsaren tar i beaktning.

## **Resultat**

Analysen för studien genererade tre huvudteman (se Tabell 1). Första temat “Har unga män särskilda bekymmer och behov?”, handlar om intervjupersonernas förståelse för unga män med psykisk ohälsa, hur gruppen påverkas av normer och hur de skiljer sig och inte skiljer från andra. Andra temat “Hur kan behandling för unga män optimeras?” beskriver intervjupersonernas förhållningssätt och deras upplevelse av verksamma fokusområden och strategier i behandling.

Slutligen handlar tredje temat “Hur når vi de unga männen?” om intervjupersonernas upplevelse av hur hjälpsökande kan underlättas för unga män.

## Tabell 1

### *Teman och underteman*

Tema	Undertema
Tema 1: Har unga män särskilda bekymmer och behov?	1a. Otillåtna känslor blir svåra att uttrycka 1b. Normer om att vara stark och inte sårbar försvårar 1c. Unga män är individer med unika behov
Tema 2: Hur kan behandling för unga män optimeras?	2a. Vara nyfiken och ickedömande med färgade glasögon 2b. Utforska affekter och låta omgivningen komma in 2c. Särskilt viktiga generella strategier
Tema 3: Hur når vi de unga männen?	3a. Sänk tröskeln för unga män att söka 3b. Öppna fler dörrar dit de kan söka sig

### **Tema 1: Har unga män särskilda bekymmer och behov?**

Många informanter lyfte fram vikten av att ha kompetens om målgruppen, som har en rad olika psykiatriska besvär. Första temat handlar således om att förstå målgruppen unga män utifrån informanternas upplevelser, deras syn på unga män med psykisk ohälsa, vilka de är, hur de skiljer sig eller inte skiljer sig från andra grupper och varför de inte söker hjälp i lika stor utsträckning. Dessa frågor lägger grunden för en djupare förståelse för hur behandling och hjälpsökande kan underlättas.

### *Otillåtna känslor blir svåra att uttrycka*

Ett av de vanliga symtomen som informanterna upplevde sig se bland de unga männen var självkritik och ett bristande självomhändertagande: “De har ofta en oerhört stark självkritik, attacker mot sig själva och sånt för att de inte lyckas, för att de känner sig otillräckliga” (IP1). Självkritiken verkar enligt informanterna kunna forma självbilden vilket leder till att unga män ofta har en negativ syn på sig själva. IP7 beskrev att de unga männen ofta inte tänker på självkritiken och attackerna mot självet som psykisk ohälsa:

Det finns ju en inre bild av att “jag är värdelös, jag är hemsk, jag är gräslig på något sätt...” Och det värsta är att han egentligen inte ser att det är psykisk ohälsa, det han håller på med. Det finns inte på riktigt. Man är inte så identifierad med att det är psykisk ohälsa, “för jag är ju en skit” liksom.

Självkritiken kan ibland vara en del av ångest och depression, något som majoriteten av informanterna lyfte fram som vanlig problematik hos unga män. En informant ansåg att självkritiken är tydlig när man ser hur unga män skattar på självskattningsformulär vid misstänkt depression (IP11). Även IP8 pratade om kombinationen självkritik och depression som vanlig hos unga män med psykisk ohälsa: “Självhat, alltså skuld som leder till självhat, att man är så dålig och blir depressiv och sådär”.

Utifrån informanternas berättelser tycks ett annat vanligt symptom på psykisk ohälsa hos unga män vara isolering och ensamhet. Att samtala med sin omgivning om sina problem är ovanligt, upplevde majoriteten av informanterna: “Det är lättare att isolera sig” (IP8). IP1 beskrev det som att “den psykiska ohälsan inte blir synlig” och att “lidandet kan bli väldigt isolerat för unga män”. En annan menade att hen trodde att “stigma kring att prata om mående” gör att “man håller det inom sig tills man inte längre orkar det och agerar ut det på något sätt” (IP2). På längre sikt kan en upplevd ensamhet växa bland målgruppen, menade informanterna. Unga män kan då, enligt informanterna, få svårare att interagera i det sociala både med kompisar eller i intima kärleksrelationer. IP8 upplevde att många unga män blir “hemmasittare” under en längre tid, att “de stannar kvar i spelens värld, i den där kravfria tillvaron som skyggar från vuxenlivets krav”.

Flera informanter upplevde att ett flertal unga män ofta söker för kroppsliga besvär som senare visar sig vara psykiska problem. IP6 menade att unga män ofta använder sig av somatiska

termer för att beskriva sin psykiska ohälsa: “Alltså det ju oftast mer fysiska symtom [...] mannen har liksom ont i kroppen på olika sätt”. Ytterligare en informant upplevde att många män ibland “famllar efter fysiska förklaringar till det dåliga måendet” (IP4). IP3 berättade att många män söker för sexuell problematik som sedan visar sig vara psykisk ohälsa: “Det är inte ovanligt att man söker för ett sexuellt problem och sen hamnar man hos mig [...] och jag upplever då att det är väldigt bra att man får prata med en samtalsterapeut”.

Det var också flera av informanterna som upplevde att många av de unga männen har svårt att uttrycka känslor och förstå sina egna inre upplevelser. IP2 pratade om unga mäns erfarenheter och menade att de ofta inte har vana av att tala om sitt mående vilket hänger ihop med förmågan av kunna uttrycka och förstå sina känslor. En annan informant berättade att hen har noterat att vissa unga män kan ha språket för det men har svårt att “känna in känslan i kroppen” (IP7).

Enligt informanterna verkar det i synnerhet vara känslor av ledsamhet och skam som de unga männen har svårare att uttrycka. Enligt IP11 var det tydligt att många av de unga männen känner skam, även om de har svårt att uttrycka det. En annan informant berättade om associationen till sorg bland unga män och att omgivningen ofta driver med män som till exempel gråter när de ser en film. Hen sa: “Egentligen är det ju något fint när man får kontakt med sorgen som finns i den men så säger omgivningen istället ‘du bröt ihop’. Det är ju helt fel” (IP7). Flera av informanterna upplevde däremot att ilska är lättare att uttrycka för de unga männen, men att det trots det kan finnas en ambivalent hållning till att förhålla sig till känslan. IP1 menade att män ofta har en idé om att inte visa sin ilska för att de många gånger förknippar den med destruktiva beteenden.

Destruktiva beteenden för psykisk ohälsa benämndes också som vanligt hos gruppen unga män enligt några av informanterna. De gav flera exempel på destruktiva beteenden, bland annat missbruk, “extremt risktagande som att åka motorcykel i väldigt hög hastighet” (IP1) och “högre grad av självmord” (IP3). IP2 menade att “det blir så oerhört destruktivt, för de själva och för andra människor och för samhället”.

Vi har ovan belyst de vanligaste symtomen och hur våra informanter upplever att den psykiska ohälsan tas i uttryck hos unga män. Utöver vikten av att ha kunskap om målgruppen lyftes likaså vikten av att förstå hur gruppen påverkas av normer och hur detta därmed påverkar unga mäns hjälpsökande och uttryck av psykiska ohälsa, vilket vi beskriver under nästa tema.

### *Normer om att vara stark och inte sårbar försvårar*

Maskulinitetsnormer togs upp av flertalet informanter där många ansåg att det är en stor faktor som försvårar för de unga männen att både söka hjälp och ta emot behandling. IP3 menade att det är särskilt viktigt som behandlare att “ha perspektivet och kunskap om hur normer har påverkat den unge mannen”. En informant ansåg att maskulinitetsnormer ofta kommer i uttryck i hur unga män umgås med varandra:

Man är så tränad i ett visst typ av socialt umgänge i grupper av andra killar och män liksom. Att man inte är sårbar eller inte möts kring sårbarhet eller sådär, eller mer kanske, ja men mer tävling, man skämtar liksom med varandra, och det ska vara kul, men det hela blir lite oflexibelt (IP8).

Det verkar i synnerhet handla om att upprätthålla en bild av att vara stark. Vad beträffar psykisk ohälsa upplevde IP11 att många unga män ser det som ett “svaghetstecken”. En annan informant berättade om typiska patienter som inte kunnat visa känslor när de gick i skolan då det var ett “starkt bestraffat beteende för killar” (IP5). Enligt IP1 var association till exempelvis ledsenhet ofta förknippad med svaghet eller att det ansågs som något feminint. En annan informant upplevde dessutom att unga män inte får det stöd de behöver när de öppnar upp för sin omgivning: “Ja men det är ofta ‘ryck upp dig så ska du se att det blir bättre’” (IP10). Ett flertal informanter upplevde att många unga män som bryter mot maskulinitetsnormer om att vara stark och klara sig själv upplever skam. Känslan av skam grundar sig både i egna föreställningar men också utifrån omgivningens syn på hur en man ska vara.

Många av informanterna upplevde att de unga männen ofta försökte bli av med sin psykiska ohälsa på egen hand vilket går i linje med maskulinitetsnormer om att vara stark: ”Man är i det tysta och har lidit ett bra tag, och så går det kanske ut över skolarbete, arbetssituation eller relationer. Det är ofta något konkret i livet som inte fungerar” (IP9). Det var flera informanter som beskrev att de unga männen söker som en sista utväg för att det dåliga måendet på olika sätt har fått praktiska konsekvenser eller bidragit till funktionsbortfall i deras vardag. En del informanter berättade att de som söker själva oftast inte har berättat för sin omgivning att de sökt hjälp eller går i behandling. IP11 berättade att flera av hans manliga patienter inte har berättat för någon att

de går i terapi. Det var heller inte ovanligt att de unga männen blivit ombedda av sin partner eller av en förälder att söka hjälp, enligt informanterna.

Det faktum att samhällsdiskursen ofta lyfter fram negativa aspekter med maskulinitet betonades som problematiskt av två informanter (IP5 och IP11). Flertalet informanter nämnde begreppet toxisk maskulinitet i relation till maskulinitetsnormer. IP11 menade att det är viktigt att peka på de problem och konsekvenser som maskulinitetsnormer leder till, samtidigt som det är problematiskt att “den toxiska maskuliniteten inte har ersatts med något”. Detta har enligt hen lett till att unga män kan känna sig förvirrade och må dåligt över hur de ska vara som män, att vissa av dem aktivt försöker ta avstånd från att vara en “traditionell man”. “När hela mansbilden bara är skit ska man absolut inte alls vara man, allt manligt är sjukt. Så det blir oerhört onyanserat” (IP11).

När vi bad informanterna att berätta om sina upplevelser av unga mäns psykiska ohälsa i förhållande till andra patientgrupper gjordes många jämförelser mellan män och kvinnor. Det var tydligt att samtliga informanter såg skillnader mellan män och kvinnor på gruppnivå, och flera menade att dessa är viktiga att känna till i arbete med målgruppen unga män. Merparten av informanterna pratade om normer som en betydande förklaring till skillnaderna, medan en informant lyfte att många faktorer kan samspela, exempelvis biologi och samhällsnormer. En sådan skillnad som majoriteten av informanterna lyfte var förmågan att förstå, uttrycka och ta hand om sina känslor i förhållande till psykisk ohälsa, att “det generellt finns mer i arsenalen hos kvinnor” (IP11) och att kvinnor ofta “vet lite mer vad en psykolog innebär [...] och är mer bekväma med att prata om det som är jobbigt (IP4). IP5 ansåg att “en typisk ung tjej” ofta har språket för psykisk ohälsa och kan specificera om de exempelvis lider av ångest eller depression. En annan informant upplevde att kvinnor i större utsträckning har försökt samtala med sin omgivning om sitt lidande (IP11). Enligt IP8 har det att göra med normer, att de unga männen inte har haft samma sociala krav på sig som kvinnor. Andra skillnader som informanterna lyfte var bland annat i förhållande till destruktivitet och självskada, att unga män i större utsträckning “agerar ut” sitt dåliga mående (IP2), att fler unga män suiciderar (IP3) samt att de oftare använder sig av våld som ett symptom på psykisk ohälsa (IP8).

De flesta informanterna verkar vara överens om att maskulinitetsnormer påverkar den psykiska ohälsan hos unga män och att den, på gruppnivå, till viss del skiljer sig jämfört med andra patientgrupper med psykisk ohälsa, exempelvis kvinnor. IP1 menade att män och kvinnor har “olika förutsättningar” och att “skillnader är viktigt” samtidigt som hen framförde att likheterna är

många fler och att det är viktigt att försöka fokusera på det gemensamma med att vara människa. Detta var en viktig ståndpunkt för många av informanterna och diskuteras därför vidare i nästa undertema.

### ***Unga män är individer med unika behov***

Under intervjuerna återkom exempel på typiska patienter som våra informanter har träffat i behandling. Flera av informanterna beskrev dock hur olika det kan vara för de unga män som söker hjälp. IP7 menade att “det är ju ett helvete att beskriva en typisk patient när det finns så väldigt många typiska”. Majoriteten av informanterna var därför noga med att poängtera att deras exempel är generaliseringar, något som kan bli problematiskt i arbetet med individer: “Jag vill lägga till att jag inte tror på någon slags generalisering eller uppdelning, då det är olika från fall till fall” (IP4). Flertalet informanter poängterade alltså vikten av att i stället alltid ha ett individfokus för att inte fastna i stereotyper eller uppfattningar om skillnader mellan unga män och andra patientgrupper, exempelvis kvinnor. Några av informanterna betonade även att det finns stor variation inom gruppen unga män, något som kan missas om fokus endast berör stereotyper. IP5 belyste detta och menade att hen träffar unga män som både är välutbildade och har “väldigt hög kunskap och kännedom om psykisk ohälsa” samt de med “extremt låg kunskap om det”. IP9 både upprepade sina generaliseringar när hen pratade om gruppen unga män och ursäktade sig kring detta, eftersom hens “grundinställning är att vi alla är människor i första hand, och behoven är desamma. Jag tänker inte att jag möter en man eller kvinna, utan jag träffar en människa”.

På samma sätt var flera informanter noga med att poängtera att det inte finns *en* behandling som passar *alla* män. IP10 menade att en behandling ska kunna *anpassas* till alla då den annars riskerar att “missa individuella skillnader”. En annan informant menade att patientens egna formulerade bekymmer ska sättas i centrum:

Vi måste ju se vart de befinner sig och sen följa dem i det läget där de är. För någonstans om inte jag har hittat det som den här individen vill ha hjälp med och har problem med, då kommer det inte bli en bra terapi, då är det one size fits all liksom, bara för att du är man så kommer du ha de här bekymren och då ska du få den här terapin (IP7).

IP7 menade att en sådan “paketbehandling” som ska passa alla individer kan jämföras med sättet vi ser på diagnoser, att vi riskerar att bli för “kategoriska”. Hen likställde det med tankesättet



att “alla personer som har ett blåmärke på armen ska vi gipsa, för vi kan inte avgöra om den är bruten eller bara skadad”. Istället ansåg hen att det är viktigt att “inte tappa bort att människor har olika saker i bagaget som gör att en behandling kan se väldigt olika ut för samma problematik”.

Även om unga män söker i mindre utsträckning än exempelvis kvinnor, menade informanterna att det är viktigt att behandlare inte ser gruppen som “ett undantag” (IP1). Unga män ska således inte betraktas som en grupp som inte behöver hjälp bara för att de inte söker eller ber om hjälp. Snarare behöver de hjälp i lika stor grad som andra.

