



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

“Det krävdes att det gick åt helvete för att jag skulle öppna mig om det”

- En kvalitativ studie om processen att bryta tabu kring psykisk ohälsa

SQ1562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits
Kandidatnivå
Termin: VT 2015
Författare: Lisa Leander och Madeleine Nilsson
Handledare: Daniel Uhnöo

Abstract

Titel	“Det krävdes att det gick åt helvete för att jag skulle öppna mig om det” - <i>En kvalitativ studie om processen att bryta tabu kring psykisk ohälsa</i>
Författare	Lisa Leander och Madeleine Nilsson
Handledare	Daniel Uhnöo
Nyckelord	Psykisk ohälsa, tabu, vändpunkt, förändringsprocess, män

På senare tid har det i media lyfts upp kampanjer att tabu kring psykisk ohälsa måste brytas. Detta är bland annat bakgrunden till vår uppsats där syftet varit att ge exempel på hur en förändringsprocess i att bryta tabu kring psykisk ohälsa kan se ut. Vi ville också lyfta fram fördelarna med att genomföra upprepade intervjuer när det gäller samtal kring känsliga ämnen. För att precisera syftet bröts det ner i följande frågeställningar:

1. Vad innebär en vändpunkt i processen att bryta tabu? Kan en specifik, avgörande vändpunkt urskiljas?
2. Hur skiljer sig livet före och efter vändpunkten/vändpunkterna för de intervjuade?
3. Har manliga ideal påverkat denna förändringsprocess och i så fall på vilket sätt?

För att uppnå detta syfte och kunna besvara våra frågeställningar har vi, med en kvalitativ ansats, intervjuat män med erfarenheter av tabu kring psykisk ohälsa. Resultat och analys bygger, vid sidan om material från semistrukturerade intervjuer, på vändpunkter som teoretiskt begrepp, Antonovskys teori KASAM och utvalda delar av Connells teori om maskuliniteter och hierarkier. Vi har rekonstruerat en förändringsprocess genom att kombinera en tematisk och narrativ analys. Våra resultat pekade på att förståelse för sin egen psykiska ohälsa, att lära sig hantera den men också att finna en mening med den kan ses som tre viktiga komponenter för en lyckad förändringsprocess. Att urskilja en specifik vändpunkt var svårt, då händelser och relationer ofta flätades samman och förstärkte varandra i denna process. Resultatet visade också att manliga ideal hade i hög grad varierad påverkan till att tabu kunde upprätthållas. Vid sidan av detta har vi också pekat på ett flertal fördelar med att vid samtal kring känsliga ämnen genomföra upprepade intervjuer. Detta gav bland annat en bredare förståelse, ett ökat känslomässigt djup och mindre risk för feltolkningar.

Innehållsförteckning

1. INTRODUKTION	6
1.1 INLEDNING OCH PROBLEMFORMULERING	6
1.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	8
1.3 FÖRTYDLIGANDE OCH DISKUSSION KRING VIKTIGA BEGREPP	8
1.4 FÖRFÖRSTÅELSE	12
1.5 ARBETSFÖRDELNING	13
2. KUNSKAPSLÄGE	13
2.1 EN HISTORISK TILLBAKABLICK	14
2.2 PSYKISK OHÄLSA OCH TABUT IDAG	16
2.3 PSYKISK OHÄLSA UR ETT GENUSPERSPEKTIV	17
2.4 VÄNDPUNKTER OCH FÖRÄNDRINGSPROCESSER	18
2.5 ATT FÅ EN DIAGNOS	20
3. TEORETISK TOLKNINGSRAM	20
3.1 VÄNDPUNKT SOM TEORETISKT BEGREPP	20
3.1.1 VÄNDPUNKT SOM ATT TRÄDA UR EN TIDIGARE ROLL	21
3.1.2 RELATIONEN SOM VÄNDPUNKT	21
3.2 CONNELLS TEORI OM MASKULINITETER OCH HIERARKIER	22
3.3 KASAM (KÄNSLA AV SAMMANHANG)	23
4. METOD	24
4.1 ETT KVALITATIVT METODVAL	24
4.2 REFLEXIV OBJEKTIVITET OCH TRANSPARENS	24
4.3 URVAL	25
4.4 EN ABDUKTIV FORSKNINGSANSATS	26
4.5 DATAINSAMLINGSMETOD	27
4.5.1 SEMISTRUKTURERADE INTERVJUER	27
4.5.2 INTERVJUERNAS GENOMFÖRANDE	27
4.6 BEARBETNING AV MATERIALET	29
4.7 ANALYTISKT TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	29
4.8 ETISKA ÖVERVÄGANDEN	32
RESULTAT OCH ANALYS	34
5. TRE BILDER AV TABUT KRING PSYKISK OHÄLSA	34
6. VÄNDPUNKTER	37
6.1 BITARNA BÖRJAR FALLA PÅ PLATS	37
6.2 ATT INSE SINA BEGRÄNSNINGAR	44
6.3 ATT VÄNDA DET NEGATIVA TILL NÅGOT POSITIVT	48
6.4 EN AVGÖRANDE VÄNDPUNKT?	50
7. ATT UPPRÄTTHÅLLA TABUT	54
7.1 IDEALMANNEN	54
7.2 FÖRAKT FÖR SVAGHET	55
7.3 OMGIVNINGENS IFRÅGASÄTTANDE	58
7.4 ATT STÄLLA SIG UTANFÖR MANSIDEALET	60

8. UPPREPADE INTERVJUER KRING KÄNSLIGA ÄMNEN	61
8.1 ETT ÖKAT KÄNSLOMÄSSIGT DJUP	61
8.2 MINDRE RISK FÖR FELTOLKNINGAR	64
8.3 NYA INSIKTER	65
8.4 FORSKNINGSSÄMNET HITTADES I SAMPEL MED INFORMANTERNA	66
8.5 ÄR DET ALLTID RIMLIGT ATT GÖRA SÅHÄR?	67
9. SAMMANFATTNING OCH SLUTDISKUSSION	67
REFERENSER	72
BILAGOR	75
BILAGA 1: INFORMATIONSBREV	75
BILAGA 2: INTERVJUGUIDE 1	77
BILAGA 3: INTERVJUGUIDE 2	79
BILAGA 4: INTERVJUGUIDE 3	81
BILAGA 5: INTERVJUGUIDE 4	83

Tack!

Vi vill vi rikta ett stort, varmt tack till våra informanter som ville ställa upp i vår uppsats. Utan er och ert modiga och generösa utlämnande av era erfarenheter hade denna uppsats aldrig blivit av. Ni gav oss ett genuint material till vår uppsats, men framförallt gav ni oss tankar, insikter och “aha-upplevelser” på det personliga planet. Ett stort tack för det!

Vi vill också tacka vår handledare Daniel Uhnöo, som flera gånger lugnat två stressiga studenter.

1. Introduktion

1.1 Inledning och problemformulering

Enligt Borelius (2013) drabbas var tredje svensk någon gång i livet av psykisk ohälsa. 75 % av Sveriges befolkning har erfarenheter av psykisk ohälsa, antingen genom sig själv, en anhörig eller närstående. Bland de mest kostsamma folksjukdomarna i Sverige utgör depression, panikångest och utmattningsdepression tre av fyra platser. Trots detta pratar vi inte öppet om psykisk ohälsa. Trots detta är det fortfarande svårare att säga att man har depression eller självmordstankar än att man har ryggsnitt eller skadat knät.

Psykisk ohälsa sätter i flera sammanhang igång starka känslor hos andra och den som har psykisk ohälsa märks ofta ut som annorlunda. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa:s officiella hemsida ger oss en inblick i några myter som ofta florerar kring människor med psykisk ohälsa. En vanlig föreställning är att psykisk ohälsa bara drabbar andra än en själv, vilket statistiken inledningsvis talar emot. En annan är att depression är ett tecken på svaghet, att man själv kan råda över att man blir deprimerad. Andra förekommande myter är att personer med psykisk ohälsa är mindre begåvade än andra eller att de är farliga. Listan kring fördomar om människor med psykisk ohälsa verkar kunna göras lång, men sammantaget bidrar myter och föreställningar till att tabut kring psykisk ohälsa upprätthålls.

Vi författare till denna uppsats kan dock se, i likhet med Borelius (2013), att diskussioner kring psykisk ohälsa har ökat och tabut minskat. I dagstidningar och på sociala medier florerar kampanjer om att tabut kring att prata om psykisk ohälsa måste brytas. Aftonbladets chefredaktör Jan Helin skrev exempelvis såhär i en krönika (2014) publicerad på Aftonbladets officiella hemsida: ”Genom att dela kända personers erfarenheter tillsammans med era hoppas vi komma ett steg närmare målet: Att bryta tabut kring att prata om ångest och psykisk ohälsa.” Helin pratade om Aftonbladets kampanj ”Tillräcklig” vilken syftar till att öppna upp samtal kring psykisk ohälsa. Detta är något vi verkligen ställer oss bakom. Vi

får dock uppfattningen att det mestadels är kvinnor som öppnar upp sig om sina erfarenheter. En studie av Novus Opinion (2010) visar att fler män än kvinnor tycker att psykisk ohälsa är skamligt, att män i mindre utsträckning har någon de kan prata med, samt att män har mindre kunskap om vart de ska vända sig vid problem med sin psykiska hälsa.

Utifrån ovan resonemang kring psykisk ohälsa, tabut kring detta och mäns frånvaro i debatterna är det just mäns erfarenheter som kommer undersökas i denna uppsats. Utifrån intervjuer med män med erfarenheter av psykisk ohälsa som idag pratar mer öppet om sitt mående, teoretiska verktyg och vår egen tolkning har vi rekonstruerat en förändringsprocess kring att bryta tabut. Vi kommer således visa hur en sådan process *kan* se ut. Processen tar avstamp i informanternas barndom som ofta var kantad av tystnad, döljande och förvirring kring sitt psykiska mående. I våra informanternas berättelser har vi kunnat urskilja och tolka specifika händelser och viktiga relationer som främjat deras process i att bryta tabut och mer öppet prata om sin psykiska ohälsa. Dessa specifika händelser har med andra ord utgjort vändpunkter i processen. Idag är våra informanter själva med i kampen om att öppna upp för samtal kring psykisk ohälsa runt om i Sverige, då de är medlemmar i föreningen NSPH, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa. Vad har fått informanterna att bli mer öppna och prata om sin psykiska ohälsa från att ha levt i döljande i barndomen och ungdomen? Just denna förändringsprocess vill vi lyfta fram. I vårt intresse som författare ligger också att belysa att psykisk ohälsa inte bara har ett ansikte eller ett kön, utan kan drabba vem som helst. Vi kommer därför, vid sidan av vändpunkter som främjat processen i att bryta tabut, också undersöka en möjlig faktor till att tabut kring psykisk ohälsa upprätthålls, nämligen mansideals påverkan.

Vi anser att det tabu som råder kring att prata öppet om psykisk ohälsa har relevans och kopplingar till socialt arbete. Det sociala arbetets syfte är att stödja utsatta grupper i samhället, men ju starkare tabut kring psykisk ohälsa är, ju fler människor kommer dölja sitt mående och kanske inte söka hjälp. Psykisk ohälsa är ett känsligt ämne att tala om men räknas samtidigt idag, enligt Socialstyrelsen (2013) som ett av de stora, växande, folkhälsoproblemen i Sverige. Att ett av våra mest växande folkhälsoproblem är svårt att prata öppet om anser vi visar på

forskningsämnets relevans och vikten av att det lyfts fram. Att öka kunskap om psykisk ohälsa minskar, enligt Borelius (2013), tabut. Kan vi författare till denna uppsats bidra med någon typ av ny kunskap kring vad som främjar processen att bryta tabut är det angeläget.

1.2 Syfte och frågeställningar

Genom att intervjua män med erfarenheter av att bryta tabut kring psykisk ohälsa är syftet att ge exempel på hur en sådan förändringsprocess kan se ut. Vi vill också lyfta fram fördelar med att genomföra upprepade intervjuer när det gäller samtal kring känsliga ämnen. För att precisera syftet har det brutits ner i tre frågeställningar:

1. Vad innebär en vändpunkt i processen att bryta tabut? Kan en specifik, avgörande vändpunkt urskiljas?
2. Hur skiljer sig livet före och efter vändpunkten/vändpunkterna för de intervjuade?
3. Har manliga ideal påverkat denna förändringsprocess och i så fall på vilket sätt?

1.3 Förtydligande och diskussion kring viktiga begrepp

Thurén (2007) pekar på vikten av att definiera begrepp som används i vetenskapliga sammanhang, då det annars finns en risk för missförstånd. Vi vill här precisera och diskutera hur vi ser på viktiga ord och begrepp som finns i syftet, frågeställningarna men också löpande i uppsatsen. Med detta sammanfaller också avgränsningar.

Begreppet psykisk ohälsa

I en rapport från Socialstyrelsen (2013) beskrivs psykisk ohälsa som ett överordnat begrepp vilket både innefattar psykiska sjukdomar och psykiska besvär. Med psykisk sjukdom menas en psykisk ohälsa med symptom som vården kan se utifrån diagnoskriterier, såsom depression eller schizofreni. Psykiska besvär däremot beskrivs som ett smärtfyllt, belastande tillstånd hos individen som exempelvis oro, nedstämdhet eller ångest. I sammanhanget finner vi det relevant att ställa hälsobegreppet i kontrast till psykisk ohälsa. I en artikel om hälsa och ohälsa ger Göthe (2006:271) den svenska översättningen till WHO:s definition av hälsa som: ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiska och socialt välbefinnande, och ej blott frånvaron av sjukdom och välbefinnande”. Vår egen syn på psykisk ohälsa är att begreppet i sig är brett och inte enbart kopplat till diagnoser. Den egna, självupplevda känslan av livskvalitén i fokus och inte något som behöver inrymmas i en diagnos. Det är mycket som skall vara uppfyllt för att tillståndet hälsa skall infinna sig, vilket gör ramen för upplevelsen av psykisk ohälsa bred och subjektiv. Vid vår urvalsprocess och i kontakten med våra informanter har vi inte definierat hur vi ser på psykisk ohälsa då vi anser det irrelevant.

När vi beskriver våra informanter som “män med erfarenheter av psykisk ohälsa” utgår vi dels från att de vid intresseanmälan till att delta i uppsatsen själva definierade sig som detta. Att de har erfarenheter av psykisk ohälsa visar sig också i att alla är ambassadörer inom NSPH. NSPH står för Nationell Samordning för Psykisk Hälsa. Enligt svenska NSPH:s officiella hemsida är det ett nätverk och samarbete mellan ett flertal organisationer. Gemensamt för dessa organisationer är att de tillhör patient/brukare eller anhörigorganisationer på den psykiatriska arenan. I boken ”fem år av (H)JÄRNKOLL” skriver författarna att NSPH 2009 fick ett regeringsuppdrag med syfte att öka allmänhetens kunskap och minska stigmatisering och negativa attityder kring psykisk ohälsa. Projektet fick namnet Hjärnkoll och skulle öppna upp samtal kring psykisk ohälsa i Sverige. 350 ambassadörer blev kärnan i kampanjen. De beskrivs som kampanjens ansikte utåt, som alla är med och delar sina erfarenheter kring psykisk ohälsa.

Tabut kring psykisk ohälsa

Slår man upp ordet “tabu” i Svenska Akademiens ordbok förklaras det bland annat som “förbud mot att röra eller nämna något” eller “det förbjudna”. Arnstberg (2007) menar att den som bryter ett tabu går över en gräns och gör något som inte är tillåtet. Vi författare ser likheter med vad Jacobsson, Thelander & Wästerfors (2010) kallar för normbrott. Normer är formella och informella regler om hur man bör handla och uppföra sig i olika sammanhang. Konsekvenserna av att bryta mot normer varierar med allt från subtilt ogillande från omgivningen till social utfrysning eller trakasserier. Utifrån detta ser vi tabu som ett normbrott där individen på ett eller annat sätt går över en gräns. Likt normer behöver inte alltid tabun vara formellt lagstadgade utan kan handla om informella tabun som att exempelvis prata om sex i vissa sammanhang. Vad som är tabubelagt är kontextbundet och kan skifta över tid. Barnaga är exempelvis något som är tabubelagt i dagens Sverige, men som tidigare ansågs vara en allmänt accepterad uppfostringsmetod. Utifrån detta kan vi se att begreppet tabu är svårdefinierbart och inte helt självklart. Tabu i sig inrymmer flera olika spektra och vi kommer fokusera på tabut kring psykisk ohälsa. När vi i syftet skriver “tabut kring psykisk ohälsa” menar vi tabut kring att *prata om sin psykiska ohälsa* med omgivningen på olika sätt. När vi menar att informanterna tar ett steg i processen att bryta tabut menar vi således att de berättar om sin psykiska ohälsa för någon/några de tidigare dolt det för, såsom vänner, familj eller arbetskamrater. Att de idag är medlemmar i NSPH och använder sina erfarenheter för att hjälpa andra ser vi också som ett steg framåt i processen.

