



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Är min ångest okey?

En kvalitativ studie om acceptans av ångest

Kandidatuppsats HT 2011

Författare: Stina Förster

Institutionen för socialt arbete

Handledare: Ulrika Levander

Abstract

Titel Är min ångest okey? En kvalitativ studie om acceptans av ångest

Författare Stina Förster

Nyckelord ångest, acceptans, förståelse, stigma, dramaturgiska perspektivet

I dagens samhälle kan vi både läsa och höra om olika ångestsymptom, till exempel i böcker och i media. Detta kan leda till att vi får mer kunskap om området och att det blir mer och mer accepterat att prata om ångest. I denna uppsats undersöks hur människor med ångestsymptom upplever att deras ångest accepteras i samhället idag, i vilken utsträckning de väljer att prata om detta med andra människor samt hur de då erfar det. Studien bygger på kvalitativa intervjuer med fyra informanter med olika former av ångestproblematik, som valdes ut genom snöbollsmetoden. De teorier som använts i analysen var stigmat teorin och det dramaturgiska perspektivet, som har utvecklats av Goffman. Resultatet visade att informanterna i sina intervjuer inte enbart talade om acceptans, utan även talade om förståelse i relation till deras ångestsymptom. De identifierade också olika områden i sina liv där de upplevde olika stor förståelse och/eller acceptans för sin ångest. Människor som själva hade erfarenhet av ångest upplevdes av informanterna kunna ge det bästa stödet, då dessa personer till fullo upplevdes förstå och acceptera den ångest som informanterna erfor. Inom arbetslivet vid anställningsintervjuer, men också i andra såväl offentliga som privata sammanhang, valde flera av informanterna att inte tala om sin ångest i rädsla för hur det skulle uppfattas och tas emot. I relation till familjen fanns olika upplevelser, vissa hade förstående familjemedlemmar, andra inte. Sjukvården sågs som stöttande, men även här fanns erfarenheter av negativa bemötanden. Som en konsekvens tvingades informanterna ständigt till avvägningar om var och när det var socialt accepterat att tala om sin ångest, varför mycket energi i deras vardag gick åt till att förhålla sig till omgivningens förståelse respektive acceptans av ångesten. Resultatet visar på att en ökad kunskap om ångest i samhället skulle kunna underlätta vardagslivet för människor med ångestproblematik.

Innehållsförteckning

Förord	1
Inledning	2
Problemformulering	3
Syfte	3
Frågeställningar	4
Bakgrund	4
Historia	4
Psyisk ohälsa	5
Ångest	5
Tidigare forskning	7
Människors syn på personer med psykisk ohälsa	7
Upplevelser av människor med psykisk ohälsa	8
Teoretiska begrepp	9
Det dramaturgiska perspektivet	9
Stigma	10
Metodologi och urval	12
Val av forskning	12
Val av teoretiska begrepp	12
Val av metod	13
Urval	13
Genomförande av intervju	14
Etiska reflektioner	16
Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet	17
<i>Validitet</i>	17
<i>Reliabilitet</i>	17
<i>Generaliserbarhet</i>	17
Analysprocessen	18

Analys och resultat	19
Förståelse och acceptans	19
Professionella hjälpare	20
Den inre kretsen	22
Familj och ambivalens	24
Arbetslivet	26
Oro och undvikande	28
När är det okey att ha ångest?	30
Slutdiskussion och sammanfattning	31
Vidare forskning	33
Källförteckning	34
Bilagor	37
Bilaga 1 – Intervjuguide	37
Bilaga 2 – Samtyckesblankett	39

Förord

Först och främst vill jag tacka de fyra informanterna som ställt upp i min studie och vågat berätta om sin ångest. Utan er hade denna uppsats inte kunnat göras. Tack! Sedan vill jag också tacka en av er (du vet vem du är) som hjälpte mig att få ytterligare en informant.

Jag vill också tacka min handledare Ulrika Levander för snabba svar via mail och för goda råd och tips som kunde förbättra min uppsats.

Till sist vill jag även tacka vänner och familj som funnits där och stöttat mig genom denna process. Det har varit en jobbig tid. Tack för att ni har lyssnat, hjälpt mig och haft överseende med all den tid jag fått lägga på uppsatsen!

Stina Förster

Varberg, 27 november 2011

Inledning

... vet man inte vad ångest är själv eller haft den känslan själv så får man ingen acceptans från det. Men från människor som vet ungefär vad det är, de, de förstår ju det. Så det beror på vilken människa man pratar med så att säga. Om man får det eller inte.

(Informant ur studien)

I dagens samhälle talas det en hel del om psykisk ohälsa och ångest. Det finns många böcker som beskriver olika sorters problematik, till exempel ”Ångestfri – bli av med dina rädslor och fobier”, där Robert L. Leahy (2010) skriver om olika ångestsymptom samt beskriver hur de kan behandlas. Men det finns också flera självhjälpböcker så som Thomas Furmark et al. (2006) ”Social fobi – effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi” eller Anna Kåvers bok (2004) ”Att leva ett liv, inte vinna ett krig - om acceptans”. Böcker kan ge en förståelse för vad psykisk ohälsa innebär samtidigt som de också kan hjälpa människor med psykisk ohälsa.

Idag går det också frekvent att läsa om ångest i media. Till exempel skrev Svenska Dagbladet under 2005 en artikel om ångest ”När skräcken begränsar livet” där det går att läsa om ångestsymptom och varför de finns (SvD 2005). I Läkartidningen har man också kunnat läsa om ångest i flera artiklar, där det tagits upp vad de olika ångestsymptomen innebär och vad det finns för behandlingar (Furmark 2011; Andersson 2011). Men det finns även kända människor som kommer ut i media och berättar om sin problematik. Morgan Alling har till exempel i radiokanalen p1 berättat om sin panikångest (2009) och programledaren och skådespelaren Claudia Galli berättade i tidningen *Leva PS!* (2010) om att hon tidigare har levt med ångest och depression. När kända personer som vi alla vet vilka de är vågar berätta om sin psykiska ohälsa och när vi kan läsa om sjukdomar i både media och böcker, kan det bidra till att förståelsen och acceptansen för psykisk ohälsa ökar. Ju fler som pratar om ångest och psykisk ohälsa, desto mer accepterat borde det bli att prata om det – även för dem som själv lever med någon form av psykisk ohälsa.

Men är det så att samhällets attityder verkligen har blivit mer accepterande gentemot människor med psykisk ohälsa och ångest? Jag har genom åren stött på vänner och kollegor på arbetsplatser som har haft olika sorters ångest. Genom att prata med dessa har jag fått en tankeställare om att vi människor kanske inte är så accepterande trots allt. Vissa av de människor som jag har pratat med har haft svårt för att prata öppet om sin ångest, till och med inom familjen. Några har mötts av negativa kommentarer som att de måste ”rycka upp sig”. Dessa personer har berättat för mig att de ofta har upplevt att de måste dölja sin ångest på grund av bristen av förståelse. Andra har uttryckt att de inte tror att det skulle uppskattas om de berättade om sin ångest när de exempelvis söker jobb. De tror inte på att de skulle få arbetet då. Andra som jag talat med har tankar om att de inte kommer att bli accepterade om de berättar om sin ångest på sitt nuvarande arbete, bland annat av rädsla för att det ska pratas bakom ryggen på dem och att detta ska skapa en känsla av utanförskap. Detta är något som också påvisas inom forskning kring ångest. Exempelvis menar Ohlsson (2009) att människor med psykisk ohälsa är rädda för att bli negativt värderade och att de gärna döljer sina symptom för andra människor på grund av det. Liknande forskningsresultat har också påvisats för arbetssökande med psykisk ohälsa, då de upplever att det annars skulle vara svårt att få ett arbete (ibid.). I *Slutbetänkandet från Nationell psykiatrisamordning* (SOU 2006:100) påpekas att människors rädsla för psykisk sjukdom kan bero på att psykiska sjukdomar påverkar känslor och tankar och att många därför inte gärna vill drabbas själva.

Min upplevelse är att det fortfarande till stor del förefaller vara tabu att prata om sin psykiska ohälsa, liksom om sin ångest. Trots att det genom böcker och media ges mer information om problematiken än tidigare och trots att diagnoser sätts på människor tror jag att många inte är helt säkra på vad ångest är. Enligt Ohlsson (2009) kan en diagnos innebära att personen med ångestsymptomet kan få en förklaring till sina problem och känna att denne inte är ensam i sin erfarenhet. Men baksidan är att andra människor kan sammankoppla diagnosen med ord som svaghet och avvikelse. Detta skriver också Johannisson (2006) om, som menar att en diagnos kan ge individen en bekräftelse inför sig själv och andra och därigenom avlasta ångest och skuld. Samtidigt kan en diagnos leda till stigmatisering och utanförskap. Å ena sidan kan diagnosen innebära att andra människor kan förhålla sig till sjukdomen. Å andra sidan kan den diagnosticerade identifieras med diagnosen, snarare än att ses som en egen individ (Johannisson 2006).

Jag tror att det till exempel fortfarande finns många människor som tror att en ångestdrabbad inte kan utföra sitt arbete på grund av den ångest personen har. Genom mitt liv har jag däremot lärt känna personer som trots svår ångest klarar sig alldeles utmärkt i arbetslivet. Deras arbetskollor har inte en aning om att deras kollega har blivit diagnosticerad med ett eller flera ångestsymptom, därför att personerna inte låter det synas.

Problemformulering

Jag tycker det är viktigt att ta reda på hur människor med ångestsymptom upplever att acceptansen kring ångest ser ut idag. Detta för att jag upplever att de bilder kring ångest som förmedlas idag, i exempelvis media, inte stämmer överens med de erfarenheter och upplevelser som människor med ångestsymptom delger mig. I detta undrar jag bland annat över hur den generella synen på ångest påverkas av de berättelser som förmedlas i exempelvis böcker och av kända personer som pratar om psykisk ohälsa i media? Då jag sett en del forskning, under uppsatsens gång, som handlar om upplevelser personer med psykisk sjukdom i allmänhet har, men inte hittat några som specifikt handlar om ångestsymptom, tycker jag att det är extra viktigt att skriva om ångest specifikt. Min studie kan på så sätt bidra till att människor som inte har erfarenhet av ångest kan få en inblick i hur det är att leva med ångest. Även i *Slutbetänkandet från Nationell psykiatrisamordning* (SOU 2006:100) betonas det att det är viktigt att öka kunskapen om psykisk ohälsa angående bemötande, etik och brukarerfarenheter eftersom det generellt idag finns okunskap och fördomar kring psykisk ohälsa som bidrar till att personer med psykisk ohälsa många gånger värderas som mindre värda i samhället (SOU 2006:100).

Syfte

Syftet med uppsatsen är att undersöka hur ångestdrabbade människor upplever att acceptansen kring ångest ser ut i dagens samhälle. Jag vill också undersöka hur den ångestdrabbade tänker och resonerar kring möjligheten att tala om för sin omgivning att denne lever med ångest. Finns det någon skillnad beroende på vem man säger det till? Är det t.ex. mer accepterat att tala om sin ångest med vänner och familj än att tala om sin ångest på en arbetsplats – får man olika reaktioner?

Frågeställningar

De frågeställningar som besvaras i studien är:

- Hur upplever ångestdrabbade personer att människor i samhället accepterar deras ångestproblematik?
- När upplever den ångestdrabbade begränsningar respektive stöd i samhället?
- Vilka möjligheter och hinder formar detta i den ångestdrabbades liv?

Bakgrund

Historia

Enligt Lundberg (2010) har människor med psykisk ohälsa genom historien blivit diskriminerade på olika sätt. Under medeltiden sågs den psykiskt sjuke i allmänhet som en narr. Enligt gamla testamentet var den psykiskt sjuke sjuk på grund av att denne straffades för synder och enligt nya testamentet var den psykiskt sjuke besatt av demoner (Lundberg 2010).

Enligt Foucault (1983) fanns så kallade interneringsanstalter eller korrektionsinstitutioner redan på 1600-talet. I dessa anstalter sattes vansinniga ihop med arbetslösa och fattiga och dessa tvingades att arbeta. Institutionerna syftade inte till att bota vansinnet. Istället skulle de hålla de vansinniga på distans från resten av samhället och arbeta för att korrigera deras beteenden (ibid.).

På 1700-talet trodde man enligt Johannisson (2009) att människans galla utsöndrade svarta ångor vilka steg upp i hjärnan och då påverkade den psykiskt sjuke. Det fanns restriktioner på vad man skulle äta, till exempel skulle man undvika mörkt kött av hare då det antogs ge mardrömmar (ibid.). Under 1800-talet trodde allmänheten enligt Lundberg (2010) att psykisk sjukdom kunde behandlas genom att man var snäll och tillmötesgående mot den sjuke och det var viktigt att hålla på ordning och renlighet. Samtidigt som Sveriges förste psykiater anställdes 1826 kom också nya behandlingsmetoder som innebar till exempel inympning av skabb på huden eller rotering i svängstol (ibid.). Foucault (1983) menar att hudsjukdomar som skabb, smittkoppor eller eksem ansågs kunna sätta stopp för vansinne. Andra exempel han tar upp som ansågs hjälpa var att äta tvålhaltiga frukter så som körsbär, jordgubbar, apelsiner och druvor, ta kalla eller varma bad samt att gå eller springa (ibid.).

Johannisson (2009) skriver att läkare mellan 1880 och första världskriget menade att bland annat press, reklam och vetenskap var påfrestningar för psyket. Städernas utveckling med hög ljudnivå, trängsel och brådska gav nervositet bland befolkningen och kunde ge en ökad stressfaktor som gav individen sårbarhet och ångest genom att denne hela tiden befann sig mellan krav och förmåga (ibid.).

Enligt *Nationell psykiatrisamordning* (SOU 2006:100) avinstitutionaliserades mentalsjukhusen under slutet av 1900-talet (ibid.). Detta skedde enligt Lundberg (2010) på grund av att allmänheten kritiserade sjukhusen för att ha dåliga vårdmiljöer samt att den vård som bedrevs inte hade en vetenskaplig förankring. Tanken var att situationen skulle bli bättre för personer med psykisk ohälsa och att dessa skulle kunna bli mer delaktiga i samhället (ibid.). Enligt *Nationell psykiatrisamordning* (SOU 2006:100) var tanken med psykiatris avinstitutionisering också att den psykiskt sjuke skulle stärkas i sina rättigheter och sitt

självbestämmande. Öppenvårdsinsatser och stöd i samhället skulle ersätta institutionerna. Slutenvården som tidigare hade funnits på mentalsjukhusen skulle nu finnas på psykiatriska kliniker (ibid.). Enligt Lundberg (2010) innebar psykiatrireformen 1995 ett förtydligande över hur landstingen och kommunerna skulle ansvara för de med psykisk sjukdom angående boende, sysselsättning, vård och behandling. Tanken var att de psykiskt sjuka skulle leva i samhället med alla andra (ibid.).

Psykisk ohälsa

Enligt Pellner och Wramner (2007) är det svårt att definiera vad psykisk ohälsa är. Begreppet har till exempel haft många olika namn genom tiderna så som vansinne, sinnesjukdom eller psykisk sjukdom. Det som avgör vad som räknas som psykisk ohälsa beror enligt dem på vilka föreställningar som för tillfället är rådande, bland allmänheten såväl som i vetenskapliga sammanhang. De vanligast förekommande tillstånd som idag räknas som psykisk ohälsa är psykossjukdomar, förstämningssjukdomar (till exempel depression) och ångesttillstånd. Pellner och Wramner (2007) menar att det är mellan 20 och 40 procent av befolkningen i Sverige som idag lider av psykisk ohälsa. I begreppet psykisk ohälsa räknas då allt från lättare besvär som ångest och sömnproblem, till allvarigare sjukdomstillstånd som psykoser in. Av dessa är det mellan tio och 15 procent som behöver psykiatrisk behandling (Pellner & Wramner 2007; Stefansson 2006). Stefansson (2006) menar att det är vanligare med psykiatrisk behandling när det handlar om depression eller psykos än när det handlar om ångest. Pellner och Wramner (2007) skriver att då missbruk, rökning, övervikt och svagt socialt nätverk ofta finns bland personer med psykisk ohälsa har gruppen också högre dödlighet än resten av befolkningen. Psykisk ohälsa är också en riskfaktor för självmord (ibid.). Stefansson (2006) menar dock att självskaumbeteende är vanligare än självmord.