IP1 menade att “i grunden så finns det ju väldigt mycket likheter” mellan män och kvinnors behov. Till exempel är behovet av ett funktionellt känsloliv och “att kunna vara i goda och respektfulla relationer” viktigt för alla patienter, oavsett kön (IP1). När en informant pratade om skillnader mellan män och kvinnor i behandling poängterade hen även följande:

Det behöver inte vara så stor skillnad kanske. Jag tror däremot att det är viktigt att man adresserar den här gruppen men samtidigt tänker jag mycket på det där mina lärare sa att det är större skillnader inom könen än mellan könen (IP2).

Att erbjuda en sorts behandling specifikt riktat till unga män kan därför leda till att vi ser på gruppen unga män som “annorlunda” när “lidandet och mekanismerna är desamma för alla grupper” (IP4). Denna inställning verkade de flesta informanter överens om. Utifrån detta tolkar vi det som att det snarare handlar om att hitta de aspekter som vi människor behöver för att må bra och för att kunna verka tillsammans i relation till andra, oavsett vilket kön vi tillhör. Att vara för kategorisk, sätta stämplor på vad som är maskulint versus feminint eller att automatiskt tro att en klient är på ett visst sätt på grund av kön, var fallgropar som flera av informanterna tydligt betonade att behandlare bör vara medvetna om och akta sig för.

Sammanfattningsvis verkar informanterna vilja förmedla vikten av att se varje ung man som en människa med individuella svårigheter och behov för att inte utgå från föreställningar och fördomar i mötet med denna patientgrupp. Samtidigt visar informanternas berättelser på skillnader på gruppnivå, något som nämns viktigt att känna till och ha kunskap om. Det tycks därmed hjälpsamt att hitta en balans mellan grupp- och individperspektiv i arbetet med unga män som lider av psykisk ohälsa.

## **Tema 2: Hur kan behandling för unga män optimeras?**

När vi frågade våra informanter hur de arbetade i behandling med unga män framkom många gemensamma strategier och fokusområden som upplevdes underlätta för denna målgrupp. Dessa summeras i de olika undertemana “Vara nyfiken och ickedömande med färgade glasögon”, “Utforska affekter och låta omgivningen komma in” samt “Särskilt viktiga generella strategier”. Samtidigt delade informanterna med sig av sina synsätt på både grupp och individnivå som ibland inte var helt förenliga. I detta tema belyser vi därför komplexiteten i att arbeta med en heterogen grupp med likheter på gruppnivå samt våra informanters upplevelse av vad som är hjälpsamt i behandling.

### ***Vara nyfiken och ickedömande med färgade glasögon***

I det tidigare temat beskrivs hur informanterna både lyfte vikten av att ha kunskap om unga män som grupp och samtidigt ha ett individfokus i mötet med den enskilde patienten. Informanterna betonade vikten av att vara medveten om maskulinitetsnormer och hur de påverkar unga mäns psykiska ohälsa. Samtidigt poängterade många informanter att denna kunskap om maskulinitetsnormer och grupperspektiv lätt gör att man som behandlare har fördomar om unga män med psykisk ohälsa. IP5 menade att “om man kommer att möta en viss grupp mycket så tror jag att det är jätteviktigt att lära sig lite om gruppen” och reflektera över ”finns det fördomar som jag behöver fundera på om de stämmer?”.

Informanterna betonade hur viktigt det är att inte verka dömande mot denna patientgrupp, då de ansåg att det hindrar unga män från att ta emot hjälp. Detta med anledning av vetskapen om att många ofta känner stor skam och rädsla för att bli dömd av andra, exempelvis i förhållande till de föreställningar som finns om mäns svårigheter. IP9 menade att “vi måste vara medvetna om våra fördomar, så att det inte blir ett hinder” för unga män att söka. Ytterligare en informant var inne på samma bana och menade att man “inte ska förutsätta så mycket utan våga fråga” istället (IP5). En informant uttryckte följande:

Det är väldigt lätt att ha en förutfattad mening eller komma med en tolkning, att risken är stor att det blir fel och då tappar man liksom det här förtroendet [...] man får vara väldigt vaksam så att man inte låter dömande (IP7).

Ett sätt att undvika att vara dömande i behandlingen är att vara nyfiken på de patienter man möter och den variation som finns inom gruppen unga män med psykisk ohälsa. “Att våga vara nyfiken är ju ofta jättebra, då lär man sig saker” menade IP5. Ytterligare två informanter betonade vikten av att vara nyfiken och fråga istället för att agera på sina föreställningar om patientgruppen (IP7 och IP11). IP10 exemplifierade detta genom att förmedla att om en ung manlig patient säger att han ska söka akuthjälp om han blir suicidal så ska inte behandlaren “gå in och bara ‘Ja, fast jag vet att vi måste skriva suicidkontrakt nu’ liksom bara för att han är man” utan menade att man behöver ha med sig kunskap om unga män på gruppnivå men att man “inte behöver agera på det” i rummet utan istället ha en utforskande attityd till den enskilda patienten. IP5 pratade även om att det kan vara bra att utforska sådant som man som behandlare inte förstår eller håller med om, för att öka det ickedömande förhållningssättet i rummet och skapa allians.

Att som behandlare vara ödmjuk inför den heterogenitet som finns i gruppen och ens egen ovetskap om den enskilda patienten kan ytterligare skapa ett ickedömande klimat i behandlingen. “Man måste vara ödmjuk för att patienten man har framför sig kan överraska en [...] jag kan stöta på vilka svårigheter som helst var som helst” menade IP10. Även IP5 betonade vikten av att vara ödmjuk och “kunna ha fel” som behandlare. En annan informant pratade om hur ödmjukhet och transparens tillsammans kan skapa ett ickedömande klimat även om man öppet lyfter maskulinitetsnormer i rummet med patienten:

Var nyfiken och våga, om man är nervös, säg “Jag är lite orolig för det här med, för många män avbryter sin behandling och det skulle jag tycka var tråkigt om det hände. Jag skulle uppskatta om du var ärlig när vi pratar, om jag säger någonting som du uppfattar som jobbigt, så försök i så stor utsträckning som möjligt att säga det du tänker” (IP11).

Några informanter resonerade kring vikten av att vara ickedömande även när man möter unga män med psykisk ohälsa som har begått olika former av brott eller varit våldsamma. IP8 berättade om att hen “kämpar med att inte bli för konfrontativ” när hen möter unga män som använt våld. En annan informant menade att det “kanske är extra viktigt” att “ha fokus hjälpsamhet snarare än att bli dömande” med personer som “har agerat på ett sätt som inte är prosocialt” (IP2). Hen betonade det i samband med resonemanget att “unga män kan bli oroliga och rädda kring den massmediala uppmärksamhet” som finns kring män.

Trots att majoriteten av informanterna lade stor vikt vid att man som behandlare ska vara nyfiken och ödmjuk för att inte bli dömande, var det ett flertal informanter som hade preferens för en viss typ av behandlingsmetod. Preferenserna verkade grunda sig i vilken typ av behandling som passar gruppen unga män bäst. Ingen av informanterna kritiserade den egna behandlingsformen. Knappt hälften av informanterna uppskattade KBT som behandlingsform för de unga männen. En av informanterna tyckte att metoden var hjälpsam för att hitta alternativa tillvägagångssätt, i synnerhet vid korta kontakter och när hen märker att den unga mannen har en låg förmåga att uttrycka känslor och tankar (IP5). IP11 uppfattade att många av de unga männen tilltalas av “det instrumentella som finns i KBT” och att “tydliga mål med fokus på förbättringar” underlättar för de unga männen.

En av informanterna, IP9, som inte arbetar med KBT, hade dock en annan föreställning och menade att det säkert kan kännas bra för en ung man att initialt få den behandlingen just för att den är så “tydlig och konkret”, men att man riskerar att gå miste om områden som den unga mannen med fördel hade mått bra av, “till exempel mer fördjupat kring känslor eller sexualitet”. Ytterligare en informant, som också arbetar med en annan behandlingsform framförde att unga män inte har så stor nytta av KBT om de inte får sätta ord på sina känslor:

Jag har sett flera som gått i KBT-behandling som har haft ett problem, så är det avklarat, men så fick de problem på ett annat område istället. Därför så tänker jag att det är bra att ha fokus på känslor för det är själva motorn i de svårigheter finns (IP7).

Informanternas dubbla budskap (vikten av att vara ickedömande samtidigt som de uttalade sig om gruppens preferenser) kan antas skildra den komplexitet som behandlingsarbetet med unga mäns psykiska ohälsa innebär, då det är en heterogen grupp som det finns många förutfattade meningar om på gruppnivå. Ett sätt att försöka balansera individ- och grupperspektiv kan vara ett nyfiket och ickedömande förhållningssätt samtidigt som man är medveten om sina färgade glasögon (d.v.s. egna fördomar och föreställningar). Trots att informanterna uttryckte skilda åsikter om vilken behandlingsmetod som bäst passar unga män beskrev de även många gemensamma fokus och strategier, något vi belyser i nästa teman.

### *Utforska affekter och låta omgivningen komma in*

Majoriteten av informanterna berättade att de lade stor vikt vid affekter i behandling. Vikten av affekt- och relationsfokus tycks vara stor oavsett informanternas behandlingsmetod, men sättet de gjorde det på kunde skilja sig åt. Detta p.g.a. deras upplevelser om att unga män har ett bristande språk och en bristande förståelse för sina affekter och inre upplevelser. IP2 menade att hen “lägger lite extra fokus på emotionell utveckling” under sessionerna. En annan informant upplevde att “det är viktigt att det är fokus på känslor, för det har de dålig koll på, generellt” (IP3). Flera av informanterna fann det, oavsett metod, hjälpsamt att på olika sätt exponera känslor i terapirummet. En informant sa:

Man öppnar upp för känslorna i rummet liksom, för det är ju där man har chansen att verkligen göra exponeringar. Så det jobbar jag väl extra på, att pusha på det här och liksom se vad för känslor som uppkommer när man pratar om olika saker, och då hugger tag i det på något sätt, och stannar kvar i det och tränar på att uttrycka det på olika sätt (IP2).

En annan informant framförde att det är “jättebra” (IP7) att arbeta med ett affektfokus då “det är ofta där skon klämmer” för unga män. Hen menade att “det viktigaste är att man får tillgång till språket om känslorna och att känslorna hänger samman med språket [...] vi kan inte förändra någonting om vi inte kan prata om det”.

I samband med affektfokus var det en majoritet av informanterna som ägnade mer tid åt psykoedukation än med andra målgrupper. IP8 tyckte att det var hjälpsamt att fokusera på känslornas funktion och lära unga män vilka grundkänslor som finns såväl som förmågan att skilja grundkänslor från ångest. Ytterligare en informant betonade vikten av att samtala om känslornas funktion med unga män, så att de unga männen förstår att känslorna säger något viktigt (IP11). IP10 ägnade en längre tid åt att kartlägga hur känslor och beteenden hänger ihop med de unga männen. Hen sa att “det händer mycket under kartläggningen med de här unga männen tycker jag. Att ju mer jag kartlägger desto mer fattar de sina svårigheter”.

IP11 framförde att hen arbetar medvetet med att omvända känslan av skam hos de unga männen till att istället få dem att känna kraft och stolthet till att ta hand om sig själva. Det blir således ett sätt att få de unga männen att förändra förståelsen kring vad det innebär att vara stark

och ansvarstagande som i förlängningen kanske leder till en annan förståelse av vad det innebär att vara ung man.

IP1 betonade vikten av att arbeta relationellt med männen, då det blir ett sätt att exponera för obehagliga känslor. Vidare sa hen att affektfokus är viktigt för att öka ansvarstagandet gällande den sociala reproduktionen. Med den sociala reproduktionen menade hen att det ofta är kvinnor som tar ansvar för hemmet och för barn samt arbetar inom sjukvård och barnavård.

Något som framgick av flertalet informanter var att många försökte få sina patienter att berätta för sin omgivning om sitt mående. Anledningen berodde ofta på bristen av tidigare erfarenheter men också på vetskapen om målgruppen där unga män ofta håller tyst om psykisk ohälsa. IP7 berättade att hen ofta frågar den unge mannen om hen pratar med andra om sitt mående utöver hen. Om svaret då blir nej försökte hen att uppmana den unge mannen till att våga samtala med någon utanför. Ytterligare en informant framförde vikten av att få till en ökad kommunikation med andra personer: "Att på något sätt verkligen försöka ha den typen av insats, att de behöver prata med människor som de har runt omkring sig som bryr sig om dem. De kan ju inte vara själva i det" (IP4). IP11 beskrev att hen försöker involvera omgivningen med hjälp av hemuppgifter. Det kan t.ex. vara att be en kompis att skriva ett brev till klienten om vad de uppskattar hos personen. En annan berättade att hen som enskild behandlare försöker bjuda in andra till samtal, exempelvis föräldrar, med anledning att "försöka öppna upp rummet för det som är utanför" (IP1). Ytterligare en informant redogjorde om liknande strategier:

Vi jobbar väldigt relationellt i behandlingen och i samspel med vänner och föräldrar eller vad det kan vara.. Så det är ofta något i behandlingen som jag trycker på, "att kan du prata med någon närstående eller utanför".. och då finns det ju ofta någon. Jag har inte tänkt på det förrän vi pratar nu (IP9).

Att få stöd av sin omgivning vid psykisk ohälsa är ofta en förutsättning för att förebygga psykisk ohälsa. Det var därför ingen ovanlig strategi att betona vikten av stöd från omgivningen, vare sig det handlade om unga män eller andra grupper i samhället. Vår förståelse från informanterna är dock att många av dem lägger mer tyngd på att involvera omgivningen, på grund av att unga män ofta isolerar sin psykiska ohälsa och inte har någon de kan eller vill ventilera till. Utifrån att öka hjälpsökandet blir omgivningen viktig för ett framtida hjälpsökande men också som

ett sätt för att få den unga mannen att uppmana andra unga män till att söka hjälp. När de unga männen söker behandling läggs ofta stort fokus på affekter i form av t.ex. psykoedukation eller exponering av känslor på olika sätt. Detta verkar enligt majoriteten av informanterna motiveras av att de ser ett behov där de unga männen ofta har svårt med att uttrycka känslor och förstå sig själva och andra i olika känslotillstånd. Förutom att de unga männen får direkt hjälp med detta verkar interventionerna vara ett sätt att skapa något nytt där de unga männen lär sig ta ansvar för sina känslor vilket i förlängningen kan underlätta hjälpsökande men också främja ett socialt ansvarstagande för egna och andras känslor i relationer.

### ***Särskilt viktiga generella strategier***

Utöver ett fokus på affekter och relationer lyfte majoriteten av informanterna andra gemensamma behandlingsstrategier som tycktes viktigt oavsett vilken behandlingsmetod de arbetade med. Dessa strategier presenterades som viktiga behandling med alla patientgrupper, men betonades som extra viktiga i behandling med unga män som lider av psykisk ohälsa.

En gemensam intervention för de allra flesta informanter, oavsett behandlingsform, var att de på grund av vetenskap om maskulinitetsnormer lade extra stor vikt vid att validera hjälpsökandet i behandlingen. IP1 menade att de unga männen har "passerat en tröskel i sitt liv" för att ta sig till behandling och att man ska uppmärksamma att "det är ett stort steg som den personen har tagit, kanske ett lite större steg för en man". Även IP2 berättade att hen "är lite extra validerande" när unga män kommer till behandlingen genom att förmedla "Vad bra att du tar ansvar för det här". Både IP11 och IP5 berättade att de är mer noggranna med att verkligen validera framsteg i behandlingen. Ytterligare en informant framförde vikten av att validera det arbete som de unga männen gör i terapin: "många män gillar att de ser det som ett jobb för då kan den unga mannen anstränga sig mot ett mål och det händer någonting" (IP1). IP11 berömmar ofta de unga männen som sökt genom att säga "Vad fint och vad starkt gjort". Hen försöker vidare säkerställa att de unga männen känner sig tillräckligt validerade när de går därifrån, i synnerhet om de visat ledsamhet: "Vad modigt att du kunde uttrycka ledsenhet än att bara prata om det". Som ett sätt att både validera och normalisera berättade en manlig informant att han genom att berömma patienterna för att de har sökt hjälp också visar på att han som man inte tycker att det är något skamfyllt med att ta hand om sig själv.