Tabut, tänker vi författare, existerar i och skapas på olika nivåer och i olika kontexter. På en strukturell nivå skapas och upprätthålls tabut av exempelvis samhälleliga attityder och medias framställning. Detta i sin tur påverkar individers uppfattningar av psykisk ohälsa på gruppnivå och individnivå. Vi kommer också belysa att tabut och rädslan för detta också kan ligga inom informantens familj, och kanske inte alltid hos informanten själv. I uppsatsen kommer vi utgå från våra informanters subjektiva upplevelser och erfarenheter av tabut kring psykisk ohälsa, och inte samhällets bild i stort mer än att vi kommer presentera en

historisk tillbakablick i hur personer med psykisk ohälsa har uppfattats genom olika tider. Uppsatsen kommer inte fördjupa sig i hur stor grad informanterna idag pratar öppet om sin psykiska ohälsa. Det har i vårt material framkommit olika typer av sammanhang som det är lättare respektive svårare att öppna sig i, men detta är inte något vi heller går djupare i.

Förändringsprocessen i att bryta tabu

När vi talar om “förändringsprocessen i att bryta tabu” menar vi den förändringsprocess vi rekonstruerat utifrån våra informanternas berättelser, våra teoretiska analytiska verktyg och vår egen tolkning. I informanternas intervjuer berättade de om en barndom kantad av en tystnad kring sin psykiska ohälsa. De belyste också händelser och relationer som bidragit till att de kunde prata mer öppet om sin psykiska ohälsa. Vi kallar dessa händelser ibland för banbrytande händelser, med vilket vi menar händelser av mycket stor betydelse som öppnar upp för nya vägar. Idag är våra tre informanter ambassadörer inom NSPH och på så vis pratar mer öppet om sin psykiska ohälsa. Vi har alltså använt oss av delar av materialet tillsammans med teoretiska verktyg för att kunna ge exempel på hur en sådan här förändringsprocess *kan* se ut. Att tänka i termer av process är emellertid inte problemfritt. En individ är föränderlig och utvecklas hela tiden under livsloppet. För att kunna säga att vi bevittnat en förändringsprocess hade det krävts noggranna observationer från informanternas barndom till idag. Vi har endast intervjuat tre män två gånger om, och vill än en gång betona att det vi visar upp blir en rekonstruerad förändringsprocess. När vi pratar om vändpunkter i denna process menar vi just de banbrytande händelserna eller relationer som våra informanter lyfte upp under intervjuerna, som med hjälp av teori och forskning lyfts upp till en ny dimension. För ytterligare resonemang kring vändpunkter, se kapitel tre. Något vi inte kommer undersöka djupare är processen i hur det psykiska måendet har sett ut för våra informanter.

Att upprätthålla ett tabu

Det finns sannolikt många faktorer som bidrar till att ett tabu upprätthålls. Vi vill undersöka en möjlig orsak, bilden av idealmannen. När vi skriver "idealmän" eller "manliga ideal" menar vi att det i samhället finns ideal och normer för hur en man bör vara, något som teoretiseras i kapitel tre. Vi har gjort en avgränsning i att studera mäns erfarenheter, utan att ha för avsikt att förringa kvinnors eller personer med andra könstillhörigheters upplevelser av att leva i ett tabu. Genom att endast fokusera på män finns risken att vi bidrar till att reproducera och förstärka mansideal och normer, likaså befästa och förstora upp köns- och genuskillnader. Vi är medvetna om denna paradox, men vi syftar snarare till att bjuda in till diskussion och reflektion om manlighet och hur det kan te sig när män inte lever upp till idealen och en stereotyp bild av en man. Vi som författare är också medvetna om att en individ är mer än sitt kön, att andra kategorier, såsom etnicitet, ålder och socioekonomiska villkor, samspelar. Med anledning av att vi berör flera, skilda teman i uppsatsen och på grund av uppsatsens omfattning fick vi dock göra avkall på en intersektionell analys.

1.4 Förförståelse

Thurén (2007) menar att vi alla bär med oss en resväska fylld med erfarenheter från tidigare upplevelser i livet. Erfarenheterna påverkar i sin tur hur vi förstår och ser på vår omvärld. "Resväskan" kallar Thurén för förförståelse och innebär att vi alltid bär med oss vår historia i varje given situation. Med andra ord kan vi inte undersöka vårt forskningsområde helt förutsättningslöst och därtill inte genomföra denna uppsats objektivt. Vi är två 25-åriga kvinnor med liknande bakgrund och uppväxt som båda delar ett intresse för psykisk ohälsa. En viktig aspekt i sammanhanget är att vi båda, på olika sätt, också har egna erfarenheter av psykisk ohälsa samt att vi båda upplevt svårigheten att prata öppet om att må psykiskt dåligt. Avsnittet inleddes med att påvisa de egna erfarenheternas betydelse och påverkan för hur vi ser på världen idag, och vår historia påverkar helt klart hur vi förstår och tar oss an vårt uppsatsämne. Även våra privata arbeten och engagemang utgör en del av vår förförståelse. Lisa arbetar på ett boende för

personer med psykisk ohälsa och missbruksproblematik. Madeleine stödjer och arbetar ideellt i en förening för att förebygga ungdomars psykiska ohälsa.

Självklart har vi tänkt på att vår förförståelse påverkar och kan färga uppsatsen. Vi ser både för- och nackdelar med att vi har starkt intresse och själva erfarenheterna. Med stöd från Esaiasson Gilljam, Oscarsson & Wängnerud (2012) menar vi att det finns två sidor av myntet vad gäller förförståelsen. Det är viktigt att man har ett genuint intresse och är engagerad i den fråga man undersöker. Det är nämligen ofta ur förförståelsen och intresset som motivationen och hypoteserna hämtar näring. Förförståelsen gör dock att man har med sig en förhandsuppfattning som riskerar att begränsa andra möjliga perspektiv. Utifrån detta kan vi författare inte nollställa vår förförståelse, men vi kommer ständigt försöka medvetandegöra den. I kapitel fyra kommer vi gå in djupare på hur vi gjort för att minimera riskerna med förförståelsens inverkan på studien.

1.5 Arbetsfördelning

Vi har under majoriteten av uppsatsarbetet arbetat tillsammans, dels för att vi har kunnat bolla idéer men också för att inte gå miste om någon kunskapskälla hos varandra. Vissa delar har vi haft huvudansvar för, vilket har styrts av intresse. Lisa har fokuserat mer på vändpunkter och Madeleine mer på mansidealets påverkan. Övriga delar och analys har vi fått ihop genom tätt samarbete. Lisa har haft huvudansvar över struktur i uppsatsen mot slutet av arbetsprocessen.

2. Kunskapsläge

Efter en gedigen undersökning på universitetsbibliotekets sökmotorer samt genomgång av litteratur fick vi uppfattningen att forskning kring psykisk ohälsa mestadels fokuserar på individers upplevelser av psykisk ohälsa, stigmatisering av personer med psykisk ohälsa och psykiatrins bemötande. Vi hade svårigheter att finna relevant, svensk forskning skrivna i en nationell kontext om psykisk ohälsa i allmänhet, och nationell forskning som fokuserar på män verkar vara begränsad.

Med denna utgångspunkt kommer vi att lyfta fram en ganska spridd kunskapsöversikt, både nationell och internationell, kring psykisk ohälsa och vändpunkter. Vi inleder kapitlet med en tillbakablick i den psykiska ohälsans historia.

2.1 En historisk tillbakablick

Sanner (2009) menar att det under historien funnits skilda uppfattningar om vad psykisk ohälsa är, dess orsaksförklaring och hur det ska behandlas. Vad som ses som psykisk ohälsa är således kontext- och tidsbundet. Denna syn står nära i relation till synen kring normalitet och hälsa, där varje historisk epok har en dominerande syn. Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010) och Topor (1993) har liknande tankegångar och hävdar att den historiska synen kring psykiatri och psykisk ohälsa påverkar hur vi ser på fenomenen idag. Vi kommer här sammanfatta denna historia för att försöka förstå varför psykisk ohälsa, idag, i många fall är svårt att prata om.

Skårderud et al. (2010) menar att ”de vansinniga” vid kristendomens födelse sammankopplades med religiösa föreställningar. Vid 1600-talet inträdde förnuftets tidsålder, då vår världsbild blev mer vetenskaplig. ”Sinnessjuka” började runt om i Europa att spärras in och en process av exkludering av människor med psykisk ohälsa påbörjades.

I slutet av 1700-talet gjordes flertalet vetenskapliga framsteg. Sanner (2009) menar att eftersom naturvetenskapen gick framåt bidrog det till förhoppningar om ett ökat vetande om människan. Psykiska störningar sågs som störningar i hjärnan tillskillnad från tidigare religiös syn och man började föreställa sig att psykiska sjukdomar var möjliga att behandla och bota. Under denna tid fick det medicinska perspektivet dominans och psykiatri etablerades som medicinsk vetenskap. Ett mer biologiskt synsätt framträdde på psykisk ohälsas orsaksförklaringar. Skårderud et al. (2010) menar att diagnostiken utvecklades samtidigt som det skedde en reform av de tidigare institutionerna och dess ovärda förhållanden. En mer humanistisk syn kring psykisk ohälsa började växa fram i Europa. Skårderud

et al. (2010) hänvisar till Michael Foucaults tankar att de förnuftiga människorna behövde stärka sin legitimitet och ”de vansinniga” drevs därför bort från byarna. De ansågs som farliga. Trots en reformering av institutionerna isolerades människor med psykisk ohälsa. Detta menar, Skårderud et al. (2010), har bidragit till skapandet och upprätthållandet av negativa myter kring människor med psykisk ohälsa. Att sjukhusen ofta placerades på landsbygden talar för en önskan att dölja problematiken. Topor (1993) menar att det fanns en syn att “dårar” skapade oordning i ett växande industriellt samhälle. Intagning på mentalsjukhus var ett sätt att behandla dessa människor och att särskilja och isolera dem gentemot det övriga samhället.

Under 1800-talet ökade, som tidigare nämnt, kunskaperna kring biologins betydelse. Sanner (2009) menar att Darwinismen ökade optimismen att människan var formbar. Detta kunde i sin tur dels användas för att se det biologiska arvet som orsak till psykisk ohälsa, vid sidan om miljöns påverkan. Efter första världskrigets slut fick psykoanalysen och Sigmund Freuds tankar stort genomslag. Skårderud et al. (2010:63) skriver: “Mycket schematiskt och kortfattat kan den psykoanalytiska förståelsen beskrivas som att patienten är den hon eller han är på grund av ett kontinuerligt växelspel mellan inre psykiska processer och den yttre sociala miljön.” Detta synsätt kan nästintill beskrivas som den totala motsatsen till det då också rådande medicinska perspektivet.

I samma tid som olika riktningar kring synen på psykisk ohälsas uppkomst florerade, ökade också antalet psykiskt sjuka. Sanner (2009) hävdar att man knappast kan tala om en behandling av patienterna, utan snarare om en förvaring. Mellankrigstiden var dock en tid där de somatiska perspektiven dominerade. I denna tidsepok började elchocker och lobotomi användas för svårbehandlade tillstånd. Efter andra världskriget skedde en revolution när psykofarmaka togs i bruk. Skårderud et al. (2010) beskriver att vid sidan av medikaliseringen togs samtidigt humanistiska idéer plats. Kring 1960- och 70-talen började mentalsjukhusen och psykiatrin ifrågasättas på en helt ny nivå än tidigare. Forskare ifrågasatte en långvarig institutionalisering och en politisk protest mot slutna system framträdde vilket kan ses som en möjlig förklaring till kommande

gradvisa nedmontering av mentalsjukhusen. Sanner (2009) menar att processen kring avinstitutionaliseringen dock skapade nya problem. En tanke bakom nedmonteringen var att psykiskt sjuka skulle interageras mer i samhället, men istället fick de klara sig på egen hand. Samtidigt inträdde merparten nya läkemedel för psykiska besvär och antalet diagnoser kring psykisk sjukdom växte. Vid 1900-talets slut blev psykoanalysen alltmer ifrågasatt och kognitiv beteendeterapi framträdde som dominerande behandlingsform. Nu skulle patienten istället lära sig tänka annorlunda med ett konstruktivt förhållningssätt till sig själv, tankar vi kanske alltmer ifrågasätter idag.

Ovan historiska resumé är en förenklad bild av synen på psykisk ohälsa genom tiderna. Sundgren (2005) menar att behovet att förstå och kategorisera avvikelser har funnits sedan länge, vilket den historiska sammanfattningen också visar. Vi ville med denna tillbakablick visa att föreställningar om psykisk ohälsa inte kan ses oberoende av den rådande samhällssituationen i övrigt. Vi ville också visa att de historiska uppfattningarna kring psykisk ohälsa påverkar hur fenomenet förstås idag och att det kanske är därför det i vissa sammanhang är svårt att prata om.

2.2 Psykisk ohälsa och tabut idag

Hinshaw (2007) menar att psykisk ohälsa fortfarande är ett av de mest stigmatiserande villkoren i dagens samhälle. Ett stigma utgörs av kännetecknen som utskiljer en individ från den övriga populationen i samhället. Stigmatiseringen medför att personer med psykisk ohälsa stereotypifieras, märks ut som annorlunda och diskrimineras av omgivningen. Orsakerna till detta är att det finns en rädsla och oförståelse hos omgivningen som är förknippad med gamla föreställningar om att personer med psykisk ohälsa skulle vara farliga och galna. Hinshaw menar att fördomar och attityder gentemot personer med psykisk ohälsa manifesteras och förstärks av massmedier genom att de enhetligt likställer psykisk sjukdom med mentalt ostabila och våldsamma personer. Som en konsekvens av detta frodas stigmat och resulterar i att individer diskrimineras och att individen och dennes familj döljer sin psykiska ohälsa.

Jönsson (2010) har under 20 år studerat psykiatrins historia. Studiens material utgår från personliga skildringar av erfarenheter från 1800-talet fram till idag på det psykiatriska området. Jönsson (2010) lyfter det faktum att människor drabbade av psykisk ohälsa som kommit i kontakt med en psykiatrisk institution inte är något de vill prata högt om. Detta kan ha olika orsaker, men Jönsson menar att den vanligaste orsaken borde vara att man inte öppet vill kategorisera sig som psykisk sjuk. En kontakt med psykiatrin är istället något som man gärna tystar ner.

Angermeyer & Matschinger (2004) undersöker i sin studie omgivningens attityder till personer med depression i Tyskland. Resultatet visar att personer med depression fortfarande utsätts för stigma och diskriminering från omgivningen. Sedan 1990 har attityderna förändrats i bemärkelsen att omgivningen har en tendens att tycka synd om personer med depression, men att det fortfarande finns en rädsla och en vilja att distansera sig från dessa personer. Angermeyer et al. (2004) menar också i sin studie att majoriteten av personer med depression och schizofreni som undersöktes förväntar sig negativa reaktioner från omgivningen.

Ovan avsnitt kan hjälpa oss att på ett djupare plan förstå varför det idag är svårt att tala öppet om psykisk ohälsa. Vi har visat att rötterna till detta bottnar i en lång historia kring hur rådande samhällssyn har skiftat men som ofta har kategoriserat människor med psykisk ohälsa som något avvikande. Dessa föreställningar lever i vissa aspekter kvar. I nästkommande kapitel tas forskning ur ett genusperspektiv på psykisk ohälsa upp.

2.3 Psykisk ohälsa ur ett genusperspektiv

Courtenay (2000) utgår i sin artikel från ett feministiskt och socialkonstruktivistiskt perspektiv och diskuterar varför män i USA, generellt sätt, utsätter sig för större hälsorelaterade risker i högre grad än kvinnor. Han refererar till studier som visar att män, i högre utsträckning än kvinnor, känner press på att leva upp till stereotypa könsroller och förväntningar, exempelvis som att män ska vara självständiga, starka och tuffa. Genom att avfärda sina vårdbehov, förneka

sin psykiska och fysiska ohälsa, legitimerar män sig som starkare, både gentemot andra män och gentemot kvinnor. I artikeln belyser också författaren att män avfärdar det som förknippas med feminina attribut och normer för att inte ses som svaga och omanliga. Att söka vård och att ha fysisk eller psykisk ohälsa är förknippat med stereotyper av feminitet, och konstrueras då som något "icke-maskulint".

Även Inckle (2014) berör hur könsstereotyper reducerar psykisk ohälsa till att vara något "omanligt", men Inckle till skillnad från Courtenay, fokuserar i sin studie på män med självskadebeteende. I studien använder Inckle kvalitativa metoder för att undersöka på vilket sätt könsnormer och konstruktionen av maskulinitet bidrar till att män med självskadebeteende döljer sin problematik. Författaren menar att självskadebeteende främst är förknippat med unga kvinnor, vilket resulterar i att männens problematik försummas och osynliggörs. Det finns stereotypa bilder av den "typiske patienten": en hjälpsökande, svag, kvinna. Självskadebeteende och annan psykisk ohälsa stämmer därtill inte överens med hur den "ideala mannen" ska vara.