Pellner och Wramner (2007) påpekar att det sedan 1990-talet blivit vanligare med sömnbesvär, oro och ångest i befolkningen och detta mest i yngre åldrar. Under de senaste åren har utmattningssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom, anorexi och ADHD uppmärksammas mycket. Alla dessa diagnoser utgör också olika former av psykisk ohälsa (ibid.). Istället för att fokusera på begreppet psykisk ohälsa definierar Naidoo och Wills (2007) begreppet psykisk hälsa som frånvaro av psykisk sjukdom. Men egentligen är begreppet vidare än så, exempelvis kan det brytas ner i termer som emotionell hälsa, självbestämmande och återhämtningsförmåga. Det som enligt Naidoo och Wills (ibid.) skyddar den psykiska hälsan är att känna uppskattning, känna sig respekterad och känna hopp inför framtiden. Soback (2006) skriver också om hälsa. Han menar att psykisk ohälsa har två dimensioner. Den ena handlar om individens egen upplevelse angående livsstil, stresshantering, besvär och levnadsvanor, vilket innefattar hälsodimensionen. Den andra dimensionen handlar om biologiska faktorer som till exempel ärftlighet och är då sjukdomsdimensionen (Soback 2006).

Ångest

Leahy (2010) skriver att ångestsyndrom är allvarigare än vardaglig oro. Det innebär ofta en ökad risk för att drabbas av depression. Enligt Leahy (ibid.) har ångestsyndromen ökat under de senaste femtio åren. Ångesten kan vi enligt honom förstå genom att titta på förhistorisk tid då våra förfäder levde med livshotande faror runtomkring sig hela tiden. Det kunde handla om fiender, rovdjur, sjukdomar, bråddjupa stup eller drunkning. Om våra förfäder inte oroades sig och var på sin vakt, klarade de sig inte i livet – ångesten var till för att våra förfäder skulle kunna undvika farorna. Idag behöver vi inte denna försiktighet, men oron och ångesten lever

trots detta kvar i oss och därför utvecklar vi fobier och rädslor. Till exempel kan en person känna sig sjukligt blyg inför en annan människa, detta för att det på våra förfäders tid var viktigt med försiktighet mot främlingar, annars kunde de bli dödade (ibid.). Depressionslinjen (2011) skriver att alarmsystemet hos människor med ångestsyndrom aktiveras utan orsak och är överaktivt. När personen får ångest är det alarmeret i hjärnan som ger ångestkänslan och hjärnan skickar då ut signaler till organ vilket till exempel kan te sig genom hjärtklappning (ibid.). Nordlund (1994) menar att rädslan ökar vår prestationsförmåga i en farosituation, men om rädslan blir för stark försämras den – och det är då vi pratar om att ha ångest (ibid.).

Det finns enligt Leahy (2010) sex erkända ångestsyndrom, dessa är: *specifik fobi*, *paniksyndrom*, *tvångssyndrom*, *generaliserat ångestsyndrom*, *social fobi* och *posttraumatiskt stressyndrom*. Dessa symtom kan alla på olika vis begränsa och förstöra en persons liv. Många gånger har en människa inte bara en utan flera ångestsyndrom. Leahy (ibid.) menar att kognitiv beteendeterapi (KBT) har visat sig vara effektiv mot ångest. I denna teknik används inga mediciner och positiva resultat kan uppnås förhållandevis snabbt. Enligt Svenska ångestsyndromsällskapet (ÅSS 2011) kan det handla om att terapeuten tillsammans med patienten letar fram de rädslor som personen har och diskuterar dessa. Tanken är att personen med ångest kan förstå och sedan förändra sina beteenden och tankar kring det problem denne har (ibid.). Enligt Leahy (2010) kan personen många gånger få självhjälpstekniker som gör att personen kan fungera i vardagen, så som att ifrågasätta sina tankar, att bejaka sina känslor samt acceptera ångesten. Depressionslinjen (2011) menar också att även exponering är en del av KBT. Detta innebär att personen med ångest gradvis och under kontrollerade former utsätts för det personen är rädd för (ibid.).

Specifik fobi innebär enligt Leahy (2010) rädsla för en viss sak. Det kan handla om till exempel möss, spindlar, vatten, höjder, blixtrar, blod, injektionsnålar och tunnlrar.

Paniksyndrom innebär enligt Leahy (2010) att en människa har oro för vissa situationer i omvärlden och då får panikattacker. Ofta kallas dessa rädslor för agorafobi, det vill säga torgskräck (men man kan också ha paniksyndrom utan att vara rädd för specifika situationer). Agorafobi utlöses till exempel när en person kör bil genom tunnlrar eller över broar, att vara bland mycket folk eller befinna sig på en höjd. Enligt Leahy (ibid.) handlar agorafobi inte bara om rädslan för situationen utan mycket om rädsla för att få ångest och att ens egna reaktioner ska gå överstyr, till exempel vara rädd för att få en hjärtinfarkt (om personen har fått hjärtklappning), att kvävas (om personen blivit andfådd), bli sinnessjuk eller att dö.

Tvångssyndrom handlar enligt Leahy (2010) om att en person har en återkommande och påträngande tanke och för att bli av med den utför personen tvångshandlingar. En tanke kan till exempel vara att personen glömt något denne skulle gjort eller att personen är rädd för att smittas. Tvångshandlingar kan handla om att ständigt se om dörren är låst eller ständigt tvätta sig. Personen tror att om denne utför tvångshandlingen kommer tanken försvinna, något som sällan händer menar Leahy (ibid.).

Generaliserat ångestsyndrom (GAD) innebär enligt Leahy (2010) att en person oroar sig för många saker - eller allt. ÅSS (2011) menar att panikattacker inte förekommer i allmänhet utan istället har personen oro för det mesta i livet.

Social fobi handlar enligt Leahy (2010) om rädsla över att bli negativt bedömd av andra. Exempel på situationer som en person med social fobi är rädd för är att tala inför grupp, bli iakttagen av andra och att stå för det personen tycker.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) innebär enligt Leahy (2010) att en person har varit utsatt för en farlig eller livshotande situation. Det kan handla om en eldsvåda, en våldtäkt, någon som dödats i ens åsyn eller en bilolycka. Dessa minnen fortsätter att plåga personen efter händelsen genom till exempel flashbackupplevelser eller mardrömmar och diagnosen brukar ställas när personen haft det i minst en månad.

Tidigare forskning

Människors syn på personer med psykisk ohälsa

I Slutbetänkandet från Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100) skrivs att det finns starka negativa föreställningar kring psykisk ohälsa. Mycket beror på att det fortfarande finns en skam och skuld att få en psykisk sjukdom i motsats till en somatisk sjukdom som är mer accepterad att ha (ibid.). Även Lundberg (2010) skriver att det fortfarande finns många negativa attityder om människor med psykisk ohälsa. Han nämner som exempel att det finns en rädsla bland allmänheten för dessa människor, att de upplevs som farliga och svåra att prata med. Andra fördomar som han identifierar kring människor med psykiska sjukdomar är att dessa skulle vara ointelligenta, inte har förmågan att behålla ett arbete, är lata, opålitliga och att sjukdomen är självförvållad. Han skriver också att många människor väljer att inte rekommendera personer med psykisk ohälsa till ett arbete eller att inleda en relation med denne (ibid.).

Lundberg (2010) menar också att mediernas bild av psykisk ohälsa har en stor del i de fördomar som finns, många gånger har psykiskt sjuka framställts som just farliga. Han vill dock förtydliga att media även ger sympatiska bilder på psykisk ohälsa och visar informativa reportage. Dessa finns dock inte i lika stor utsträckning. Enligt Lundberg (ibid.) finns det en stor okunskap om psykisk ohälsa bland allmänheten. Människor vet inte vad de olika sjukdomarna innebär eller vilken behandling som är relevant.

Olika grupper i samhället har olika uppfattningar om psykisk ohälsa. Detta visar en undersökning gjord av Handisam och Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) (Hansson 2010). De gjorde en enkätundersökning (2053 svar) hösten 2009 i uppdrag åt regeringen för att ta reda på vilka attityder som fanns i samhället gentemot psykisk ohälsa. Utifrån detta gjordes sedan ett program som fortfarande drivs i syfte att försöka förändra personers attityder i samhället om psykisk sjukdom samt att ge mer kunskap om det (ibid.).

Den åldersgrupp som hade mest negativa attityder enligt undersökningen var de deltagare som var mellan 25-45 år (Hansson 2010). Många av dessa hade tankar om att människor behöver skyddas från personer med psykisk ohälsa. De var också negativt inställda till att bo i närheten av människor med psykisk ohälsa. Män var enligt undersökningen mer negativt inställda till att bjuda hem någon med psykisk ohälsa än kvinnor. Det visade sig också att kvinnor enligt undersökningen (ibid.) hade mer erfarenhet av psykisk ohälsa då de oftare hade haft eller hade någon med psykisk sjukdom i sin närhet. Även personer med högskoleutbildning och människor som jobbade eller har jobbat inom psykiatrisk vård, stöd eller omsorg var i större utsträckning positiva till psykisk ohälsa (ibid.).

Deltagarna i Handisam och NSPH:s undersökning tyckte det var svårt att veta hur de skulle bemöta en person med psykisk ohälsa eller hur de skulle hjälpa denne (Hansson 2010). Här visade det sig att kvinnor och personer med högskoleutbildning generellt hade mer kunskaper om hur de skulle gå tillväga. Egen erfarenhet var dock den starkaste faktorn för att deltagarna

hade positiva attityder till människor med psykisk ohälsa. Av de 2053 personer som svarade på enkäten uppgav 1516 att de hade personlig erfarenhet av psykisk sjukdom, detta genom att deltagarna hade haft en vän eller anhörig med erfarenhet av psykisk ohälsa eller genom att de själva har eller hade haft det. Denna grupp var också mer positivt inställd än andra grupper i samhället till att ha kontakt med, bo nära och arbeta med samt att ha privata relationer med människor med psykisk ohälsa. De deltagare som hade egen erfarenhet av psykisk sjukdom visste också mer om hur de skulle kunna hjälpa och stötta den psykiskt sjuke. De visste också att en människa med psykisk ohälsa kan återhämta sig från sin sjukdom (ibid.).

Upplevelser av människor med psykisk ohälsa

Ohlsson (2009) har gjort en fokusgruppstudie om egna erfarenheter av människor med psykisk ohälsa där han särskilt var intresserad av människor med ångest och depression. Deltagarna i studien upplevde att de gick omkring med ett lidande, det gällde både psykiska och fysiska symptom så som funktionsnedsättningar, oro, skam och utanförskap. När de upplevde sig bli tvungna att stå ut med andra människors förakt, kändes detta enligt informanterna som ett dubbelt lidande. Enligt Ohlsson (ibid.) är människor med psykisk sjukdom vanligtvis rädda för att bli betraktade som avvikande, att bli nedvärderade och få negativa kommentarer. Vissa av deltagarna i hans undersökning kände sig som ”familjens svarta får” och upplevde att det generellt sett ansågs vara fult att ha en psykisk sjukdom. De kände också att en sjukskrivning låg dem till last när de sökte arbete. De upplevde också att det var svårt att få ett arbete på grund av detta, vilket gjorde att många av dem dolde att de varit sjukskrivna när de sökte arbete. Men det var inte bara sjukskrivningen som deltagarna dolde. De vågade inte heller berätta för arbetsgivaren om att de hade en psykiatrisk diagnos samt att de åt mediciner (ibid.). Lundberg (2010), som både har gjort en enkätundersökning och en intervju av människor med psykisk ohälsa, skriver att människorna i studien upplevde de mest negativa attityderna i samband med jobsökande. De tänkte att de inte skulle få jobbet om det skulle komma ut att de levde med psykisk ohälsa och gav även uttryck för att de upplevde stora svårigheter i att få jobb. Det framkom också i denna undersökning att många av deltagarna upplevde att relationen med familjen hade blivit sämre sedan de blivit sjuka. De uppgav sig även ha förlorat många vänner på grund av sjukdomen samt fått sämre självkänsla (ibid.).

Deltagarna i Lundbergs intervjuundersökning (2010) gjord med 25 informanter, menade att deras sociala identitet ofta blev ifrågasatt av omgivningen. För att inte behöva känna sig ifrågasatta valde de vanligtvis att inte berätta om sin psykiska ohälsa. Vissa av deltagarna valde att minska sin kontakt med allmänheten eller att enbart umgås med andra människor som hade psykisk ohälsa, då nya bekantskaper skapade oro över att bli nedvärderad. Negativa kommentarer om psykisk sjukdom som inte var personligt riktade, påminde dem också om sin utsatta position i samhället. Enligt Ohlsson (ibid.) upplevde deltagarna att det var accepterat att tala om en somatisk sjukdom. Att tala om psykisk ohälsa kändes däremot mindre accepterat. Informanterna gav uttryck för att detta kunde resultera i att människor inte ville umgås med dem. En kvinna i studien berättade att hon och hennes man båda hade varit sjuka samtidigt. Hon i utmattningssyndrom och han för benbrott. Andra hade frågat henne hur det var med mannen men inte frågat något om hur det var med henne (ibid.).

I en enkätundersökning som Lundberg et al. (2009) har genomfört visas att 45 procent av de 150 deltagarna som hade någon form av psykisk ohälsa kände att de ibland, ofta eller väldigt ofta undvek människor därför att de upplevde att människor tittade ner på dem samt såg dem som mindre kompetenta. Deltagarna upplevde mer oro för negativa attityder från andra

människor om de själva hade varit inlagda någon gång på grund av sin psykiska ohälsa, eftersom de upplevde att andra människor i ens närhet var obekväma av det (ibid.). Även Lundberg (2010), vars undersökning bygger på den enkätundersökning Lundberg et al. (2009) gjorde, skriver att människor med psykisk ohälsa många gånger upplever att andra människor tycker det är ett misslyckande att ha vårdats inom psykiatrin. Människor med psykisk ohälsa kände också att de blivit bemötta med negativa attityder av omgivningen. Till exempel hade de setts som mindre kompetenta eller blivit tillsagda att ha mindre ambitioner i livet (ibid.).

Deltagarna i Ohlssons fokusgruppstudie (2009) upplevde att media ofta förmedlar en negativ och våldsamt bild av psykiskt sjuka. De upplevde också att andra människor många gånger tror att det är så som personer med psykisk ohälsa är, oavsett vad de har för sjukdom. Som exempel ger Ohlsson (ibid.) en man vars arbetskamrater pratade om psykisk sjukdom efter att media sänt en våldsamt bild av psykiskt sjuka och sagt att de borde buras in. Men när mannen i fråga kom in i rummet tystnade de (ibid.).

Deltagarna i Ohlssons fokusgruppstudie (2009) upplevde också en känsla av att inte bli tagna på allvar, då det inte alltid syns utanpå hur man mår. Kommentarer som ”men du är ju inte sjuk, du som alltid är så glad, det kan du ju inte vara!” eller ”ryck upp dig” uppfattades som nedvärderande. Deltagarna i studien påpekade att man inte skulle kunna säga så till en person som har en somatisk sjukdom. Samma sak upplevde de när det gällde medicineringen. Om en människa har epilepsi är det enligt deltagarna underförstått i samhället att denne äter medicin hela livet. För en person med psykisk ohälsa betraktas medicineringen däremot vanligtvis som fullt och farligt (ibid.).