Några av de informanter som arbetade inom digital primärvård berättade att de ofta normaliserar psykisk ohälsa och hjälpsökande genom att berätta att de har kontakt med andra män

i samma ålder med liknande problematik. IP4 berättade följande om arbetet med normalisering:

Jag finner det hjälpsamt att normalisera, prata om hur det ser ut, köra lite siffror, prevalens [...] Jag brukar ibland säga extra tydligt att jag träffar många i din ålder, att det är många som söker sig till oss, det är det vanligaste vi jobbar med.

En annan informant sa att normaliseringen blir ett viktigt verktyg när det många gånger blir korta kontakter med de unga männen (IP5).

Vissa informanter berättade att de öppet lyfter diskussioner om maskulinitetsnormer och stigma i behandlingen medan andra istället utmanar patienternas föreställningar om hur en man ska vara och anpassar sig till det språk som klienten själv använder sig av. IP5 berättade att hen tycker att det är viktigt att "försöka avdramatisera kontakten" genom att exempelvis samtala med patienten om att "det här är ungefär som när man går till doktorn, typ". Att under behandlingen normalisera psykisk ohälsa och behovet av hjälpsökande tycks vara ett sätt att minska stigma för de unga männen samt minska motståndet att ta emot hjälp.

Många av informanterna lyfte att det är viktigt att vara tydlig och transparent i behandlingen, dels för att många av de unga männen har färre erfarenheter av att t.ex. samtala om känslor. IP6 beskrev det såhär:

Jag upplever att det är viktigt med unga män [...] att de inte ska behöva fundera över vad jag tänker, för det upplever jag stressar mer [...] Det känns som att de försöker läsa mig väldigt mycket liksom "Vad tänker hen om mig nu?". Så jag upplever att det är väldigt framgångsrikt att försöka såhär "Ja, men när du berättar det här, så tänker jag såhär" liksom. För att klä av det lite att det inte blir så, jobbigt liksom".

IP1 berättade att riskerna med att vara passiv och inte transparent ofta skapade fantasier hos de unga männen vilket kan utmana alliansen eller göra att de hoppar av behandling. "Så för lite respons överlag tror jag kan ge en sämre utveckling på ett samtal" (IP1).

Ett annat sätt att skapa tydlighet i behandlingen tycks vara att använda sig av ett konkret språk och exemplifiera för patienten. IP5 framhöll risken med att vara för "teoretiserande" och "intellektualiserande" i den psykoedukativa processen och att det kan bli "konstigt och ja



obehagligt liksom”. Hen menade att eftersom “behandlingen ofta har ett högt tempo och är tidsbegränsad” behöver fokuset vara på att hitta det konkreta som klienten kan applicera i vardagen istället för att fördjupa sig kring teorin om hur tankar, känslor och handlingar hänger ihop. Ytterligare en informant pratade om ett konkret språk och att undvika “att ställa för svåra frågor och vara för luddig” i mötet med personer som har ett begränsat språk för känslor (IP3). Hen beskrev att “man kanske inte vet vad man har för känsla om man har inte språket. Så man måste börja någon annanstans. Och försöka hjälpas åt att sätta saker i samband liksom, och få ihop språket”. IP4 påpekade vikten av att vara konkret genom att anpassa sig till klientens språknivå och hela tiden hänvisa till klientens egna exempel.

I linje med det konkreta lyftes även problemlösning fram av några informanter. De menade att det ofta finns en preferens för att verkligen vilja förstå hur t.ex. beteenden och känslor hänger samman men också att få verktyg för alternativa beteendemönster. IP6 upplevde att de unga männen ofta vill “problemlösa”, att de kommer “för att göra någonting” och vill “fylla på verktygslådan” medan de yngre kvinnorna “är mer intresserade av att bearbeta.” Hen betonade att det finns variationer men att det samtidigt grundar sig på hens erfarenheter av att behandla unga män. IP6 menade att hen är “emot att förutsätta att unga män vill bearbeta eller fördjupa sig kring känslor” och tycker istället att varje patient ska få göra ett aktivt val i det. IP10 framförde att hen kunnat urskilja att de unga männen föredragit mer konkreta kognitiva övningar framför exempelvis mindfulness. I samband med det sa hen: “Återigen så tycker jag att jag generaliserar men kanske att man vill resonera lite mer som ung man, såhär ‘Ah, okej, men vad var det som var fel med den här tanken? Och hur kan jag rätta till det?’ ”. Värt att tillägga var att några informanter såg preferenser för de unga männen på grupp nivå, exempelvis problemlösning, medan vissa var mer försiktiga med att uttrycka det och menade att behandlingen inte skiljer sig märkbart från andra patientgrupper men att majoriteten ändå upplevde att ovan strategier är hjälpsamma för unga män.

I detta huvudtema har vi berört informanternas erfarenhet av vad som är hjälpsamt i behandling med unga män. Vi har även belyst den svårighet som informanterna direkt och indirekt förmedlat gällande förhållningssätt till individ- och grupp nivå. Detta tycks vara viktiga aspekter när unga män väl är i behandling för sin psykiska ohälsa. Samtidigt finns det en stor grupp unga män som inte söker för sitt dåliga mående. I nästa huvudtema lyfts därför hur hjälpsökande kan underlättas för unga män.

### **Huvudtema 3: Hur når vi de unga männen?**

Tidigare teman har lyft hindrande faktorer för hjälpsökande hos denna målgrupp, vilka till viss del verkar grunda sig i de maskulinitetsnormer om hur en man bör vara. Informanterna hade en hel del tankar om hur behandlare, verksamheter och samhället i stort bör arbeta för att underlätta hjälpsökande för unga män. Dessa innefattar huvudsakligen två typer av resonemang; hur vi normaliserar hjälpsökande hos unga män för att minska stigmat samt hur vi ökar tillgängligheten för hjälpsökande under rådande samhällsnormer.

#### ***Sänk tröskeln för unga män att söka***

I första huvudtemat lyfts att maskulinitetsnormer tycks vara en betydande hindrande faktor för unga män att söka hjälp för sin psykiska ohälsa. När vi frågade informanterna om hur verksamheter och enskilda behandlare kan arbeta för att underlätta hjälpsökande fick vi ofta svar som innefattade att medvetandegöra, arbeta och utveckla dessa hindrande normer på olika sätt, både direkt och indirekt.

Några av informanterna lyfte vikten av att arbeta förebyggande i skolan för att minska stigmat kring psykisk ohälsa hos unga män. IP4 poängterade vikten av att “skolan är unik så till vida att den når alla” och att det därför är viktigt att börja med förebyggande och främjande arbete från tidig ålder. Vidare menade hen att “unga killar ändå på något sätt har med sig bra saker från skolan” då hen upplevde att många unga killar vet “vad psykologer är, var de finns och vad de gör”. Ytterligare en informant poängterade vikten och behovet av förebyggande arbete i skolan:

Vi behöver få in frågor kring psykisk ohälsa i grundskolan liksom och så. Man behöver få mer life skills kring hur man tar hand om sig själv och hur man förstår och använder sig av sina känslor. Skolan är ju en plats där vi har ungarna liksom under väldigt lång tid, där kan man ju påverka mycket och, ja, minska stigma då kring psykisk ohälsa som kanske finns i familjen eller i kompisgrupper och sådär (IP8).

Utöver ett förebyggande arbete i skolan nämnde många av informanterna vikten av att föra en mer öppen och “konstruktiv samhällsdebatt” (IP1) då de ansåg att det är en drivande faktor att “vi börjar snacka mer om psykisk ohälsa för unga män” (IP10). Likt föregående informanter menade en annan att den redan existerande diskussionen om psykisk ohälsa generellt samt psykisk ohälsa hos unga män är positiv: “Jag tror fortfarande att det är jättepositivt. [...] Oavsett hur det

pratas om det, så är det bra att det pratas om det.” (IP3). Vidare pratade hen om positiva konsekvenser med samhällsdiskussionen:

Det börjar ändå finnas en större öppenhet för att komma och prata om saker som är jobbiga. En acceptans i samhället. Man pratar mer om psykisk ohälsa. Så jag tror också, lite tidig trendspaning, men att det ändå blir mer och mer normaliserat liksom (IP3).

Samtidigt menade IP3 att samhället även behöver diskutera de samhällssvårigheter som unga mäns psykiska ohälsa bidrar till: “Det behöver liksom sättas på kartan lite mer, att det är ett samhällsproblem liksom. Att det får negativa konsekvenser när män inte mår bra”. Ytterligare en informant pratade om hur unga mäns psykiska ohälsa “blir så oerhört destruktivt [...] för de själva och för andra människor och för samhället” (IP2). Vi tolkar det som att diskussionen om unga mäns psykiska ohälsa kan utmana traditionella maskulinitetsnormer och därmed normalisera psykisk ohälsa för denna patientgrupp samt bidra till att samhället och verksamheter tar ämnet på allvar och därmed arbetar mer för att underlätta hjälpsökande för unga män.

Ett sätt för verksamheter att normalisera psykisk ohälsa hos unga män är att sprida information om psykisk ohälsa och vilken hjälp som finns att få. IP10 poängterade att “nä ut med informationen är egentligen det viktigaste”. Vidare betonade hen att det är viktigt att marknadsföra och informera om var och hur de unga männen kan söka för sin psykiska ohälsa. En annan menade att det är viktigt att de som arbetar i verksamheter och träffar unga män med psykisk ohälsa arbetar utåtriktat med kunskap och information om patientgruppen: “Det finns en anledning till att vi är med idag, det är viktigt att det här sprids” (IP3). IP2 menade att verksamheter kan göra mycket genom att “se till att ordet sprids” och att “hitta andra kanaler” för information om vad psykologisk behandling är, än endast information till enskilda individer i behandling. Hen poängterade att verksamheter behöver bli bättre på att berätta vad terapi är och dess funktion, att “tala om att det här jobbar vi med, såhär kan en terapi se ut hos oss. Människor vet inte riktigt vad terapi är” (IP2). Utöver att sprida information om vad terapi är poängterade även några av informanterna vikten av att sprida information om hur psykisk ohälsa kan yttra sig hos denna patientgrupp, för att genom kunskap normalisera dessa svårigheter hos målgruppen. IP2 menade att det är viktigt att “på något sätt visa att det här är vanligt, du är inte ensam i detta”. En annan menade att information om psykisk ohälsa kan fungera både normaliserande och utbildande genom att “man kan kolla och

säga att ‘Aha, okej, jag kanske är deprimerad’ ” (IP10). IP2 betonade att det är viktigt att “också våga prata om det som den här gruppen kanske gör i högre utsträckning än andra grupper [...] eventuellt alkoholkonsumtion, destruktivitet och ilska”.

Ett flertal av informanterna betonade att det är viktigt att adressera målgruppen unga män när information sprids om psykisk ohälsa. IP11 förklarade att hen tror att många av de unga männen “har svårt att riktigt identifiera sig” med “de som blir talespersoner utåt” för psykisk ohälsa. En annan informant menade att hen “tror att vi liksom behöver tänka lite smartare kring hur vi kan och nå ut till vissa grupper och män som inte söker så mycket terapi” (IP8). Även IP2 ansåg att “man behöver adressera den här gruppen [...] tydligt” och att “man behöver hitta ett språk som inte är skuldbeläggande utan fokuserar på hjälpsamhet”. Några informanter lyfte podcast (IP11) och nätforum (IP5) som exempel på hur målgruppen kan adresseras då de hade erfarenhet av att det varit positivt för flertalet unga manliga patienter att kunna identifiera sig med personer som berättat om sina svårigheter.

Sammanfattningsvis berör detta undertema vikten av att arbeta förebyggande, sprida information och våga samtala om unga mäns psykiska ohälsa på ett konstruktivt sätt för att utmana och normalisera de mans- och andra samhällsnormer som fungerar hindrande för hjälpsökande hos denna målgrupp. Genom att minska stigmat kring psykisk ohälsa hos unga män på dessa sätt ämnar man sänka tröskeln för hjälpsökandet.

### ***Öppna fler dörrar dit de kan söka sig***

Förutom att normalisera unga mäns psykiska ohälsa genom förebyggande arbete, en konstruktiv samhällsdebatt och ökad information om ämnet bör hjälpsökandet underlättas under de rådande normer och stigmat som finns i samhället. När informanterna fick frågan vad de tror är hindrande faktorer för unga män att söka hjälp för sin psykiska ohälsa var det ett flertal informanter som problematiserade bristen av ställen dit unga män kan vända sig för hjälp som är anonyma, tillgängliga och/eller där män känner sig välkomna. IP6 lyfte problemet med bristen på anonyma och välkomnande hjälpinstanser på följande sätt:

Vart har man att vända sig? Ska man gå till skolkurator där alla ser det? Mm, det kanske man inte gör eftersom man inte pratar med polarna liksom. Ska man gå till ungdomsmottagningen där det sitter sex tjejer i väntrummet när man går in? Jag vet inte, så vart ska man vända sig liksom?

IP4 problematiserade bristen på utbud och tillgänglighet i form av för få mottagningar och behandlare i stora delar av Sverige: “Vad gör du om du inte vill fortsätta gå där för du känner dig inte trygg? Ja visst, du kan byta vårdcentral, men bor du på en liten ort är det inget alternativ”.

Ett flertal av informanterna pratade om att anonymitet är en drivande faktor för unga män att söka psykologisk hjälp då “det är bra att hitta ett system där man inte utmärker sig liksom, för det tror jag är lite tufft” (IP6). IP7 berättade om en verksamhet i Norge som hade fått fler män att söka genom att ha samma ingång till terapimottagning som till ett gym: “det gjorde att [...] gick man in med en axelväska genom dörren så visste ingen vart man tog vägen”

Eftersom unga män med psykisk ohälsa ibland har större fokus på somatiska problem och funktionsbortfall jämfört med andra patientgrupper, lyfte fyra av informanterna tankar om att ge möjlighet till psykologisk behandling i kombination med somatisk behandling. IP1 pratade om idén om att koppla ihop samtal med mottagningar för vanliga medicinska åkommor, exempelvis urologen eller vårdcentralen. Att söka hjälp för somatiska besvär, vilket tycks vara mer normaliserat för unga män, och samtidigt få möjlighet till hjälp för psykiska svårigheter skulle kunna få liknande effekter som i Norge där de unga männen kände sig mer bekväma att söka hjälp på grund av att de fick vara anonyma.