När vi läste dessa studier fick vi funderingar kring hur våra informanter ställer sig till manliga ideal. Har de känt press att leva upp till manliga ideal? Har de dolt sin psykiska ohälsa i rädsla att uppfattas som "omanliga"? Samtliga studier har en konstruktivistisk utgångspunkt, vilket innebär att kön ses som något som är konstruerat och kontextbundet. För att rikta kritik mot oss själva hade det varit intressant med ett annat perspektiv, något vi dock hade svårigheter att finna. Vi hade på så vis kunnat ge en mer nyanserad bild av ämnet. I kommande del kommer forskning kring vändpunkter presenteras.

2.4 Vändpunkter och förändringsprocesser

Merparten av forskningen vi fann kring vändpunkter rörde vägen ut ur missbruk, kriminella sammanhang eller prostitution. Vi fann ingen tidigare forskning som också hade undersökt vändpunkter i processen att bryta tabu kring psykisk ohälsa. Vi menar trots detta att vår valda forskning kan hjälpa oss i vår analys.

Efter att vi tagit del av vändpunktsforskning av olika slag, väcktes nya tankar och funderingar hos oss. Kan vi se vändpunkter i relation till att bryta tabu kring psykisk ohälsa? Kan begreppet vändpunkt även placeras i denna kontext?

Forsberg (2009) belyser i sin rapport resultatet av en intervjustudie med tio personers historia kring vändpunktsprocesser från att bryta upp från ett missbruk. Syftet med studien var att undersöka positiva vändpunkter i processen. En utmärkande slutsats av hennes material är att dessa processer har bestått av flera vändpunkter, inte endast av en utmärkande händelse. Processen, eller resan, som informanterna beskriver har utvecklats genom att personer och händelser löpt parallellt vid varandra och således skapat flera vändpunkter. Utmärkande var också hur informanterna lyfte stöd från både familj och professionella i processen att bryta upp från missbruket. Närheten i relationen betonades som en viktig komponent i att ta emot det stöd och hjälp som fanns, men också att den kom i rätt tidpunkt då personen var mottaglig.

Klingemann (1991) har i sin studie undersökt personers alkohol- och drogberoende. Intressant är resultatet som visar att 45 % av informanterna svarar att det slutgiltiga beslutet att lämna missbruket påverkades av människor inom det sociala samspelet, medan endast sju % kunde urskilja och nämna en specifik händelse som orsak till uppbrottet. Studiens resultat belyste också att stödet, från till exempel familj- och brukarorganisation var av vikt.

Hedin och Månsson (1998) har studerat kvinnors uppbrott från prostitution och i linje med tidigare forskning, konstaterade de att det inte alltid är en avgörande händelse, inte en ensam vändpunkt, utan flera som påverkar individens process av förändring/uppbrott. Genom att beskriva en identifierbar vändpunkt har individen samtidigt definierat ett behov av förändring i sitt liv. Identifieringen av en vändpunkt kan på så vis ha en betydande förändringspotential.

2.5 Att få en diagnos

Avslutningsvis vill vi lyfta Johannissons (2006) diskussion kring diagnosens betydelse. Författaren menar att diagnosens för- och nackdelar är ett hett debattämne. Johannisson tar upp det faktum att en diagnos kan upplevas på olika sätt och ge olika funktioner. Å ena sidan kan en diagnos kännas som en befrielse men å andra sidan kan diagnosen vara en stigmatiserande symbol, där ett utanförskap befästs. En diagnos är också i de flesta fall biljetten till vård och behandling.

3. Teoretisk tolkningsram

Som analytiska verktyg har vi valt vändpunkt som teoretiskt begrepp, delar av Connells teori om maskuliniteter och hierarkier samt Antonovskys teori KASAM (Känsla av Sammanhang). Valet av dessa kommer att diskuteras utförligare i kapitel 4.7 "Analytiskt tillvägagångssätt".

3.1 Vändpunkt som teoretiskt begrepp

Det finns en uppsjö av olika sätt att beskriva begreppet vändpunkter. Vi själva ser begreppet vändpunkt som ett läge där något eller någon tar en ny riktning. Vändpunkten beskriver en skiljelinje mellan ett tidigare stadie och ett kommande, och är således kopplat till någon form av förändring. Man kan diskutera vad begreppet vändpunkt egentligen betyder. Utgår vi från ordet skulle vi kunna säga att det består av två delord: vänd och punkt. Begreppet skulle då kunna betyda "en punkt där det vänder". Men vad kan den här punkten vara för något? Detta, och begreppets innebörd, är något vi skall undersöka med hjälp av teoretiker och forskare.

3.1.1 Vändpunkt som att träda ur en tidigare roll

Fuch Ebaugh (1988) generella teori kring ”exit-processer” är, enligt Ebaugh själv, applicerbar på alla typer av uppbrott. Teorin beskriver en förändringsprocess i att gå ur en roll och söka sig efter en ny. Detta sker i olika stadier: de första tvivlen, sökande efter alternativ, vändpunkten och skapandet av en ”exroll”. Då vår uppsats fokuserar på just vändpunkten är det vi tittar närmare på. Vändpunkten beskrivs som en punkt där personen tar ett beslut att gå ur sin tidigare roll. Beslutet inträffar ofta samtidigt som en viktig händelse i individens liv. Ebaugh menar att en vändpunkt kan uppkomma gradvis, men markant vanligast i Ebaugh egna studie var en plötslig och drastisk vändpunkt hos informanterna. Händelsen i sig kan vara både positiv och negativ. Ebaugh delar in vändpunkten i fem olika typer. Vi kommer beskriva två av dessa. I vändpunkten ”specifika händelser” sker just sådana här i individens liv vilket bidrar till insikt att situationen måste förändras. ”Droppen som får bägaren att rinna över” beskriver en annan vändpunkt där beslutet om förändring istället sker efter en händelse som grundar sig i ett flertal händelser och en ökad känslomässig uppbyggnad.

3.1.2 Relationen som vändpunkt

Ebaugh teori ger oss värdefull kunskap kring att förstå händelser som vändpunkter och hur dessa kan se ut. Vi saknar dock aspekten av att möten och relationer i sig kan vara en vändpunkt vilket istället är något Berglund (2007) tar upp i sin studie. Berglund undersökte vändpunktprocesser hos ungdomar i riskzon att utveckla problematiska livsstilar. Vändpunkter ses inom den ramen som praktiska sanningar ur individens synvinkel och kan delas upp i tre olika typer av: ”speciella situationer och händelser”, ”speciella människor och relationer” och ”ökad medvetenhet och mognad”. Vändpunkten ”speciella människor och relationer” karakteriseras av människor som i en betydelsefull, avgörande bemärkning påverkat förändringsprocessen och bidragit med exempelvis empati, förståelse och bekräftelse. En vändpunkt enligt Berglund kan således vara något som sker i mötet och relationer till andra människor där individen påverkas, och som avspeglas i dennes känslor, handlingar och således också i förändringsprocessen.

3.2 Connells teori om maskuliniteter och hierarkier

Som teoretiskt verktyg har vi också valt R. W Connells teori om maskuliniteter och hierarkier, och främst fokuserat på teorins begrepp hegemonisk maskulinitet och underordnad maskulinitet.

Connell (2008) motsätter sig könsrollsteorins syn på att det finns en form av maskulinitet. Connell menar istället att det finns en mångfald av maskuliniteter som är hierarkiskt rangordnade. Hegemonisk maskulinitet är den ledande och dominerande maskuliniteten som står högst upp i hierarkin och ses som den mest eftersträvansvärda maskuliniteten. Den utgör normen och idealet för manlighet som sprids via massmedier och populärkultur i ett visst samhälle. Connell påpekar dock att den hegemoniska maskuliniteten som vi utgår från i väst är beskriven utifrån dagens konstruerade västerländska kontext, och menar att den på så vis är kontextbunden och historiskt föränderlig. Andra maskuliniteter jämförs och värderas utifrån den hegemoniska maskuliniteten, trots att den endast levs upp av ett fåtal män.

Andra maskuliniteter som står lägre i hierarkin är den delaktiga, den underordnade och den marginaliserade. Vi kommer endast att gå in på den underordnade maskuliniteten, tillsammans med den hegemoniska maskuliniteten, då det är dessa begrepp som kommer att användas i vår kommande analys. Den underordnande maskuliniteten består av män som inte ses som "riktiga män" då de på olika sätt särskiljer sig från den hegemoniska maskuliniteten.

Underordningen kan exempelvis utgöras av homosexuella män, och de utsätts för förtryck på olika sätt och utestängs från den hegemoniska maskuliniteten. Detta gäller inte enbart homosexuella män utan även män som på andra sätt utgör en "underordning", exempelvis män som uppvisar eller utövar "feminina aktiviteter". En man som ses som "fjollig", "feg" eller som en "morsgris" är exempel på män som tillhör den underordnade kategorin.

Connell (2008) påpekar att maskulinitet alltid bör förstås utifrån ett intersektionellt perspektiv, då genus alltid samspelar med andra kategorier och

strukturer såsom klass, etnicitet och sexuell läggning. Detta är som tidigare nämnt något vi avgränsat oss kring och inte kommer beröra i studien.

3.3 KASAM (Känsla av sammanhang)

KASAM är enligt Antonovsky (1991) ett, av många andra, sätt att se på vår värld. Teorin utgår genomgående från det salutogena synsättet, som fokuserar på det friska. Antonovskys (1991) grundhypotes är att människan genom livet utsätts för påfrestningar, krav och utmaningar av olika slag, men genom att man har en känsla av sammanhang skapas bättre verktyg för att utveckla en motståndskraft mot ohälsa. Teorin syftar till att beskriva vilka hälsobringande faktorer som gör människor friska och förblir det. Detta är något som skapas genom en sammanhängande tillvaro, som i sin tur skapas genom uppfyllandet av tre komponenter.

KASAM består av tre centrala komponenter vilka är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Den första komponenten, begriplighet, innebär att individen upplever världen begriplig, förståelig och greppbar. Hög begriplighet får man genom att informationen som kommer till en upplevs som organiserad och sammanhängande. Hanterbarhet handlar om att individen känner att hen kan hantera omgivande krav och upplever sig ha resurser för att hantera påfrestningar. Den sista komponenten, meningsfullhet, menar Antonovsky (1991) är den mest centrala delen i KASAM som också är den del som behandlar motivationsaspekten. En hög meningsfullhet innebär att trots svåra upplevelser eller utmaningar individen ställs inför, upplevs de som värda att investera energi i. Att individen finner mening främjar således motståndskraften.

Antonovsky (1991) menar att dessa tre komponenter samspelar. För att en lyckad problemlösning, och för att förbli frisk är alla tre komponenterna av vikt som helhet, dock gör teorin en rangordning på de tre olika komponenterna i vilken som är viktigast. Meningsfullheten ligger i topp, efter den följer begripligheten och sist hanterbarheten.

4. Metod

I följande kapitel presenterar, motiverar och diskuterar vi vårt val av metod, vårt tillvägagångssätt och våra analytiska verktyg. Vi ämnar att, så långt det är möjligt, beskriva hur vi gått tillväga i genomförandet av uppsatsens olika steg. Ett fokus i vår uppsats är vårt val att genomföra upprepade intervjuer istället för engångsintervjuer. Vi kommer att föra en utförligare metoddiskussion kring fördelarna med detta i kapitel åtta.

4.1 Ett kvalitativt metodval

Bryman (2011) menar att valet av metod styrs av studiens syfte och dess frågeställningar. Vi ville lyfta fram och få förståelse för det specifika och det unika i våra informanternas berättelser utifrån deras perspektiv i den kontext de befinner sig i, och därför såg vi kvalitativ metod som det bästa alternativet. Enligt Kvale (1997) blir den kvalitativa metoden ofta kritiserad för att vara ogeneraliserbar till en större population. Vidare hävdar Boolsen (2007) att kritiken också pekar på metoden som för subjektiv med en bristande transparens. Vår uppsats syftar inte till att presentera en vetenskaplig generaliserbar sanning, utan vårt mål har genomgående varit att presentera en bild för hur det *kan* vara och bevara det unika hos våra informanter.

4.2 Reflexiv objektivitet och transparens

För att kvalitetssäkra studien har vi använt oss av ett begrepp som Justesen och Mik-Meyers (2011) kallar transparens. Transparens handlar om att man ska vara öppen i hur man gått tillväga i sin studie. I sammanhanget anser vi också att reflexiv objektivitet, som Kvale & Brinkmann (2009) talar om, blir aktuellt. Det innebär att vi som författare öppet i texten reflekterar över vår egen påverkan på kunskapen som produceras. Detta kommer vi försöka göra löpande i texten där vi anser det vara relevant.

Vi är medvetna om att resultaten från studien inte är objektiva sanningar, de är påverkade av vår egen tolkning utifrån våra egna tankemodeller och förförståelse. Ett exempel på detta var vår förförståelses inverkan på intervjuerna. Redan vid de första intervjuerna och vid genomgången av dessa insåg vi hur enkelt det var att finna det förväntade, det vi kunde känna igen från våra egna erfarenheter och hur svårt det var att finna det oväntade. Det var lätt att bli "hemmablind". Vi hade stor hjälp av vår handledare här. Han sade: "om man ensidigt fokuserar på fontänen när man ska fotografera, kommer man att missa bankrånnet bakom". Det han menade var att om vi endast fokuserar på det vi vill se kommer vi missa andra viktiga aspekter i periferin. Uppmuntran från vår handledare och att tänka på "fontänen och bankrånnet" som metafor, har hjälpt oss att vidga vårt tänkande. För att uppnå reflexiv objektivitet har vi fört kontinuerliga diskussioner med varandra och handledaren samt försökt att förhålla oss kritiska till vår egen insats. Genom samtal och diskussion har vi försökt medvetandegöra vad som är vår förförståelse och vad som är informanternas beskrivningar.

4.3 Urval

Vi hade från början en bild av vilken målgrupp vi ville intervjua, unga vuxna män med erfarenheter av psykisk ohälsa. Vi insåg dock snabbt in i arbetsprocessen att det skulle bli svårare än vi trott att få kontakt med denna målgrupp. Vi kontaktade ett flertal föreningar som inriktar sig på psykisk ohälsa bland unga, dock utan framgång. Vi fick till svar från en av föreningarna att psykisk ohälsa är ett känsligt ämne och att ansvarige ville garantera sina medlemmar skydd, så hen avböjde. Flertalet föreningar svarade inte vid kontakt.

Av en slump hamnade vi på en internetsida om ett projekt kallat "Hjärnkoll". Att urvalet hamnade på våra tre informanter tog sin början här, i och med att vi kontaktade NSPHig, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg. NSPHig fick information om vår uppsats, vårt syfte och våra kontaktuppgifter, så skulle ansvarig höra med ambassadörerna om det var någon som var intresserad. Det var då tre män som hörde av sig och ville ställa upp, och vi bokade in intervju med dessa. Tanken att enbart intervjua unga män reviderades här, och urvalet

baserades istället på den målgrupp som fanns tillgänglig, vilket Bryman (2011) skulle beskriva som ett bekvämlighetsurval. Vi tog också kontakt med ambassadöransvarig på NSPH, nätverket i hela Sverige, vilket resulterade i tretton ytterligare intresseanmälningar med kontaktuppgifter till ambassadörer som var intresserade av att delta. Utifrån studiens omfattning och metodval var det inte aktuellt att intervjua alla tretton. Vi genomförde ett helt slumpmässigt urval av dessa. Vi tog två telefonnummer från listan, tog kontakt, skickade informationsbrev (se bilaga ett) och bokade in intervju.

Vår ursprungliga plan var att endast intervjua dessa informanter en gång, detta är dock ännu en plan vi reviderat under uppsatsens gång. Vi intervjuade totalt fem män, men tre av dessa intervjuade vi två gånger. Efter de fem första intervjuerna gjorde vi ett urval utifrån en ny forskningsfråga, vilket Bryman (2011) beskriver som ett målinriktat urval. Vårt material i studien utgår alltså endast från tre mäns intervjuer. Vi vill dock framhäva att de andra två intervjuerna gav oss mycket, inte bara kunskap kring psykisk ohälsa utan också en inblick i intervjugenomförandet.

4.4 En abduktiv forskningsansats

Vårt arbetssätt har varit att vi arbetat parallellt med uppsatsens alla delar. Vi utförde på så vis inte uppsatsen linjärt, där vi började med inledning och slutade med analys och slutsatser. Vårt sätt att arbeta skulle bäst kunna liknas vid en abduktiv ansats. Boolsen (2007) beskriver abduktion som en kombination av deduktion och induktion. Induktion innebär att forskaren inte har med sig förutbestämda teorier och hypoteser, utan låter teorin växa ur empirin. Deduktion innebär tvärtom att forskningens fokus styrs av förutbestämda teorier och hypoteser. Vi hade några teorier, begrepp och hypoteser i tankarna innan vi påbörjade studien. Connells teori om maskuliniteter är ett exempel på teorier vi hade med oss från början. Efter vår första intervju växte vårt intresse för vändpunkter fram. Det var först senare som vi även bestämde oss för Antonovskys teori KASAM. Vårt tillvägagångssätt kan härledas till vad Svensson

& Starrin (1996) kallar för en ständigt pågående definitionsprocess. Det innebär att våra forskningsfrågor växte fram och preciserades under arbetets gång.