Deltagarna i Ohlssons studie (2009) fick ofta negativt bemötande även av professionella kontakter och framförallt inom primärvården. Det kunde exempelvis handla om att läkaren inte såg några somatiska problem och därför bedömde att den sjuke var frisk. Detta upplevde deltagarna som ett problem. Deras egen upplevelse av att något var fel togs i dessa situationer heller inte på allvar av till exempel familjen, då en läkare hade gjort en annan bedömning. Läkare ansågs av deltagarna även fokusera alltför mycket på medicinering. Andra deltagare berättade att de hade gått till en och samma samtalskontakt i flera år, men kände att de stod och trampade på samma ställe. Tankar som att professionella inte ger diagnoser eller gör riktiga utredningar, inte ger tillräcklig med information om en diagnos eller biverkningar av en medicin gavs det också uttryck för i studien. Värt att nämna är att informanterna ändå upplevde att det fanns guldkorn bland professionella, sådana som var kunniga, som förstod och som gick utanför ramarna och verkligen brydde sig (ibid.).

Lundberg (2010) skriver att majoriteten av de tillfrågade i hans undersökning trots allt upplevde att andra människor inte undvek den som hade psykisk ohälsa och att denne inte kände sig diskriminerad när denne sökte arbete eller bostad. Andra resultat visade att en stöttande omgivning av till exempel familj var betydelsefullt för möjligheten till återhämtning. Vissa uttryckte även att skamkänslan över sjukdomen växte bort med åren (ibid.).

Teoretiska begrepp

Det dramaturgiska perspektivet

När vi träffar en människa menar Goffman (2009) att vi bland annat intresserar oss för personens attityd, socioekonomiska ställning och kompetens. Dessa upplysningar hjälper oss

att förstå vad vi har att vänta av personen och förstå vem denne är. Känner vi personen sedan innan kan vi förutsäga hur denne ska agera utifrån tidigare erfarenheter. Känner vi inte personen kan vi utifrån tidigare erfarenheter av andra som beter sig på ungefär samma sätt, föreställa oss hur personen kommer att bete sig (ibid.).

Enligt Goffman (2009) spelar vi alla teater och vill så som skådespelare gör, göra intryck på vår publik. Den information vi ger till andra människor ligger till grund för hur de uppfattar oss. Vi vill att andra människor ska se oss på ett visst sätt och därför väljer vi själva hur vi vill framställa oss. Eftersom vi vill ge en så positiv bild som möjligt av oss själva, döljer vi också saker i interaktionen med andra människor (Angelöw & Jonsson 2000). Lindgren (2007) menar att vi klär oss i olika roller som vi sedan spelar upp för andra. Vi spelar olika roller beroende på när, var och vilka vi är tillsammans med (ibid.).

Enligt Angelöw och Jonsson (2000) skiljer det dramaturgiska perspektivet mellan den främre och bakre regionen, det vill säga det som händer på scenen och det som händer bakom scenen. På scenen visar vi upp oss själva så som vi vill att andra ska uppfatta oss, medan vi bakom scenen blir mer avslappnade (ibid.). Repstad (2005) menar att vi på scenen kan manipulera publiken genom kostymer, sceneffekter m.m. Bakom scenen kan vi slappna av och visa, göra och säga sådant som publiken aldrig skulle få se eller höra. Ett exempel är läkarrollen där läkaren visar professionalitet, trygghet och handlingskraft på scenen, medan han bakom scenen kan prata om sin osäkerhet eller sina tvivel (ibid.).

Enligt Lindgren (2007) formar vi vårt framträdande med hjälp av förväntningar, normer och värderingar som finns på den roll vi spelar. Tanken är att manipulera publiken så att vi blir accepterade. Vi måste hela tiden tänka efter vilka beteenden som godtas eller inte godtas i rollen och agera därefter (ibid.). Om vi ska lyckas med vårt framförande måste vi enligt Goffman (2009) visa oss på det sätt som publiken förväntar sig, alltså utifrån deras stereotypa föreställning. Vi måste kanske avstå från vissa handlingar eller dölja dem då de strider mot normerna, och sedan istället göra dessa handlingar i hemlighet (ibid.).

Enligt Repstad (2005) utförs en roll med rollavstånd. Med detta menas att en människa går in i många olika roller, till exempel arbetsgivarroll, kamrat och kollega, och accepterar sin roll i det ögonblicket, men övergår senare till nästa. Då vi styr vårt handlande för att andra ska få en viss uppfattning om oss kan det bli problem om det inte lyckas (Johansson 2001). Det kan då skapa osäkerhet och publiken kan känna sig bragda ur fattningen och illa till mods. I en interaktion kan vi ljuga eller undanhålla information, detta är helt okey så länge vi kan hantera det. För att kunna spela rollen riktigt bra måste vi också kunna behärska uttryck så som ansiktet, rösten och våra känslor. Dessa måste ersättas med uttryck som passar i situationen (ibid.). Goffman (2009) menar att vi i interaktion med andra också måste vara mottagliga för antydningar och vinkar. Om vårt beteende är olämpligt måste vi ändra på det för att rädda situationen (ibid.).

Stigma

Enligt Giddens (2003) är ett stigma ett drag eller en egenskap hos en människa som skiljer sig från majoriteten av befolkningen. Stigman är sällan baserade på giltig kunskap utan handlar om stereotypa föreställningar. Om en person har en sådan egenskap leder det till att personen ifråga av andra ses på med fientlighet och misstänksamhet (ibid.). Redan första gången vi träffar en människa skapar vi enligt Goffman (1972) en bild av denne. Utifrån denna bild har vi vissa normativa förväntningar på personen. De mindre önskvärda egenskaperna är de egenskaper som upplevs vara mindre önskvärda gentemot det som i vårt samhälle kallas

”normalt”. Den stigmatiserade lever då inte upp till de förväntningar som vi har på det normala. Detta kan bidra till att vi vänder oss ifrån personen och inte upptäcker andra egenskaper hos denne (ibid.).

Angelöw och Jonsson (2000) skriver om tre olika typer av stigman: 1) kroppsliga missbildningar, 2) fläckar på den personliga karaktären så som psykiska rubbningar, alkoholism och självmordsförsök och 3) stambetingade stigman som ras och religion. De menar att beteenden som en människa har ofta tenderar att förklaras genom att det beror på stigmat. Om den stigmatiserade agerar på ett visst sätt förklaras detta beteende gärna beroende på stigmat, trots att så inte behöver vara fallet (ibid.).

Den stigmatiserade människan kan enligt Goffman (1972) känna att denne är ”helt normal” och är som vem som helst. Trots detta kan den stigmatiserade uppleva att andra människor inte umgås med denne på ett jämställt sätt, även då de ger uttryck för att de accepterar den stigmatiserade. Hela tiden finns en känsla av att den stigmatiserade inte riktigt vet vad andra människor tänker om denne. Trots känslan av att den stigmatiserade ser sig själv som vilken annan människa som helst ser denne ändå sig själv, men också andra i dennes omgivning, som lite annorlunda (ibid.).

Goffman (1972) menar att den stigmatiserade genomgår två faser under sin inlärningsprocess. Den första innebär att den stigmatiserade lär sig hur andra ser på denne. Den andra innebär att den stigmatiserade vänjer sig vid hur andra människor behandlar den som har stigmat. Dock finns det ytterligare en fas i inlärningsprocessen, vilken innebär att den stigmatiserade kan lära sig att passera och då ses som vem som helst. Goffman (ibid.) menar att det finns många fördelar med att vara ”normal”. Därför försöker de stigmatiserade på olika sätt att ”passera”. Den stigmatiserade kan till en början tro att allt denne vet om sig själv vet också andra. Så småningom kan den stigmatiserade däremot lära sig att så inte är fallet vilket gör att denne håller sin hemlighet för sig själv och på så sätt passerar.

Enligt Goffman (1972) undviker den stigmatiserade vanligtvis inte de spänningar som kan uppstå i en social kontakt. En vanlig strategi är istället att försöka undvika att ett ”tillkortakommande” överhuvudtaget blir känt. Om omgivningen tar den stigmatiserade för någon som denne egentligen inte är, någon som är som ”vem som helst”, accepterar den stigmatiserade därför oftast det. Denne bestämmer själv hur han eller hon vill göra i en social situation – och för vem den stigmatiserade vill visa sina tillkortakommanden.

Den stigmatiserade tenderar enligt Goffman (1972) däremot att hitta människor omkring sig som godtar denne för den han eller hon är. Exempelvis kan sådana kontakter ske mellan olika människor som ”bär på” ett stigma. Den andra gruppen är personer som trots att de inte själva har ett stigma har blivit förtrogna med livet som den stigmatiserade lever och är positivt inställda till detta. Det kan till exempel handla om en person som jobbar någonstans där denne kommer i kontakt med själva stigmat, så som sjuksköterskor eller sjukgymnaster. Men det kan också vara människor som lever nära inpå den stigmatiserade, som familj och vänner, och som själva genom den stigmatiserade upplever hur denne blir stigmatiserad (ibid.).

En strategi som den stigmatiserade enligt Goffman (1972) ofta använder är att dela upp sin bekantskapskrets i en stor grupp där denne inte säger något om sitt stigma och en liten grupp som denne litar på och som vet allt. Detta gör den stigmatiserade för att försöka hålla riskerna över att andra ska få veta om dennes stigma, under kontroll. Den stigmatiserade undviker oftast att tala om stigmat i början av en relation, eftersom den kan förstöras om den stigmatiserade skulle vara öppen om sitt stigma. När personer i den stigmatiserades närhet fått

veta om stigmat kan den stigmatiserade bete sig så som andra människor ser på en person som har just detta stigma. På så vis slipper denne att hela tiden dölja stigmat. Detta är en orsak till att stigmatiserade väljer att tala om att han eller hon har ett stigma (ibid.).

Metodologi och urval

Val av forskning

Jag sökte efter tidigare forskning via den nationella universitetsbiblioteksdatan Libris, den nationella söktjänsten för vetenskaplig publicering SwePub samt databasen ProQuest Social Sciences (ProQuest XML), där jag valde att söka i olika databaser samtidigt. De databaser jag valde var ERIC, International Bibliography of the Social Sciences (IBSS), PsycARTICLES, PsycINFO, Social Services Abstracts och Sociological Abstracts. Det var väldigt svårt att hitta något om ångest och acceptans i samhället. Det som fanns var dock mycket handböcker om vad ångest är samt böcker om behandling av ångest. Det var även svårt att hitta litteratur om acceptans och ångest i databaserna. Därför provade jag att titta på webbsidan uppsatser.se för att se om jag kunde få tips till referenser från tidigare gjorda uppsatser men inte heller här fanns det mycket om ångest och acceptans i samhället. Det jag då gjorde var att jag övergick till att söka i alla tre sökmotorer (Libris, SwePub och databasen ProQuest Social Sciences) efter psykisk ohälsa istället efter ett tips från en bibliotekarie. Detta gav också ett bättre urval av det jag var intresserad av, alltså av acceptansen av psykisk ohälsa.

De sökord jag använde i de svenska sökmotorerna var ångest, rädsla, samhälle, omgivning, omvärld, miljö, närhet, umgänge, acceptans, attityder, godkännande, gillande, förståelse, sympati, generaliserat ångestsyndrom, GAD, social fobi, agorafobi, panikångest, panikattacker, vuxna, psykisk ohälsa, psykiska sjukdomar, ångestneuroser. De engelska jag använde i databaserna var anxiety, society, environment, neighbourhood, accept, attitudes, understanding, sympathy, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, agoraphobia, panic disorder, panic attack, adults, mental health, psychic unhealth, psychic disease. Vissa har jag trunkerat. Vidare sökte jag via Göteborgs universitetsbibliotek och Dagstidningar på artikelsök för att leta tidningsartiklar och valde här samma sökord som ovanstående. Jag använde mig också av sökmotorn Google för att hitta kända personer som pratat om sin psykiska ohälsa/ångest samt för att hitta statliga betänkanden om mitt ämne.

Val av teoretiska begrepp

Jag valde till en början att använda mig av stigmatteori och stämplingsteori. Detta för att det kändes naturligt när jag under sökning efter tidigare forskning såg att just dessa teorier användes i forskningar som handlade om människors attityder till människor med psykisk ohälsa. Men jag valde även dessa teorier på grund av att de handlade om att inte bli accepterad i samhället. Att få ett stigma eller en stämpel på sig gör att en människa inte accepteras för den personen är.

När jag började läsa om de två teorierna kände jag att stigmatteorin kändes mer och mer rätt. Stämplingen trodde jag också på att jag kunde få in, men samtidigt var jag lite osäker. När jag började samla in min empiri började jag tveka ännu mer på teorin. Kunde jag verkligen använda mig av den i analyskapitlet eller var stigmatteorin trots allt den övergripande teorin som täckte det jag fick in av empiri? Eftersom ingen av informanterna uttryckte känslan av att ha blivit stämplad gjorde detta till slut att jag valde att bortse från den teorin. Jag funderade på

att endast använda mig av stigmatteorin, men efter diskussion med min handledare samt med min handledningsgrupp fick jag tips av en i gruppen att välja Goffmans dramaturgiska begrepp, vilket jag också valde. Det kändes intressant att genom det dramaturgiska begreppet titta på de olika roller som en människa med ångestsymptom spelar och att personen också kan välja olika roller i olika situationer.

Val av metod

Till en början var jag väldigt osäker på vilken metod jag ville använda mig av. Jag var först intresserad av att göra en litteraturstudie, men jag fortsatte trots allt fundera på möjligheten att genomföra kvalitativa intervjuer eller en kvantitativ enkätundersökning. Jag diskuterade med människor i min omgivning. En kvinna som jag känner sa då plötsligt till mig att om jag valde kvalitativ intervju fick jag gärna intervjua henne, då hon själv har erfarenhet av ångest. Dessutom räknade hon upp en handfull människor till som hon kände och som jag eventuellt kunde intervjua. Eftersom jag vid kvalitativ intervju var osäker på hur jag skulle få tag i informanter öppnade sig en möjlighet i och med att hon sa detta. Jag funderade vidare och bestämde mig till sist för denna metod. Eftersom jag var intresserad av att undersöka *upplevelsen* som människor med ångestsymptom har av hur deras ångest accepteras i samhället, tyckte jag att denna undersökningsmetod passade bra. (Kvale & Brinkmann 2009).

Jag har använt en *abduktiv* ansats i min analys av intervjumaterialet. Enligt Alvesson och Sköldberg (2008) kan abduktion förstås som en blandning av induktion och deduktion. Vid en induktiv ansats utgår analysen från empirin. En teoretisk förståelse av materialet arbetas sedan fram genom analysen. Deduktion utgår i sin tur från en teori, som testas gentemot den insamlade empirin (ibid.). Mitt analytiska arbete har delvis utgått från det insamlade empiriska intervjumaterialet, men samtidigt har den inspirerats av de teoretiska begrepp som jag hade med mig in i analysen. Nya teoretiska begrepp har också lagts till analysen under arbetets gång, varför min ansats kan sägas ha pendlat mellan empirin och olika analytiska och teoretiska begrepp. Kunskapsteoretiskt utgår uppsatsen från en *hermeneutisk* ansats. Hermeneutik innebär läran om tolkning (Thomassen 2007). Det centrala inom hermeneutiken är att förstå. För att förstå måste vi tolka, vilket jag har gjort dels genom att använda mig av teori och dels genom att i intervjusituationen vara noggrann med att ställa tolkande följdfrågor för att validera att jag har förstått och tolkat informanternas svar på ett adekvat sätt (ibid.). Eftersom jag som forskare har en viss förförståelse som kan påverka tolkningen av resultaten, har jag under *Etiska reflektioner* nedan även redovisat och resonerat kring denna (Kvale & Brinkmann 2009).