Ett flertal informanter lyfte möjligheten till digital vård som ett förslag för att öka anonymiteten för unga män med psykisk ohälsa. IP8 sa i samband med detta: “jag vet i alla fall att det är många killar som lyfter det här med anonymiteten som en väldigt viktig grej, och som underlättar och möjliggör att prata”. De informanterna som hade arbetserfarenhet av digital psykologisk behandling framförde att de hade betydligt fler manliga patienter där än när de arbetade på exempelvis fysiska vårdcentraler. Som möjliga förklaringar till detta lyfte de att det kan “kännas bekvämare” (IP2) , vara ett sätt att “inte behöva tala om för någon” att man söker hjälp och därmed slippa “visa upp sig” (IP8) samt att man har möjligheten att “shoppa runt bland psykologer” och “byta” psykolog om man “inte känner sig nöjd eller trygg” (IP4). Vidare sa IP4 följande om bekvämlighet och anonymitet som drivande faktorer:

För det är inte lika jobbigt att bara boka ett videosamtal i sitt eget hem, i sin trygghet och prata. För det är ju det faktiskt många som säger att “Ja men hade jag behövt gå till en fysisk vårdcentral så hade jag aldrig gått. Det här är liksom det steget jag kan ta. Det känns

fortfarande skitjobbigt men det funkar. Men jag hade aldrig gått någonstans”.

De informanter som hade erfarenhet av att arbeta på mottagningar för unga män upplevde att det fanns ett stort behov för riktade mottagningar för denna patientgrupp. Detta baserades på det ökade trycket till mottagningarna där flera menade att de varit fullbokade sedan öppningen. En av dem menade “att specialisera sig och göra frizon för män känns därför framgångsrikt” (IP3). Vissa av informanterna menade bland annat att riktade mansmottagningar kan bidra med anonymitet, bekvämlighet och ge en bild av extra kompetens hos behandlarna vilket kan underlätta hjälpsökandet hos denna patientgrupp. En informant beskriver även hur mottagningarna kan fungera som normaliserande: “Här jobbar vi med personer som identifierar sig som män. Det är inte konstigt att komma till oss, för alla som kommer till oss är män. Och här kan man prata om allt, utan att man döms liksom” (IP6). Det bör dock poängteras att några av informanterna var skeptiska till riktade mansmottagningar, då de var rädda för att det kan upprätthålla könsnormer. IP10 menade att “då skickar det signaler att du behöver en specifik mottagning för det är, unga mäns psykiska ohälsa är något specifikt som behöver specifik behandling och det är det ju inte”. Ytterligare en informant menade att hen var “kluven” till specifika mottagningar då hen var rädd att man riskerar att sända ut signaler till unga män om att “jag kräver något annat, jag är extra svår att jobba med på något vis” (IP4). Dessa meningsskiljaktigheter kan tyckas visa på den komplexitet som ämnet unga mäns psykiska ohälsa innefattar. Dels för att det är en heterogen grupp men också för att behandlare till målgruppen många gånger behöver ta hänsyn till rådande normer och stigman samtidigt som man vill arbeta för att utveckla och utmana dessa.

När vi frågade om behandlarens kön spelar in när unga män söker hjälp, var svaren varierande. En del informanter var bestämda med att det inte spelar någon roll och hade heller inga erfarenheter av det i sitt arbete. De informanter som hade arbetserfarenhet från digital primärvård upplevde däremot ett ökat tryck från unga män när de själva kunde välja behandlare. Vissa av patienterna där uttryckte en lättnad av att få komma till en manlig behandlare. Några informanter upplevde däremot att många unga män föredrog att komma till en kvinnlig behandlare. Flera av dem reflekterade kring tidigare erfarenheter och att en del män bär med sig vanor av att samtala om känslor med någon av kvinnligt kön, exempelvis en mamma eller syster, medan vissa istället hade motsatt erfarenhet. En informant menade att det kan vara skönt för vissa unga män att samtala med andra män “när det är grejer som är kopplat till sex och porr och sådär”(IP8). Flera av

informanterna kunde dock komma med fler exempel i möten med kvinnliga patienter och att de ofta ställer mer krav än de unga männen. En annan informant tyckte inte det spelade någon roll men att hen däremot märkt av att ålder spelar roll och att det kan vara lättare för vissa unga män att samtala med någon yngre “för att de känner igen sig” (IP7). IP4 framförde att ett sätt att öka tillgängligheten och öka hjälpsökandet skulle kunna vara att man ger unga män möjlighet att välja behandlare, något som man idag har större möjlighet till via de digitala aktörerna.

I samband med att informanterna berättade om sina erfarenheter av att unga män ofta söker hjälp i ett senare skede av utvecklingen av psykisk ohälsa uppkom även ett annat förslag, nämligen att öka åldersspannet på mottagningar för denna målgrupp. Samtliga informanter bekräftade att många av de unga männen de träffar i behandling har gått länge med sitt lidande innan de söker hjälp, ofta längre än andra patientgrupper som exempelvis kvinnor. IP6 menade att detta är problematiskt då “den psykiska ohälsan befästs genom åren om man börjar må dåligt när man går i åttan och så söker man hjälp när man är 25”. En annan beskrev det på följande sätt: “Ja jag tror framförallt precis som ni är inne på att de är ju lite sena i starten [...] så jag tror man behöva höja åldern för att man ska få ett gott resultat” (IP3). Ytterligare två informanter (IP1 och IP9) lyfte behovet av öka åldersspannet så att unga män kan söka sig till ungdomsmottagningar, riktade mansmottagningar eller mottagningar för unga vuxna senare upp i åldern.

Avslutningsvis handlar detta undertema om vikten av att öka tillgängligheten för unga män att söka hjälp för sin psykiska ohälsa genom att utforma anonyma, bekväma och mindre stigmatiserade ingångar. Det ringar dessutom in hur informanternas erfarenheter och upplevelser skiljer sig åt gällande målgruppens preferenser för hjälpsökande. Detta tycks återigen spegla den komplexitet som arbetet med en stor heterogen grupp med likheter på gruppnivå innebär.

### **Diskussion**

Studiens syfte är att undersöka behandlares upplevelse av hur behandling och hjälpsökande kan underlättas för unga män med psykisk ohälsa. I vår analys urskiljs tre huvudteman. En förutsättning för att kunna underlätta behandling och hjälpsökande verkar handla om att förstå unga män som individer såväl som grupp och hur de påverkas av normer. Första huvudtemat “Har unga män särskilda bekymmer och behov?” speglar därför informanternas kunskap om gruppen unga män samt deras erfarenhet av psykisk ohälsa hos denna målgrupp. I temat presenteras informanternas upplevelse av hur målgruppens psykiska ohälsa uttrycks, både vilka symptom som är vanliga men också vilka konsekvenser det kan få för dem själva och omgivningen. Informanternas syn på hur maskulinitetsnormer kan fungera hindrande för hjälpsökande och

behandling för unga män på gruppnivå beskrivs, samt vilka skillnader informanterna ser i förhållande till exempelvis kvinnor. Dessutom framförs informanternas betoning av individfokus i mötet med målgruppen och att behandlare bör undvika att generalisera och standardisera i behandlingen med unga män.

I huvudtema två “Hur kan behandling för unga män optimeras?” belyser vi den svårighet gällande förhållningssättet till individ- och gruppnivå som informanterna både direkt och indirekt förmedlar, då de betonar vikten av att vara nyfiken och icke dömande samtidigt som de även redogör för upplevda preferenser hos målgruppen. Informanterna berättar även om det hjälpsamma i att ha fokus på affekter och relationer i behandlingen då unga män tenderar att ha bristande kunskap och förmåga kring detta. Utöver det redogör informanterna för hjälpsamma strategier i behandlingen, exempelvis validering, tydlighet och transparens.

Det sista huvudtemat “Hur når vi de unga männen?” lyfter informanternas syn på att de traditionella maskulinitetsnormerna kan fungera hindrande för de unga männens hjälpsökande vilket sannolikt beror på bilden av att mannen ska vara stark och ansvarstagande. Temat tar därmed även upp vikten av att utmana dessa normer, normalisera psykisk ohälsa för att minska stigmatiseringen hos målgruppen samt vikten av att skapa anonyma, bekväma och mindre stigmatiserade ingångar för att söka hjälp under rådande normer.

Nedan diskuteras hur vårt resultat tillsammans med befintlig teori och forskning, kan ge en fördjupad förståelse för hur behandling och hjälpsökande kan underlättas för unga män med psykisk ohälsa.

### **Kunskap om hur unga mäns psykiska ohälsa uttrycks kan göra ohälsan mer synlig**

I första temat beskrivs gruppen unga män som heterogen, men med vissa återkommande redogörelser. Relationsproblem, depression, ensamhet och ångest lyfts fram som vanlig problematik hos målgruppen. Det som särskiljer de unga männen från andra patientgrupper, exempelvis kvinnor, tycks enligt informanterna vara hur den psykiska ohälsan uttrycks och att det många gånger kan vara svårare att fånga upp männen, vilket även samstämmer med tidigare forskning om exempelvis internaliserade tillstånd såsom depression (Rutz, 2014). Studier visar dessutom indikationer på att depression tycks vara baserad på kvinnors symtom och att inkludering av vanliga symtom för män vid depression kan fånga in fler män med diagnosen (Martin et al., 2013). Informanterna styrker vad forskning säger om att männen går med lidandet längre och att strategierna många gånger tycks involvera isolering, aggressionproblematik, missbruk och



risktagande, vilket för omgivningen kan bli svårare att tolka som psykisk ohälsa (Olliffe et al., 2010). Informanterna beskriver även att de ser en hög grad av självkritik hos de unga männen som lider av psykisk ohälsa. En tolkning från vår sida är att de unga männens självkritik till viss del skulle kunna vara kopplad till självstigma. Då självstigmatisering av psykisk ohälsa har visat sig vanligare för män än för kvinnor (Judd et al., 2006; Vogel et al., 2007), kan självkritiken troligtvis hänga ihop med skammen som kommer från upplevelsen av att bryta mot normer om att en man ska vara stark och klara sig själv.

Både tidigare forskning och informanternas erfarenheter visar att unga män inte söker hjälp för sin psykiska ohälsa i samma utsträckning som andra patientgrupper (Biddle et al., 2004; Kovess-Masfety et al., 2014; Mackenzie et al., 2006; Merikangas et al., 2011; Morgan & Robinson, 2003; Nam et al., 2010; Olsson et al., 2021; Slade et al., 2009; Wang et al., 2007; Yousaf et al., 2015a). Vidare beskriver informanterna att många unga män snarare söker hjälp för somatiska besvär som sedan istället visar sig grundas i psykiska svårigheter samt att de upplever att målgruppen har lättare att söka hjälp när de erfarar någon typ av funktionsbortfall i vardagen. Även detta går i linje med tidigare forskning (Michel et al., 2018). Utifrån vår analys vill vi argumentera för att somatiska besvär och funktionsbortfall tycks vara mindre bestraffat att söka hjälp för enligt rådande samhällsnormer och att det därför kan bli mindre stigmatiserat. Vår förståelse utifrån informanternas berättelser är att utbildning om unga mäns psykiska ohälsa och skillnader mellan könen tycks vara viktigt för de som arbetar med gruppen, både behandlare såväl som annan vårdpersonal, för att kunna möta unga män på bästa sätt.

Utöver kunskap till de som arbetar med målgruppen förstår vi utifrån informanternas redogörelser att det tycks vara av stor vikt att också förmedla denna kunskap till unga män. Forskning har visat på att bristande mental health literacy är en hindrande faktor för hjälpsökande (Gulliver et al., 2010; Harding & Fox, 2015) samt att unga män generellt sätt har lägre nivåer av mental health literacy i jämförelse med unga kvinnor (Gorczynski et al., 2017; Rice et al., 2018). Detta bekräftas även av våra informanter, dock utan att begreppet nämns. Vi tror att genom att förmedla att män kan uttrycka andra symtom än kvinnor vid olika diagnoser kan de unga männen få en större förståelse för att symtom och beteenden kan stå för psykisk ohälsa och inte bara vara förknippat med normer om hur en man bör vara.

I linje med unga mäns psykiska ohälsa menar informanterna att information om och till unga män behöver spridas i förebyggande syfte där både skolor och vårdinstanser kan vara viktiga

i förmedlandet av information om var och hur unga män kan söka hjälp. Denna spridning av information är också en av de rekommenderade åtgärderna från APA (2018) som anser att ansvaret behöver fördelas till flera instanser. Utifrån informanterna tycks det dessutom vara viktigt att unga män kan identifiera sig med informationen, exempelvis genom riktade tilltal till män som grupp och med förståelsen att män är en heterogen grupp. Vi menar att detta skulle kunna göras genom att t.ex. visa män med olika egenskaper och attribut som representanter för psykisk ohälsa och hur de söker hjälp, i exempelvis tv-inslag, reklamfilmer och annat utbildningsmaterial. Detta för att unga män ska kunna identifiera sig med någon annan, förstå att de inte är ensamma med sitt dåliga mående och att det i sin tur kan normalisera hjälpsökande och utmana de maskulinitetsnormer som hindrar unga män från att söka hjälp. Att förstå de diskrepanser som finns mellan att identifiera sig med traditionella maskulina könsnormer (exempelvis att vara stark och klara sig på egen hand) och att söka hjälp för psykisk ohälsa (exempelvis att visa sig sårbar och be utomstående om hjälp) tror vi kan underlätta för verksamheter och organisationer som sprider information om psykisk ohälsa.

### **Hur kan vi förstå och prata om maskulinitet?**

Majoriteten av informanterna är eniga om att maskulinitetsnormer kan ha en negativ påverkan på unga mäns mentala hälsa. De menar att normer, i linje med tidigare forskning, kan göra att unga män får svårt att uttrycka, känna och prata om känslor (Addis & Mahalik, 2003; Levant, 1998), i synnerhet känslor av skam (Reilly et al., 2014) och ledsenhet (Deng et al., 2016). Vidare förmedlar några informanter att det tycks finnas en ambivalent förhållning till ilska trots att många män tycks ha lättare att uttrycka den känslan, något som skulle vara förenligt med den forskning som visar att skam är sammankopplad med ilska (Gebhard et al., 2019). Skammen kan också vara en förklaring till unga mäns destruktiva beteenden när den upplevda skammen blir överväldigande och ilskan som strategi tar över vilket kan leda till exempelvis aggressioner, våld, riskbeteenden och självskada.

Vid närmare beskrivning av informanternas förståelse för maskulinitet och hur unga män påverkas framkommer att mansideal som handlar om att vara stark, prestera och inte visa känslor fortfarande påverkar unga män. Idealen går i linje med Connells (2008) teori om maskulinitet och forskningen om att en del sådana ideal fortfarande lever kvar (Levant & Richmond, 2007). Tidigt under uppväxten går männen igenom en maskulin socialisering (Connell, 2015), något som även informanterna berättar om när de undersökt de unga männens bakgrund och inlärningsmönster.

Denna socialisering sker genom vardagliga händelser i livet, och genom förstärkning och bestraffning är det troligt att vissa beteenden kopplat till maskulinitet befästs och upprätthålls (Levant & Richmond, 2007). När det finns färre erfarenheter av att tolka, hantera och kommunicera lidande (Biddle et al., 2007) är det också rimligt att strategier såsom undvikande och isolering är lätta att ta till för att slippa uppleva negativa känslor.

Förståelsen av maskulinitet och dess inverkan på unga män tycks enligt informanterna vara en viktig del i arbetet med målgruppen. Informanterna framför till exempel att de på olika sätt arbetar med att utveckla en förståelse kring maskulinitet hos de unga männen, antingen direkt genom att ta upp hur maskulinitetsnormer kan begränsa den unga mannen, eller indirekt genom att peka på unga mäns beteenden och antaganden om sig själva. Samtidigt lyfter informanterna fram vikten av att sådana samtal ska vara konstruktiva och inte skuldbeläggande. Denna typ av arbete är i enlighet med APA:s (2018) riktlinjer och rekommenderade åtgärder för psykologer, som också uttrycker vikten av att ha medvetenhet kring egna och andras fördomar om män samt en förståelse för hur den sociala kontexten formar maskulinitet och påverkar pojkar och män, liksom psykologer själva. Både informanterna och APA (2018) betonar att maskulinitet påverkar unga män olika mycket och att det därför behövs ett intersektionellt perspektiv i mötet med den unga mannen. Det är i linje med Smyth et al. (2022) som betonar att faktorer som exempelvis socioekonomisk status, etnicitet och sexuell läggning samverkar med maskulinitet.