4.5 Datainsamlingsmetod

4.5.1 Semistrukturerade intervjuer

Eftersom vi arbetade utifrån en abduktiv ansats, där våra forskningsfrågor och teorier preciserats alltmer under arbetets gång, ansåg vi att semistrukturerade intervjuer lämpade sig bäst som intervjuform. Detta överensstämmer med Justesen och Mik-Meyer (2011) som menar att semistrukturerade intervjuer passar bra när man på förhand har utvalda teman, men samtidigt arbetar explorativt. En intervjuguide gjordes inför första intervjun som användes på samtliga informanter (se bilaga två). I den första intervjuguiden utformades olika teman med frågor som stämde överens med vårt påbörjade syfte och frågeställningar. Intervjuguiden fungerade dock endast som en mall och följdes därför inte slaviskt. Vi hade en vilja att inte styra intervjuerna för mycket utan ge utrymme för avvikelser, detta eftersom vi var intresserade av intervjupersonernas beskrivningar och upplevelser. Efter första intervjun skrevs tre nya intervjuguides som utgick från de första intervjuerna och som var personligt utformade efter varje informant (se bilaga tre, fyra och fem). Då intervjuguiden var personligt anpassad kunde vi undersöka vissa händelser informanterna pratade om djupare och på så sätt få ett mer utvecklade svar.

4.5.2 Intervjuernas genomförande

Vi genomförde både telefonintervjuer och enskilda intervjuer där vi mötte informanterna personligen. Intervjuerna varade cirka 1-1,5 timma per gång och spelades in via mobiltelefon. Vi båda var närvarande under intervjuerna, men en höll huvudansvaret och den andre förde anteckningar. Detta var för oss ett effektivt tillvägagångssätt då den som inte intervjuade kunde skriva ner viktiga punkter samt att, mot slutet av intervjun, få ställa sina eventuella kompletterande frågor.

För att rikta kritik mot oss själva menar vi, med stöd av Trost (2010), att det inte är det mest ultimata att genomföra intervjuer hemma hos intervjuaren själv. Risken finns att intervjupersonen känner sig otrygg och hamnar i underläge. Vår informant önskade en ostörd plats och hade inga problem att genomföra intervjun hos en av oss. Beslutet togs således av båda parter emellan. Vi kan också ifrågasätta vårt val av telefonintervjuer. Bryman (2011) tar upp aspekten att man missar informantens kroppsspråk, men att det dock kan vara lättare att samtala om känsliga ämnen via telefon istället för ansikte mot ansikte. Utifrån vårt material fann vi ingen märkbar skillnad i djup i våra två olika typer av intervjuer och såg telefonintervjuer som det bästa alternativet, då alla informanter inte var bosatta i Göteborg.

Under intervjuernas genomförande stötte vi på en del utmaningar. En var att få informanten att enbart utgå ifrån sig själv. Kvale (1997) menar att en viktig aspekt av den kvalitativa intervjun är att undersöka det specifika. Vi märkte att våra intervjupersoner i vissa fall inte helt utgick ifrån sig själv, utan beskrev allmänna åsikter. Då våra intervjupersoner också är ambassadörer i NSPH med diverse positioner såsom attitydförändrare är de kanske också vana att prata utifrån organisationens ramar? Risken att våra informanter skulle svara utifrån sitt ambassadörskap har vi försökt minimera genom att under intervjuerna flertalet gånger betona att det var deras tankar, ord och upplevelser vi var intresserade av.

En annan svårighet med våra intervjuer var att våra intervjupersoner berättade om saker som hände i deras barndom och ungdom tillbaka till 70-, 80-, och 90-talet. Repstad (1999) menar att risken med tillbakablickar är att individen glömmet händelser och känslor från förr, eller minns det förgångna genom ett filter som kan förvränga bilden av hur det verkligen var. För att minimera den risken har vi, framförallt i uppföljningsintervjun, knutit våra frågor kring specifika och betydande möten och händelser som våra informanter berört. Vi fick upplevelsen att de väl kom ihåg hur de tänkte och kände när vi pratade kring de specifika händelserna, medan mer allmänna tillbakablickar var svårare för informanterna att minnas eller redogöra för.

4.6 Bearbetning av materialet

Efter intervjuerna spelats in transkriberades samtliga intervjuer. Med transkribering menar vi att vi ordagrant skrev ner varje intervju i Word-dokument. Transkriberingen skedde direkt efter intervjun eller senast dagen efter. Detta gjorde vi för att vi då fortfarande befann oss i den känslomässiga tillgängligheten som vi hade under intervjun. Att allt material transkriberades gjordes för att skapa förutsättningar för oss att förstå våra intervjupersoner och intervjusituationen men också minska risken att gå miste om exakta ordval och uttryck. Detta är något som Widerberg (2002) belyser som vinster med att transkribera allt och inte bara skriva sammanfattningar. Vi såg en risk med att enbart transkribera valda delar, då det kan vara lätt att göra materialet till sitt eget sammanhang och välja ut delar som tilltalar en mer än andra. Genom att transkribera allt minskade vi också risken att misstolka och missförstå. En annan anledning till att vi valde att transkribera intervjun ordagrant var för att se och undersöka hur vi själva som intervjuare agerade. Eftersom vi gjorde uppföljningsintervjuer med informanterna var valet en vinst då vi lärde oss utav våra misstag.

4.7 Analytiskt tillvägagångssätt

Vår första intervjuguide (se bilaga två) bestod av breda teman såsom tabu och mansideal. Efter våra genomförda intervjuer läste vi båda igenom dem ett flertal gånger, sökte efter återkommande teman men också likheter och skillnader intervjuer emellan. Vårt tillvägagångssätt kan liknas vid vad Bryman (2011) benämner som en tematisk analys, vilket är ett sätt att tänka kring hur man ska handskas med ett kvalitativt material. Vi skrev ner de teman vi funnit i våra informanters berättelser. Det blev många, spridda teman, och vi uppfattade materialet som ganska platt. Ett tema vi dock kunde se var händelser/relationer som verkade vara av vikt för våra informanter i att prata om sin psykiska ohälsa, detta försökte vi tematisera ner i olika subteman. Vårt analytiska tillvägagångssätt i början kanske således kan förklaras som tematiskt.

Under uppföljningsintervjuerna frågade vi mer om de specifika händelserna de hade pratat om i första intervjun. När vi hade genomfört våra fördjupningsintervjuer kodade vi materialet. Vi hade två olika övergripande kategorier, dels ”vändpunkter” och dels ”mansideal” och utifrån materialet relaterade vi delar av informanternas berättelse till dessa kategorier. Utifrån Bryman (2011) skulle detta kunna beskrivas som en selektiv kodning. Vi bestämde oss för att händelser/relationer som informanterna berättade om skulle vara huvudfokus för uppsatsen och att mansideal skulle vara ett sidospår. När vi fann huvudfokus har vi sedan dess försökt att ordna en rekonstruerad berättelse. Med detta menar vi att vi, utifrån våra informanternas berättelser, återskapat en förändringsprocess som vi tolkat att var och en har genomgått. Man skulle kunna säga att denna del av analysen varit mer åt en narrativ än den tidigare tematiska. Bryman (2011) menar att narrativ analys kan ses som ett tillvägagångssätt för att analysera människors livsberättelser och den mening de tillskriver dem. Vårt narrativa tillvägagångssätt kan bäst liknas vid vad Hydén och Hydén (1997) kallar ”berättelsen”, vilket innebär att vi tagit fasta på det som vi uppfattar som kärnan i våra informanternas berättelser. Vi har också varit narrativa i den meningen att vi tolkat händelser som vändpunkter för att kunna rekonstruera bilder av hur en förändringsprocess i att bryta tabu mot psykisk ohälsa kan se ut.

Under intervjuerna kunde vi märka att när våra informanter pratade om en händelse talade de samtidigt om att något hade förändrats efter den. De berättade om händelser/relationer som verkar ha haft betydelse för dem att kunna prata mer öppet om sin psykiska ohälsa. Vi kommer utifrån detta inte lyfta fram vilka händelser som helst i resultatet. Vi namngav dessa händelser som banbrytande händelser, med vilket vi menar händelser av mycket stor betydelse som öppnar upp för nya vägar.

För att försöka rekonstruera berättelser av hur förändringsprocessen att bryta ett tabu kan se ut använde vi oss av teorier som analytiska verktyg. Varför vi valde vändpunkter som teoretiskt begrepp var för att teoretisera, begreppsliggöra och fördjupa händelser i vårt eget material. Forskning visade att begreppet ofta kunde härledas till förändringsprocesser i kriminalitet och missbruk men vi försökte sätta in begreppet i en annan kontext, tabu kring psykisk ohälsa. Vi tog också hjälp av

KASAM. Syftet med vår uppsats var inte att belysa vilka faktorer som främjat våra informanternas process i att bli friska, utan vi tog hjälp av KASAM och teorins tre begrepp, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, för att kunna förstå djupare vad händelserna i vårt eget material har inneburit och lett till. I likhet med vår motivering av vändpunkt som teoretiskt begrepp, satte vi också in KASAM i ett annat sammanhang än Antonovsky själv gör. Vid sidan av dessa redskap har vi också använt oss utav Connells teoretiska begrepp. Dock ska det betonas att detta teoretiska perspektiv valdes innan intervjuernas genomförande och är något vi har haft kvar sedan dess. Motiveringen till detta var för att våra informanter är män med erfarenheter av psykisk ohälsa, och vi ville undersöka om de sätter sig själva i relation till den hegemoniska maskuliniteten och om det har påverkat dem i öppenheten om sin psykiska ohälsa. Connells begrepp valdes på så vis innan intervjuerna genomfördes, medan vändpunkter och KASAM växte fram ur materialet efter andra intervjun.

För att ge ett exempel hur vi har tänkt när vi analyserat följer här ett utdrag ur en intervju. Dialogen belyser en del av vad vi lade in i vår tolkning kring sambandet mellan vändpunkt och vad den innebar bidragit med:

Intervjuare: Har du fått till dig någon typ av kunskap som har hjälpt dig att komma dit?

Informant: Ja, jag har gått i terapi. Från att jag var 20 gick jag hos ungdomsmottagningen i ca 2 år eller nåt. Det var en lättnad att prata med någon och ha någon som stöttar en, men jag kände inte att det blev bättre egentligen och det var fortfarande ett mysterium varför jag var som jag var. Eh, sen började jag hos en psykolog i Uppsala någonstans i mitten av utbildningen så började jag gå hos en psykolog. Där kände jag mig förstådd. Och eh, successivt där började jag förstå och framförallt känna att mina föräldrar är lite knepiga.

Intervjuare: Kunde psykologen hjälpa dig att sätta ord på det?

Informant: Ja, det var någonting som startade där som jag inte hade innan. Just att mina reaktioner innan kändes ologiska men att hon asså,

jag kunde spegla mig i henne, hon fattade. Hennes reaktion var att det var inget konstigt att det var på det sättet. Jag fick den förståelsen.

Genom att visa upp denna dialog vill vi ge en inblick i hur vi har tolkat vårt material, i detta fall att ett möte med en psykolog gav en ny förståelse. Vi har således inte enbart tematiserat vårt material utan också, genom en narrativ analys, försökt att sätta ihop en bild av hur en förändringsprocess av att bryta tabut kan se ut. Vi som intervjuare och författare till denna uppsats kan inte säga att vi har sett en förändringsprocess, för det krävs flera år av observation, men utifrån teoretiska referensramar, vår egen tolkning och vårt material skulle det kunna vara såhär en förändringsprocess i att bryta tabut ser ut. Vårt analytiska tillvägagångssätt har varit komplext, och det är med all säkerhet ännu mer komplext än vad det framstår som. Den bästa beskrivningen vi kan ge är att det till en början var en mer tematisk analysmetod som sedan övergick till en mer narrativ.

4.8 Etiska överväganden

Vår uppsats rör psykisk ohälsa, tabut kring detta och mansideal, vilket enligt oss kan kategoriseras som känsliga ämnen. Vårt val av ämne och denna utsatta målgrupp har medfört olika typer av risker vi velat minimera. Vi har utgått från Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (odaterad källa) för att på ett etiskt och respektfullt sätt ta hand om våra informanter och samtalen med dessa. Grundläggande för forskning är kravet på individskydd, vilket innebär ett skydd gentemot individer att utsättas för olämplig insyn, kränkningar eller psykisk och fysisk skada. Individskyddskravet innehåller fyra huvudkrav när det gäller forskning.

Informationskravet står för att forskarna skall informera de involverade i studien kring syftet och på vilka villkor deltagandet sker. Vi har betonat frivilligheten och informanternas rätt att avbryta intervjun eller avstå från att svara på frågor. Vi informerade också om att uppsatsen ska publiceras. En av våra intervjupersoner berättade exempelvis saker som han sen inte ville att vi skulle ta med i uppsatsen, detta tog vi självklart på största allvar med respekt för den intervjuade.

Samtyckeskravet innebär att varje deltagare äger rätten att bestämma över sin medverkan. Vi valde att finna informanter till vår studie via organisationer och föreningar. Andra vägar såsom personlig kontakt ansåg vi kunde uppfattas som kränkande och utpekande. På NSPH skickade ambassadöransvarige ut intresseanmälningar till ambassadörer som frivilligt fick tacka ja till att medverka i studien. Genom detta urval har vi som forskare inte någon aning vilka som tackat nej.

Konfidentialitetskravet står för att deltagarna ska ges största möjliga konfidentialitet och deras personuppgifter ska förvaras oåtkomligt för andra. Samtliga deltagare gav godkännande att intervjuerna spelades in på våra mobiltelefoner. Direkt efter genomförd intervju lades intervjun över från mobiltelefonen till våra datorer i en låst mapp. I uppsatsen använder vi oss av fingerade namn. Vi informerade också våra deltagare om att all empiri kommer förstöras när uppsatsen är färdigbedömd av Göteborgs Universitet.

Nyttjandekravet innebär att det insamlade materialet enbart får användas för studiens ändamål. Vi anser detta vara uppfyllt då vårt insamlade material enbart har använts för forskningens syfte och ingenting annat.

Att uppsatsens alla deltagare tillhör en utsatt grupp i samhället leder till att etiken är viktigare än allt annat. Under uppsatsens gång har vi övervägt positiva och negativa konsekvenser av att intervjua denna typ av målgrupp. Negativa aspekter kan vara att informanten känner sig utlämnad då hen berättar om svåra privata händelser och känslor, vilket kan leda till att det rivs upp svåra minnen som får behandlas på nytt. Våra informanter var dock tydliga med att de ville vara med i kampen om att bryta tabu kring psykisk ohälsa och därför ville delta i uppsatsen. Eftersom vår uppsats rör samtal kring känsliga ämnen fann vi det otänkbart att gå för fort fram i de första intervjuerna, men vi brottades samtidigt med tanken att vi ville få tillräckligt material för att kunna besvara våra frågeställningar. Denna upplevda ambivalens gjorde att vi tog beslutet att genomföra ytterligare en intervju med tre av våra informanter. Vi anser att detta val således också bidragit till en ökad forskningsetik. Med respekt för informanterna och för att garantera anonymitet används inte deras riktiga namn i uppsatsen. Anders, Lars och Gustav

heter således något annat i verkligheten. Andra personer som informanterna nämner i intervjuerna har också fingerade namn.

Resultat och analys

Vi ska nu presentera och analysera vårt material. I kapitel fem ges en inblick i hur det är att leva i ett tabu kring psykisk ohälsa. I kapitel sex går vi djupare in på vändpunkter i processen att bryta tabut. I kapitel sju kommer vi att undersöka en möjlig orsak till att ett tabu kan upprätthållas, nämligen bilden av manlighet. Då en del av vårt syfte också innefattar att diskutera fördelarna med att genomföra upprepade intervjuer följer i kapitel åtta en utförlig metoddiskussion kring detta, där diskussion vävs samman med intervjuer.

5. Tre bilder av tabut kring psykisk ohälsa

Vi har återskapat våra informanternas berättelser om hur de beskrev livet innan vändpunkterna ägde rum. Nedan följer en redogörelse.

Gustav

Gustav berättar att han varit oförstådd av både elever och lärare under hela skoltiden. Han berättar också att hans barndom och ungdom kantades av förvirring och att han inte förstod att han hade psykisk ohälsa.

Jag förstod inte att jag tänkte på ett annat sätt än andra människor. Jag hade svårt att skilja mina tankar från andras tankar fram till att jag var 22 år. Det var väldigt förvirrande var det.

Gustav hade mycket ångest i grundskolan och utsattes för mobbning. Hans mamma och pappa ville inte ta Gustav till en barnpsykolog och sa att det bland annat kunde leda till att Gustav inte skulle få bo kvar hemma, att det skulle finnas

kvar i registren hela livet och att det kan förstöra en framtida karriär. Detta gjorde Gustav rädd. Han berättar:

Från mamma och pappa fanns det ett strikt nej, att du ska inte besöka någon barnpsykolog. Där var ju verkligen ett tabu. Sen när jag väl uppsökte psykiatrisk vård så sa ju mamma att “du får inte prata om familjen när du är hos en psykolog. För mamma betyder hur andra människor ser på henne betyder väldigt mycket, och om någon då skulle få reda på att hon har en son som har psykiska problem så skulle hennes rykte krossas. Det är därför hos sa så till mig.