Urval

Jag tyckte som sagt till en början att det var svårt att hitta intervjupersoner och brottades med tanken på hur jag skulle få tag i dessa. Då jag endast ville intervjua människor med ångestsymptom, sådana som jag beskrivit i kapitlet om bakgrund, skulle jag vara tvungen att hitta dessa människor någonstans. Min tanke var att vända mig till en vuxenpsykiatri men funderade på om de ångestdrabbade skulle vilja bli intervjuade av mig - en studerande som skriver c-uppsats? Skulle de ångestdrabbade våga träda fram och berätta om ett tabubelagt ämne för någon de inte kände? Dalen (2007) skriver att forskaren ibland får vara beredd på att få problem att sätta samman ett urval när det handlar om grupper som har svåra livsvillkor. Hon menar att forskaren ibland får avvika från de ursprungliga kraven på urvalet, då det annars kan leda till att undersökningen inte kan genomföras.

Då jag, som jag nämner ovan, hade pratat med en kvinna som jag känner som erbjöd sig att ställa upp som informant och även hade andra hon kände som skulle kunna ställa upp, pratade jag åter med henne. Detta ledde till att jag genom henne skulle få informanter genom *snöbollseffekten*. Denna urvalsmetod innebär att forskaren frågar någon om denne känner någon annan med samma problematik som forskaren vill undersöka, och på så sätt får fler och fler informanter (Dalen, 2007). Jag inser att denna metod kan ge små och skeva urval, eftersom jag själv inte väljer ut informanterna efter någon särskild princip (ibid.). Detta gjorde dock att jag plötsligt hade fått ett urval. Jag kände mig glad för att jag då faktiskt skulle få undersöka hur människor med ångestsymptom *upplever* acceptansen av ångest i samhället.

Under tiden jag satte den bollen i rullning fortsatte jag att prata med människor i min närhet om det fanns någon som kunde tänkas ställa upp eller kände någon som ville ställa upp. Utan att jag hade frågat erbjöd sig en annan kvinna jag känner att bli intervjuad. Även en tredje person, en man denna gång, ställde upp när jag frågade honom. Den första kvinnan gav mig under den tiden en fjärde person som kunde tänka sig att ställa upp.

Den första kvinnan hade ett par stycken till hon hade kunnat fråga om de eventuellt kunde tänkas vilja ställa upp på intervju. Jag är medveten om att om jag har relativt få informanter i undersökningen, vilket kan göra det svårt att generalisera (Kvale & Brinkmann 2009). Trots detta valde jag att enbart ha fyra informanter. Detta för att jag skriver uppsatsen ensam och kände att jag ville bli klar inom den tid jag har på mig samt ville få uppsatsen väl genomarbetad och välformulerad. Jag ville även kunna transkribera ut hela intervjuerna och visste att detta skulle ta lång tid.

Snöbollseffekten gav mig vuxna som informanter, vilket passade mig bra eftersom jag önskade att ha vuxna i min undersökning. Det ville jag ha för att jag var intresserad av deras synsätt (just på grund av deras livserfarenhet, även av arbetslivet) av acceptans. Det resulterade även i en åldersspridning. Två av informanterna är i 30-års åldern, en i 20-års åldern och en i 50-årsåldern. Jag fick också informanter av båda könen, tre kvinnor och en man.

Genomförande av intervju

För att göra en intervju krävs det enligt Kvale och Brinkmann (2009) först ett syfte. Nästa steg är att skaffa sig förkunskap om ämnet för att kunna utforma sina frågor. När jag hade gjort dessa steg började jag att skriva en intervjuguide utifrån Kvale och Brinkmanns (ibid.) *halvstrukturerade livsvärldsintervju*, se bilaga 1. Det innebär att jag hade olika teman och under varje tema skrev frågor. Då intervjuguiden var halvstrukturerad kunde jag ha guiden som ett manus. Samtidigt kunde jag ändra ordningsföljden eller formen på frågorna om det behövdes. Kvale och Brinkmann (ibid.) menar att en bra intervjuguide behöver bidra med tematisk kunskapsproduktion och vara dynamiskt utformad genom att frågorna skapar en positiv interaktion mellan forskaren och informanten. När jag skrev frågorna tänkte jag därför på att formulera dem på ett sätt som skulle kunna hjälpa mig att få en god kunskap om ämnet. Det är också viktigt att intervjuguiden utformas så att intervjun kan flyta på så att informanterna har möjlighet att berätta om sina upplevelser och känslor. För att åstadkomma detta började jag med att utifrån mitt syfte "brainstorma" kring vad det var jag ville veta. Sedan formulerade jag frågor till detta. Jag valde att ha öppna frågor och att skriva frågorna enligt Kvale och Brinkmanns (ibid.) *tratteknik*. Den innebär att jag börjar intervjun med inledande frågor för att sedan ställa mer specifika.

När jag gjort intervjuguiden gjorde jag en pilotintervju. Detta gjorde jag för att testa intervjuguiden (Kvale & Brinkmann 2009). Då jag vid det tillfället under uppsatsperioden inte hade tillgång till en person som hade ångest, genomförde jag pilotintervjun på en person som inte har ångest. Jag inser att denna persons möjlighet att ge full feedback på min intervjuguide var begränsad, men tanken var trots detta att jag skulle få veta om intervjupersonen förstod frågorna. Detta gjorde intervjupersonen, vilket gjorde att jag inte ändrade på några frågor.

Jag valde att använda mig av min mp3 som ljudupptagning för intervjuerna. Att spela in intervjuerna är viktigt för att kunna få med allt som informanterna säger, men också för att jag själv bättre ska kunna koncentrera mig på intervjun (Dalen 2007; Kvale & Brinkmann 2009). Jag provade också att testa om mp3:n fungerade som ljudupptagning samt att jag kunde spela in mer än en timmes intervju. Inget av detta visade sig vara något problem.

Då jag ville att informanterna skulle känna sig så trygga som möjligt, frågade jag dem vart de ville bli intervjuade (Kvale & Brinkmann 2009). Detta resulterade i att intervjuerna gjordes på olika platser. Två gånger åkte jag därför till informanternas arbetsplats, en gång var vi hemma hos mig och en gång åkte jag hem till informanten. Det jag dock var noggrann med var att intervjuerna skulle ske i en bullerfri miljö (ibid.). På arbetsplatserna blev det därför före eller efter informanternas arbetsdag. De som var närvarande vid samtliga intervjuer var endast jag och informanten. Eftersom jag hade en intervjuguide till hjälp under intervjun gjorde jag intervjuerna enligt en halvstrukturerad forskningsintervju (ibid.). Detta innebär att jag under intervjun var intresserad av informanternas upplevelser de har om de olika teman jag hade i intervjuguiden. Det blir på så sätt inget slutet frågeformulär men inte heller en öppen kommunikation då jag har guiden till hjälp med förslag på frågor (ibid.).

Eftersom intervjupersonen enligt Kvale och Brinkmann (2009) vill ha information om undersökningen började jag intervjun med en orientering. Detta innebär att jag gav information om syftet med studien, samtycke och konfidentialitet. Som tack för att informanterna ville ställa upp erbjöd jag också att de kunde få ta del av materialet efter att uppsatsen är färdig. Detta sågs som positivt av samtliga. Sedan fick informanterna skriva på en samtyckesblankett, se bilaga 2. Då en bandspelare kan få informanterna oroade valde jag att fråga dem om det gick bra att jag spelade in intervjuerna (Bryman 2011). Samtliga tyckte det var okey. I ett av fallen framkom information vid ett senare tillfälle. Om detta sker är det av etiska skäl viktigt att jag frågar informanten om jag får använda informationen i uppsatsen (Kvale & Brinkmann 2009). Detta var informanten positivt inställd till. I intervjusituationen är lyssnandet viktigt, att visa respekt och intresse (ibid.). Eftersom jag hade öppna frågor ställde jag följdfrågor om jag inte förstod eller något behövde förtydligas. Frågetekniker jag använde mig av var tystnad, sonderade frågor, specificerade frågor och uppföljningsfrågor (ibid.) Kvale och Brinkmann (ibid.) menar att det efter en intervju kan finnas en viss spänning då informanterna talat öppet om ett känsligt problem. Intervjun bör då kompletteras med en uppföljning. Detta gjorde jag genom att fråga om informanterna hade något att tillägga.

Intervjuerna var mellan 30 och 60 minuter långa. Informanterna var lättpratade och jag stötte inte på några större problem. Det jag kunde känna som intervjuare var, särskilt vid första intervjun, att jag kände en ambivalens i början över vem jag var. Eftersom jag kände mina informanter mer eller mindre, och har eller hade haft en annan typ av relation till dem, kändes det lite konstigt att sitta i forskarrollen med dem. Hur skulle jag vara? Hur är jag forskare? Detta gav sig dock ganska snart och jag lutade mig tillbaka på hur jag ska vara i intervjusituationen, alltså lyssnande, ställa följdfrågor och koncentrera mig på de frågor jag skrivit i min intervjuguide då det var dessa som skulle hjälpa mig att få ett resultat.

Etiska reflektioner

Min första tanke var att mitt ämne är känsligt och svårt att prata om. Eftersom min förförståelse delvis utgick från att ångestsymptom fortfarande inte är helt accepterat visste jag till en början inte om jag skulle hitta informanter som skulle vilja prata om ämnet och öppna sig för mig. De var tvungna att känna tillit och detta kändes som ett problem. Men när jag sedan fått mina informanter via snöbollsmetoden oroade jag mig inte mer. Det fanns människor som kunde tänkas ställa upp. Sedan valde jag som sagt att fråga dem vart de ville bli intervjuade för att just öka tryggheten.

Eftersom jag har velat ge mina informanter så mycket anonymitet som möjligt har jag valt att inte tala om vilket kön de är i resultat- och analysdelen. Jag är fullt medveten om att det hade varit intressant att få veta om det fanns någon skillnad i hur män och kvinnor uppfattar acceptansen av ångest, men då det endast var en man med i undersökningen nämner jag inte kön av hänsyn till honom. Detta för att jag annars hade riskerat att ”hänga ut” honom.

Enligt Codex (2011) är det viktigt när en forskare forskar om människor att ge information, både skriftligt och muntligt. Samtycker inte informanterna, får inte heller forskning bedrivas (ibid.). När jag letade efter informanter talade jag samtidigt om syftet med uppsatsen. När intervjuerna hölls fick informanterna åter information om syftet samt att uppsatsen skulle bestå av kvalitativa intervjuer. De fick också information om samtycket, att de deltar frivilligt och att de när som helst får avbryta intervjun eller välja att inte svara på en fråga utan påtryckningar från min sida (Dalen 2007). Vidare informerade jag dem om konfidentialitet, det vill säga att deltagandet är anonymt och att de uppgifter som jag samlar in bara kommer att användas av mig i uppsatsen (Kvale & Brinkmann 2009). Efter att jag gjort detta fick informanterna skriva på en samtyckesblankett där ovanstående stod med, se bilaga 2.

Det finns också vissa konsekvenser i en intervjusituation som jag som forskare behövde vara medveten om. När jag ställer intima frågor kan det hända att informanterna berättar saker de själva skulle ångra efteråt (Kvale & Brinkmann 2009). Situationen är också förenad med makt. Eftersom det är jag som intervjuare som ställer frågor och dialogen är enkelriktad blir det en asymmetrisk relation (ibid.) Jag informerade informanterna om att de även efter intervjun, fram till dess att uppsatsen skulle vara klar, kunde ta tillbaka sitt deltagande eller delar av det på grund av de konsekvenser som kan uppstå, men ingen av dem har hört av sig.

Min förförståelse är att jag innan uppsatsen hade pratat med människor i min närhet om ångest och under mitt liv har stött på människor som lidit av ångest. Min uppfattning var genom dessa samtal att ångest inte alltid är accepterat. Dalen (2007) menar att forskaren alltid har förförståelse i intervjusituationen, men att det som forskare gäller att försöka dra tillbaka den i intervjusituationen för att försöka förstå informanterna på bästa sätt. När jag hade funnit ”forskarrollen” (som jag nämnde ovan) kände jag att jag mer kunde koncentrera mig på vad det var mina informanter sa till mig och försöka förstå utifrån deras synpunkt. Objektivitet handlar enligt Kvale och Brinkmann (2009) om att resultaten ska vara utan fördomar. Om kunskapen har kontrollerats och verifierats handlar det om god kunskap. Men Kvale och Brinkmann (ibid.) menar dock att det är svårt att i en kvalitativ studie vara helt objektiv. Detta för att forskaren alltid har förförståelse om det ämne denne undersöker. Jag har därför redovisat min förförståelse så att läsaren kan få en inblick i den.

Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Validitet

Validitet innebär att forskaren har undersökt det som denne vill undersöka (Kvale & Brinkmann 2009). Kvale och Brinkmann (ibid.) pratar om validitet som hantverksskicklighet i den meningen att validiteten yttrar sig i att forskaren hela tiden ifrågasätter, kontrollerar och teoretiskt tolkar sina resultat. För att stärka validiteten har jag noggrant beskrivit hur jag gått tillväga under uppsatsarbetet. För att kunna besvara uppsatsens syfte – och undersöka det som uppsatsen ska undersöka – har jag i min utformning av intervjuguiden försökt ställa relevanta frågor till informanterna, vilket utgör en del av validiteten. Men validitet har också att göra med sanningshalten i det informanterna säger (ibid.). Eftersom det handlar om deras upplevelser, snarare än en ren sanningshalt för alla människor med ångestsymptom, har jag för att öka validiteten i intervjuerna kontrollerat att jag uppfattat informanterna rätt samt frågat om sådant jag inte har förstått. Detta utgör också, som jag tidigare har påpekat, ett centralt förhållningssätt inom hermeneutiken. Men vad som också är viktigt är enligt Dalen (2007) att mina informanternas uttalanden blir fylliga och relevanta. Detta har jag försökt göra genom att i intervjuerna ha öppna frågor. Genom citat jag har valt till resultat- och analysdelen visar jag också svar som informanterna har gett mig så att läsaren kan se exempel på innehållet och riktigheten av mina resultat (Kvale & Brinkmann 2009).

Reliabilitet

Reliabilitet innebär att mina resultat kan göras om vid en annan tidpunkt och av andra forskare (Kvale och Brinkmann 2009). Intervjupersoner kan svara på ett sätt under en tidpunkt, till exempel när jag intervjuade dem, men kan svara något annat vid en senare tidpunkt. Detta beror på att det handlar om deras upplevelser i den givna tidpunkten. Men det handlar också om att de kan svara på olika sätt beroende på vem det är som frågar samt att de kan svara olika beroende hur intervjuaren ställer frågan (ibid.). Jag har haft öppna frågor i min intervjuguide för att jag inte ville leda in informanterna i något svar. Jag har utifrån det jag har velat veta och utifrån min förförståelse ställt de frågor jag har ställt. Då en annan forskare skulle kunna ställa andra frågor blir inte mina resultat reliabla. Inte heller blir de reliabla utifrån att informanterna kan ändra sina åsikter. Resultaten jag har kommit fram till är en produkt av deras upplevelse, vilket gör att en annan forskare inte skulle få fram exakt samma svar. Jag har dock försökt öka reliabiliteten i uppsatsen genom att jag noggrant har beskrivit hur jag gått tillväga när jag gjort uppsatsens alla steg (Dalen 2007).

Generaliserbarhet

Generaliserbarhet innebär i kvantitativa studier att resultaten ska kunna överföras till resten av befolkningen och till andra situationer (Kvale & Brinkmann 2009). En vanlig invändning mot generaliseringar inom kvalitativ forskning är att forskaren har för få intervjupersoner för att kunna generalisera (ibid.). Detta har jag exempelvis haft, vilket gör det svårt att generalisera mina resultat. Ju fler informanter jag skulle haft i min undersökning desto mer statistiskt generaliserbart skulle resultaten bli. Men snarare än att tala om statistisk generalisering kan man i kvalitativa studier tala om analytisk generalisering. I en analytisk generalisering är det viktigt att forskaren argumenterar för om resultaten är generaliserbara utifrån en analytisk och teoretisk förståelse av materialet, men noggrant också beskriver intervjuerna och intervjuprocessen. Jag har försökt göra detta genom att beskriva mina led i uppsatsen noggrant, liksom den teoretiska tolkningen, vilket ökar hållbarheten i generaliseringspråket (ibid.)