Utöver arbete med och utökad förståelse om maskulinitet för behandlare och unga män, lyfts också vikten av att föra en konstruktiv samhällsdebatt om maskulinitet, för att utöver informationsspridning och normalisering också belysa de negativa samhällskonsekvenser som unga mäns psykiska ohälsa kan leda till. Vi tror att en sådan samhällsdebatt skulle kunna få positiva och negativa följder. Det positiva är att det kan bidra till att verksamheter och organisationer tar unga mäns psykiska ohälsa på ännu större allvar och därmed lägger mer resurser och tid på att nå målgruppen vilket kan öka hjälpsökandet. En nackdel med att belysa negativa samhällskonsekvenser kan istället vara att det spär på fördomar om män som redan finns, exempelvis att män är förövare och våldsamma (Sue et al., 1998), vilket skulle kunna få unga män att må ännu sämre. Enligt Under Kevlarets undersökning (2021) vill en stor andel unga män inte belasta andra för sina problem vilket skulle kunna spegla vad informanterna lyfter om att självbilden kan påverkas negativt av att samhället ofta lyfter de problem och negativa konsekvenser som maskulinitetsnormer leder till. Att inte utgå från salutogena aspekter med

maskuliniteten kan sannolikt leda till ett skuldbeläggande och att den unge mannen istället drar sig från att söka hjälp. I linje med detta tar två av informanterna upp problemet med samhällsdiskursen och hur unga män påverkas av begrepp som toxisk maskulinitet. En av informanterna menar att maskuliniteten behöver ersättas med något annat vilket går i linje med Seidmans (2021) anspråk på att förståelsen av maskulinitet och att vara man behöver nyanseras.

Vi noterar att informanterna ofta beskriver hur unga män och andra påverkas negativt av maskulinitetsnormer men att de däremot inte nämnde något om hur egenskaper med att vara man kan främja unga mäns hälsa. Det skulle kunna grunda sig i associationen till maskulinitet som något skadligt för den psykiska hälsan, vars samband tidigare forskning bekräftar (Addis & Mahalik, 2003). Det skulle också kunna bero på frågorna som ställdes eller att man i diskussionen om psykisk ohälsa tenderar att fokusera på problem och förbiser salutogena aspekter som främjar psykisk hälsa (Antonovsky, 1996). Av denna anledning tänker vi att det är relevant att samhällsdiskussionen även fokuserar på salutogena aspekter med att vara man. Enligt Kiselica et al. (2011) kan det få positiva effekter på unga mäns hjälpsökande. Vi anser därför att det kan vara betydelsefullt att i samhällsdiskussioner om maskulinitetsnormer belysa både salutogena och problematiska aspekter, då det tycks ha olika funktioner i främjandet av unga mäns psykiska hälsa.

### **Går det att ha ett individfokus och samtidigt ta hänsyn till gruppskillnader?**

Vi uppfattar en spänning hos flertalet informanter när det kommer till att förhålla sig till ett individ- och ett grupperspektiv samtidigt. Vissa av informanterna är mer generösa med generaliseringar kring gruppen unga män medan några av informanterna är mer försiktiga. Detta visar sig bl.a. genom att informanterna ursäktar sig vid generaliseringar och att de är noga med att beskriva gruppen unga män på olika sätt. Detta kan förstås utifrån informanternas egna medvetenhet kring gruppens heterogenitet och att de inte vill bidra till att upprätthålla gender biases (Hamberg, 2008) baserat på exempelvis maskulinitetsnormer och stereotyper om unga män (Sue et al., 1998). Den spänning som uppfattas i materialet med informanterna utforskas inte närmare men kan sannolikt förklaras utifrån den komplexitet som det innebär att arbeta med en heterogen grupp. Vi förstår det som att informanternas förhållningssätt till individ- och grupperspektiv är att försöka sträva efter att vara medveten om sina egna fördomar och att i mötet med unga män försöka ha ett nyfiket och ickedömande förhållningssätt för att undvika att göra antaganden om den enskilda unga mannen som kommer i behandling. Med de färgade glasögonen tänker vi däremot att det inte går att vara helt neutral som behandlare då vi dels alltid bär med oss

våra erfarenheter och dels har en mänsklig benägenhet till att kategorisera för att begripliggöra vår omvärld (Devine, 1989). Flertalet informanter betonar vikten av att ha kunskap om gruppen unga män och samtidigt ha ett individfokus men var gränsen går för generaliseringar är däremot ingenting som utforskas vidare.

Tidigare forskning visar hur behandlare påverkas av sina egna föreställningar och fördomar om kön (Sue et al., 1998) och att det exempelvis inom vården ställs färre frågor om relationer och familjesituationer till män (Pattyn et al., 2015; Riksrevisionen, 2019). Terapeuternas egna föreställningar om unga män tycks därför vara högst relevant när man arbetar med målgruppen, vilket också lyfts fram av våra informanter. Samtidigt som en förståelse och kunskap om gruppen unga män lyfts fram som viktigt, verkar det i lika stor utsträckning vara viktigt att den enskilda mannen förstås utifrån en bredare kontext, vilket i praktiken kan tänkas vara en utmaning oavsett vilken patientgrupp man arbetar med. Även om denna utmaning tycks vara vedertagen för behandlare anser vi att vår studie, genom en kvalitativ metod, lyckats belysa detta samt hur man som behandlare kan ta sig an utmaningen, något tidigare forskning inte har gjort.

### **Finns det en optimal behandling för unga män?**

Det framkommer att vissa informanter har uppfattningen att KBT som behandlingsform bara hjälper män kortsiktigt. De menar att det kan kännas bra för en ung man att få KBT då den ofta fokuserar på uppsatta mål, men att behandlingen många gånger går miste om att utveckla männens förståelse av affekter. Vi noterar att ingen av informanterna kritiserar sin egen behandlingsmetod, men gärna andras, vilket kan förstås som att behandlare har föreställningar om olika behandlingsformer. Flertalet informanter framhöll fördelar med KBT som behandlingsform, vilket går i linje med tidigare forskning (Seidler et al., 2018) där båda pekar på fördelar med uppsatta mål på ett tydligt och transparent sätt. Andra informanter lyfter istället fram fördelarna med inriktningar inom psykodynamisk behandling (PDT) och menar att behandlingen då kan vara både aktiv och ha ett affektfokus. Tidigare forskning kring effektiv psykodynamisk behandling av unga män är idag bristfällig (Watkins, 2012) men det utesluter inte att det finns inriktningar inom PDT som kan vara effektiva för målgruppen.

Utöver behandlingsform lyfter informanterna viktiga strategier i behandling med unga män. I linje med tidigare forskning (Seidler et al., 2018) är strategier som att ha en tydlig struktur och transparens viktigt i behandling med unga män enligt informanterna. De argumenterar vidare för ovan nämnda strategier med anledning av maskulinitetsnormer och att terapi kan gå i konflikt

med dessa normer samt att många unga män saknar erfarenhet av terapi. Detta kan förstås utifrån tidigare forskare som menar att psykoterapi, i synnerhet psykodynamisk inriktning, ofta är förknippad med femininitet med fokus på känslomässigt stöd och omhändertagande som går emot maskulinitetsnormer (Richards & Bedi 2015; Westbrook & Black, 2012) vilket gör att terapi kan upplevas främmande och obehagligt. I samband med att informanterna tar upp lämpliga strategier framkommer också strategier som fungerar sämre i behandling med unga män, exempelvis komplicerat språk och passivitet. Westbrook och Black (2012) menar att upplevelsen av terapi kan trigga känslor av skam och inkompetens, något som vi tror kan förstärkas om terapeuten är för passiv och inte anpassar språket efter klienten. Att som behandlare vara aktiv och rikta fokus på framsteg lyfts också fram som gynnsamt och bekräftas av tidigare forskning (Seidler et al., 2018). Några informanter upplever också att männen ofta vill problemlösa men lyfter samtidigt vikten av att vara medveten om variationer inom gruppen.

Merparten av informanterna framhåller vikten av att ha ett affektfokus i behandling och menar att det ofta finns ett bristande språk för känslor inom målgruppen. Tillvägagångssättet för detta handlar exempelvis om att lägga större fokus på psykoedukation och lära de unga männen om vilka känslor som finns, hur de kan uttryckas och vad de fyller för funktion. Enligt informanterna sker detta i regel i början av behandlingen då de ofta får en fingervisning redan från start om hur berest den unga mannen är kring känslouttryck och kan därefter anpassa behandlingen efter det. Det affektfokuserade arbetet tycks även vara motiverat för att männen ska få lära sig att ta ansvar för sina känslor och i relation till andra lära sig att bättre förstå andras reaktioner. I kombination med ett relationellt fokus menade informanterna att männen får verktyg för att ta ansvar för relationer utanför terapin. Informanternas redogörelse för vikten av affektfokus i behandling med unga män kan ses som ett viktigt fynd då tidigare forskning förknippat affektfokus med PDT (Richard & Bedi, 2015) och menar att det saknas forskningsbelägg för att PDT är verksamt för män som grupp (Watkins, 2012). I professionell praktik med unga män tycks det alltså enligt våra resultat vara viktigt med ett affektfokus i behandling, oavsett vilken terapeutisk inriktning man jobbar med.

Som en del av affektfokusets betonades också vikten av att involvera omgivningen i behandlingen. Med bakgrund av att maskulinitetsnormer ofta gör att männen upplever stigma kring sin psykiska ohälsa (Judd et al., 2006) gör vi tolkningen att man genom att utmana unga män till att prata med andra också förebygger framtida psykisk ohälsa samt bidrar till att fler unga män

vågar söka hjälp när de känner någon som har erfarenhet av det. En informant betonade emellertid vikten av att inte förutsätta att en ung man vill bearbeta och prata känslor i behandling vilket vi tolkar som ett fortsatt bejakande av individfokus och att det således är viktigt att stämma av med den unga mannen vad han önskar få ut av sin behandling.

Flera informanter varnar för att utgå från en specifik behandling anpassad för män då det i praktiken skulle innebära en risk att missa individuella skillnader. Mäns preferenser av behandlingsform har dessutom visat sig vara tvetydiga (Kealy et al., 2021; Wisch et al., 1995) och möjligtvis beror det på gruppens omfattning och mångfald. I tillägg var våra informanternas åsikter om när det gäller preferenser kring behandlares kön olika. Detta tolkar vi som en representation av de olika preferenser som också finns inom patientgruppen där vissa föredrar en man och andra en kvinna eller att det inte spelar så stor roll, vilket också samstämmer med forskning (Seidler et al., 2022). Vi tror därför att olika typer av behandlingar och behandlare kan vara gagn för unga män och det således är svårt att utforma en specifik behandling som ska passa alla unga män. Tidigare forskning har visat på hur heterogenitet och intersektionalitet kan bidra till att gruppen unga män har olika preferenser, men har inte uppmärksammat vilka konsekvenser det kan få för behandlare som arbetar med målgruppen. Vi anser att vi genom vår kvalitativa studie belyser den komplexitet det tycks innebära att arbeta med en heterogen patientgrupp samt att det finns olika uppfattningar om hur man som behandlare bäst hjälper unga män.

### **Utökat utbud och alternativa vägar in**

I analysen presenteras ett flertal förslag från våra informanter om hur gruppen kan nå genom att öka tillgängligheten och att skapa fler hjälpinstanter som är anonyma eller på annat sätt mindre stigmatiserande. Detta går i linje med viss forskning där man försökt nå unga män med psykisk ohälsa genom andra interventioner än traditionella vårdinstanser (Abotsie et al., 2020; Davies et al., 2010) vilket har haft positiva effekter på hjälpsökande, i synnerhet för de män som identifierade sig med traditionella maskulina normer i större utsträckning.

Riktade mottagningar för unga män med psykisk ohälsa lyfts fram som ytterligare en väg in för män att få hjälp, i synnerhet av de informanter som hade arbetserfarenheter av sådana mottagningar. Genom riktade mottagningar menar de informanterna att hjälpsökandet normaliseras mer då unga män kan få vetskap om att de inte är ensamma med sitt mående. Vissa av de informanter som inte har arbetserfarenhet av riktade mansmottagningar uttrycker däremot en skepsis till det och menar att det istället kan upprätthålla samhällsnormer om att unga män är

en grupp som skiljer sig från andra och behöver annan typ av hjälp. Vi anser att dessa meningsskiljaktigheter speglar den återkommande komplexiteten i att arbeta med en heterogen grupp som det finns föreställningar om utifrån gruppskillnader, något som vi upplever att informanterna genomgående lyfter indirekt i intervjuerna. Trots att riktade mansmottagningar riskerar att upprätthålla normer om att unga män är en särskild grupp med särskilda bekymmer och behov har de enligt flertalet informanter visat sig populära bland målgruppen, vilket kan indikera att det kan vara till gagn för många unga män. I nuläget finns riktade mansmottagningar endast inom en region i Sverige, något som skulle kunna utökas och därefter utvärderas om det har positiv effekt på unga mäns hjälpsökande i andra regioner.

En ytterligare ingång som möjligtvis kan få fler män att söka hjälp skulle kunna vara att definiera terapi på ett annat sätt än nuvarande terapiformer. Hur vi pratar med unga män är en viktig anpassning som merparten informanter gör i behandling med unga män men lyfts också fram som en insats för att underlätta hjälpsökande. För de unga män som fortfarande inte tilltalar av psykologisk behandling kan möjligtvis språket vara en ingång till att förändra det. Ett försök att förändra uppfattningen av terapi skulle kunna vara i linje med motiverande samtal anpassade för män (GBM) (Syzdek et al., 2014) eller den positiva maskulinitetsmodellen (Kiselica et al., 2011). Att likt mansmottagningar ha ett riktat behandlingsnamn till män och samtidigt omfamna maskulinitet kan rimligtvis göra det mindre hotfullt och främmande för männen att gå i terapi.

Eftersom unga män är en heterogen grupp anser vi att det bör gynna gruppen att ha olika typer av hjälpsökande instanser, både inom och utanför vårdmiljöer, för att bemöta de många olika preferenserna i så stor utsträckning som möjligt. Vi anser dock att det är viktigt att utvärdera vilken effekt olika instanser har på hjälpsökande så att resurserna kommer till rätt användning. Det tycks även vara viktigt att ha en representation av olika kön, åldrar och kulturer inom personalen för att ytterligare bemöta de olika preferenserna inom målgruppen och därmed öka hjälpsökandet och underlätta behandling.

### **Studiens styrkor och svagheter**

Flera författare har identifierat kriterier för att bedöma kvaliteten på kvalitativ forskning inom psykologi. Vi har valt att eftersträva de riktlinjer som Elliott et al. (1999) tagit fram då de är applicerbara när man utgår från en kritisk realistisk kunskapssyn.