Anders

Anders växte upp med sin mamma, pappa och sina tre bröder. Anders berättar att han och ena brodern tydde sig till mamman, fick ett känslomässigt utbyte där, medan de två andra bröderna mer togs om hand av pappan, som var känslomässigt onårlig. Anders upplevde ett annorlundaskap gentemot andra klasskamrater och blev under de första åren av skoltiden mobbad. Anders säger att han inte förstod att han hade psykisk ohälsa under barndomen, då han inte hade något att jämföra sitt mående med utan enbart kunde förhålla sig till sin egen tillvaro. Hans psykiska mående var heller inget man pratade om hemma. Anders försökte orka med sin tillvaro så gott han kunde på egen hand. Anders mamma hade depressioner, och fick medicin för detta via psykiatrin, men detta var något man inte pratade högt om. Anders berättar att hans erfarenhet av psykisk ohälsa är att det har sina rötter i barndomen.

Min pappa har utsatts för mycket nedlåtenhet och förakt när han växte upp och det har han sig burit med sig och burit vidare till oss, jag och mina bröder. Min mamma hade ju inte detta med sig men hon var väldigt otrygg som människa och väldigt osjälvständig. Hon klarade inte att vara en trygghet. Den trygghet som jag sökte fick jag ju inget svar på kan man säga från min mamma eller från min pappa.

Lars

Lars minns sin barndom som lycklig. Han hade vänner som han umgicks med, men han kände trots detta att han inte riktigt passade in och tänkte mycket på vad andra tyckte om honom. Han beskriver att han inte förstod varför han mådde dåligt, skämdes på grund av detta och försökte "spela normal" inför omgivningen. Han kände ett ständigt obehag och en otrygghet, speciellt i samspelet med människor. Lars berättar att han utvecklade social fobi och depression men hade inte begreppen för sitt mående. Lars visste inte vart han skulle göra av smärtan och beskriver det som att han levde i ett "mysterium". Han delade inte dessa tankar med någon och hade svårt att prata om sitt mående med föräldrarna då han upplevde att han inte togs på allvar.

Jag vet att jag nån gång sa till mamma att jag mår inte så bra, jag kände mig nere och ville ha stöd utifrån, jag kände "vad fan ska jag göra?" och då mådde jag jävligt dåligt också, men då sa jag det och mamma läste nåt korsord och knappt tittade upp och så sa hon "ta dig i kragen" med en kritisk och irriterad ton.

Utifrån våra informanternas berättelser kan vi se att de alla beskriver att de, på olika sätt, levde med ett nedsatt psykiskt mående. Detta var i sin tur inget man pratade högt om inom familjen och inget som togs på allvar. För Gustavs del verkade hans föräldrar ha en rädsla för att ta kontakt med psykiatrien. Psykisk ohälsa är, enligt Hinshaw (2007) stigmatiserande. Har man psykisk ohälsa särskiljs man ofta från den "normala" populationen. Gamla föreställningar om personer med psykisk ohälsa lever kvar i samhället och bidrar till att individer och familjer vill dölja problematiken. Vi skulle, utifrån Hinshaw (2007), kunna tolka det som att Gustavs föräldrar besitter en rädsla att erkänna Gustavs psykiskt dåliga mående, eftersom det skulle kunna leda till att omgivningen tar avstånd från familjen.

Skårderud et al. (2010), Sanner (2009) och Topor (1993) pekar alla på det faktum att nuet inte kan förstås utan historien. Historien visar att personer med psykisk ohälsa på olika sätt särskiljs från samhället, och kategoriserats som avvikare. Det tabu våra informanter, på olika sätt, ovan beskriver kan således härledas långt tillbaka i historien, men är också beroende av samhällskontexten vid denna givna

tidpunkt. Angermeyer & Matschinger (2004) menar att attityder kring psykisk ohälsa förändras över tid, men för våra informanter vid just denna tid i livet tystades den psykiska ohälsan ner. Detta är dock något som så småningom kommer att förändras för dem. Vi kommer i nästa del fördjupa oss i vändpunkter som främjat processen att bryta tabut kring psykisk ohälsa.

6. Vändpunkter

Detta kapitel berör vändpunkter i processen att bryta tabut kring psykisk ohälsa. Vi kommer att ge exempel på olika typer av vändpunkter undersöka innebörden i dessa samt hur livet innan och efter skiljer sig åt. Efter detta fördjupar vi oss i frågan om det går att urskilja en specifik avgörande vändpunkt i processen att bryta tabut. I detta kapitel kommer vi, vid sidan om vändpunkter som teoretiskt begrepp, ta hjälp av Antonovskys teori KASAM och dess tre komponenter begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet för att kunna begreppsliggöra innebörden i vändpunkterna och hur livet skiljer sig före och efter. Teorin är *ett* sätt att se på världen, och vi kommer således utgå från detta för att rekonstruera och ge exempel på hur en förändringsprocess i att bryta tabut kan se ut.

6.1 Bitarna börjar falla på plats

Vi kunde i materialet urskilja en barndom hos våra informanter som ofta var kantad av en slags förvirring kring sitt psykiska mående. I berättelserna gjorde informanterna också nedslag i relationer och banbrytande händelser. Vi fick uppfattningen att dessa vändpunkter gav informanterna en större förståelse kring sin egen psykiska ohälsa och att denna förståelse i sin tur främjade processen att bryta tabut.

En mönstringskallelse på posten...

Ett halvår innan Gustavs artonårsdag damp en mönstringskallelse ner i brevlådan. I två veckor låg Gustav i sängen och grät. Han kände en enorm press och var rädd då det stod att man kunde sättas i fängelse om man inte åkte med till mönstringen. Tillslut ringde hans mamma till vuxenpsykiatri, vilket är enda gången hans mamma tagit kontakt med psykiatri för sonens räkning. Detta resulterade i en frisedel för Gustav men också en kontakt med psykiatri som varit stadigvarande sedan dess. Gustav minns händelsen väl:

Det var väldigt en jobbig upplevelse men samtidigt så behövde jag ju komma i kontakt med psykiatri eftersom jag har mått dåligt hela mitt liv fram till att jag blev 18. Så att jag behövde verkligen komma i kontakt med psykiatri, så att den här mönstringsinkallelsen blev ju liksom... Ja då var det tvunget att komma i kontakt med psykiatri var det.

När Gustav fick mönstringskallelsen beskriver Gustav hur han låg i sängen och grät och att mamman tillslut ringde till psykiatri. Vi går djupare i detta. Gustav hade innan detta inte sökt hjälp på grund av att hans föräldrar inte tillät det, men när mönstringskallelsen kom ringde hans mamma för första gången till psykiatri. Kanske markerade den där mönstringskallelsen också något för Gustavs mamma? Var det ett uppvaknande för henne att det var dags att bryta tabut och ta kontakt med psykiatri? Kan vi gå så långt att säga att det kanske snarare var Gustavs mamma som bröt tabut kring psykisk ohälsa?

Tar vi hjälp av Ebaughs (1988) exitteori skulle vi nu i efterhand kunna se denna ganska vardagliga händelse, att få ett brev på posten, som en vändpunkt i processen att bryta tabut. Ebaugh (1988) benämner en vändpunkt som "utmärkande händelser", där något plötsligt inträffar i personens liv som resulterar i ett uppvaknande så att denne bestämmer sig för att det krävs en förändring. Dessa händelser kan både vara händelser som har stor betydelse i sig, men det kan också vara mer obetydliga händelser, men som har en symbolisk och personlig betydelse för personen. Vi skulle kunna tolka det som att mönstringskallelsen i sig

gav en personlig, symbolisk mening för Gustavs mamma och utgör då en så kallad “utmärkande händelse”. Mönstringskallelsen i sig ledde iallafall till att Gustav fick chansen att för första gången prata mer om sin psykiska ohälsa, något hans föräldrar inte hade erbjudit honom tidigare.

Fyra år senare fick Gustav diagnosen asperger, vilket han beskriver som en enorm lättnad:

Ja, när jag fick min diagnos blev jag väldigt lättad. Jag hade godtagit vilken diagnos som helst för att jag mådde väldigt dåligt och jag behövde stöd ifrån samhället. Och min diagnos är ju nyckeln för att få det stödet. Så att jag kände mig väldigt lättad. Jag hade aldrig hört talas om asperger innan.

Gustav säger att han hade godtagit vilken diagnos som helst. Det är intressant. Citatet kanske visar ytterligare på den symboliska mening diagnosen har? För att kunna se vad diagnosen innebär för Gustav tar vi hjälp av Antonovskys (1991) begrepp begriplighet. Begriplighet syftar till i vilken utsträckning individen känner att stimuli som sker både inom och utanför hen är begripligt, förståeligt och greppbart. Gustav säger att han aldrig hade hört talas om asperger. Det verkar som att det är ett nytt begrepp för honom. Att Gustav får en diagnos kan vi tolka som att han samtidigt får en ökad begriplighet. Diagnosen begreppsliiggör Gustavs tidigare erfarenheter och upplevelser. I första intervjun pratar Gustav om en arbetsterapeut han hade i flera år, men intressant i sammanhanget är kanske inte hur relationen beskrivs, utan kopplingen mellan diagnos och förståelse:

Hon kunde ju inte förstått mig helt och hållet för att jag träffade den här arbetsterapeuten i fyra år innan jag fick min aspergerdiagnos. Och den här arbetsterapeuten sa till mig att genom att jag har fått min aspergerdiagnos har jag lärt henne väldigt mycket och då har hon kunnat hjälpa andra. Men hon hade ingen aning om att jag hade asperger.

Gustav säger här något om just den förståelsen som diagnosen gav. Han säger att arbetsterapeuten *ju* inte kunde förstått honom helt eftersom de träffades innan han fick sin diagnos. Diagnos står om vi läser mellan raderna för en ny typ av

förståelse. Samtidigt som Gustav får sin diagnos tar också öppenheten kring hans psykiska ohälsa en ny vändning. Intervjuaren frågar Gustav om han pratade mer öppet om sin psykiska ohälsa efter diagnosen och får följande svar:

Ja, till och med för dom som retat mig. Dom som retat mig och sagt dumma saker till mig, då sa jag till dem att jag ”varför jag betar mig så konstigt, det är för att jag har en psykisk sjukdom”.

Återgår vi till KASAM:s begrepp begriplighet kan vi tolka det som att Gustav, med en annan begriplighet än innan, nu på ett annat sätt än tidigare kan tala mer öppet om sin psykiska ohälsa. Antonovsky (1991) menar att begripligheten ökar om man som individ upplever att det som händer i världen, både inom individen och i omvärlden, är organiserat och är lätt att förutse. Vi kan tolka det som att Gustav, efter att han fick sin diagnos, både fick en ökad begriplighet för sig själv men kanske också för omgivningens reaktioner? Han visar genom att säga ”varför jag betar mig så konstigt, det är för att jag har en psykisk sjukdom” till de som retat honom, att han kan ge en förklaring till sitt beteende, vilket kan tolkas som att han förstår både det som sker inom, men också utanför honom, på ett annat sätt än tidigare.

Johannisson (2006) diskuterar diagnosens betydelse utifrån patientens perspektiv och menar att den kan ha både positiv och negativ verkan. Diagnosen kan leda till både en befrielse, en orsaksförklaring och en bekräftelse gentemot omgivningen och den egna personen. Johannisson pekar här på en viktig aspekt, befrielse. För Gustav var det kanske såhär han kände när han fick sin diagnos. Han pratade om sin barndom vilken var kantad av förvirring kring varför han var som han var. Diagnosen kanske legitimerade hans beteende, att det fanns förklarat varför han är som han är? Vi kan dock diskutera vem det faktiskt var som bröt tabut efter dessa omvälvande händelser? Det kanske snarare var Gustavs mamma som bröt familjens tabu om att prata om psykisk ohälsa, när hon tillslut insåg att sonen behövde hjälp? Oavsett hur vi tolkar det fick händelsen stor betydelse för Gustavs öppenhet kring sin psykiska ohälsa.

Relationen till en broder och en psykolog

Vi kommer nu fördjupa oss i ytterligare två vändpunkter i processen att bryta tabu. Båda vändpunkterna rör relationer med andra människor, och det är Anders och Lars berättelser som kommer analyseras här.

Efter gymnasiet flyttade Anders hemifrån och började på Chalmers. Anders var livrädd innan flytten och beskriver händelsen som omvälvande. Det var hans bröder som låg på honom att han skulle flytta då de såg att Anders inte mårde bra i föräldrahemmet. Anders uppfattning var att han tidigare kunnat gömma sig hemma och fly till skolarbetet men när han flyttade hemifrån urartade hans psykiska ohälsa. Han hade fortfarande väldigt "dimmiga begrepp" som han uttrycker det, kring varför han mårde dåligt. Med panik, ensamhet och andra symptom började studierna halta och det var en kamp varje dag. Vid starten på Chalmers pratade inte Anders om sina problem med kurskamraterna, men han pratade mycket med sin ena bror:

Jag hade ju då mycket kontakt med den brorsan som nu är död då, han som läste psykologi, både för att han personligen stod mig närmast och för att han förstås hade mycket tankar utifrån sina studier och vår situation, så vi pratade mycket med varandra och så. Och sen det som jag berättade om i första intervjun så satt jag mycket hemma när jag var någorlunda samlad och funderade själv över mitt mående och dom här bitarna, vad som har hänt idag och varför det hade hänt och sådär. Jag självanalyserade. Och så satt jag och skrev ner det, små brottsanalyser med självanalyser om jag ska säga så. Och det här, det och mina samtal med brorsan framförallt hjälpte mig bit för bit att strukturera varför det var som det var och bakgrunden och sådana här saker då.

Hans bror läste psykologi och hade mycket insikter från sina studier men de delade också erfarenheter från barndomen tillsammans. Ebaugh teori kring exitprocessen (1988) delar in vändpunkterna i fem olika typer. Vi kunde i Gustavs fall relatera det Gustav beskrev till en vändpunkt inom Ebaugh teori, men för

Anders tolkar vi det som att det snarare är relationen till brodern som var den viktigaste vändpunkten, och inte just en specifik händelse. Exitteorin missar dock aspekten av relationens betydelse. "Speciella människor och relationer" är istället en vändpunkt som definieras av Berglund (2007). Berglunds studie visade att dessa personer engagerar sig på ett annat plan än andra människor de tidigare mött och spelar en betydelsefull roll i individens förändringsprocess. Utifrån Berglund (2007) kan vi tolka det som att Anders relation med sin bror i sig var en vändpunkt. Anders beskriver att relationen med hans bror, tillsammans med sina självanalyser, hjälpte honom att "bit för bit att strukturera varför det var som det var och bakgrunden och sådana här saker". Vi tittar lite djupare i detta. Det liknar vad Gustavs diagnos gav honom, en ny förståelse, något som vi tolkade som Antonovskys begrepp begriplighet. Anders beskriver under intervjuerna hur han och hans bror, i en växelverkan, lärde sig av varandra och utvecklade förståelse vilka de var och varför. I Anders berättelse kan vi också se hur denna vändning i förståelsen gör honom mer öppen kring sin psykiska ohälsa:

Ett år, ett och ett halvt år kan jag säga så skedde den här vändningen till att jag förstod varför jag hade det som jag hade det, och att jag inte var så rädd för att prata om det längre.

Precis som Anders, lyfter också Lars, vår tredje informant, relationens betydelse i att öka sin öppenhet kring psykisk ohälsa. Lars kommer vid 21-års ålder i kontakt med en psykolog men känner inte helt att han blev förstådd av denne. Det var en lättnad att prata med någon men mysteriet kring varför han var som han var kvarstod. Det var först när Lars som 26-åring kom i kontakt med psykologen Eva som något startade.

Det här mysteriet, den känslan försvann ju där efter ett tag med Eva eftersom jag mer började förstå. För henne va det så självklart att det hade med min hemmiljö att göra. Och sen började jag också få den känslan att det har ju med mina föräldrar att göra och så.

Lars relation till Eva kan också sättas i relation till KASAM:s begrepp begriplighet, då relationen med Eva fick Lars att förstå orsaker till problematiken.

Vi kan tolka det som att uppleva att saker och ting passar ihop, att det okända förklaras på ett tillfredsställande sätt, som exempelvis att Lars mående kan ha något att göra med barndomen, leder till att han känner begriplighet. Lars berättar också att han, sedan mötet med den första psykologen, men framförallt Eva, kunde prata mer öppet om sin psykiska ohälsa bland vänner. Tabut var dock fortfarande starkt i relation till hans familj.

Något som skilde Eva från den förra psykologen var att hon hade egna erfarenheter av psykisk ohälsa och att hennes öppenhet med det har varit till stor hjälp för Lars. Lars beskriver att Eva, vid sidan om teori och metod, också förmedlar egna erfarenheter och mognad.