Analysprocessen

När jag hade gjort alla fyra intervjuer valde jag att transkribera hela materialet då det annars fanns risk för att jag skulle missa viktiga delar av intervjuerna (Bryman 2011). Jag transkriberade intervjuerna så exakt som möjligt. Därför valde jag att ta med ord som ”liksom”, ”typ” eller ”eh”. När transkriberingen var klar läste jag igenom mitt material och kodade det (ibid). Detta innebar att jag i marginalen skrev anteckningar samt strök under viktiga delar av intervjuerna. Meningen var att jag lättare skulle kunna leta fram det jag ville ha när jag började på min resultat- och analysdel. Under denna tid strök jag även under eventuella citat som jag senare kunde använda mig av i resultat- och analysdelen.

Under tiden jag gjorde intervjuerna samt under transkriberingen såg jag många exempel på förståelse, men också på i vilka situationer informanterna gav uttryck för att de upplevde acceptans för ångest eller inte. När vi i handledningen diskuterade resultat- och analyskapitlet fick jag som förslag på att ha två teman, förståelse som första och var det är okey att ha ångest som andra. Detta stämde överens med mina egna tankar och därför valde jag att dessa teman: *Förståelse och acceptans* samt *När är det okey vs när är det inte okey att ha ångest*. Då mitt material var kodat var det också lätt att titta på koderna för att hitta empiri och citat som skulle passa in under de olika temata (Bryman 2011). När jag på detta sätt började skriva under de båda temata kände jag dock att det blev en del upprepningar och det var svårt att hålla isär de båda. Jag, och även min handledare, upplevde att de analytiskt gick ihop en hel del. Detta gjorde att jag valde att ändra strukturen.

Jag gjorde därför sju olika teman – *Förståelse och acceptans*, *Professionella hjälpare*, *Den inre kretsen*, *Familj och ambivalens*, *Arbetslivet*, *Oro och undvikande* samt *När är det okey att ha ångest?* Eftersom både förståelse- och acceptansbegreppet kom upp under samtliga intervjuer, la jag även till rubriken *Förståelse och acceptans* för att ge exempel på när de båda begreppen användes. Informanterna talade tydligt i intervjuerna om fyra olika områden i deras liv (sjukvård, vänner, familj och arbete). Detta gjorde att jag valde att ha just dessa teman efter *Förståelse och acceptans*. Några av informanterna pratade också om vad de trodde att andra människor tänkte om dem och jag upplevde att det fanns många tillfällen samtliga informanter undvek att berätta om sin ångest. Detta gjorde att jag valde att göra ytterligare ett tema *Oro och undvikande*. För att sedan knyta samman resultaten och lyfta fram var informanterna upplevde att det var okey eller inte okey att ha ångest gjorde jag ytterligare en rubrik *När är det okey att ha ångest?* När jag utifrån mina koder skrivit empiri under varje rubrik skrev jag ihop resultaten i en flytande text. Jag skrev också in citat som passade in. Detta för att ge läsaren en tydligare inblick i min empiri och för att skapa genomsynlighet i analysen (Kvale & Brinkmann 2009). När jag vid citering har gjort ”...” i början av ett citat betyder detta att jag har valt att inte använda mig av ett helt citat utan börjat citera i mitten av en mening. Jag har också valt att skriva (...) för att markera att det finns text/tal som jag har valt att inte ta med i ett citat, alltså att något är bortklippt då jag inte har ansett att detta har varit analytiskt relevant. När det sammanhängande i citaten står ”...” handlar det om att informanterna tagit en paus i berättandet. När något kursiveras i citatet betyder detta att jag vill markera dessa delar som extra analytiskt relevanta. Då min avsikt har varit att ge informanterna så mycket anonymitet som möjligt har jag valt att inte nämna dem som informant 1, 2, 3, och 4. Jag inser att läsaren då inte får en inblick i hur jag valt citaten, men detta har jag alltså gjort för att skydda informanternas identitet.

Jag valde att ha resultat och analys i ett och samma kapitel. Bryman (2011) skriver att resultaten först får betydelse när forskaren sätter till en teori. När jag hade skrivit klart de

resultat jag funnit intressanta fortsatte jag med hjälp av mina teorier att analysera resultatdelen. Jag tittade även på tidigare forskning för att se om det fanns likheter eller skillnader från min empiri.

Analys och resultat

Förståelse och acceptans

Min tanke med uppsatsen var att ta reda på hur människor med ångestsymptom upplever att deras ångest accepteras i samhället. När jag genomförde och analyserade intervjuerna upptäckte jag att trots att informanterna använde acceptansbegreppet, pratade de även mycket om förståelse - att de antingen kände sig förstådda eller missförstådda i olika situationer och i olika relationer. Detta var analytiskt intressant eftersom jag hade tänkt mer i termer av acceptans. En informant berättade:

Neej, jag har nog, jag har nog nästan aldrig fått någon negativ... utan snarare mer jaha okey och hur funkar det då och... eh, jajaja är det någonting speciellt man ska tänka på eller så (...)

I citatet illustreras hur informanten beskriver människors bemötanden i termer av oförstående snarare än av acceptans. De människor som bemött informanten önskar att få veta mer om ångestsymptomen, då de saknar tillräcklig kunskap om vad ångest är. Kan det vara så att det bemötande som människor med ångest erfar i många situationer handlar mer om brist på kunskap och förståelse än av acceptans? En klasskompis sa till mig att människor kan förstå något utan att acceptera det och att de också kan acceptera något utan att förstå det. Acceptans och förståelse är således inga synonyma ord. Detta gav mig en tankeställare. Jag tror att jag, när jag initialt tänkte på acceptansbegreppet, inte hade tänkt på "förståelse" som ett ord med en annan innebörd. Under intervjuerna pratade informanterna ibland om förståelse och ibland om acceptans, vilket kan förstås som att begreppen inte användes synonymt av mina informanter. Några gånger talade de däremot om båda begreppen i samma mening, vilket påvisar att även de, precis som jag, kan använda begreppen som mer eller mindre synonyma. Ett sådant exempel syns i följande citat:

... i sådana situationer så tror jag att de flesta *accepterar det och kan förstå det*. Men det är väl mer när man... försöker förklara att det kanske inte är något specifikt man har ångest för utan att det bara liksom är där, det är då det blir svårt och då tycker jag att det är *mindre accepterat*. När folk *inte förstår själva* och inte har något att relatera till.

Eftersom både acceptans- och förståelsebegreppen tas upp av informanterna, känns båda begrepp som viktiga att ta hänsyn till när det gäller de upplevelser som en person med ångestsymptom kan ha i olika situationer. De olika situationerna när informanterna upplever sig bli missförstådda eller inte accepterade kan tolkas genom stigmat teorin (Goffman 1972). I samhället finns det enligt Goffman (ibid.) något som kallas normalt. Avviker en människa från normen betyder det att personen inte lever upp till vad det omgivande samhället tenderar att beteckna som önskvärda egenskaper. Detta kan leda till att denna person stigmatiseras. Då informanterna pratar om både oförstående och brist på acceptans, handlar det då om att de upplever sig bli stigmatiserade i olika situationer? I detta kapitel undersöks denna fråga närmare genom att det empiriska material som jag har samlat in genom intervjuer med människor som lever med ångest beskrivs och analyseras, delvis utifrån stigmat teorin men också utifrån Goffmans dramaturgiska perspektiv. Analysen spänner över flera områden och olika slags relationer som intervjupersonerna har beskrivit i intervjuerna. Kapitlet inleds med

en analys av hur förståelsen och acceptansen för ångest upplevs i informanternas kontakter med professionella hjälpare. Härfter beskrivs vad jag kallar ”den inre kretsen” som utgör informanternas nära relationer, vilket följs av ett avsnitt om upplevelsen av familjens respektive arbetsplatsens förståelse och acceptans. Avslutningsvis redogör jag för informanternas tankar kring omgivningens reaktioner på deras ångest och den oro och det undvikande som informanterna emellanåt tar till som ett skydd mot samhällets syn på och bemötande av ångest. Allra sist i kapitlet sammanfattar jag de resultat som jag genom min studie har kommit fram till.

Professionella hjälpare

När informanterna pratade om att bli förstådda och finna acceptans, framträdde olika professionella hjälpare som en central kategori i deras beskrivningar. Främst var det psykologer och läkare som omtalades i intervjuerna, men en informant tog även upp Försäkringskassan. Dessa professionella hjälpare upplevdes av informanterna kunna ge olika bemötanden. Informanterna upplevde både att de hade blivit både förstådda och missförstådda. De fyra informanterna hade samtliga erfarenhet av psykolog. Psykologerna upplevdes av informanterna som de professionella hjälpare som gav mest stöttning. Det var också hos dem som informanterna kände att ångesten blev mest accepterad.

Eh... men då gick jag till min psykolog igen och... Han är ju lite av en, vad ska jag säga, en beteende... terapeut och liksom psykolog och kan förklara varför man känner som man känner och sen så är man som en ny människa och så kör man på igen (skratt).

Att informanten upplever sig vara ”en ny människa” efter psykologbesöket visar på att informanten upplever en förståelse av psykologen då denne kan förklara varför ”man känner som man känner”. Informanten fortsätter senare i intervjun med att säga:

Jag behövde någon som *berättade för mig* vad det är som händer med mig, *varför jag känner som jag* och hur jag ska kunna leva med det och hur ska kunna gå vidare.

I citatet visas hur psykologen beskrivs som en person som har förståelse för ångesten, eftersom informanten får det som denne önskar, det vill säga någon som berättar och förklarar varför informanten känner som den gör. Genom den kunskap som psykologen har om ångestsymptomet kan han hjälpa informanten vidare. Han beskrivs till och med kunna förstå och förklara ångesten bättre än informanten själv. Enligt Goffman (1972) finner en stigmatiserad alltid några människor omkring sig som godtar denne för vad den är. Psykologerna som sågs som förstående av informanterna, beskrevs genomgående också se informanterna som individer snarare än deras stigma. På så sätt kan relationerna till dessa psykologer kategoriseras som icke stigmatiserande. Men trots att psykologer och sjukvården i allmänhet enligt informanterna gav ett positivt bemötande och då sjukvården generellt upplevdes vara till god hjälp och stöttning, uttryckte informanterna även att de tyckte det var väldigt olika vilket bemötande de fått beroende på vem de hamnat hos.

Och innan honom hade jag gått hos tolv stycken tror jag. Och det var bara nej, nej, nej, nej, nej, nej, nej det går inte, eh, just för att det kändes som att vissa satt och gullade och snuttetussan ”Det här kommer gå så snuttetussebra och det här kommer...” Det liksom funkar inte för det var inte det jag behövde.

Informanten beskriver i intervjun att denne inte upplevde någon tillit till denna psykolog. I detta fall fanns inte tilliten då psykologen enligt informanten hade en överslätande attityd

gentemot informantens ångest. Tilliten fanns mer när informanten pratade om en annan psykolog som hade många år i yrket.

... framförallt så känns det inte som att han sitter och läser ur en bok, ”så här har de sagt till mig i skolan att man ska göra så jag måste fråga det här”. Utan (namn på psykologen) är mer så här att han har ju sin bakgrund, han har ju, han är la säkert snart 60 år, han har ju sin bakgrund men han har ju träffat så mycket folk och han har ju så himla mycket kött på benen, liksom rent generellt, så att man känner sig så trygg med honom väldigt fort och då öppnar man ju sig och pratar om allting.

Hos honom var också själva stämningen i rummet det som gjorde att det kändes lättare, enligt informanten. Trygghet och tillit framträder i intervjumaterialet generellt som väldigt viktigt för informanternas möjlighet att öppna sig och berätta om sin ångest. Tilliten kopplades vidare, som i de exemplifierade citaten, till psykologens förståelse, bemötande och kunskap. Förståelse, värme och kunskap bidrog enligt intervjumaterialet till att informanterna kände sig sedda och accepterade som individer. Genom stigmatorin kan de negativa erfarenheterna av psykologerna förstås utifrån att psykologerna i dessa fall inte beskrevs möta individen, utan snarare upplevdes ha ett överslätande förhållningssätt. Om psykologerna inte ser individen, kan detta bidra till att informanterna känner sig stigmatiserade (Goffman 1972). Hur detta kan ta sig uttryck avspeglas och utvecklas vidare i informanternas upplevelser av andra hjälpkontakter.

En informant uttryckte exempelvis att sjukvården inte verkade vilja ta reda på varför informanten mår dåligt, ”... utan det var mest liksom bara att dela ut mediciner illa kvickt och så ut så man inte tog upp tid i systemet typ.” I detta fall fokuserades stigmat, alltså ångestsymtomet, snarare än människan bakom det. Läkare, framförallt inom vårdcentralen, uppgavs i flera intervjuer också upplevas som mindre accepterade. En informant menade att när denne sökte hjälp från läkare för fysiska symtom upplevde informanten att läkarna ville få informanten att tro att det berodde på dennes psykiska hälsa. Även i detta fall fokuserades stigmat, snarare än individen. Ett annat målande exempel på brist på acceptans illustreras i följande citat:

Eh, när det gäller de här läkarkontakterna så, den som jag kommer mest ihåg, han var väldigt liksom *överslätande* med det hela, och han... kläckte väl ur sig någonting i stil med att ”ja, det var ju tråkigt att du mår så dåligt och så där men bara du förändrar ditt liv lite”, i mitt fall så var det att jag skulle skaffa en pojkvän och en hund, så skulle allting bli mycket bättre. Eh, och det tycker inte jag är... Ja, det är ganska *nedvärderande*. Det är *inget accepterande* utan det var mer som att ”jaja sitt inte här och gnäll utan gå hem och förändra det istället”.

Precis som i ett tidigare citat, där en informant gav uttryck för att psykologens överslätande attityd inte bidrog till att skapa tillit och en känsla av att bli förstådd, beskrivs ett överslätande bemötande här som nedvärderande. Detta förknippar intervjupersonen vidare med en brist på acceptans.

Ohlsson (2009) menar att deltagarna i hans studie också upplevde sig ha blivit negativt bemötta inom sjukvården, framförallt inom primärvården. Deltagarna upplevde även i denna studie att läkarna inte verkade förstå ångesten, då de antingen endast skrev ut medicin eller bara tittade på de fysiska symptomen (ibid.). Upplevelsen av kontakten med läkare skulle kunna förstås utifrån stigmatorin och utifrån behovet av att bli bemött med kunskap, som flera informanter talar om i intervjuerna (Goffman 1972). Med tanke på att allmänpraktiserande läkare inom primärvården träffar människor med många sorters

sjukdomar kanske de generellt sett inte har tillräcklig kunskap om just ångest och hur ångest kan bemötas. Brist på kunskap kan i sin tur leda till ett överslätande bemötande, alternativt att fysiska sjukdomssymtom hos personer med ångest övertolkas som uttryck för psykisk ohälsa. I båda fallen beskrivs sådana bemötanden som stigmatiserande av intervjupersonerna och som situationer där de inte har upplevt förståelse och acceptans. En brist på kunskap, förståelse och acceptans förefaller alltså resultera i att informanterna då känner sig stigmatiserade, eftersom läkarna tenderar att bemöta dem utifrån stigmat och inte utifrån vem de är som individer.

En informant talade även om Försäkringskassan och upplevde att denna myndighet inte hade full förståelse för personens ångest. Informanten menade att Försäkringskassan har höga krav på sina klienter och informanten tror att kraven många gånger kan stjälpas mer än att hjälpa.