En riktlinje för kvalitativa forskare är att öppet presentera sina egna värderingar och antaganden för att möjliggöra egna tolkningar för läsaren (Elliott et al., 1999). Vi har ämnat göra



detta genom att utöva reflexivitet i studien på så vis att vi har försökt att tydligt presentera och skilja på vad som är informanternas berättelser och vad som är våra tolkningar i analysen samt i diskussionen reflektera över hur vi som forskare varit med och format studien utifrån våra intressen och erfarenheter. En viktig diskussionspunkt som vi har identifierat är att eftersom vi som forskare båda identifierar oss som kvinnor kan det anses vara en begränsning eftersom vi själva saknar erfarenheter av hur det är att vara ung man. Våra tolkningar är således baserade på den upplevelse och förförståelse vi som kvinnor har om ämnet unga män med psykisk ohälsa, och inte utifrån självupplevda erfarenheter. Ett exempel på det skulle kunna vara att vi utifrån vår förförståelse av unga män med psykisk ohälsa lade stor vikt vid maskulinitetsnormers påverkan i vår analys av data, även om den påverkan framkom explicit av våra informanter under intervjuerna. På så vis är det möjligt att unga män inte identifierar sig med vår analys och att den inte är särskilt överförbar. En kritisk realistisk ansats ämnar dock inte representera en objektiv verklighet, utan en subjektiv förståelse av verkligheten, vilket vi anser oss göra.

En annan riktlinje är att forskare bör beskriva informanternas och deras livsomständigheter så att läsaren kan bedöma resultatens relevans och tillämplighet (Elliott et al., 1999). Vi har valt att endast ge kortfattade beskrivningar av kön, ålder, yrke och arbetsområde på gruppnivå för att måna om informanternas anonymitet. Vi har förståelse för att en mer detaljerad beskrivning hade gynnat analysen, men vi anser att det i vår studie strider mot etiska aspekter om att värna om informanternas integritet. När det gäller urvalet bör det diskuteras att tre av elva informanter identifierar sig som kvinnor. Vi ställer oss undrande till om det speglar könsfördelningen hos behandlare som arbetar med unga män i samhället eller om det kan förhålla sig så att fler manliga behandlare ville delta i studien p.g.a. olika anledningar, såsom exempelvis identifikation, intressen och erfarenheter. Detta var inte något som undersöktes i studien, men det är viktigt att beakta då resultat från denna studie överförs till andra sammanhang. Det går emellertid också att undra hur behandlare verkligen upplever och påverkas av behandling med unga män då en majoritet av de behandlare som finns i Sverige är kvinnor (Riksrevisionen, 2019). Tidigare studier som presenterats har visat att behandlare ofta är mindre självsäkra med manliga patienter (Almaliah et al., 2022) vilket möjligtvis kan bero på maktförhållanden (Dennhag, 2017) som också är viktiga att belysa. En styrka med urvalet är dock att informanterna hade arbetserfarenhet från olika typer av vårdinstanser, exempelvis fysiska vårdcentraler, riktade mansmottagningar och digital primärvård. Vi anser att det gynnar studien då vår analys kan presentera data från människor med

olika ingångar och erfarenheter av ämnet. På så vis får vi inte bara möjlighet att tolka deras upplevelser av ämnet utan också de skillnader och likheter som visade sig i datan. En svaghet med studien är emellertid att vi inte inkluderade specialistpsykiatri eller vårdinstanser för män som exempelvis berör sexual- och våldsbrott, vilket hade kunnat ge en ytterligare bredd i förståelsen av unga mäns psykiska ohälsa, både vad gäller behandling och hjälpsökande.

Det faktum att våra informanter representerar två olika behandlingsyrken, det vill säga psykologer och kuratorer, anses vara ytterligare en styrka för studien. Detta för att de olika yrkesgrupperna har olika utbildning och arbetserfarenheter som kan medföra en bredare förståelse för frågeställningen. Ett exempel är att de informanter som arbetar som kuratorer lyfter frågan om sexualitet när de pratar om psykisk ohälsa hos unga män, något som psykologerna inte gör i samma utsträckning. Detta kan antas visa på skillnader i yrkesgruppers utbildning och arbetserfarenhet. Eftersom många arbetsplatser inom vården och psykiatri arbetar tvärprofessionellt kan behandlare gynnas av att ta del av andra yrkesgruppers erfarenheter och kunskap. Vår förhoppning är att denna studie ska bidra med det.

Elliott et al. (1999) menar att forskare bör presentera analyser som kännetecknas av ett sammanhang samtidigt som man använder sig av exempel på data för att läsaren ska kunna förstå och bedöma hur väl tolkningarna passar. Vi har därmed ämnat att presentera vår analys i form av en berättelse tillsammans med rikligt av citat och exempel för att illustrera våra tolkningar. Vår förhoppning är att detta ska uppmuntra förståelse för ämnet. Vi är emellertid medvetna om att vi som forskare har valt att presentera utdrag från datan på valda ställen i texten och att det därmed styrs av vår förståelse och våra intressen. I en kvalitativ studie är det dock inte möjligt att ta sig förbi sådan subjektivitet, men vi hoppas att vår reflexiva process bidrar till att belysa denna subjektivitet. Elliott et al. (1999) menar också att forskare bör kontrollera trovärdigheten i sin analys genom att hänvisa till andras tolkningar av data eller använda andra analysmetoder. Vi anser att det skulle öka analysens bärighet, men det har dessvärre inte rymts inom studiens ramar. En svaghet som kan kopplas till analysen är dock att de frågor vi har ställt till informanterna är baserade på deras möten med unga män som har sökt hjälp och tagit emot behandling. Eftersom forskning menar att många unga män inte söker hjälp överhuvudtaget kan det därför antas finnas ett stort mörkertal av unga män som lider av psykisk ohälsa som våra informanter inte har träffat och har någon erfarenhet av. Vi ställer oss därmed undrande till huruvida vi fångat upp gruppen i sin helhet och menar att ytterligare forskning behövs för att fånga upp gruppens heterogenitet.

Ytterligare en svaghet med studien är att mycket av den forskning som presenteras är baserad på män överlag, och inte enbart på unga män. Detta på grund av den bristande tillgång av forskning om målgruppen som vi har valt att undersöka. Dessutom tenderar studier på unga män undersöka vita universitetsstudenter, något som inte alltid bidrar till att visa på hur andra sociala faktorer påverkar kön, såsom ålder, ras, etnicitet och socioekonomisk status (Parent et al., 2018). Eftersom gruppen unga män är heterogen är det troligt att en del av den forskning som presenteras inte speglar den inomgruppsskillnad som finns. Vi anser att fler studier behöver göras på ämnet, vilket diskuteras mer i detalj nedan.

### **Praktiska implikationer**

Den här studien fördjupar förståelsen kring unga mäns psykiska ohälsa med fokus på hur behandling och hjälpsökande kan underlättas. Då forskningen om ämnet i en svensk kontext är bristfällig anser vi att föreliggande studie bidrar med viktig kunskap inom området. Studien inkluderar informanter med olika grundutbildningar och som arbetar med unga mäns psykiska ohälsa inom olika typer av vårdinstanser, vilket vi menar kan bidra till breddad kunskap om unga män som en heterogen grupp med en rad olika psykiatriska besvär. I samband med detta individ- och grupperspektiv framkommer det även en spänning både mellan och inom informanternas berättelser kring svårigheterna att arbeta med en heterogen grupp med likheter på gruppnivå, d.v.s. att ha kunskap om målgruppen och hur de urskiljer sig från andra grupper samtidigt som man har ett individperspektiv och inte generaliserar utifrån detta. Med hjälp av denna kvalitativa metod lyckas vårt resultat belysa denna spänning och komplexitet, något som kan vara av vikt att ta med sig i den professionella praktiken.

Ytterligare ett unikt fynd med studien är vikten av ett affekt- och relationsfokus i behandlingen med unga män, något som det finns begränsad forskning kring. Studien visar också att det finns en rad olika vägar för att underlätta hjälpsökande för unga män, dels genom att sprida information och kunskap om målgruppen som ett sätt att normalisera för unga män att söka hjälp. En annan väg för att underlätta hjälpsökande är att erbjuda olika vägar in, exempelvis via vårdinstanser eller genom riktade mottagningar.

### **Framtida forskning**

Våra informanter är alla överens om att unga män är en heterogen grupp med vissa likheter på gruppnivå som till viss del härstammar från de maskulinitetsnormer som finns i samhället. Forskningen kring maskulinitet utifrån ett intersektionellt perspektiv är dock bristfällig. Det är en

stor grupp att studera och framtida studier skulle med fördel kunna fokusera på vilken påverkan andra faktorer som exempelvis etnicitet, socioekonomisk status, sexuell läggning och funktionsnivå har på unga män och synen på maskulinitet. Detta avser både framtida kvalitativa studier och kvantitativa sådana.

Det finns troligtvis ett stort mörkertal av unga män med psykisk ohälsa som inte söker hjälp och därmed inte inkluderas i våra informanternas erfarenheter av behandling med dessa. Detta kan tänkas vara ett problem även i andra studier som berör samma ämne då rådande normer och stigman avskräcker många unga män från att söka hjälp och prata öppet om sitt dåliga mående, vilket kan göra att de inte ställer upp som deltagare i studier om deras psykiska ohälsa. Vi uppmuntrar därför vidare forskning att försöka inkludera även denna subgrupp, för att bl.a. få mer förståelse och kunskap om hur vi underlättar hjälpsökande och behandling för dem som inte söker.

I samband med det vill vi även uppmuntra framtida forskning om olika behandlingsformer samt att utveckla, testa och utvärdera alternativa hjälpsökande interventioner som ämnar nå unga män som inte söker till traditionella vårdinstanser. Tidigare forskning har gjort sådana försök (Abotsie et al., 2020; Davies et al., 2010), men då majoriteten av våra informanter lyfte vikten av att hitta ingångar som är anonyma, tillgängliga och mindre stigmatiserande tror vi att unga män kan gynnas av fler sådana studier.

Slutligen skulle vidare studier kunna inkludera perspektiv från andra vårdinstanser, exempelvis specialistpsykiatri, detta för att bidra till en ytterligare bredd i förståelsen av unga mäns psykiska ohälsa. Utifrån en svensk kontext är det också angeläget att få in andra perspektiv från behandlare då vår studie är en av få som utgår från deras perspektiv.

## Referenser

- Abotsie, G., Kinglerlee, R., Fisk, A., Watts, S., Cooke, R., Woodley, L., Collins, D., & Teague, B. (2020). The men's wellbeing project: promoting the well-being and mental health of men. *Journal of Public Mental Health*.
- Acevedo, B. P., Lowe, S. R., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2013). Predictors of intimate partner violence in a sample of multiethnic urban young adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(15), 3004–3022.
- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of helpseeking. *American Psychologist*, 58(1), 5–14.
- Almaliyah, R. S., Ettinger, N., Levi, B. Y., & Gvion, Y. (2020). “Will you treat me? I'm suicidal!”  
The effect of patient gender, suicidal severity, and therapist characteristics on the therapist's likelihood to treat a hypothetical suicidal patient. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(3), 278–287.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. (3. uppl.). Studentlitteratur.
- American Psychological Association. (2018). *APA guidelines for psychological practice with boys and men*. Hämtad 12 mars, 2022, från <https://www.apa.org/about/policy/boys-men-practice-guidelines.pdf>
- Anderson, E. (2009). *Inclusive masculinity: the changing nature of masculinities*. Routledge.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.
- Ayalon, L., & Young, M. A. (2009). Using the SCL-90-R to assess distress in African Americans and Caucasian Americans. *Journal of Black Studies*, 39(3), 420-433.
- Berger, J. M., Levant, R., McMillan, K. K., Kelleher, W., & Sellers, A. (2005). Impact of Gender Role Conflict, Traditional Masculinity Ideology, Alexithymia, and Age on Men's Attitudes Toward Psychological Help Seeking. *Psychology of Men & Masculinity*, 6(1), 73.
- Berggren, K. (2020). Maskulinitetsteorier i förändring: nya begrepp, nya tolkningar. *Socialmedicinsk tidskrift*, 97(2), 187-198.
- Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D., & Gunnell, D. (2007). Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: A dynamic interpretive model of illness behaviour. *Sociology of Health & Illness*, 29(7), 983-1002.

- Biddle, L., Gunnell, D., Sharp, D., & Donovan, J. L. (2004). Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: A cross-sectional survey. *British Journal of General Practice, 54*, 248-253.
- Blumenthal\*, R., & Endicott, J. (1996). Barriers to seeking treatment for major depression. *Depression and anxiety, 4*(6), 273-278.
- Bosson, J. K., Vandello, J. A., Burnaford, R. M., Weaver, J. R., & Arzu Wasti, S. (2009). Precarious manhood and displays of physical aggression. *Personality and Social Psychology Bulletin, 35*(5), 623-634.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology, 3*(2), 77-101.
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis.
- Bridges, T., & Pascoe, C. J. (2014). Hybrid Masculinities: New Directions in the Sociology of Men and Masculinities. *Sociology Compass, 8*(3), 246–258.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2005). Confronting the ethics of qualitative research. *Journal of constructivist psychology, 18*(2), 157-181.
- Brooks, G. R. (2010). *Beyond the crisis of masculinity. a transtheoretical model for male-friendly therapy*. American Psychological Association.
- Bruchmüller, K., Margraf, J., & Schneider, S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(1), 128–138.
- Chan, M. E. (2013). Antecedents of instrumental interpersonal help-seeking: An integrative review. *Applied Psychology, 62*(4), 571-596.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine, 45*(1), 11-27.
- Cochran, S. V., & Rabinowitz, F. E. (2000). *Men and depression: Clinical and empirical perspectives*. Academic Press
- Cole, B. P., Petronzi, G. J., Singley, D. B., & Baglieri, M. (2019). Predictors of men's psychotherapy preferences. *Counseling & Psychotherapy Research, 19*(1), 45–56.
- Connell, R. (2008). *Maskuliniteter*. (Å. Lindén, Övers.). (2. uppl.). Daidalos.
- Connell, R., & Pearse, R. (2015). *Om genus*. (C. Hjukström, Övers.). (3. uppl.). Daidalos.
- Crowe, A., Averett, P., & Glass, J. S. (2016). Mental illness stigma, psychological resilience, and

- help seeking: What are the relationships?. *Mental Health & Prevention*, 4(2), 63-68.
- Cusack, J., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2004). Who influence men to go to therapy? Reports from men attending psychological services. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 26(3), 271-283.
- Davies, J. A., Shen-Miller, D. S., & Isacco, A. (2010). The men's center approach to addressing the health crisis of college men. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(4), 347.
- Deng, Y., Chang, L., Yang, M., Huo, M., & Zhou, R. (2016). Gender Differences in Emotional Response: Inconsistency between Experience and Expressivity. *PLoS ONE*, 11(6), 1–12.
- Dennhag, I. (2017). *Makt och psykoterapi*. Natur & Kultur.
- Devine, P. G. (1989). Stereotypes and Prejudice: Their Automatic and Controlled Components. *Journal of Personality & Social Psychology*, 56(1), 5–18.
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British journal of clinical psychology*, 38(3), 215-229.
- Europeiska jämställdhetsinstitutionen. 2020. *Gender Equality Index 2020: Sweden*. Hämtad 25 april, 2022, från [https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/20203351\\_mhag20026enn\\_002.pdf](https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/20203351_mhag20026enn_002.pdf)
- Folkhälsomyndigheten. 2016. *Folkhälsan i Sverige 2016*. Hämtad 22 april 2022 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/cc89748e004743c39ff4c03fec24c50/folkhalsan-i-sverige-2016-16005.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. 2020. *Stigmatisering kopplad till psykisk ohälsa*. Hämtad 15 april, 2022, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/6191b7bece1e4e25b69cc291cfedbf2/stigmatisering-kopplad-psykisk-ohalsa.pdf>
- Folkhälsomyndigheten. 2021. *Statistik om suicid*. Hämtad 18 april, 2022, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention/statistik-om-suicid/>
- Gebhard, K. T., Cattaneo, L. B., Tangney, J. P., Hargrove, S., & Shor, R. (2019). Threatened-masculinity shame-related responses among straight men: Measurement and relationship to aggression. *Psychology of Men & Masculinities*, 20(3), 429–444.
- Good, G. E. (2005). *The New Handbook of Psychotherapy and Counseling with Men: A Comprehensive Guide to Settings, Problems, and Treatment Approaches*. Jossey-Bass.
- Gorczynski, P., Sims-Schouten, W., Hill, D., & Wilson, J. C. (2017). Examining mental health