Det blir ju äkta det hon pratar om, det blir inte bara teorier.

Denna aspekt av relationens betydelse pekade också Anders på vad gäller hans bror, som bredvid sina psykologkunskaper också levde med psykisk ohälsa. Forsbergs (2009) studie lyfter också upp relationens betydelse för en lyckad uppbrottsprocess. Intervjupersonerna sade bland annat att det var närheten i dessa relationer som var avgörande för att personen kunde ta emot den hjälp som erbjöds. Vi kan tolka detta som att Anders och Lars har lättare att öppna sig om man kan relatera till den andra parten, i detta fall brodern och Eva. På så sätt kanske denna viktiga närhet som Forsberg pratar om ökade och således också främjade processen att bryta tabut? Båda relationerna gav mycket stöd men verkar utifrån berättelserna också ge en ny förståelse, kanske mycket för att man kunde relatera till varandra på ett djupare plan? Relationen kanske således möjliggjorde att de kunde prata mer öppet om sin psykiska ohälsa.

Vi kan efter detta avsnitt se att Ebaugh (1988) teori kring exitprocesser men också Berglund (2007), har hjälpt oss att se händelser och relationer våra informanter pratar om som vändpunkter i processen att bryta tabut. Vi har använt KASAM:s begrepp begriplighet som ett analytiskt verktyg för att se vad vändpunkterna inneburit. För både Gustav, Anders och Lars har det genom vändpunkterna växt fram en ny förståelse, de kan nu sätta ord på sina upplevelser på ett annat sätt än innan. Vändpunkterna verkar i detta skede ha lett till förståelse för varför de är

som de är och varför de har ett visst beteende och annorlunda skap. Dessa skilda vändpunkter i processen att bryta tabu kring psykisk ohälsa skulle vi kunna benämna som ”*när bitarna börjar falla på plats*”. Genom en specifik händelse eller relation skapas en ny förståelse och nya begrepp för sitt psykiska mående vilket också gör det lättare att prata om sin psykiska ohälsa.

6.2 Att inse sina begränsningar

I denna del ges ytterligare två exempel på vändpunkter i processen att bryta tabu. Vi får höra om Anders när han sjukskrev sig på heltid från arbetet och Lars när han blev uppsagd från sin PTP-tjänst.

Lars berättade i förra delen om sin relation med sin psykolog Eva, att den var hjälpsamt på många sätt i att prata mer öppet om sin psykiska ohälsa. Tabu fanns dock fortfarande kvar, speciellt i relation till familjen. Lars studerade på psykologprogrammet i Sverige och flyttade till Norge för att göra sin PTP-tjänst, med målet att få sin legitimation som psykolog. Lars berättar att han under studierna i Sverige kunde hantera och dölja sin psykiska ohälsa, men att det under PTP-tjänsten blev svårare att upprätthålla detta, vilket resulterade i att han blev uppsagd. Detta beskriver Lars var en avgörande händelse för att han skulle bli mer öppen gentemot sin omgivning. Han beskriver hur tankarna gick när han blev uppsagd:

Jag tänkte att ”skit samma att jag aldrig blir psykolog”. Innan tänkte jag att jag måste försöka och att jag inte får sumpa den här chansen att bli psykolog. Men efter det var känslan att ”nu får det va”, det spelar ingen roll om jag aldrig blir psykolog mer, jag hade lämnat det bakom mig. Vändpunkten blev när jag insåg och erkände för mig själv att jag inte klarar av ett sånt yrke. Mina svårigheter blev så konkreta där. När man pluggar kan man anpassa sina svårigheter till livets krav, medan där blev det uppenbart att det gick inte mer. Då insåg jag att jag måste anpassa omgivningen till mig själv istället. Istället för att ändra mig själv så måste jag ändra min omgivning. Sen var det väl det

att jag var trött också. Liksom, min energi tog slut där. Jag orkade inte dölja eller spela en roll.

Lars pratar om att han under perioden när han studerade kunde anpassa sig och sitt mående efter skolans ramar och krav, men att det inte längre gick under PTP-tjänsten. I slutet av citatet säger Lars att energin tog slut och han var trött på att dölja sitt mående. Vi skulle kunna tolka det som att händelsen i sig, att bli uppsagd, var en markering för Lars att det var dags att ta sig ur en tidigare roll där han dolt länge sin psykiska ohälsa. Utifrån Ebaugh (1988) skulle vi kunna benämna vändpunkten som ”droppen som får bägaren att rinna över”. Denna vändpunkt innebär att man kommer till en punkt där ett beslut om förändring, efter flera upprepade negativa händelser, måste ske. Vändpunkten karakteriseras av att man inte längre står ut med sin situation.

Anders berättar att förutom den nära kontakten med brodern, blev han ännu mer öppen i samband med att han slutade sitt arbete. Anders började efter Chalmers arbeta på Sahlgrenska som biträde och vaktmästare. Han var sedan starten av arbetet periodvis sjukskriven mycket men tog en dag vid 23- års ålder, beslutet att sjukskriva sig på heltid. Denna sjukskrivning varade i tio år. Anders berättar bakgrunden till beslutet till sjukskrivningen:

Ja, dels så var det väl ett resultat av att det gick ju inte att dölja kan man säga. Jag var ju sjukskriven mycket och borta och det blev alltså för jobbigt att hålla ett dubbelspel. Jag tror inte att det hade varit möjligt för mig att spela en teater där jag försökte att helt dölja mitt mående och min situation. Bland annat för att jag mådde så dåligt, jag menar jag hade inte kunnat upprätthålla ett vanligt arbetsliv.

Anders pratar, liksom Lars, om att han fortfarande dolde sin psykiska ohälsa gentemot vissa av arbetskolligor men att han tillslut inte orkade spela ett dubbelspel. Angermeyer et al. (2004) kan ge oss en möjlig förklaring till detta. Studiens resultat visade att personer med psykisk ohälsa ibland förväntar sig negativa reaktioner från omgivningen om de berättar om sitt mående. Utifrån detta skulle vi kunna tolka det som att Anders väljer att upprätthålla en fasad för

att han tror att hans omgivning inte skulle förstå eller bemöta honom väl om han berättar om sin psykiska ohälsa.

Till skillnad från Lars som blev uppsagd, tog Anders själv beslutet att sjukskriva sig på heltid. För att sätta in denna händelse i relation till vändpunktsbegreppet tar vi hjälp av Berglund (2007). Han identifierade en vändpunkt som fick benämningen ”ökad medvetenhet och mognad”. Vändpunkten handlar om att man successivt utvecklar erfarenheter, värderingar och mål som är väsentliga för att en utveckling ska ske. Vi kan tolka det som att Anders, under den här perioden, börjar revidera sina värderingar och livsmål, vilket tillslut leder till att han inser att han inte längre orkar upprätthålla ett dubbelspel på jobbet och bestämmer sig för att sluta. Kanske har självanalyserna och samtalen med brodern bidragit till en ökad medvetenhet hos Anders som gör att han här aktivt börjar förändra sitt liv?

Anders berättar att han i samband med sjukskrivningen också inser att han inte kan hjälpa att han mår dåligt psykiskt och blir efter händelsen mer öppen kring sin psykiska ohälsa.

Och sen allt eftersom tiden gick så kände jag ju också såhär att vad sjutton jag kan ju inte hjälpa att det är som det är, det är inte mitt fel att jag lever på de villkor jag gör. Och därmed så kände jag att detta måste gå att prata om.

För Lars ökade också öppenheten efter att han blev uppsagd från PTP- tjänsten. Lars berättar att han, efter händelsen, insåg att han inte kan arbeta som psykolog. Han bytte istället bana och tog ett mindre kravfyllt jobb på ett café. Efter detta berättade Lars både för sin chef, sina vänner och sin familj om sin psykiska ohälsa. Han beskriver det som en befrielse att inte behöva fortsätta kämpa för att hålla uppe en fasad. Lars säger att han efter händelsen i Norge inte orkade dölja sitt mående, och att han efter detta har anpassat sitt liv och inte längre utsätter sig för kravfyllda situationer eller saker som väcker ångest hos honom.

Lars berättar:

Efter det här Norge när jag fått sparken då insåg jag att jag inte kan jobba som psykolog och jag vill inte, absolut inte. Då blev det svart och vitt. Och då gick jag och anmälde mig till

arbetsförmedlingen som funktionshindrad och så hade rätt till lönebidrag och sånt. Det krävdes att det gick åt helvete för att jag skulle öppna mig om det.

Vi kommer nu försöka titta närmare på vad dessa två vändpunkter har inneburit för Anders och Lars, och vi tar hjälp av KASAM:s andra komponent, hanterbarhet, för att begreppsliggöra detta. Antonovsky (1991) menar att hanterbarhet syftar till i vilken grad individen upplever att hen har förmåga att hantera yttervärldens krav. När krav ställs på individen måste hen kunna finna och ha resurser för uppnå hanterbarheten. När Lars blev uppsagd kan vi tolka det som att han innan inte hade resurserna till att hantera kraven, men att han efter händelsen började arbeta på café och där kunde klara av och hantera omvärldens krav. Anders, i likhet med Lars, försökte under en lång period upprätthålla ett arbetsliv som han egentligen inte klarade av. Att han innan beslutet att sjukskriva sig på heltid hade varit det i omgångar visar på det. Vi skulle kunna benämna dessa vändpunkter som "*att inse sina begränsningar*". När Lars berättar att han blev uppsagd och Anders att han valde att sjukskriva sig har vi kunnat urskilja att de båda i dessa lägen lärt sig hantera sin psykiska ohälsa på ett annat sätt än tidigare. Tidigare verkade de anpassat sig själva efter omvärlden och kraven som finns i den, men vändpunkterna verkar ha bidragit till att de anpassar omvärldens krav så att det istället passar dem själva och inte tvärtom. Anders och Lars har efter dessa händelser beskrivit hur öppenheten kring den psykiska ohälsan ökat. En typ av vändpunkt i kontexten att bryta tabu kring psykisk ohälsa skulle således kunna handla om att lära sig hantera sin psykiska ohälsa. Efter denna typ av vändpunkt, när man inser vad man klarar av, verkar man också kunna acceptera sin psykiska ohälsa än på ett annat sätt än innan. Man försöker inte längre upprätthålla en fasad, man "*inser sina begränsningar*". Vi kan dock ställa oss frågan hur det kommer sig att våra informanter fortsätter att göra något som de egentligen känner att de inte klarar av? Nedan följer ett citat från Lars:

Döljandet, det är A och O asså, att man hela tiden ska försöka dölja sin psykiska ohälsa. Och för sig själv också, att man hela tiden försöker vara den man var innan, att man vill visa sig som stark eller normal.

För Lars verkar det vara viktigt att uppfattas som normal, och att han på grund av detta döljer sin psykiska ohälsa. Vi kan ställa oss frågan varför det har varit så viktigt för Lars att tillhöra de normalas skara? Utifrån Hinshaw (2007) skulle vi kunna tolka det som att Lars döljer sitt mående i rädsla för att utsättas för diskriminering och stigmatisering av omgivningen. Genom att visa för omgivningen att han mår dåligt psykiskt riskerar han att utmärkas som annorlunda och betraktas med förakt. Tar vi hjälp av Jönsson (2010) kan döljandet kopplas samman med att Lars inte vill kategorisera sig själv som en person som har psykiska svårigheter då detta är förknippat med en rad negativa föreställningar och fördomar, såsom att personen är farlig eller mindre begåvad. Det skulle kunna förklara varför Lars i många år försökt upprätthålla en fasad gentemot omgivningen. Vi kan också ställa oss frågan om Lars döljande skulle kunna handla om att han vill upprätthålla bilden av manlighet? Denna eventuellt påverkande faktor för processen att bryta tabut är något vi undersöker i kapitel sju.

6.3 Att vända det negativa till något positivt

Inledningsvis vill vi belysa att resultatet av analysen är vår rekonstruktion av en förändringsprocess. Vi har tagit hjälp av teoretiska verktyg, vårt material och vår egen tolkning för att sätta ihop en möjlig förändringsprocess i att bryta tabut. Våra informanter är alla idag ambassadörer inom NSPH och berättar att de använder sina erfarenheter till att hjälpa andra som har psykisk ohälsa. Antonovsky (1991) menar att KASAM:s tre komponenter inte kan ses som självständiga utan att de står i relation till varandra. Vi kommer i denna del undersöka hur meningsfullhet, som Antonovsky (1991) menar är den viktigaste komponenten, tar sig i uttryck i våra informanters berättelser och om meningsfullheten kan kopplas samman till förändringsprocessen att bryta tabut. Meningsfullhet handlar om att individen har en känsla av delaktighet i något hen kan påverka och engagera sig i samt att individen känner att det lönar sig att engagera sig i det.

I Gustavs process att bryta tabut lyftes hans mönstringskallelse och diagnos fram som exempel på en vändpunkt. Gustav berättar också att han representerat en

brukarförening i åtta år och att han på det viset lärt känna många människor inom dessa kretsar. Han fick 2012 chansen att bli attitydambassadör. Gustav berättar varför han är attitydambassadör:

Jag har inte fått förståelse. Det har säkert bidragit till att jag vill föreläsa om det.

Vi har också fått ta del av Anders historia där vi lyft hans relation med brodern och hans beslut att sjukskriva sig som vändpunkter. Vid sjukskrivningen blev Anders samtidigt inskriven som dagpatient på en psykiatrisk klinik. Där träffade han en grupp andra patienter vilka han fick bra kontakt med. Han beskriver hur han blev en sorts ställföreträdare för de andra och hjälpte dem i kontakt med myndigheter. Han berättar att han själv inte tyckte vården fungerade och vad det ledde till:

Den har gett mig en drivkraft, och det har jag haft ända sedan tjugoårs- åldern kan man säga, en revanschlust skulle man gott väl kunna kalla det eller ett upprättelsebehov, när man känner att man har blivit nedvärderad och bedömd som sjuk, trots att jag inte upplevde det så själv, så uppstod den känslan av att ”nej, fan heller. Jag ska visa er” och så vidare. Så mycket av mitt engagemang i föreningen hänger ihop med det att jag vill upprätta mig själv och jag vill upprätta andra patienter som upplever liknande saker.

I Lars fall har vi lyft fram relationen med psykologen Eva och när han blev uppsagd från sin PTP- tjänst som vändpunkter i att bryta tabu. Lars berättar också vad han anser vara det som förändrar att man själv vill prata mer öppet om psykisk ohälsa:

Det är när brukaren själv pratar om det öppet, det är fan det som förändrar. Jag tycker psykologer ska prata om sin egen psykiska ohälsa för det är det som förändrar. Om jag hade mött andra personer som varit öppna och varit goda förebilder i det så hade jag kanske förändrats mycket fortare och blivit öppen snabbare.

Vi skulle utifrån dessa citat kunna tolka det som att våra informanternas nuvarande engagemang inom NSPH är ett uttryck för att de känner meningsfullhet och att det är värt att investera något i. För att ta det stora steget, från att ha levt i ett tabu kantat av döljande och oförståelse, till att idag faktiskt vara med och aktivt förändra attityder och hjälpa andra med psykisk ohälsa, kanske kräver en känsla av meningsfullhet? Antonovsky (1991) ser meningsfullheten som den motivationella komponenten. Enligt vår tolkning belyser citaten ovan att informanterna vill stå upp för sina erfarenheter, upprätta sig själva och andra som befunnit sig i liknade situationer, vilket vi kan tolka som en motivation och en drivkraft. Hade de inte känt denna motivation hade de troligtvis inte heller känt mening och engagemang med att dela sina erfarenheter. Lars får avsluta denna del med ett citat från andra intervjun:

Att vända det dåliga till något positivt, det är meningsfullt.

6.4 En avgörande vändpunkt?

Vi kommer nu fördjupa oss i frågan om en specifik, avgörande händelse kan urskiljas när man talar om processen att bryta tabu. Att vi med uppsatsen ämnat rekonstruera en förändringsprocess och nu ställer denna fråga går kanske inte riktigt ihop. Svaret borde såklart vara nej, och att det är mycket mer komplext. Vi finner ändå frågan relevant då den verkligen får oss att belysa komplexiteten med förändringsprocesser.

Vi frågade våra informanter i slutet av andra intervjun om de kunde urskilja en specifik händelse som framträder starkare och mer avgörande än andra till att de brutit tabu. Nedan följer våra informanternas svar:

Anders: Den viktigaste faktorn det är ju brorsan. Det kan jag inte säga annat. Sen hade jag, men då var processen redan långt gången, men då hade jag en relation med en flickvän i 10 år och det betydde kanske mer för mig på det personliga planet som gav mig en styrka där. För mig var det nästan obegripligt att när jag

skulle åka upp till landet att någon kunde vilja följa med mig upp till landet. Så att där gav hon mig mycket känslomässigt stöd som betydde mycket. Men jag får nog återgå till brorsan, det var det som var det viktigaste. Och mina egna självanalyser och funderingar också.