Just i en sådan situation, så där kan jag önska att det fanns *en större tolerans* för att det tar tid när man inte mår psykiskt bra att komma tillbaka. Och att man liksom kan, om man skyndar på det för fort så hamnar man tillbaka där igen och det *förstår de nog inte* riktigt alltid eller har inte möjlighet att fatta sådana beslut i alla fall.

Försäkringskassan upplevdes här inte ta ångesten på allvar, som om myndigheten inte ville förstå problematiken riktigt.

Eh, och de förstår inte riktigt kanske att bara för att man byter jobb så försvinner inte ångesten helt och hållet. Så de, jag tycker de verkar ha en synvinkel att bara du byter jobb så kan du jobba hundra procent någon annanstans och så blir det bättre. Eh, så där tycker jag *inte* att de, eh, har *förstått* riktigt och *inte accepterat* det.

Försäkringskassan arbetar som en myndighet efter ett regelverk som ytterst är politiskt styrt. Detta exempel som informanten talar om, återspeglas hur regler kan kännas stigmatiserande för individen. Här beskrivs regler, ibland stjälpas mer än att hjälpa. I exemplet ovan nämns exempelvis att informanten genom att byta jobb antas kunna jobba hundra procent någon annanstans. Detta kan ses som ett tydligt exempel på brist på förståelse och kunskap om ångestsymptomet. Här upplever individen varken förståelse eller acceptans från myndighetens sida, vilket bidrar till ett stigmatiserande bemötande då det inte är individens behov som ligger till grund för myndighetens agerande. Utifrån det som framkommer i detta avsnitt kan sammanfattningsvis konstateras att det förefaller vara centralt att professionella hjälpare ser och bemöter individen, snarare än stigmat hos klienten. Detta för att det annars lätt kan leda till att människor med ångestsymptom kan känna sig missförstådda och stigmatiserade – och därigenom inte får rätt hjälp.

Den inre kretsen

Den inre kretsen har jag valt att kalla de relationer och personer som enligt informanterna, förutom psykologerna, upplevdes ha bäst förståelse och acceptans för deras ångest. Här ibland fanns vännerna och andra människor som själva hade erfarenhet av ångest. Vännerna upplevdes generellt kunna ge väldigt bra stöttning. Ingen av informanterna talade negativt angående sina vänner. ”Mina vänner framförallt, eller mina närmsta vänner, de tycker jag är de allra bästa att berätta för”, sa exempelvis en informant En annan beskrev sig ha ett väldigt öppet kompisgäng där informanten kände att det gick att prata.

Sedan så har jag ju vänner, jag berättade ju precis, som jag sa innan, jag har ju inte svårt att säga det utan jag bara ”Jag har sån ångest så att jag kräks liksom”, eh, och jag tror nästan alla mina vänner då i och med att vi har sådan öppen relation om detta har också

berättat för mig ”Åh gud, jag har haft sån ångest över dadadada. Eh, och att... ångestattacker och fått panikattacker och så där”.

Som jag beskrivit i kapitlet om *professionella hjälpare* tenderar stigmatiserade människor att hitta andra människor som tar denne för vad den är (Goffman 1972). En sådan grupp som Goffman (ibid.) identifierar är personer som trots att de inte har haft ett stigma själva ändå är positivt inställda till stigmat. I denna grupp kan exempelvis vänner räknas in. Dessa framträder också som viktiga personer för informanterna. Trots att alla vännerna inte hade erfarenhet av ett ångestsymptom beskrevs de ändå kunna stötta och finnas där. En informant nämnde också sin sjukgymnast som en person som denne kunde prata med och som hade blivit som en vän.

... hon är ju väldigt beläst kvinna och har en väldigt bred erfarenhet av allt möjligt inom sjukvården och om att må dåligt och, och... *Hon har även varit inlagd* för att ha mått dåligt flera gånger, för att hon *vet verkligen* vad hon pratar om. Ehm, ja. Så hon har varit en klippa.

Det som framkom tydligt i intervjuerna var just att de informanter som hade människor att prata med som själva hade erfarenhet av ångest, upplevdes att ha acceptans.

Den bästa acceptansen, det är ju när man hamnar i situationer med *andra människor som har samma problem*... Eh, då är det ju det allra bästa, när folk har *egna erfarenheter* av det, för att då är oftast *acceptansen betydligt bättre*...

Informanten som hade blivit vän med sin sjukgymnast hade även varit på en kurs som sjukgymnasten hade hållit i och menar:

... alla har problem som går hos henne, alla människor har ju problem egentligen men, men... hon... alla är välkomna och då känner man sig, att man kan ta för sig. *Man är en i mängden*.

Beskrivningen av att vara ”man är en i mängden” är ett bra illustrativt exempel på när informanterna ger uttryck för att de upplever att ångesten är accepterad och de får vara de personer som de är. Samtliga informanter hade någon i sin närhet som hade erfarenhet av ångest. Några hade vänner, några hade syskon och några hade sin mamma som personer som de beskrev hade förståelse utifrån en egen erfarenhet av ångest.

... och det är ju dom stöden jag har tagit, eller medlen jag har tagit till. Och väldigt mycket av mamma då såklart för att hon har kunnat förklara och berätta mycket om sin ångest.

Den andra gruppen av personer som enligt Goffman (ibid.) tenderar att ta den stigmatiserade för ”vad den är”, är just de människor som själva har erfarenhet av ett stigma. Som framgår av empirin, utgjorde också människor som själva hade erfarenhet av ångest som en grupp som informanterna upplevde att de kunde prata mycket med. Stigmatiserade människor delar enligt Goffman (1972) ofta upp sin bekantskapskrets i en stor och en mindre grupp. Den mindre gruppen litar den stigmatiserade på och berättar också allt för. De personer informanterna kan prata med som vännerna eller de personer som själva har ångest kan räknas in i denna mindre grupp. I Handisams och Nationell samverkan för psykisk hälsa (2010) undersökning framkommer också liknande resultat. De menar att det just är människor som själva har eller haft erfarenhet av psykisk sjukdom på något sätt, som är mest positiva till människor med psykisk ohälsa. Enligt det dramaturgiska perspektivet kan människor vara avslappnade och vara den de är bakom scenen (Angelöw & Jonsson 2000). När informanterna

umgås med sina vänner och med andra människor som själva har ångest kan detta förstås som att de befinner sig bakom scenen (ibid.). Hos vännerna eller bland dem som har liknande problem måste informanterna inte förstå sig och spela en viss roll. Istället kan de vara den person med ångest som de är - fullt ut. Eftersom de då är med människor som de litar på behöver de inte dölja sin hemlighet, alltså sin ångest (Goffman 2009).

Att få prata med människor som har samma problem som en själv förefaller kunna ge en oerhörd lättnad över att någon förstår ”på riktigt” hur det känns att leva med ångest. Människor som inte haft ett ångestsymptom kan förstå, acceptera och känna empati. Trots detta förefaller det som att de som kan förstå allra bäst, är dem som själva vet vad det är och har erfarenhet av hur det känns. Enligt utsagorna i mina intervjuer förefaller det då heller inte spela någon roll om denna person är en vän, familjemedlem eller en professionell.

Familj och ambivalens

För familjen hade informanterna blandade känslor. Informanterna hade svårt för att prata om familjen generellt, då det fanns vissa som upplevdes visa förståelse inom familjen och andra som inte gjorde det. I det stora hela upplevde informanterna att de fick bra stöttning i sina familjer. En av informanterna sa: ”... vi är väldigt öppna i hela familjen, så jag tror att man aldrig har känt sig ensam eller utstött på det sättet.” Några kunde prata med sin mamma ”så det är mamma, alltså 99 procent så är det alltid mamma”, sa exempelvis en informant. Andra pratade mer med sina syskon.

Min storebror var väldigt, eh, viktig, hade... ständiga kontakter, fast han bodde i en annan stad. Men han ringde och vi ringde varandra och ja, stöttade mig.

Lundberg (2010) menar att deltagarna i hans undersökning generellt upplevde att de fick ett bra bemötande och att till exempel familjen varit stöttande. Detta framkommer också i min undersökning. I de situationer där familjen stöttar och förstår, tillhör de den grupp som enligt stigmat teorin är positivt inställda till stigmat trots att de själva inte har ett stigma (Goffman 1972). Eftersom de är positivt inställda känner informanten också förtroende och ett stöd från dem (ibid.). Men resultaten kan också tolkas utifrån det dramaturgiska perspektivet. Här kan stöttningen från familjen förstås genom att titta på scenen (Angelöw & Jonsson 2000). Familjemedlemmarna befinner sig här bakom scenen tillsammans med informanterna, där informanterna kan vara sig själva. De känner då att familjen är stöttande och förstår (ibid.). Men när intervjuerna fortsatte kom det trots den stöttnings från familjen som informanterna gav uttryck för, bland samtliga, fram att de också hade haft negativa bemötanden från familjemedlemmar.

Eh, från familjen har jag... Ja, visst får jag stöd där, det får jag, men har väl blivit ganska ifrågasatt också, från och till. Så det tycker jag nog kan vackla lite där, för, från de allra närmaste om man säger så.

En annan informant talade om brist på tillit gentemot vissa familjemedlemmar.

... när jag vill tala om något jobbigt, någonting som trycker mig, då vill jag inte att den här personen ska sprida ut det till näste person, och, utan jag måste ha ett... eh, jag måste kunna lita på att den personen inte, eh, sprider vidare.

Vidare säger informanten:

Men, så, helt, helt pålitligt kan jag tyvärr inte ha till henne för hon kan tillslut prata med någon arb... Och när jag säger någonting jobbigt som berör henne också, då pratar hon

väl vidare. Hon vill ju också prata av sig, då pratar hon kanske med en arbetskollega och vips så är... det igång. Och det vet inte vad den person, vad den personen pratar med sedan.

I två av fallen handlade bristen på förståelse om pappa. Informanterna berättade att papporna inte ville förstå eller inte kunde förstå, vilket gjorde båda informanterna ledsna. Den ena informanten menade att pappan accepterar ångesten, men bara inte förstår den.

Och det är ju egentligen, alltså, *det är ju accepterat* att ha det, men *han förstår inte*, så kan man väl säga. Han liksom tror väl inte ”ja, men herregud så farligt kan det väl inte vara”. (...) ... Men sen väljer jag ju kanske att inte berätta vissa saker för pappa som jag gör för mamma, på grund av att jag vet *han kommer aldrig förstå*. Eh, och det är väl egentligen liksom, men, att man blir väldigt besviken och ledsen, det är ju liksom generellt. Eh, men då är det bättre som vi säger att, då är det bättre liksom att inte säga vissa saker till honom. Så slipper man bli ledsen.

Den andra informanten pratade om att pappan hade svårt att förstå det han själv inte hade upplevt.

... han har ju lite svårt att, eh, att... bemöta att, att, att man kanske har problem eller att så. Han, han har ju väldigt *svårt att se eller förstå* saker som han *inte själv har uppl, upplevt*.

Detta är tydliga exempel på när informanterna pratar om att inte bli förstådda. I det ena fallet handlar det om att pappan inte själv har upplevt ångest. Detta kan sättas i kontrast till upplevelser tillsammans med människor som själva vet vad ångest innebär, då det är dessa som informanterna upplever har bäst förståelse. Det kan enligt det dramaturgiska perspektivet tolkas genom att familjemedlemmen, i detta fall pappan, befinner sig på scenen där informanten väljer hur denne vill spela sin roll. På grund av sin brist på förståelse placeras alltså pappan av informanten på scenen, istället för bakom – där familjen vanligtvis finns. De människorna som själva har erfarenhet av ångest kan informanten istället ta in bakom scenen. Bakom scenen kan informanten, som jag tog upp under *Den inre kretsen*, vara sig själv (Angelöw & Jonsson 2000). En av informanterna upplevde sig ha fått negativa reaktioner från sin familj trots stöttning.

Eh, från familjens håll, speciellt i början när mina besvär var nya, så var det väl väldigt mycket *negativa reaktioner* på det, att *man skulle rycka upp sig* och att man skulle liksom *inte hålla på och gnälla* och så. Så det tycker jag... Innan folk, ja *om de nu någonsin förstår*, men *innan de förstår* så tror jag att det är vanligare att man får de reaktionerna, typ att de inte förstår riktigt allvaret i det hela.

Samtliga informanter gav uttryck för att de hade fått kommentarer så som att de inte skulle gnälla, att de skulle rycka upp sig och skärpa sig. I likhet med vad informanten i citatet ovan ger uttryck för, kan detta tolkas som att familjemedlemmarna inte riktigt förstår vad ångest handlar om. Ohlsson (2009) menar att deltagarna i hans studie ofta upplever negativa kommentarer av omgivningen, vilka de uppfattade som nedvärderande. Studien ger exempel på kommentarer som stämmer överens med de kommentarer som informanterna i min undersökning ger uttryck för att de har fått. Att få oförstående och överslättande kommentarer om att rycka upp sig, upplevs i kontakten med familjen och andra privata relationer – precis som i kontakten med professionella hjälpare – alltså som nedvärderande. Jag tänker att det kan vara svårt för en familjemedlem att få veta att ens dotter/son/syster/bror/mamma/pappa eller vad det nu kan vara får en diagnos. Kanske har familjen stereotypa föreställningar redan från början om vad ångest är? Kanske vill de inte kännas vid att deras familjemedlem har fått

en diagnos? Kanske de är rädda för vad det innebär och vill eller orkar inte lyssna? Enligt stigmatteorin har familjen vanligtvis normativa förväntningar på sina familjemedlemmar (Goffman 1972). När en familjemedlem plötsligt inte lever upp till dessa förväntningar, det som kallas normalt, kan det leda till att familjen vänder sig emot informanten och inte vill förstå (ibid.). Vänder familjen ryggen till personen i fråga, finns risk för att personen med ångestsymptom kan känna sig ganska ensam. I detta riskerar denne också att känna sig missförstådd, kanske till och med inte accepterad. I de fall när familjen inte känns stöttande kan det också utifrån det dramaturgiska perspektivet tolkas som att informanterna spelar en annan roll än den de hade med familjen innan de fick sitt ångestsymptom. Då de inte lyckas spela sin ”gamla” roll, kan det leda till att familjen känner sig osäker (Johansson 2001). Kanske är det så att informanterna haft familjen bakom scenen innan ångestsymptomet (Angelöw & Jonsson 2000). När informanterna då känner att familjen inte förstår börjar de istället spela en roll där de placerar familjen på scenen. Detta innebär att de visar upp det som de antar att familjen vill ska ses (ibid.).

En av informanterna uttryckte en önskan om mer förståelse från familjen.

Jag skulle nog ha önskat att de mer, bara *hade accepterat*, det här med ångest och så lite mer. Ibland kan jag känna att, att de blir trötta på mig för att jag har så mycket ångest, och liksom blir lite lätt irriterade nästan. Eh, och jag önskar att *de bara kunde förstå* att det inte är något som man styr över själv. Eh, ja, det hade känts bra.

Citatet visar att människor med ångestsymptom både kan känna sig missförstådda och oaccepterade inom sin familj. Det förefaller som att det många gånger handlar om att familjen inte förstår vad ångest är. För att minska fördomar kring ångest förefaller det därför vara viktigt att familjemedlemmar får information om vad ångest innebär, inte minst då familjen är så nära den det gäller.

Arbetslivet

När informanterna pratade om arbetslivet var upplevelserna blandade. Några hade valt att tala öppet om sin ångest på arbetsplatsen, andra inte. De två som hade berättat om sin ångest upplevde inte att de hade blivit negativt bemötta för det. En av informanterna som var halvtidssjukskriven upplevde dock inte att kollegorna visat sitt stöd fullt ut.