- literacy, help seeking behaviours, and mental health outcomes in UK university students. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, *10*(1), 113–128.
- Hamberg, K. 1952. (2008). Gender bias in medicine. *Women's Health*, *4*(3), 237–243.
- Hantzi, A., Anagnostopoulos, F., & Alexiou, E. (2019). Attitudes towards seeking psychological help: An integrative model based on contact, essentialist beliefs about mental illness, and stigma. *Journal of clinical psychology in medical settings*, *26*(2), 142-157.
- Harding, C., & Fox, C. (2015). It's not about "freudian couches and personality changing drugs": An investigation into men's mental health help-seeking enablers. *American Journal of Men's Health*, *9*(6), 451–463.
- Harrington, C. (2021). What is "Toxic Masculinity" and Why Does it Matter? *Men & Masculinities*, *24*(2), 345–352.
- Harris, M. G., Baxter, A. J., Reavley, N., Diminic, S., Pirkis, J., & Whiteford, H. A. (2016). Gender-related patterns and determinants of recent help-seeking for past-year affective, anxiety and substance use disorders: findings from a national epidemiological survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *25*(6), 548-561.
- Johnson, J. L., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Galdas, P., & Ogradniczuk, J. S. (2012). Men's discourses of help-seeking in the context of depression. *Sociology of health & illness*, *34*(3), 345-361.
- Jorm, A. F., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). 'Mental health literacy': A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, *166*(4), 182–186.
- Judd, F., Jackson, H., Komiti, A., Murray, G., Fraser, C., Grieve, A., & Gomez, R. (2006). Help-seeking by rural residents for mental health problems: the importance of agrarian values. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(9), 769-776.
- Jämställdhetsmyndigheten. (2021). *Intersektionalitet*. Hämtad 18 april, 2022, från <https://jamstalldhetsmyndigheten.se/fakta-om-jamstalldhet/intersektionalitet/>
- Kealy, D., Seidler, Z. E., Rice, S. M., Oliffe, J. L., Ogradniczuk, J. S., & Kim, D. (2021).



- Challenging assumptions about what men want: Examining preferences for psychotherapy among men attending outpatient mental health clinics. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(1), 28–33.
- Kessler, R. C., Brown, R. L., & Broman, C. L. (1981). Sex differences in psychiatric help-seeking: Evidence from four large-scale surveys. *Journal of health and social behavior*, 49-64.
- Kiselica, M. S., Englar-Carlson, M., Horne, A. M., & Fisher, M. (2008). A positive psychology perspective on helping boys. In M. S. Kiselica, M. Englar-Carlson & A. M. Horne (Eds.), *Counseling troubled boys: A guidebook for professionals* (pp. 31–48). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Kiselica, M. S., Englar-Carlson, M., Horne, A. M., & Fisher, M. (2011). A positive psychology perspective on helping boys. In M. S. Kiselica, M. Englar-Carlson & A. M. Horne (Eds.), *Counseling troubled boys: A guidebook for professionals* (pp. 61-78). Routledge.
- Kosciw, J.R., Greytak, E. A., Giga, N. M., Villenas, C., & Danischewiski, D. J. (2016). The 2015 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual and transgender youth in our nation’s schools. *NY: GLSEN*.
- Kovess-Masfety, V., Boyd, A., van de Velde, S., de Graaf, R., Vilagut, G., Haro, J. M., Florescu, S., O’Neill, S., Weinberg, L., & Alonso, J. (2014). Are there gender differences in service use for mental disorders across countries in the European Union? Results from the EU-World Mental Health survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(7), 649–656.
- Lasser, K. E., Himmelstein, D. U., Woolhandler, S. J., McCormick, D., & Bor, D. H. (2002). Do minorities in the United States receive fewer mental health services than whites?. *International Journal of Health Services*, 32(3), 567-578.
- Levant, R. F. (1998). *Desperately seeking language: Understanding, assessing, and treating normative male alexithymia*. John Wiley & Sons Inc.
- Levant, R. F., McCurdy, E. R., Keum, B. T., Cox, D. W., Halter, M. J., & Stefanov, D. G. (2022).  
 Mediation and moderation of the relationship between men’s endorsement of traditional masculinity ideology and intentions to seek psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*
- Levant, R. F., & Richmond, K. (2007). A Review of Research on Masculinity Ideologies Using The Male Role Norms Inventory. *Journal of Men’s Studies*, 15(2), 130–146.

- Levant, R. F., Wimer, D. J., & Williams, C. M. (2011). An evaluation of the Health Behavior Inventory-20 (HBI-20) and its relationships to masculinity and attitudes towards seeking psychological help among college men. *Psychology of Men & Masculinity, 12*(1), 26–41
- Levant, R. F., & Wong, Y. J. (2013). Race and gender as moderators of the relationship between the endorsement of traditional masculinity ideology and alexithymia: An intersectional perspective. *Psychology of Men & Masculinity, 14*(3), 329–333.
- Levant, R. F., & Wong, Y. J. (2017). *The psychology of men and masculinities*. American Psychological Association.
- Lundberg, T., Nordlund, L., & Narvola, J. (2017). Normkritiska perspektiv: Nya möjligheter för svensk psykologisk praktik. *Lambda Nordica, 22*(4), 66-99.
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health, 10*(6), 574-582.
- Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Cairney, J., Streiner, D. L., & Sareen, J. (2012). Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: Associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depression and anxiety, 29*(3), 234-242.
- Magovcevic, M., & Addis, M. E. (2008). The Masculine Depression Scale: Development and psychometric evaluation. *Psychology of Men & Masculinity, 9*(3), 117–132.
- Mahalik, J. R., Good, G. E., Tager, D., Levant, R. F., & Mackowiak, C. (2012). Developing a taxonomy of helpful and harmful practices for clinical work with boys and men. *Journal of Counseling Psychology, 59*(4), 591–603.
- Martin, L. A., Neighbors, H. W., & Griffith, D. M. (2013). The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women. *JAMA Psychiatry, 70*(10), 1100–1106.
- Masuda, A., L Anderson, P., Twohig, M. P., Feinstein, A. B., Chou, Y. Y., Wendell, J. W., & Stormo, A. R. (2009). Help-seeking experiences and attitudes among African American, Asian American, and European American college students. *International Journal for the Advancement of Counseling, 31*(3), 168-180.
- McKenzie, S. K., Collings, S., Jenkin, G., & River, J. (2018). Masculinity, social connectedness, and mental health: Men’s diverse patterns of practice. *American journal of men's health, 12*(5), 1247-1261.
- Merikangas, K. R., He, J.-p., Burstein, M., Swendsen, J., Avenevoli, S., Case, B., ... Olfson, M.

- (2011). Service utilization for lifetime mental disorders in US adolescents: results of the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(1), 32–345.
- Michel, C., Schnyder, N., Schmidt, S. J., Groth, N., Schimmelmann, B. G., & Schultze-Lutter, F. (2018). Functioning mediates help-seeking for mental problems in the general population. *European psychiatry*, 54, 1-9.
- Milner, A., Shields, M., & King, T. (2019). The influence of masculine norms and mental health on health literacy among men: Evidence from the ten to men study. *American journal of men's health*, 13(5), 1557988319873532.
- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., Wells, K. B., Pincus, H. A., & Kessler, R. C. (2011). Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 41(8), 1751–1761.
- Morgan, N. T., & Robinson, M. (2003). Students' Help-Seeking Behaviours by Gender, Racial Background, and Student Status. *Canadian Journal of Counselling*, 37(2), 151-166.
- Nam, S. K., Chu, H. J., Lee, M. K., Lee, J. H., Kim, N., & Lee, S. M. (2010). A meta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of American College Health*, 59(2), 110-116.
- Oliffe, J. L., Robertson, S., Kelly, M. T., Roy, P., & Ogrodniczuk, J. S. (2010). Connecting masculinity and depression among international male university students. *Qualitative Health Research*, 20(7), 987–998.
- Olsson, S., Hensing, G., Burström, B., & Löve, J. (2021). Unmet need for mental healthcare in a population sample in Sweden: a cross-sectional study of inequalities based on gender, education, and country of birth. *Community Mental Health Journal*, 57(3), 470-481.
- O’Neil, J. M. (2015). Men’s gender role conflict: Psychological costs, consequences, and an agenda for change. American Psychological Association
- Parent, M. C., Hammer, J. H., Bradstreet, T. C., Schwartz, E. N., & Jobe, T. (2018). Men’s mental health help-seeking behaviors: An intersectional analysis. *American journal of men's health*, 12(1), 64-73.
- Pattyn, E., Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2015). The gender gap in mental health service use. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1089–1095.
- Pederson, E. L., & Vogel, D. L. (2007). Men’s gender role conflict and their willingness to seek counseling: A mediation model. *Journal of Counseling Psychology*, 54(4), 373–384.
- Pollack, W. S. (1995). *No man is an island: Toward a new psychoanalytic psychology of men*.

- Basic Books/Hachette Book Group.
- Preece, D. A., Becerra, R., Robinson, K., Allan, A., Boyes, M., Chen, W., Hasking, P., & Gross, J. J. (2020). What is alexithymia? Using factor analysis to establish its latent structure and relationship with fantasizing and emotional reactivity. *Journal of Personality*, 88(6), 1162–1176.
- Rabinowitz, F. E. (2019). *Deepening group psychotherapy with men: Stories and insights for the Journey*. American Psychological Association.
- Region Skåne (2016). *Jämställd sjukskrivning*. Hämtad 7 juni, 2022, från <https://vardgivare.skane.se>
- Reilly, E. D., Rochlen, A. B., & Awad, G. H. (2014). Men's self-compassion and self-esteem: The moderating roles of shame and masculine norm adherence. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(1), 22–28.
- Rice, S. M., Purcell, R., & McGorry, P. D. (2018). Adolescent and young adult male mental health: transforming system failures into proactive models of engagement. *Journal of Adolescent Health*, 62(3), S9-S17.
- Richards, M., & Bedi, R. P. (2015). Gaining perspective: How men describe incidents damaging the therapeutic alliance. *Psychology of Men & Masculinity*, 16(2), 170–182.
- Rickwood, D., & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology research and behavior management*, 5, 173.
- Riksrevisionen. (2019). *Jämställd sjukfrånvaro – bedöms män och kvinnor likvärdigt i sjukskrivningsprocessen?* Hämtad 15 april, 2022, från [https://www.riksrevisionen.se/download/18.241fb15416b1ca0223ec349a/156015638215/RiR\\_2019\\_19\\_ANPASSAD.pdf](https://www.riksrevisionen.se/download/18.241fb15416b1ca0223ec349a/156015638215/RiR_2019_19_ANPASSAD.pdf)
- Rochlen, A. B., & Rabinowitz, F. E. (2013). *Breaking Barriers in Counseling Men*. Taylor & Francis.
- Rutz, W. (2014). Männens depression och suicidalitet: Kliniska fynd, utmaningar och förslag till lösningar. *Tidskriften Psykisk Hälsa*, 3, 35-41.
- Schomerus, G., Stolzenburg, S., Freitag, S., Speerforck, S., Janowitz, D., Evans-Lacko, S., Muehlan, H., & Schmidt, S. (2019). Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: a prospective study among untreated persons with mental illness. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 269(4), 469–479.
- Seidler, Z. E., Rice, S. M., Dhillon, H. M., & Herrman, H. (2019). Why it's time to focus on

- masculinity in mental health training and clinical practice. *Australasian Psychiatry : Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 27(2), 157–159.
- Seidler, Z. E., Rice, S. M., Oliffe, J. L., Fogarty, A. S., & Dhillon, H. M. (2018). Men in and out of treatment for depression: Strategies for improved engagement. *Australian Psychologist*, 53(5), 405–415.
- Seidler, Z. E., Wilson, M. J., Kealy, D., Oliffe, J. L., Ogrodniczuk, J. S., & Rice, S. M. (2022). Men's preferences for therapist gender: Predictors and impact on satisfaction with therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 35(1), 173–189.
- Seidman, S. (2021). Man to Man: Reconsidering Who or What Men are—and Why it Matters. *Contemporary Psychoanalysis*, 57(1), 1–29.
- SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Riksdagen.
- Slade, T., Johnston, A., Oakley Browne, M. A., Andrews, G., & Whiteford, H. (2009). 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: Methods and key findings. *Australasian Psychiatry*, 43(7), 594–605.
- Smyth, N., Buckman, J. E., Naqvi, S. A., Aguirre, E., Cardoso, A., Pilling, S., & Saunders, R. (2022). Understanding differences in mental health service use by men: an intersectional analysis of routine data. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-13.
- Spendelow, J. S. (2015). Cognitive–behavioral treatment of depression in men: Tailoring treatment and directions for future research. *American Journal of Men's Health*, 9(2), 94–102.
- Sue, D. W., & Sue, D. (2012). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (5th ed.). Hoboken, NJ: Wiley
- Sue, D. W., Carter, R. T., Casas, J. M., Fouad, N. A., Ivey, A. E., Jensen, M., LaFromboise, T., Manese, J. E., Ponterotto, G., & Vazquez-Nuttall, E. (1998). *Multicultural counseling competencies: Individual and organizational development* (Vol. 11). Sage Publications.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2018). *Maskulinitet och psykisk hälsa: Strategier för förbättringsarbete i vård och omsorg*. Hämtad 15 april, 2022 från <https://skr.se/download/18.5627773817e39e979ef5c2a1/1642489600805/7585-608-7.pdf>
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2021). *Maskulinitet och psykisk hälsa*. Hämtad 15 april, 2022, från [https://skr.se/download/18.4d3d64e3177db55b1663b48b/1644834008864/SKR\\_Faktablad\\_psykisk-halsa.pdf](https://skr.se/download/18.4d3d64e3177db55b1663b48b/1644834008864/SKR_Faktablad_psykisk-halsa.pdf)
- Syzdek, M. R., Addis, M. E., Green, J. D., Whorley, M. S. R., & Berger, J. L. (2014). A pilot