Lars: Definitivt att jag kom i kontakt med Eva. Det är det första. Sen det här att jag misslyckades i Norge med min PTP:n och det blev uppenbart att jag fixar inte detta. Mina begränsningar blev så tydliga där. Sen att jag gick till arbetsförmedlingen och fick den här kodningen och lönebidragsjobb, det hade inverkan. Det har också påverkat mig att jag idag kan vara öppen i många fall där.

Gustav: Jag kan inte komma på någon sådan händelse, nej.

Citaten visar att informanterna inte på ett tydligt och konkret sätt kan urskilja en specifik händelse som mest avgörande. Under uppföljningsintervjuerna, med framförallt Lars och Anders, märkte vi intervjuare att de först lyfte upp en händelse/relation, för att senare lyfta upp en annan. I Intervjuerna berättade informanterna om olika vändpunkter som ofta återkom. Våra intervjuer kan ge flera exempel på detta men Lars får exemplifiera detta när han först under intervjun berättar om relationen med Eva:

Det har alltid känts meningsfullt och det känns utvecklande, jag ser fram emot våra möten och jag fick en positiv känsla jag inte fått innan. Då var det mer förvirring och hopplöshet. Hon var absolut en viktig vändpunkt i mitt liv. Jag vet inte vad som hade hänt annars.

Vi kommer sedan in på när han misslyckades med sin PTP-tjänst. Lars säger då:

Vändpunkten blev när jag insåg och erkände för mig själv att jag inte klarar av ett sånt yrke.

Vi kan relatera vår iakttagelse till Forsberg (2009) som i sin studie såg liknande resonemang hos sina informanter. De kunde ibland identifiera avgörandet i processen som en tydlig vändpunkt och ibland som flera. Informanterna lyfte också, i likhet med Lars ovan, först en avgörande händelse men som längre fram under intervjun adderades av en ny. Forsbergs slutsats av detta var att vändpunktsprocesser är svårgreppade, flytande och problematiska att lyfta ur sina sammanhang. Klingemann (1991), Hedin & Månsson (1998), Berglund (2007) pekade också på att det ofta sker flertalet vändpunkter, och inte enbart en, i en förändringsprocess. Det verkar således att vårt resultat kring denna aspekt av förändringsprocessen verkar vara vanligt i forskning kring vändpunkter i andra kontexter.

Intressant är dock att fråga sig vad det kan ligga bakom svårigheten att peka ut en avgörande händelse? Vi kommer lyfta två citat från Lars och Anders intervjuer. Anders har genomgående lyft upp sin bror, men också sina självanalyser, som avgörande för att han idag talar mer öppet om sin psykiska ohälsa. I citatet nedan berättar Anders om när han slutade sitt arbete och att det bidrog till en ännu mer ökad öppenhet:

Hade jag inte känt det här ganska tidigt asså den här känslan av att jag förstod varför jag hade det som jag hade det och vad det stod för så hade jag nog inte vågat öppna mig på samma sätt.

Vi tolkar det Anders säger som att varför han blev mer öppen kring sin psykiska ohälsa i detta skede var ett resultat av att han tidigare fått en förståelse. Förståelse, en begriplighet, lyfte vi som något hans relation med sin bror och sina självanalyser innebar. Vi ska i sammanhanget ge plats åt ett citat av Lars för att se om vi kan gå djupare i detta.

Jag kom in i en god spiral där att när jag bytte jobb, fick kodningen på arbetsförmedlingen, pratade med min chef helt öppet om mina svårigheter, jag berättade för mina kompisar, att det blir mer och mer öppenhet. Att jag kom in i en god spiral där jag blev mer och mer öppen.

Vi skulle kunna tolka detta som att när Lars blev uppsagd från sin PTP- tjänst och Anders slutade sitt arbete, inte är vändpunkter som kan särskiljas från tidigare vändpunkter. Likt Berglunds (2007) resultat av sin studie där relationen sågs som en specifik vändpunkt, beskriver Lars och Anders det också. Men den vändpunkten, relationen, kanske också lade grunden för nästa vändpunkt? Antonovsky (1991) menar att komponenten hanterbarhet befinner sig i beroendeställning till begripligheten. Om man inte förstår sin situation och omvärld är det i princip omöjligt att hantera den. Vårt material har gett exempel på vändpunkter som innebar en ny hanterbarhet men som tidigare föranleddes av en vändpunkt som gav begriplighet. I takt med dessa vändpunkter ökade också öppenheten kring den psykiska ohälsan. Vi skulle således kunna spekulera kring om det för processen att bryta tabut krävs att man först förstår sin psykiska ohälsa, men att också lära sig hantera den bidrar till ytterligare öppenhet? Är detta ett exempel på "*den goda spiralen*" som Lars beskriver?

Återigen kan vi relatera till Forsberg (2009) som i sin studie kom fram till att vändpunktsprocesser kring att lämna missbruk, inte handlar om en specifik händelse utan om flera vändpunkter om löper parallellt bredvid varandra. Dessa händelser, eller personer, sammanlänkas, förstärker varandra och bildar positiva mönster. Man kan med andra ord inte tala om en förändring, utan snarare om förändringar. Det är på grund av detta svårt att särskilja vändpunkter från varandra eftersom de ofta är beroende av varandra. Detta resonemang verkar vi, trots att det i Forsbergs studie gällde uppbrott kring missbruk, också finna i vår studie kring att bryta tabut. Det Forsberg menar skulle kunna vara svaret till varför våra informanter hade svårigheter med att urskilja en avgörande vändpunkt när vi frågade om det. Mycket i Lars och Anders berättelser kan vi tolka som att det ena leder till det andra. Vissa vändpunkter verkar ha haft större betydelse än andra, men utifrån våra informanternas berättelser är det svårt att särskilja dem åt. Att Lars blev uppsagd från PTP- tjänsten och efter detta pratade mer öppet kanske inte kan ses oberoende av relationen med Eva tidigare? Likaså kanske Anders inte kunde ha tagit beslutet att sjukskriva sig på heltid om det inte vore för relationen till brodern eller hans självanalyser? Vi skulle kunna tolka vårt material som att en positiv vändpunkt i att bryta tabut kring psykisk ohälsa, oavsett form, främjar nya vändpunkter.

Vi kan avslutningsvis diskutera varför Gustavs svar på frågan om han kunde urskilja en tydlig händelse skiljer sig mot våra andra informanter? Han kunde inte urskilja någon händelse alls. Vi kan givetvis bara spekulera kring vad det beror på. Vi har tidigare visat att i Gustavs fall kanske tabut kring psykisk ohälsa snarare låg hos hans föräldrar, medan det hos Lars och Anders fanns mer inom de själva. De verkar i större grad velat upprätthålla en fasad utåt. Vi pekade på att vändpunkten för Gustav blev när han fick hem mönstringskallelsen och att hans mamma då tog kontakt med psykiatri, och att det kanske snarare var hon som bröt tabut. Det kanske på grund av detta är svårare att se “en god spiral” i Gustavs fall mer än att mönstringskallelsen ledde till en diagnos?

7. Att upprätthålla tabut

Vi kommer i detta kapitel undersöka en möjlig orsak till varför tabut kring psykisk ohälsa kan upprätthållas. Har bilden av idealmannen påverkat våra informanter i processen att bryta tabut, och i så fall på vilket sätt?

7.1 Idealmannen

För att undersöka hur informanterna beskriver “idealmannen” och försöka förstå om och hur det har påverkat dem i sin öppenhet om att prata om sin psykiska ohälsa, ställde vi frågan vad deras bild av en “idealman” var. Svaren blev följande:

Gustav: Jag tror att de flesta personer i Sverige har en bild av mannen som för det första gillar väldigt mycket sport. Och jag är inte ett dugg intresserad. Jag tror att öl är väldigt viktigt för manligheten. Och jag är nykterist. Sen är det, jag tror att många män spelar på hästar eller på fotboll för pengar.

Anders: Att man ska vara självständig, man ska vara stark, man får inte falla igenom, man får inte bli för känslsam, och sådana här saker.

Lars: Ja men det är att man har dom traditionella maskulina attributen, man ska vara stark, inte uppvisa feminina drag, asså, det känns som att jag skulle få massa reaktioner av omgivningen och att jag skulle skämmas. Och att man inte ska gråta, man får gärna vara arg, men absolut inte ledsen och rädd.

Anders och Lars beskrivningar av idealmannen verkar vara relativt samstämmiga. Gemensamt för deras beskrivningar är att idealet för hur en "riktig man" ska vara är att vara stark, inte gråta och inte uppvisa feminina attribut. När Anders säger att "man får inte falla igenom" kan vi tolka det som att mannen ska vara stark och känslomässigt kontrollerad och att man ska klara av livets utmaningar. Vi kan här se likheter med Connells (2008) begrepp hegemonisk maskulinitet. Enligt Connell finns det inte en fast maskulinitet, utan en mångfald av maskuliniteter. Manlighet skapas och konstrueras i relation till olika hierarkier, där det finns en dominerande maskulinitet som placeras högst upp i hierarkin, den hegemoniska maskuliniteten. Den hegemoniska maskuliniteten representerar det ideala och mest eftersträvansvärda sättet att vara man på. En "riktig" man ska, enligt den hegemoniska maskulinitetens ideal, vara vit, ha en god ekonomi, medelklass, både psykiskt och fysiskt stark, visa auktoritet och vara känslolokall.

7.2 Förakt för svaghet

Under intervjuerna ställdes frågan om informanterna upplever att det finns ett större tabu i samhället kring att vara man och ha psykisk ohälsa, jämfört med att vara kvinna. Lars svarade såhär på frågan:

Ja, det gör det. Det är inte okej att killar ska gråta, tjejer tillåts gråta i högre utsträckning och det är inte något man "straffar". Man riskerar inte att bli straffad på samma sätt. Det upplever jag att man inte ska gråta. Man riskerar att bli nedvärderad eller föraktad om man som kille gråter.

Vi skulle kunna tolka det Lars säger utifrån vad Connell (2008) förklarar som symbolisk utestängning. Genom att bryta mot det manliga idealet genom att

exempelvis visa känslor kan individen bli "straffad" i form av utestängning från den hegemoniska maskulinitetens legitimitetscirkel. Att uteslutas kan markeras av språket, genom att exempelvis bli kallad "tönt", "mes", "fjant" osv. Lars berättar genomgående i intervjuerna att han strävar efter att agera utefter det förväntade och att han hela tiden mäter sig mot det "normala". Den här rädslan skulle vi utifrån Connell kunna beskriva som en rädsla att inte leva upp till idealen, en rädsla för utestängning från legitimitetscirkeln.

Lars berättar att när han mår dåligt psykiskt försöker han ändå, i många sammanhang, dölja det för att framstå som "normal". Lars berättar vad han tror detta beror på:

Men det är det här föraktet för svaghet. Att må dåligt är att vara svag och att vara svag är att må dåligt. Man ska inte vara svag man ska vara stark. Eh, och det är kopplat till att vara feminin, till att vara kvinna. För en kvinna att vara kvinna är okej, men en man får absolut inte vara det, upplever jag.

Lars säger att må dåligt psykiskt är förknippat med svaghet och man på så vis inte uppfyller mansidealet. Vi kan ställa oss frågan om Lars upprätthåller en fasad för att han är rädd att inte ses som en "riktig man"? Utifrån vad Lars berättar kan vi se en koppling till Connells (2008) begrepp underordnad maskulinitet. Connell påvisar att medan hegemonisk maskulinitet, som vi tidigare nämnde, utgör idealet, skapas också underordnade maskuliniteter. Den utgörs av män som inte ses som "fullvärdiga män" för att de inte lever upp till det hegemoniska idealet.

Exempelvis homosexualitet och att uppvisa feminina drag representerar attribut som inte ses som legitima och man riskerar då att utsättas för stigmatisering. Att ha psykisk ohälsa är inte heller något som är förenligt med friskhetsidealet inom den hegemoniska maskuliniteten. Vi skulle kunna tolka Lars döljande som en strategi för att inte klassas som underordnad. När Lars säger att svaghet är förknippat med att vara kvinna och att det inte är okej för en man att vara det kan vi tolka det som ett uttryck för en rädsla att framstå som "omanlig". Courtenay (2000) refererar till studier som visar att män, i högre utsträckning än kvinnor, känner press på att leva upp till föreställningar om kön, exempelvis om att män ska vara oberoende, starka och tuffa, samt att motsatta egenskaper således

förknippas med feminina attribut. Det som klassas som feminint är inte lika eftersträvansvärt för en man. Courtenay menar också att män generellt sett försöker dölja sin ohälsa för att inte få lägre status eller "förlora sin manlighet".

Vi kan tolka ovan nämnda resonemang som anledningar till varför Lars dolt sitt mående och har haft svårt att prata om sin psykiska ohälsa med andra i omgivningen. Att Lars känner press och ständigt försöker anpassa sig till mansidealet leder till att han inte vågar visa sin psykiska ohälsa. Utifrån detta perspektiv skulle vi kunna tolka det som att mansideal har påverkat Lars förändringsprocess i att bryta tabu. Om han inte hade upplevt pressen att leva upp till manliga ideal hade han kanske tidigare öppnat upp sig om sin psykiska ohälsa? Lars berättar också att han genomgående i sitt liv har hållit igen gråt och gör än idag:

Ja, det gör jag nästan hela tiden. När jag är hos Eva också är det många gånger som jag håller tillbaka gråten, oftast gör jag ju det. Och dom gångerna jag har liksom låtit tårarna komma och gråtit så får det komma väldigt starkt och hastigt att jag inte kan stoppa det. Det känns så skämmigt. Skamligt faktiskt. Det hänger ihop med bilden av mannen som stark. Jag har hela tiden en strävan efter att vara så normal som vanligt och vara så som det förväntas av mig.

Förutom att hålla igen gråten beskriver Lars också sin skam över att gråta. Utifrån detta kan vi ställa oss frågan varför gråten har en så central plats för Lars? Återigen kan vi koppla det till den hegemoniska maskulinitetens ideal av mannen som känslokontrollerad. Kanske är behovet att leva upp till idealet så stort att Lars tränger in sina verkliga känslor? Inckle (2014) kan också hjälpa oss förklara varför Lars håller inne gråten. Inckle menar att de normativa bilderna av att vara man kan vara så starka att individer försöker leva upp till denna roll trots att det går emot vad personen innerst inne känner.

7.3 Omgivningens ifrågasättande

Nu ska vi gå djupare i hur Gustav beskriver manlighet och förhåller sig till det. Han gav en annan beskrivning av idealmannen än Lars och Anders, men nämner även han att han upplever att det finns manliga ideal för hur en man bör vara och ha för intressen. När han säger "jag tror att de flesta personer i Sverige har en bild av mannen som för det första gillar väldigt mycket sport. Och jag är inte ett dugg intresserad", verkar det som att han beskriver sig själv som en motpol till vad han beskriver som det manliga idealet. Enligt Connell (2008) finns det ett behov av ett motsatsförhållande för att kunna skapa maskulinitet. För att tillhöra den hegemoniska maskuliniteten krävs att vissa kriterier ska vara uppfyllda, man ska exempelvis vara stark, känslökall och auktoritär, annars platsar man inte i den dominerande maskuliniteten. Vi kan tolka det som att när Gustav på flera plan inte lever upp till manliga ideal utestängs han också samtidigt från legitimitetscirkeln och placeras längre ner i hierarkin av maskuliniteter, i den underordnade maskuliniteten.

Gustav berättar att han ofta gråter, och har gjort ända sedan han var liten. Gustav har, till skillnad från Lars, inte kunnat kontrollera sin gråt, utan säger att det är något kroppen själv bestämmer:

Jag kan inte sluta gråta. Jag kan inte sluta gråta fastän att pappa inte ville det och mamma inte ville det. så att ... det har andra människor frågat mig i livet också, om jag inte kan välja att gråta eller välja att inte gråta. Det är frågor som andra människor frågat mig och det är nånting jag inte kan bestämma.

Det förekom också att Gustav grät i skolan, vilket ledde till att han blev mobbad av andra elever. Hans gråtande blev även ifrågasatt av lärare och familj.

Jag grät även på lektionerna och då tyckte fröken att när jag grät där på lektionen för femtioelfte gången så tyckte fröken att vi skulle göra något åt saken så hon tog ut mig i korridoren och skulle lära mig att slåss. Det finns en press att en man ska vara stark. Det är inte okej att prata om psykisk ohälsa lika naturligt

som för kvinnor, det är det inte. Det är min upplevelse av det hela i alla fall. Som till exempel när jag grät mycket i högstadiet så frågade mamma “varför gråter du?”. Det blev liksom press från min mamma där. Och sen sa min pappa att “du får inte gråta så mycket på nätterna för då håller du din mamma vaken”.