Så även om folk har sagt att de liksom ”Åh nej, men gud huvudsaken är att du mår bättre och *det är klart vi förstår*”, eh, så tycker jag att i... När det gäller till exempel, i och med att jag har haft så mycket jobbrelaterad ångest, vissa arbetsuppgifter, har ju då mina kollegor lovat avlasta mig med till exempel. Men har väl kanske inte hållit det riktigt fullt ut och då kan väl jag känna att då är inte det stödet hundra procentigt om man inte då tar hänsyn till och håller det man har lovat. Så... jag tycker nog att visst, muntligt och så där, så har de verkligen uttryckt sitt stöd och sin sympati och till viss del arbetsmässigt men inte helt fullt ut, tycker jag.

De andra två informanterna som inte hade sagt något till sina arbetsplatser trodde inte att arbetsplatserna skulle förstå.

... men jag skulle ju kunna tänka mig att det ju, skulle *inte vara särskilt accepterat* egentligen om jag har... social fobi och jag inte kan gå ut (...) Det skulle bli, mitt jobb, det skulle, skulle väldigt kritisera mig.

En av informanterna hade först när denne sagt upp sig på arbetet talat om att uppsägelsen berodde på den ångest informanten hade på arbetet.

... och det hade jag väl kunnat sagt tidigare och de hade *kanske kunnat förstå* det. Men med den arbetsmentaliteten så hade de ju ändå inte kunnat göra det.

Två av informanterna menade också att de nog skulle reservera vissa saker om sin ångest på en större arbetsplats på grund av att det kunde bli konstigt.

... man blir väl mer reserverad om man jobbar på en stor arbetsplats, om man inte vill att någon ska tro att man är ”lunatic” liksom (skratt). Då är det klart att man kanske reserverar vissa grejer eller så där. Men det är väl mest för att det inte liksom det ska bli konstigt på jobbet (...)

Det en informant tog upp var att denne talade om sin ångest för människor runtomkring i de situationer det var nödvändigt. En annan informant sa när denne pratade om arbetet:

Eh, jo men det, jag hymlar inte med det alls liksom, utan snarare tvärtom. Är det någon som frågar eller någon som undrar så säger jag rakt ut... Ja.

När det gäller de situationer där informanterna inte talat om sin ångest för arbetsplatsen kan detta enligt stigmat teorin ses som ett uttryck för att informanterna är rädda för att stigmatiseras om de skulle berätta (Goffman, 1972). Detta uttrycks i citaten med att man inte tror att arbetskamraterna skulle förstå eller acceptera ångesten, vilket innebär en risk för att dessa ska bedöma informanten utefter egenskaper som de tror stämmer överens med en människa som har ångest (Giddens 2003). Ett sådant exempel är när en intervju person säger att den inte vill bli betraktad som en galning, en ”lunatic”. En annan informant berättar i citaten att denne i alla fall inte inledningsvis skulle tala om att denne har ångest på en arbetsplats. Detta innebär att informanten i en ny – och mer formellt förankrad – relation väljer att inte berätta om sin ångest i och med att relationen i så fall kan förstöras (Goffman 1972). Enligt stigmat teorin undviker alltså informanten att uppvisa eller tala om egenskaper som skulle kunna tolkas som misskrediterande. Detta leder till att arbetsplatsen inte kommer att se ångesten, utan istället se informanten som ”vem som helst”. Om informanten sedan lär känna personer på arbetsplatsen bättre kan denne välja att berätta om ångesten senare (ibid.).

Något som flera av informanterna sa, var att de inte skulle tala om sin ångest på en anställningsintervju.

Jag skulle ju, eh... Det är ju inte en sak som man skulle berätta till exempel om man skulle söka ett jobb. För det... eh, man vet inte vad det är för människa och vad de... eh, ja, hur de, vad de tycker och tror om det så vidare, så det är, är någonting man håller för sig själv.

En annan informant sa så här:

... i situationer där jag misstänker att, att det kanske inte tas så väl emot och det kan faktiskt vara i sådana situationer till exempel att du ska söka ett nytt jobb eller någonting där din liksom, förmåga bedöms på ena eller andra viset. Och då tror jag kanske inte att det är så positivt, att berätta om det, åtminstone inte i ett inledande skede.

Liknande resultat kan delvis också läsas i annan forskning. I Ohlssons (2009) studie känner deltagarna att sjukdomen ligger till belastning när de söker arbete. Lundbergs (2010) deltagare känner också att de mest negativa kommentarerna mot dem finns i detta sammanhang. De upplever att det känns svårt att få ett arbete om de skulle berätta om sin psykiska ohälsa. Värt att nämna är att majoriteten av Lundbergs deltagare (ibid.) trots allt inte upplever att de har blivit diskriminerade när de har sökt arbete. Enligt det dramaturgiska perspektivet formar

informanterna sitt framträdande med hjälp av de normer, förväntningar och värderingar som finns på rollen som anställd eller arbetssökande (Lindgren 2007). Det kan exempelvis handla om att informanterna väljer hur de vill se ut med hjälp av kläder eller funderar över vilka beteenden som godtas eller inte godtas i rollen som anställd. Utifrån det dramaturgiska perspektivet kan detta förstås som något som de gör för att manipulera publiken och kunna bli accepterade som arbetssökande och anställda (ibid.). Informanterna använder med andra ord sig av *rollavstånd*, vilket innebär att de går in i en annan roll än den de använder tillsammans med exempelvis familj eller vänner (Repstad 2005).

Att det var så olika kommentarer från de olika informanterna kan bero dels på hur informanterna själva är som personer, dels på hur trygga de är på arbetsplatsen. Om arbetsplatsen är liten kanske det finns en trygg kärna som man kan tala öppet med. Är arbetsplatsen stor kanske det bli svårare. Samtidigt kan det även finnas några som står en närmare och som personen i fråga kan känna sig öppen och trygg med. Utifrån det som informanterna talat om förefaller det viktigt att även i arbetslivet öka kunskapen om ångest. Detta för att människor med ångestsymptom inte ska känna oro för att andra människor ska ha fördomsfulla åsikter om de skulle tala om sin ångest.

Oro och undvikande

Samtliga informanter undvek att i vissa situationer eller med vissa människor berätta om sin ångest. Två av informanterna uttryckte också en oro över vad andra människor skulle säga om de skulle tala om ångesten. Några av informanterna berättade att de inte talar om sin ångest, mer än till de närmaste.

... men man berättar det ju inte för vem som helst så att säga, utan... eh, för det är ju fortfarande så idag att man betraktas som, eh... nervig och eh, lite knepig bara för att man har ångest och så vidare.

Jag går ju inte och, liksom folk som jag känner på bara liksom ytlig bekantskap med, det är ingen som jag berättar för. (...) Eh, och likadant med människor som jag känner kanske från början jag misstänker är lite fördomsfulla eller skulle *se ner på en* av ena eller andra anledningen och inte behöver veta om det, då undviker jag det. (...) Så bara i situationer där jag känner mig trygg eller där det är absolut nödvändigt.

Två av informanterna berättade också att de inte brukar visa sin ångest.

Nej men alltså, jag, jag har väl, eh, som sagt jag har ju mörkat min ångest och min, eh, mina problem för de flesta.

... jag är ju sådan oftast att jag... jag visar inte de känslorna utåt, så att säga, jag biter ihop istället (...)

Då informanterna väljer att inte berätta om sin ångest kan de enligt stigmatteorin ”passera” som ”vanliga” eller ”normala” människor (Goffman 1972). Informanterna väljer att behålla sin hemlighet, det vill säga ångesten, för sig själva. Men det kan också förstås utifrån det dramaturgiska perspektivet genom att informanterna spelar en roll. Johansson (2001) menar att det i en interaktion är helt okey att undanhålla information och ljuga så länge det går att hantera. Informanterna väljer vid många tillfällen att spela en roll utifrån de förväntningar som publiken har på en person som inte har ångest (Lindgren 2007). Eftersom rollen de spelar innebär vissa förväntningar, kan detta förstås som att de manipulerar sin publik. Hela tiden är det viktigt att tänka på vilka beteenden som godtas för den roll som visas upp, respektive vilka

beteenden som inte godtas (ibid.). Informanten måste i interaktionen därför vara mottaglig för antydningar om att rollen spelas på ett olämpligt sätt. Därför kan det också finnas en rädsla hos informanten att publiken blir osäker kring framträdandet och inte ”köper” det (Goffman 2009). Men finns det fler orsaker till att informanterna undviker att prata om sin ångest? Kanske kan ett möjligt svar vara det som två informanter tar upp angående vad de tror att andra människor tänker om en person med ångestsymptom.

Jag tror att de betraktar mig som, dels så att jag kan vara mycket sjuk, frånvarande och sedan att jag kan vara som man säger då, nervös av mig, så att jag... kan börja skrika och gapa kanske kan de få för sig. Jag vet inte, har man ingen uppfattning eller någon bild, inte vet vad ångest är, så tror jag att det finns *en snedvriden bild* av det där eller att jag kan få självmordstankar eller någonting. Ja, man är, betraktas inte som en stark människa (...).

Ja det är, det är, nej men det är de situationerna där det inte finns någon riktig orsak till det, som *folk inte kan förstå*. Man har ingenting riktigt att ta på och de kanske tycker att man överreagerar på någonting, alltså jag blir väldigt, får mycket ångest av stress, och då kan ibland minsta lilla sak utlösa det och då, då upplever jag att *andra tycker att man överreagerar*.

Kan rädslan för att tala öppet om sin ångest kanske också ha att göra med ovissheten som uttrycks i följande citat?

Då visar de ju i alla fall utåt att *de förstår* det. Men sen vet man ju inte *vad de tänker*, det kan man ju inte se.

Lundberg (2010) skriver också om orostankar som informanterna i hans undersökning hade kring vad andra människor skulle tycka om deras ångest. Informanterna valde även i denna undersökning att inte alltid tala om sin psykiska ohälsa, då de kände att de kunde bli ifrågasatta. Lundberg skriver förvisso mer om psykisk ohälsa i allmänhet än om ångestsymptom specifikt. Men även Ohlssons (2009) fokusgruppsstudie visar att människor med psykisk sjukdom ofta känner rädsla för vad andra människor ska tycka om dem. Bilden som framträder tyder på att informanterna i min undersökning väger och väljer vilka de berättar för om sin ångest. När informanterna väljer att inte berätta för vissa människor kan det tänkas att det ligger någonting i det informanten ovan säger, om att denne inte kan veta vad andra människor tänker. När människor inte har tillräcklig kunskap om vad ångest är kan detta leda till att personen med ångestsymptom stigmatiseras. Goffman (ibid.) menar att trots att människor med stigman innerst inne känner sig som vem som helst, finns det alltid en oro över att andra inte ska acceptera dem fullt ut, även att de säger att de gör det (ibid.). Okunskapen hos andra människor kan leda till den oro som några av informanterna ger uttryck för vad det gäller osäkerhet kring hur andra människor kommer att reagera eller tänka innerst inne. Kanske är det en oro över att inte bli riktigt förstådda?

Detta kan relateras till tillfällena som informanterna berättar om när de ändå valde att berätta om sin ångest. De flesta gav i intervjuerna uttryck för att det vid vissa tillfällen kunde vara skönt att berätta om sin ångest. En av informanterna uppger att det i vissa lägen är ”skönt att folk vet om det, det underlättar.” En annan informant säger så här:

Eh, och det är nog nästan lättare tror jag, att vara sådan som person och säga bara ”Du jag har sådan ångest, jag kommer gråta om du pratar med mig om det”, än att man sitter och bara sitter och du vet, för då bygger, bygger man ju nästan ännu mer ångest (...)

En av informanterna kände att denne inte undvek att berätta om sin ångest.

... eh, men jag tvekar ju aldrig att berätta det, om någon är med liksom. Det gör jag inte.

I dessa situationer när informanterna trots viss oro väljer att berätta om sin ångest, kan det enligt stigmatorin leda till något positivt (Goffman 1972). De människor som informanterna har berättat för om sin ångest, får möjlighet att se informanten som en person med ångestsymptom. Detta kan leda till en lättnad för informanten, då denne inte längre behöver dölja sin ångest. Istället kan informanten vara "sig själv" (ibid.). Informanterna pratar mycket om undvikande men också om oro. Det förefaller som om oro över att inte bli förstådd eller accepterad ger ett undvikande beteende. Oron härleds ofta till stereotypa föreställningar som andra människor har om olika ångestsymptom. Eftersom stereotypa föreställningar tenderar att försvinna med kunskap om ämnet, förefaller det viktigt att kunskapen om ångest förbättras i hela samhället – inte minst då informanterna genomgående i studien beskriver och återkommer till en upplevd brist på förståelse och acceptans kring deras ångest.

När är det okey att ha ångest?

Det som har tagits upp i detta kapitel speglar olika områden i informanternas liv där de upplever sig få mer eller mindre förståelse. *Professionella hjälpare* upplevdes generellt ge bra stöttning och förståelse. Samtidigt framträder motbilder, då flera av informanterna gav uttryck för att de hade upplevt negativt bemötande från både läkare och psykologer. Även om flera informanter upplevde acceptans för sin ångest i mötet med professionella hjälpare förefaller det emellanåt finnas en brist på kunskap om hur man bemöter en människa med ångest. När det handlade om *Den inre kretsen* var vännerna de som, enligt de flesta informanterna, gav bra stöttning och som förstod. Framförallt gav informanterna här uttryck för att människor som själva hade erfarenhet av ångest också var de som bäst förstod och kunde sätta sig in det. Jag uppfattar detta som den situation i informanternas liv där de upplevde mest och tydligast acceptans för sin ångest. Samtliga informanter hade minst en person i sina liv som själva hade erfarenhet av ångest. Att ha en gemensam erfarenhet av ångest var det som framträdde som centralt för upplevelsen av acceptans och förståelse i dessa situationer. Det föreföll alltså inte spela någon roll om personen med egen erfarenhet av ångest var en nära vän, en sjukgymnast, mamma eller ett syskon.

I relation till *familjen* påvisades en ambivalens kring upplevelsen av acceptans. Vissa av informanterna hade någon eller några att prata med inom familjen, däribland fanns det några familjemedlemmar som själva hade erfarenhet av ångest. Andra familjemedlemmar upplevdes däremot inte alltid ha förståelse eller visa acceptans för ångest. Detta ledde till att informanterna valde att inte alltid berätta allt för dessa familjemedlemmar. Familjen framträder härigenom som en arena i informanternas liv där det ibland förfaller att vara okey och ibland inte att prata om och visa sin ångest. I *arbetslivet* framträdde också motsägelsefulla bilder. Vissa av informanterna hade inte berättat om sin ångest på arbetsplatsen. Andra av dem hade gjort det. Bland de senare uttrycktes en oro över att arbetskamrater och chefer inte skulle förstå, särskilt om det handlade om en stor arbetsplats. En av de informanter som berättat om sin ångest på arbetsplatsen upplevde att ångesten accepterades. Dock menade denne att kollegorna inte visade på full förståelse alltid, exempelvis när de inte visade hänsyn. Resultaten påvisar alltså att det kan variera om ångest upplevs som accepterat eller inte på en arbetsplats. Enligt informanternas utsagor beror upplevelsen av acceptans framför allt på arbetsklimatet, men också på hur stor arbetsplatsen är.

Det som också kom fram i intervjuerna var oro över att bli uppfattad på ett negativt sätt av andra människor om informanterna skulle berätta om sin ångest. Det fanns en oro över att det

inte skulle finnas en förståelse och en acceptans. Samtidigt framträdde motsatta bilder då informanterna gav uttryck för att de upplevde att det kunde vara skönt att berätta om sin ångest. Trots oro över att informanterna inte visste vad andra människor tyckte, var det ändå skönt att släppa på en del av ångesten – genom att tala om att de lever med ångest. Detta visar på hur svårt det kan vara för en person med ångestsymptom att navigera i vardagen. Att hela tiden välja om denne ska berätta eller inte innebär en ständig ambivalens och vägning. Kommer andra människor förstå eller kommer de att säga att de förstår, men kanske inte menar det? Att hela tiden göra avvägningar om när och om det är okey att prata om sin ångest, förefaller vara en stor del av informanternas liv. En generell ökad förståelse och acceptans i samhället för ångest hade därför kunnat bidra till att underlätta vardagen för många människor som lever med ångest.