- trial of gender-based motivational interviewing for help-seeking and internalizing symptoms in men. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(1), 90–94.
- Syzdek, M. R., Green, J. D., Lindgren, B. R., & Addis, M. E. (2016). Pilot trial of gender-based motivational interviewing for increasing mental health service use in college men. *Psychotherapy*, 53(1), 124–129.
- Under Kevlaret. (2021). *Hellre tabasco än känslor: En rapport om killars mentala hälsa och svårighet att uttrycka känslor*. Hämtad 13 april, 2022, från [https://www.underkevlaret.se/files/ugd/cd9d12\\_889afc63a2cc44cc95595224fe2a715c.pdf](https://www.underkevlaret.se/files/ugd/cd9d12_889afc63a2cc44cc95595224fe2a715c.pdf)
- Vogel, D. L., Heimerdinger-Edwards, S. R., Hammer, J. H., & Hubbard, A. (2011). “Boys don't cry”: Examination of the links between endorsement of masculine norms, self-stigma, and help-seeking attitudes for men from diverse backgrounds. *Journal of counseling psychology*, 58(3), 368.
- Vogel, D. L., Wade, N., & Hackler, S. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating role of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40–50.
- Wang, P. S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Tat Chiu, W., DE Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Kessler, R. C., Kovess, V., Levinson, D., Nakane, Y., Oakley Brown, M. A., Ormel, J. H., Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., ... Ustün, T. B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 177–185.
- Watkins, C. E., Jr. (2012). The study of men in short-term and long-term psychodynamic psychotherapy: A brief research note. *Psychoanalytic Psychology*, 29(4), 429–439.
- Westwood, M. J., & Black, T. G. (2012). Introduction to the special issues of the Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 46(4), 285-2
- Wexler, D. B. (2014). Approaching the unapproachable: Therapist self-disclosure to de-shame clients. In A. B. Rochlen & F. E. Rabinowitz (Eds.), *Breaking barriers in counseling men: Insights and innovations* (pp. 30–40). Routledge
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology. Adventures in Theory and Method*. (3rd ed.). Open University Press.
- Wirback, T., Forsell, Y., Larsson, J. O., Engström, K., & Edhborg, M. (2018). Experiences of

- depression and help-seeking described by young Swedish men. *Psychology of Men & Masculinity*, 19(3), 407.
- Wisch, A. F., Mahalik, J. R., Hayes, J. A., & Nutt, E. A. (1995). The impact of gender role conflict and counseling technique on psychological help seeking in men. *Sex Roles*, 33(1), 77-89.
- Wong, Y. J., Ho, M. H. R., Wang, S. Y., & Miller, I. S. (2017). Meta-analyses of the relationship between conformity to masculine norms and mental health-related outcomes. *Journal of counseling psychology*, 64(1), 80.
- Wong, Y. J., & Wester, S. R. (Eds.). (2016). *APA handbook of men and masculinities*. American Psychological Association.
- World Health Organization. (2021). *Suicide*. Hämtad 16 april, 2022, från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Yousaf, O., Grunfeld, E. A., & Hunter, M. S. (2015a). A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health psychology review*, 9(2), 264-276.
- Yousaf, O., Popat, A., & Hunter, M. S. (2015b). An investigation of masculinity attitudes, gender, and attitudes toward psychological help-seeking. *Psychology of Men & Masculinity*, 16(2), 234.
- Seidler, Z. E., Wilson, M. J., Kealy, D., Oliffe, J. L., Ogradniczuk, J. S., & Rice, S. M. (2021). Men's dropout from mental health services: Results from a survey of Australian men across the life span. *American journal of men's health*, 15(3), 15579883211014776.

## Bilaga 1: Inbjudan



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykologprogrammet

### **Inbjudan till studie om behandlares erfarenhet av arbete med unga mäns psykiska ohälsa**

- Är du legitimerad psykolog eller annan kvalificerad behandlare (exempelvis kurator eller psykoterapeut)?
- Har du erfarenhet av att arbeta i individuell- och/eller gruppbehandling med unga män (18-30 år) som lider av psykisk ohälsa?
- Vill du bidra till att öka kunskapsområdet kring unga mäns hjälpsökande och behandling av psykisk ohälsa?

Då vill vi gärna höra mer om dina erfarenheter i en intervju. Tidigare forskning visar att pojkar och män har svårare att söka hjälp för psykisk ohälsa och att när de väl gör det så upplever många att behandlingen inte är tillräckligt anpassad för dem. Vår psykologexamensuppsats fokuserar på hur man som behandlare kan arbeta för att underlätta unga mäns hjälpsökande och behandling av psykisk ohälsa. Ditt perspektiv är viktigt för att öka förståelsen och erfarenheten gällande detta ämne.

Intervjun görs fysiskt eller digitalt under våren 2022 och tar ungefär en timme.

Har du några frågor eller vill du vara med i studien, kontakta oss

Anna Dalros

[soc14aol@student.lu.se](mailto:soc14aol@student.lu.se)

Hilma Carlsson

[hi6340ca-s@student.lu.se](mailto:hi6340ca-s@student.lu.se)

Kontaktuppgifter handledare:

Tove Lundberg, leg. psykolog, fil. doktor, lektor [tove.lundberg@psy.lu.se](mailto:tove.lundberg@psy.lu.se)



## Bilaga 2: Intervjuguide

Teman	Frågor	Följdfrågor
<b>Demografiska frågor</b>	Ålder	
	Kön (vad identifierar dig som?)	
	Yrke	
	Utbildning	
	Yrkeserfarenhet	Hur länge har du arbetat / inom vilka områden?
<b>Inledning</b>	När jag säger unga män med psykisk ohälsa - vad tänker du på då?	
	Vad fick dig att börja arbeta med/intressera dig för unga mäns psykiska ohälsa?	Var/inom vilken verksamhet arbetar/har du arbetat med detta i din yrkesroll?
<b>Behandling</b>	Vill du berätta om "den typiska" patienten för dig i din behandling med unga mäns psykiska ohälsa?	Söker självmant eller uppmuntrade/ombedda från omgivningen?
	<p>Upplever du att den här typiska patienten uttrycker sin psykiska ohälsa annorlunda än andra patientgrupper: ex: kvinnor, äldre, barn, transpersoner? Vilka typer av skillnader?</p> <p>Hur arbetar du med den här typiska patienten i förhållande till andra patientgrupper?</p>	<p><i>Om nej:</i>  <i>Viss forskning menar på att män kan uttrycka sin psykiska ohälsa på andra sätt, exempelvis genom annorlunda språkbruk samt användande av undvikande och externaliserade beteenden i större utsträckning</i></p> <p>Vad är din upplevelse av det?</p> <p>Anpassar du behandlingen efter skillnader du ser? Hur gör du detta?</p>
	Vilka strategier tycker du är hjälpsamma med den typiska patienten och varför?	Är det några andra strategier utöver det nu nämnt hittills?
	Några strategier du inte tycker är hjälpsamma med här den typiska patienten och varför? T.ex. strategier som fungerar för andra patientgrupper	Är det några andra strategier utöver det nu nämnt hittills?
	Vad är lätt vs. svårt med behandlingen av den typiska patienten?	På vilket sätt är de svåra/lätta?

		Hur arbetar du med det du beskrev som svårt?
	Majoriteten av de som arbetar med vård, omsorg och strategier för stödverksamheter för unga är kvinnor. Tänker du att detta spelar roll för unga mäns vilja att söka hjälp?	På vilket sätt? Tror du att ditt eget kön spelar in i behandlingen med den typiska patienten? På vilket sätt?
<b>Hjälpsökande</b>	Forskning säger att män i större utsträckning söker hjälp senare i utvecklingen av psykisk ohälsa.  Vad har du för erfarenhet av det i ditt arbete med den typiska patienten?	Kan du ge exempel?
	Hindrande och drivande faktorer för unga män att söka hjälp?	Tror du att man som enskild behandlare kan arbeta för att få unga män att söka hjälp för sin psykiska ohälsa? I så fall hur?  Tror du att verksamheten kan göra något? I så fall vad?
<b>Behandling som är kompatibel för män</b>	Utifrån allt det du har sagt nu: vad tänker du själv att en "manskompatibel" behandling innebär?	Ett sätt att ge manskompatibel behandling skulle kunna vara att man arbetar mer med svårigheter, exempelvis att visa och känna igen känslor. Ett annat sätt skulle kunna vara att anpassa behandlingen så att den gynnar mer maskulina egenskaper, exempelvis som effektivitet och beteendeoriktat arbete.  Vad anser du är mest gynnsamt för att skapa en manskompatibel behandling? Varför?
	Om du får önska fritt, finns det något du önskar att verksamheter eller andra yrkeskategorier som arbetar med mäns psykiska ohälsa visste om eller gjorde annorlunda?	Vilka behov ser du just nu? Varför tror du att det ser ut som det gör? Vad tror du behövs för att det ska förändras/förbättras?

<b>Avslutning</b>	Om du skulle få förmedla något till en oerfaren psykolog som ska börja arbeta med unga mäns psykiska ohälsa, vad skulle det vara?  Är det något du tycker vi har glömt att fråga om som du tycker är relevant/viktigt att lyfta?	
-------------------	--	--

## Bilaga 3: Informationsblad



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykologprogrammet

### **Studie om behandlares erfarenhet av arbetet med unga mäns psykiska ohälsa**

Du har fått denna information eftersom du har visat intresse för vår studie som handlar om behandlares erfarenheter och strategier i behandling av unga mäns psykiska ohälsa. Studien är ett examensarbete av Anna Dalros och Hilma Carlsson på psykologprogrammet vid Lunds universitet och genomförs under våren 2022.

Du som är legitimerad psykolog eller annan kvalificerad behandlare (exempelvis kurator eller psykoterapeut) och har erfarenhet av behandling av unga mäns psykiska ohälsa kan delta i den här studien.

#### **Bakgrund och syfte**

Vi är intresserade av hur man som behandlare kan arbeta för att underlätta unga mäns hjälpsökande och behandling av psykisk ohälsa. Genom intervjuer ämnar vi utforska behandlares erfarenhet och kunskap inom detta område.

Tidigare forskning visar att pojkar och män är överrepresenterade i statistiken kopplat till flera olika psykiska och sociala problem, att män har fyra gånger så hög sannolikhet att dö av självmord än kvinnor samt att män har svårare att söka hjälp och att när de väl gör det så upplever många att behandlingen inte är tillräckligt anpassad för dem.

Syftet med vår studie är därför att bidra med kunskap och förståelse kring hur man som behandlare kan arbeta för att underlätta hjälpsökande och behandling av psykisk ohälsa hos unga män. Detta för att förhoppningsvis kunna sprida denna information och kunskap till andra behandlare som möter och arbetar med denna målgrupp.

#### **Information om projektet**

Deltagandet i studien innebär att delta i en intervju, där du har möjlighet att välja att intervjuas fysiskt i Lund/Malmö eller digitalt på Zoom. Intervjun kommer att ta cirka 45-60 minuter.

#### **Datahantering och sekretess**

Vi kommer att samla in dina kontaktuppgifter för att kunna hålla kontakt med dig under projektets

gång. Dessa kommer att raderas efter genomförd intervju, efter det att du fått möjlighet att ta del av intervjumaterialet. Den enda ytterligare informationen som vi samlar in från dig är vad du delger under intervjun. Samtliga uppgifter samlas endast in för forskningsändamål.

Om intervjun sker digitalt kommer den att spelas in med ljud och video, med hjälp av programmet Zoom. Zoom är förenligt med de sekretesskrav som ställs på forskning. Om intervjun sker fysiskt kommer den att spelas in med ljudinspelare. Intervjun kommer sedan skrivas ut ord för ord. Transkriptionerna är det som används för att analysera materialet, och de kommer att avidentifieras så att inga potentiellt identifierade uppgifter finns kvar. Det innebär att information som någon annan skulle kunna identifiera dig utefter kommer att helt plockas bort ur materialet, inklusive sådant som namn på personer och orter, arbetsplats och annan detaljerad information. Resultaten kommer också rapporteras på ett sådant sätt att enskilda individer inte går att identifiera.

Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Inspelningarna och transkriptionerna kommer att förvaras på ett skyddat USB.

Dina personuppgifter behandlas i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, GDPR. Ansvarig för dina personuppgifter är Lunds universitet. Allt insamlat material lagras tills det att uppsatsen blivit godkänd av examinatorn för kursen. Enligt dataskyddsförordningen har du rätt att när som helst kostnadsfritt få ta del av all information som lagras om dig, få eventuella fel rättade eller begära att informationen raderas. Du kan också begära att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Allt det här gör du genom att kontakta universitetet, via kontaktperson Tove Lundberg som är ansvarig forskare för projektet (se kontaktuppgifter nedan).

### **Finns det risker med att delta?**

Identifierade risker med deltagande i intervjuer är generellt få. Intervjun kommer att göras på ett sådant sätt att du som deltar har möjlighet att styra riktningen. Det är helt upp till dig vilka frågor du vill svara på eller inte, du kan välja att prata mer eller mindre om olika ämnen, och du kommer att få möjlighet att prata fritt om sådant som känns relevant för dig.

Om du har funderingar efter intervjun är du välkommen att prata om detta med intervjuaren eller forskningsansvarig (se kontaktuppgifter nedan).

### **Finns det fördelar med att delta?**

Vi ser ditt deltagande och ditt engagemang som värdefullt för vår forskning. Vår förhoppning är att du upplever tillfället som positivt eftersom du får chansen att bidra med dina erfarenheter. Vi hoppas även att det känns meningsfullt att bidra till ökad kunskap om hur man kan hjälpa unga män som lider av psykisk ohälsa.

### **Information om resultat**

Om du som deltagare önskar få tillgång till uppsatsen, skickar vi den till dig när den är färdig. Uppsatsen kommer också att finnas tillgänglig på hemsidan LUPapers.

**Ersättning**

Ingen ersättning utgår för att delta i studien.

**Frivillighet**

Deltagande i studien är frivilligt. Det innebär att du själv väljer om du vill medverka och att du när som helst kan dra tillbaka ditt samtycke utan att du behöver ge förklaring till det. Du kan också själv bestämma om du inte vill svara på en viss fråga eller om det är något särskilt i intervjun som du inte vill prata om.

**Kontaktinformation till ansvariga forskare**

Projektet görs vid Institutionen för psykologi i Lund. Om du har frågor eller synpunkter gällande studien eller vill ha ytterligare information, är du välkommen att kontakta:

Anna Dalros  
Psykologstudent  
[soc14aol@student.lu.se](mailto:soc14aol@student.lu.se)

Hilma Carlsson  
Psykologstudent  
[hi6340ca-s@student.lu.se](mailto:hi6340ca-s@student.lu.se)

Tove Lundberg, handledare för studien  
Leg. psykolog, fil. doktor, lektor  
[tove.lundberg@psy.lu.se](mailto:tove.lundberg@psy.lu.se)

## Bilaga 4: Samtyckesblankett



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykologprogrammet

### Samtyckesblankett

Jag som deltar har informerats om studien gällande arbetet med unga mäns psykiska ohälsa. Jag är införstådd med att studien handlar om vilka strategier och erfarenheter psykologer, psykoterapeuter eller annan kvalificerad behandlare har av att arbeta med unga mäns psykiska ohälsa och hjälpsökande.

Jag som deltar är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag när som helst kan och har möjlighet, utan närmare förklaring, att avbryta mitt deltagande. Jag är också medveten om att de uppgifter som samlas in om mig kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att obehöriga inte kommer kunna ta del av mina uppgifter och svar. Jag vet också att de uppgifter och det material som sedan kommer att användas i examensarbetet och/eller andra former inte kommer innehålla personuppgifter som gör det möjligt att identifiera mig som person eller uppgifter om någon annan person

Jag försäkrar mig också om att jag har haft tillräckligt med tid att fundera om jag vill delta samt fått möjlighet att ställa frågor och fått dessa besvarade.

Jag samtycker härmed till att delta i studien.

.....

Ort och datum

.....

Namnsteckning

Vid frågor kontakta:

Anna Dalros

[soc14aol@student.lu.se](mailto:soc14aol@student.lu.se)

Hilma Carlsson

[hi6340ca-s@student.lu.se](mailto:hi6340ca-s@student.lu.se)

Kontaktuppgifter handledare:

Tove Lundberg, Leg. psykolog, fil. doktor, lektor [tove.lundberg@psy.lu.se](mailto:tove.lundberg@psy.lu.se)