Slutdiskussion och sammanfattning

I slutbetänkande från Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100) beskrivs att det fortfarande idag finns starka negativa föreställningar kring psykisk ohälsa. Till stor del handlar dessa enligt betänkandet om att det vanligtvis är förknippat med en stor skam och skuld att få en psykiatrisk diagnos (ibid.). Det är därför viktigt att fortsätta prata om psykisk ohälsa på olika arenor i samhället, till exempel i media. Centralt i sammanhanget är att den kunskap som förmedlas offentligt bör kommuniceras på ett informativt och fördomsfritt sätt.

Syftet med min studie har varit att undersöka hur människor med ångestsymptom upplever att den generella acceptansen för ångest ser ut idag och hur människor som lever med ångest väljer att förhålla sig till sin ångest i samspelet med andra människor. Det som tydligt framkommer i studien är att det i olika situationer och i olika relationer upplevdes som mer eller mindre accepterat att ha ångest. Allra bäst förståelse upplevde informanterna bland *den inre kretsen*, där vänner och andra människor med erfarenhet av ångest räknades in. Här uppkom ingen önskan om att få mer acceptans eller förståelse. Det hade att göra med att många av dessa människor själva hade erfarenhet av ångest och kunde förstå informanternas erfarenheter och upplevelser på ett adekvat sätt. Men även vännerna som inte hade egen erfarenhet av ångest räknades av informanterna in bland de människor som de upplevde gav dem stöttning. Behovet av att ha någon att tala med om sin ångest, som kan förstå och erbjuda en tillitsfull relation, framkom här som en viktig faktor för upplevelsen av att känna sig accepterad, bli sedd och kunna få vara "sig själv". Samtliga informanter i studien hade också tillgång till sådana relationer, både genom nära vänner och genom kontakter med människor som själva hade egen erfarenhet av ångest.

Men hittar alla människor med ångestsymptom någon att prata med? Organisationen Svenska Ångestsyndromsällskapet (ÅSS) är en organisation som finns till för människor med ångestsymptom. Här kan dessa människor träffa andra som har samma erfarenhet och dessutom få stöd och hjälp. Tyvärr finns sådana organisationer inte i varje stad. Dessutom vet inte alla om att de finns. Vikten av den empatiska stödfunktion som informanterna i min studie beskriver i sin kontakt med andra människor med egen erfarenhet av ångest är därför en relevant kunskap att ta till sig inom socialt arbete. Hur professionella hjälpare som kommer i kontakt med människor med ångestsymptom kan underlätta för dessa att finna och bygga upp nätverk utifrån detta behov, är något som skulle kunna uppmärksammas, diskuteras och medvetandegöras ytterligare.

Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100) understryker också behovet av att låta brukargrupper med erfarenhet av psykisk ohälsa få ta större del i samhällets utformning av

stödet till människor med psykiska funktionsnedsättningar. Detta kan knytas an till det tema som framträder som centralt och genomgående för hela uppsatsen, nämligen hur viktigt det är med kunskap om ämnet och hur det i många sammanhang idag saknas sådan kunskap. I de relationer som informanterna beskrev utanför den inre kretsen, beskrevs graden av förståelse och acceptans för deras ångest också i motsägelsefulla bilder. Här fanns inte alltid det stöd och den kunskap som de hade önskat sig. Trots att psykologerna, i egenskap av professionella hjälpare, exempelvis upplevdes ge generellt bra stöttning, fanns det också professionella hjälpbemötanden som informanterna upplevt negativa. Ett sådant exempel som beskrevs var läkare, och då särskilt inom primärvården. En informant pratade dessutom om Försäkringskassan som en myndighet där informanten hade upplevt oförstående och en brist på acceptans för de konsekvenser som ångesten skapade i informantens arbetsliv. Vad är det då som gör att informanterna upplever att de får negativa bemötanden från professionella? För det är bland professionella som en människa med ångestsymptom ska få hjälp och stöttning. Enligt de resultat som framkom i studien kan en avsaknad av tillräckligt med kunskap om ångest leda till att personer med ångestsymptom upplever att de inte blir förstådda, vilket också skapade bristande tillit i relationerna till de professionella hjälparna. Skriver till exempel en läkare endast ut medicin till informanterna eller om psykologer gullar med dem och bemöter deras ångest på ett överslätande sätt, upplevdes detta återkommande som nedvärderade. Detta bidrar till stigmatisering och att personer med ångest inte upplever sig få den hjälp de behöver och efterfrågar.

Även när det gällde *arbetslivet* hade informanterna blandade upplevelser och erfarenheter. Några av dem hade berättat om sin ångest på arbetsplatsen, andra inte. Här framträdde också en oro över vad kollegor och chefer skulle tänka om informanterna valde att berätta om sina ångestsymptom. Men oron fanns också där bland dem som hade berättat. Denna oro grundade sig till stor del i informanternas erfarenhet av att andra människor vanligtvis inte har tillräckligt med kunskap och därför inte kan förstå. I flera fall ledde detta till att informanterna valde att dölja sin ångest i dessa situationer.

Familjen hade informanterna också blandade erfarenheter av. Några förstod, andra inte. I de fall familjemedlemmarna förstod gav de också stöttning. Några av dem hade till och med egen erfarenhet av ångest vilket gjorde att informanterna kände en förståelse. Men i de fall där familjemedlemmarna inte förstod blev informanterna ledsna och önskade att det funnits mer acceptans. Eftersom familjen oftast är oss så nära blir det tungt när de inte förstår och därför inte heller fullt ut kan finnas där för stöttning. För informanterna handlade det vissa gånger om att familjen saknade kunskap om och förståelse av ångest. Som sårbar kan det vara svårt att själv ge information till familjen om det ångestsymptom man lever med. Fördomsfulla åsikter inom familjen gjorde att informanterna valde att inte prata med vissa familjemedlemmar för att slippa de negativa bemötandena. Detta var dock inget de hade önskat göra.

I de olika livsområden som beskrivs påvisas hur svårt det kan vara för en person med ångestsymptom att hantera vardagen. Att aldrig vara riktigt säker på när och om det är okey att framträda med sin ångest, innebär en ständig ambivalens och vägning. En stor del av informanternas vardag utgörs därför av avvägningar om när och om det är okey att prata om sin ångest. Behovet av en ökad kunskap kring ångest, framträder därför som ett genomgående tema i studien – för samhället i stort liksom bland familjer och anhöriga till människor med ångestsymptom. Att genom kunskap motverka fördomsfulla åsikter kan bidra till att personer med ångestsymptom inte behöver försvara sitt mående eller känna skam över det. Det skulle också kunna leda till en minskad diskriminering och stigmatisering i arbetslivet, exempelvis

genom att en ökad information och utbildningar erbjuds arbetsgivare. Genom att det pratas mer om ångest skulle även familjemedlemmar kunna lära sig om symptomet och bättre kunna förstå och stötta sin egen familjemedlem som blivit drabbad. Ett genomgripande behov för de livsområden som beskrivs i informanternas liv handlar alltså om att ge mer kunskap om ångest för att få bort fördomar. Detta för att människor med ångestsymptom ska våga träda fram och känna sig accepterade och förstådda.

Vidare forskning

För att öka kunskapen tror jag att det även är viktigt att lyssna på människor med ångestsymptoms berättelser och upplevelser. Då min studie endast omfattade fyra informanter hade det varit intressant med en större studie. Både en kvalitativ studie, som kan spegla fler informanternas upplevelser, och kvantitativa studier som kan ge en mer omfattande överblick.

Arbetsplatsen togs upp som en plats som kunde vara oförstående och där det kunde råda brist på acceptans. Jag har inte lagt fokus på inom vilket område informanterna jobbade, men tänker att detta skulle vara en intressant vinkel. Är det olika accepterat beroende på var en människa med ångestsymptom arbetar? Skulle det till exempel accepteras inom socialt arbete?

Något som också skulle vara intressant vore att se på om det finns en skillnad på män och kvinnor i upplevelsen av acceptansen av ångest. Är det mer accepterat som kvinna att ha ett ångestsymptom och prata om det än om man är man?

Källförteckning

- Alling, Morgan (2009) ”Sommar med Morgan Alling” (elektronisk) *Sveriges radios hemsida* < <http://sverigesradio.se/sida/sok.aspx?q=Sommar+i+p1+med+Morgan+Alling>> (2011-10-16)
- Alvesson, Mats & Sköldbäck, Kaj (2008) *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, Gerhard (2011) ”Paniksyndrom – ond cirkel av feltolkade kroppsliga signaler” (elektronisk) *Läkartidningens hemsida* <http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=16277> (2011-10-16)
- Angelöw, Bosse & Jonsson, Thom (2000) *Introduktion till socialpsykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Codex – regler och riktlinjer för forskning (2011) *Codex hemsida* < <http://www.codex.vr.se/>> (2011-11-14)
- Dalen, Monica (2007) *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups.
- Depressionslinjen (2011) *Depressionslinjens hemsida* < www.depressionslinjen.com> (2011-10-27)
- Foucault, Michel (1983) *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. Stockholm: Arkiv.
- Furmark, Tomas & Holmström, Annelie & Sparthán, Elisabeth & Carlbring, Per & Andersson, Gerhard (2006) *Social fobi: effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Liber.
- Furmark, Tomas (2011) ”Social fobi – ingen vanlig blyghet” (elektronisk) *Läkartidningens hemsida* < <http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=16278>> (2011-10-16)
- Giddens, Anthony (2003) *Sociologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Goffman, Erving (1972) *Stigma - den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Norstedts förlag.
- Goffman, Erving (2009) *Jaget och maskerna – en studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Norstedts förlag.
- Hansson, Lars (2010) *Psykisk ohälsa - attityder, kunskap, beteende*. (elektronisk) Johanneshov: Handisam. <http://www.handisam.se/Filer/attityd/dok/Befolkningsstudie_attityder_2009.pdf> (2011-10-05)
- Johannisson, Karin (2006) ”Hur skapas en diagnos? – Ett historiskt perspektiv”. I Gunilla Hallerstedt, (red.): *Diagnosens makt – Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.
- Johannisson, Karin (2009) *Melankoliska rum: om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid*. Stockholm: Bonnier.

- Johansson, Thomas (2001) ”Erving Goffman och livet som teater”. I Oskar Engdahl, (red.): *Modern sociologisk teori*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, Steinar och Brinkmann, Svend (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kåver, Anna (2004) *Att leva ett liv, inte vinna ett krig: om acceptans*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lagercrantz, Agneta (2005) ”När skräcken begränsar livet” (elektronisk) *Svenska Dagbladets hemsida* <http://www.svd.se/nyheter/idagsidan/psykologi/nar-skracken-begransar-livet_461167.svd#after-ad> (2011-10-11)
- Leahy, Robert L. (2010) *Ångestfri – Bli av med dina rädslor och fobier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lindgren, Simon (2007) *Sociologi 2.0: samhällsteori och samtidskultur*. Malmö: Gleerups.
- Lundberg, Bertil (2010) *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*. (elektronisk) Lund: Lunds universitet <<http://www.lu.se/o.o.i.s?id=12588&postid=1712741>> (2011-10-05)
- Lundberg, Bertil & Hansson, Lars & Wentz, Elisabet & Björkman, Tommy (2009) ”Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence?” *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 16, 516-522.
- Lundholm, Challe (2010) ”Claudia Galli – nöjd räcker inte” (elektronisk) *Leva PS! Personlig utveckling & Psykologis hemsida* <<http://www.leva.nu/Livsstil/Claudia-Galli/>> (2011-11-06)
- Naidoo, Jennie & Wills, Jane (2007) *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Nordlund, Christer L. (1994) *Ångest: om orsaker, uttryck och vägen bort från den...* Västra Frölunda: Ciba-Geigy.
- Ohlsson, Robert (2009) *Representationer av psykisk ohälsa: egna erfarenheter och dialogiskt meningsskapande i fokusgruppsamtal*. (elektronisk) Stockholm: Stockholms universitet. <<http://su.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:236465>> (2011-10-05)
- Pellmer, Kristina & Wramner, Bengt (2007) *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.
- Repstad, Pål (2005) *Sociologiska perspektiv i vård, omsorg och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Soback, Sigmund (2006). I Gunilla Hallerstedt, (red.): *Diagnosens makt – Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.
- SOU 2006:100 *Ambition och ansvar - Slutbetänkande från Nationell psykiatrisamordning*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Stefansson, Claes-Göran (2006) “Major public health problems - mental ill-health” *Scandinavian journal of public health*, 34, 87-103.

Thomassen, Magdalene (2007) *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerups Utbildning.

ÅSS (2011) Svenska ångestsyndromsällskapets hemsida <<http://www.angest.se/riks/>> (2011-10-27)

Bilagor

Bilaga 1

Intervjuguide

Bakgrund

1. Berätta lite om dig själv och vem du är.
2. Vilken form av ångest lever du med?
3. Hur påverkar det ditt liv?
4. Kan du berätta om en situation du har varit med om när du har haft ångest?
5. Hur blev du bemött vid detta tillfälle?
6. Hur upplevde du det bemötandet?

Stöd

7. På vilket sätt får eller har du fått stöd med din ångest?
8. Vem stödjer dig? (vänner, familj, arbetsplats, sjukvård/psykiatri)
9. Önskar du att du hade fått/får mer stöd med din ångest – på vilket sätt?

Acceptans

10. I vilka situationer har du blivit bemött med acceptans för din ångest? Hur tänker du kring det?
11. I vilka situationer har du *inte* blivit bemött med acceptans för din ångest? Hur tänker du kring det?
12. Berätta om en eller några positiva reaktioner du har fått när du har talat om att du lider av ångest?
13. Berätta om en eller några negativa reaktioner du har fått när du har talat om att du lider av ångest?
14. Vem/vilka väljer du att berätta för om din ångest?
15. När undviker du att berätta om din ångest?
16. Berättar du olika mycket om din ångest för olika personer? (medicin, psykolog/kurator, grad av ångest)

Avslutning

17. I vilka situationer upplever du att det är accepterat att ha ångest?
18. I vilka situationer upplever du att det *inte* är accepterat att ha ångest?

19. Hur tänker du kring det?

20. Finns det något mer du vill tillägga eller kommentera?



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för socialt arbete

2011-10-18

Informerat samtycke

Syftet med studien som du deltar i genom intervjun är att undersöka hur människor med ångestsymptom upplever att deras ångest accepteras och bemöts i samhället. C-uppsatsen baseras huvudsakligen på kvalitativa intervjuer med personer som lever med ångest i någon form.

Deltagandet i intervjun är frivilligt och kommer att spelas in för att sedan, helt eller delvis, transkriberas ordagrant av mig. Du kan när som helst ta tillbaka ditt samtycke till att delta i studien, vilket innebär att jag kommer att radera intervjun och därmed inte använda den till min uppsats. Allt intervjumaterial som jag samlar in till denna uppsats kommer att behandlas konfidentiellt och förvaras oåtkomligt för obehöriga. När jag redovisar resultatet av intervjuerna kommer detta genomföras genom att din identitet inte röjs i den mån det är möjligt. När uppsatsen är färdigskriven kommer du att få möjlighet att ta del av den.

Handledare för uppsatsen är Ulrika Levander, Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet. Om du vill ha mer information om projektet eller undrar över någonting, kontakta gärna mig eller min handledare.

Stina Förster,
socioonomstudent
07xx-xxxxxx
xxxxxx@hotmail.com

Ulrika Levander,
handledare
Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet
Box xxx, xxx xx Göteborg
07xx-xxxxxx
xxxxxx@socwork.gu.se

Undertecknad samtycker härmed till att delta i studien. Jag är informerad om att allt deltagande är frivilligt och kan när som helst avbryta på egen begäran.

----- / -----

Ort

Datum (år-mån-dag)

Underskrift

Namnförtydligande