Vår tolkning är att det i Gustavs fall inte verkar handla om en egen rädsla för att inte leva upp till ideal som får honom att dölja sitt mående. Han berättar att han inte har förmågan att hålla igen gråt eller förmåga att dölja. Det har i Gustavs fall snarare kanske varit omgivningens bild av hur en man ska vara som påverkat honom i processen att bryta tabu, än hans egna? Vi har visat upp citat där Gustav pekar på att omgivningen inte tillåtit honom att gråta, attribut som inte betraktas som “manliga”. Connell (2008:115) menar att den hegemoniska maskuliniteten är: ”en allmänt accepterad strategi”. Den bygger på att den stora massan inte motsätter sig de normer som är gällande för den hegemoniska maskuliniteten. Utifrån detta skulle vi kunna förklara det som att de manliga idealen också påverkar omgivningens bild av hur en man ska vara, vilket kan förklara föräldrarnas och skolans ifrågasättande. Vi kan också tolka det utifrån Inckle (2014) som menar att det finns en föreställning om psykisk ohälsa som en “kvinnosjukdom”. Kanske togs Gustavs mående inte på allvar just för att må dåligt psykiskt inte är förknippat med det manliga könet?

Gustav berättar att han upplever samhället som mer tolerant idag då man pratar mer om bland annat genusfrågor i skolan:

Dom som är 13- 14 år idag växer upp med en helt annan tolerans i och med det, än vad jag gjorde, jag är ju 35. Min upplevelse av det hela att den toleransen inte fanns när jag var liten på 80- 90-talet. Jag förstod inte att jag var annorlunda när jag växte upp.

Enligt Connell (2008) betecknar hegemonisk maskulinitet inte någon fixerad karaktärstyp utan är historiskt föränderlig. Utifrån detta kan vi ställa oss frågan om Gustav hade blivit lika utsatt och ifrågasatt om han vuxit upp i dagens samhälle? Händelserna som Gustav beskriver inträffade på 80- och 90-talet när han växte upp, och bilden av “idealmannen” som stark, stabil och att inte visa

känslor, har kanske reviderats sedan dess? Män idag kanske tillåts vara mer känslamma? När Gustav berättar att han upplever att det är toleranter idag, skulle man kunna se det som att den hegemoniska maskuliniteten, den ideala maskuliniteten, idag utgör en mer tillåtande känslsam maskulinitet. Gustav säger att han inte förstod att han var annorlunda när han växte upp. Kan toleransen helt enkelt ha att göra med att det idag finns mer kunskap kring psykisk ohälsa och genusfrågor? Detta resonemang kan också kopplas till Sanner (2009) som menar att synen på psykisk ohälsa är kontextbunden och historiskt föränderlig. Precis som synen på psykisk ohälsa är också synen på manliga ideal föränderliga.

7.4 Att ställa sig utanför mansidealet

Anders berättar att han upplevt att det finns en anda av att en man ska vara stark, och att ha psykisk ohälsa inte är förknippat med manlighet. Anders beskriver alltså en liknande bild av ”idealmannen” som Lars, men är tydlig under intervjuerna med att han inte känner press att leva upp till manliga ideal. Anders menar att han inte heller identifierar sig så mycket med mansrollen, vilket skiljer sig från våra andra informanter. Vi kan tolka det som att Anders, utifrån vårt material, inte har påverkats i någon större bemärkelse av mansidealen i processen att bryta tabu. Detta för att han helt enkelt inte identifierar sig med dem. För oss blir det tydligt att frågan inte går att besvara genom att enbart utgå från perspektivet att det finns ett manligt ideal som hämmar processen i att bryta tabu. Detta visar på komplexiteten av fenomenet och att mansideal inte ensamt kan stå som förklaring till om Anders påverkats i att bryta tabu. För en fullständig analys hade ett intersektionellt perspektiv behövts, där andra faktorer vid sidan om kön vävts in, såsom klass, sexualitet och etnicitet. Detta är något Connell (2008) själv också tar upp som viktigt för att minska risken för att förenkla annars komplexa fenomen.

8. Upprepade intervjuer kring känsliga ämnen

Vår ursprungliga plan för uppsatsen var att hålla en intervju med flertalet informanter. Vi var inte intresserade av att generalisera vårt resultat, utan ville hellre undersöka djupet i våra informanters berättelser. Efter våra första intervjuer insåg vi dock att vi inte riktigt kom åt detta, vilket vi nu i efterhand förstår kanske är förståeligt. Våra intervjuer rörde ämnen som psykisk ohälsa, tabu och mansideal, vilket vi anser kan kategoriseras som känsliga ämnen. Svensson & Starrin (1996) menar att studier kring känsliga ämnen kan innefatta samtal kring mobbning, kvinnovåld och psykisk sjukdom. Att intervjua personer som haft eller har sådan problematik bidrar till hinder, bland annat en svårighet för intervjuaren hur dessa ämnen skall hanteras, både under och efter intervjun. Repstad (1999) menar att upprepade intervjuer ger en första, neutral inledningsomgång med frågor som rör temat. I uppföljningsintervjun kan man därefter bli mer djupgående då informanten blivit mer bekväm samt att intervjuaren själv kan bli tydligare när man bildat en mer allmän tillit till varandra. Vi ska nu specificera vad vi anser fördelarna med upprepade intervjuer varit för vår studie.

8.1 Ett ökat känslomässigt djup

Vi såg, efter de första genomförda intervjuerna, att våra samtal blev "svepande om mycket". Utifrån Kvale (1997) skulle vi kunna benämna många av våra frågor som sonderade frågor, där vi försökte vidareutforska vad informanten pratade om, genom att säga: "Kan du säga något mer om det?". Den första intervjun gav oss således en inblick i vad informanterna tog upp vilket vi fick chansen att sedan fördjupa med mer specificerade frågor under en uppföljningsintervju. Jämför vi de första intervjuerna med de sista ser vi ett markant ökat djup i informantens beskrivningar och en ökad känslomässig närhet till fenomenet. Nedan följer två citat tagna ur Anders första intervju där han pratar om sin broder:

En faktor var ju att jag hade ett ganska gott stöd framför allt till den brorsan som var psykolog. Rent personligen alltså. Vi hade en bra kontakt, ömsesidigt och det blev ju ett stöd för mig.

Han som jag hade närmast kontakt med var rätt lik mig, men han dog i cancer för 25 år sedan.

Det var ungefär på denna ”nivå” Anders talade om sin broder under första intervjun. Vi intervjuare fick uppfattningen om att hans bror betydde mycket för honom och varit ett stöd i att prata mer öppet om sin psykiska ohälsa, men inte mer nyanser än så. I Anders andra intervju pratade vi vidare om brodern. Nedan följer ett utdrag ur vår dialog:

Intervjuare: Du berättade i förra intervjun att du hade en bror som var extra betydelsefull för dig som dog i cancer. Hur förändrades ditt liv efter det?

Anders: Det blev väldigt mycket tommare kan jag säga. För att vi delade ju inte bara världsåskådning om man säger så, utan vi fungerade ju rätt lika också, vi kunde förstå varandra och varandras reaktioner inför omvärlden eller så. Och det, jag brukar säga att han var mitt ankare i denna världen, så var det, så att jag blev ankarlös och fritt flytande på det öppna havet efter han dog kan man säga. Och det tog mig väldigt hårt. Jag förstod inte, det var en lång process då, ett trekvarts år medan han var sjuk och jag hälsade på honom väldigt mycket. För mig var det omöjligt att föreställa sig att han skulle försvinna. Och jag fattade inte när han dog heller. Det var långt senare som jag kunde förstå vilka dimensioner det fick för mig detta. Och en effekt av detta, som en effekt av detta, fast det var flera år senare, så brakade jag ihop igen från jobbet och hamnade i en djup depression igen. Jag känner ju att jag kan koppla det rätt tydligt till hans bortgång då.

Intervjuare: Vad lärde han dig genom livet?

Anders: Vi lärde nog varandra snarare. Jag var på något sätt praktikern eftersom jag levde i problemen och symtomen. Han var lite mer teoretikern, genom att han var psykolog, men han levde ju mycket med det också. Men han lärde sig mycket av mig som, som gav liksom, kött på hans ben om man säger så. Så det var en växelverkan oss emellan där. Det har betydtt oerhört mycket, både för honom och för mig. Och det bekräftade han för övrigt i ett avskedsbrev som han skrev innan han dog, att vi levde i en gemensam värld väldigt mycket och att vi kunde förstå varandra. Men också stötta varandra och det hjälpte oss båda två att utveckla våra bilder av oss själva, hur vi var, vem vi var, varför vi var som vi var.

Genom att ställa utdrag från de olika intervjuerna emot varandra blir det tydligt att djupet, nyanserna och framför allt de innersta känslorna kring brodern kom i den andra intervjun. Speciellt tydligt blir det kanske när Anders berättar om avskedsbrevet och vad det stod i det. Man kan ställa sig frågan om detta, som för oss intervjuare är väldigt personliga, intima minnen, är något som kanske inte hade kommit upp om vi bara genomfört en intervju? Det är något vi bara kan spekulera kring. Att vi i andra intervjun fick ett mer känslomässigt djup kan givetvis ha att göra med att intervjuaren inte var van eller bekväm i att fråga vidare om Anders brors bortgång i första intervjun, men att det kändes lättare i andra. Skulle det kunna handla om att både intervjuare och den intervjuade var mer ”redo” och att det kan härledas till relationens betydelse? Svensson & Starrin (1996) menar att det är av största vikt att man skapar en tillitsfull sfär bestående av konfidentialitet, avskildhet och en ”icke-dömande attityd”. Vid samtal kring svåra, känsliga och ibland smärtsamma minnen eller erfarenheter underlättar det om båda samtalsparter litar på varandra och känner trygghet. Det författarna lyfter kan ha spelat roll här för det känslomässiga djupet. Att vi som intervjuare och Anders tillsammans under första intervjun bekantat oss med varandra och studiens ramar, kanske bidrog till att vi båda parter i andra intervjun både kunde röra oss vid intima, känsliga ämnen.

8.2 Mindre risk för feltolkningar

Svensson & Starrin (1996) hävdar att det finns de som förespråkar engångsintervjuer och de som mer föredrar upprepade intervjuer med samma informant. De refererar till Oakley (1981) som menar att risken med att endast genomföra en intervju är att man missar chansen att få ytterligare, betydande information från denne. Vi kan nu i efterhand se tillbaka på våra första intervjuer och inse att vi som intervjuare inte fått den "rätta bilden" alla gånger, men att den andra intervjun gav oss en mer korrekt bild utav fenomenet. Att genomföra en uppföljningsintervju har på så vis minskat risken för att göra feltolkningar, och att vi som intervjuare "tror oss veta hur det var". Detta exemplifieras med hjälp av Gustavs två intervjuer.

I första intervjun säger Gustav såhär:

Jag är en sån person som gråter väldigt mycket sedan jag var liten. Även i vuxen ålder gråter jag väldigt mycket.

Som till exempel när jag grät mycket i högstadiet så frågade mamma "varför gråter du?". Det blev liksom press från min mamma där. Och sen sa min pappa att "du får inte gråta så mycket på nätterna för då håller du din mamma vaken".

Vi hade efter första intervjun ingen aning om anledningen till att Gustav grät så mycket. I andra intervjun återknöt vi till den här delen av första intervjun och frågar Gustav om han vid dessa tillfällen försökt ändra på sig och behaga sina föräldrar att inte gråta. Gustav svarar då såhär:

Eh, nej, alltså det går ju inte. Jag kan inte sluta gråta. Jag kan inte sluta gråta fastän att pappa inte ville det och mamma inte ville det. så att ... det har andra människor frågat mig i livet också, om jag inte kan välja att gråta eller välja att inte gråta. Det är frågor som andra människor frågat mig och det är nånting jag inte kan bestämma.

Citaten visar att vi inte hade fått den hela, korrekta bilden om vi inte hade gjort en uppföljningsintervju. Efter första intervjun visste vi inte att gråten var något han själv inte kunde kontrollera, en medfödd sårbarhet hos Gustav, vilket för att få en bättre förståelse för Gustavs situation och också för vår analys såklart var viktigt.

8.3 Nya insikter

Att ge intervjupersonen ett uppehåll på ungefär en vecka innan nästa intervju upplevde vi också som en fördel. Vi själva fick låta intervjun ”landa” och sjunka in, men vi upplevde ibland att pausen också hade bidragit med nya insikter hos våra informanter som de tog med sig in i andra intervjun. Följande dialog ägde rum under Lars uppföljningsintervju:

Intervjuare: Kan du känna att du är stolt över den du är idag om man jämför med den här 17- åringen du beskriver?

Lars: Det är det tråkiga att jag inte känner det. Jag borde kanske känna det. Jag har faktiskt tänkt på det dom här senaste dagarna, att det är så många saker som är så mycket bättre och bedrifter asså att kunna orientera sig i en svår livssituation som faktiskt har blivit så pass bra, att kämpa och åtgärda och hela tiden lösa saker och ting, men jag kan tyvärr inte känna den stoltheten.

Citatet belyser att Lars tog med sig andra, nya insikter in i andra intervjun. I detta avseende, genom att göra en intervju till, fick vi en mer korrekt, nyanserad bild av våra informanters erfarenheter och livsvärld. Man kan också ställa frågan om nya insikter enbart är en fördel för studien, eller om det också kan ses som en vinst för våra informanter? Vi frågade till exempel våra informanter om de, innan medverkan i vår studie, hade funderat kring processen att bryta tabu kring psykisk ohälsa. Ingen av dem hade gjort det men att de faktiskt nu såg den framför sig. Om det nu är en fördel, vad skulle den i så fall kunna bidra med? Det är en fråga vi ställer men som vi inte själva har något bra svar på.

8.4 Forskningsämnet hittades i samspel med informanterna

Genom upprepande intervjuer hittade vi vår uppsats kärna. Innan första intervjun hade vi vissa teman och tankar vi ville undersöka, men efter första intervjun skrevs nya intervjuguider vilka utgick ifrån materialet av de första intervjuerna. Begreppet vändpunkt, som denna uppsats i stora drag behandlar, var ett begrepp vi varken hade funderat över eller läst på om innan första intervjun. Det uppkom därefter. På så vis har vår forskningsfråga växt fram i samspel med våra informanter. Ett utdrag från Gustavs andra intervju får exemplifiera detta:

Intervjuare: Du berättade i första intervjun att du tillslut sökte hjälp när du blev myndig. Vad var det som gjorde att du ville söka hjälp trots föräldrarnas ovilja?

Gustav: Det finns en väldigt enkel förklaring till det. När jag var 17,5 år då kom månstringskallelsen. Alla män var ju tvungna att mönstra när man var 18 då. Då kom månstringsinkallelsen och då kände jag en väldig press.

I första intervjun kom vi inte in på att Gustav fick en månstringskallelse och att det var, som Gustav själv sedan fortsätter att beskriva det som, en avgörande händelse för att kunna tala mer öppet om sin psykiska ohälsa. Om vi inte gjort en till intervju hade vi inte fått den här typen av förståelse. Vårt ämne, att ge exempel på vändpunkter och rekonstruera hur en förändringsprocess i att bryta tabut kan se ut, var således något som växte fram i samspel mellan informanterna. Vi ser det som en fördel då det gjorde att vi blev mer öppna för andra tänkbara perspektiv än de vi hade från början. Vi fann ett nytt forskningsämne som gick utanför det förväntade. Som vi genomgående återkommit till i vår uppsats är det viktigt att bli medveten om sin egen förförståelse för att man lätt blir "hemmablind". Genom att göra två intervjuer upplevde vi att vi minimerade den risken.

8.5 Är det alltid rimligt att göra såhär?

Genom att lista vinsterna på rad låter det nästan för bra för att vara sant. Varför gör man inte alltid upprepade intervjuer i så fall? Ska vi ha distans till oss själva och titta kritiskt på metodvalet har det helt klart tagit oss mer tid än vad vi på förhand trodde, då vi fått skriva fyra olika intervjuguider under denna uppsatsprocess. Att varje fördjupningsintervju fick varsin personlig utformad intervjuguide kan också diskuteras. Det känns som att det i vetenskapligheten ligger lite i att informanterna i en studie ska få samma frågor. Detta skulle således kunna diskuteras som en nackdel till metodvalet. Läser vi Bryman (2011) får vi känslan av att den kvantitativa metoden har en högre legitimitet, och att den kvalitativa metoden lite har ett arv att förhålla sig till för att kunna titulera sig som vetenskaplig. Genom detta val kanske vi går ännu längre ifrån vetenskapen? Kvale & Brinkmann (2009) menar att det blir svårt att generalisera och pröva hypoteser om man har för få intervjupersoner. Är antalet istället för stort går det inte att göra mer ingående tolkningar av materialet. Man kan avslutningsvis säga att upprepade intervjuer har, som allt annat, både för- och nackdelar.

9. Sammanfattning och slutdiskussion

Syftet med vår uppsats var, genom att intervjua män med erfarenheter av att bryta tabu kring psykisk ohälsa, ge exempel på hur en sådan förändringsprocess kan se ut. Vi ville också lyfta fram fördelar med upprepade intervjuer när det gäller samtal kring känsliga ämnen. Våra informanter beskrev alla att de under barndomen, på olika sätt, levde i ett tabu kring psykisk ohälsa. Idag talar de i större grad öppet om sin psykiska ohälsa och fokus i vår uppsats har varit att göra nedslag i händelser och relationer som utifrån intervjuerna verkar ha haft stor betydelse för öppenheten. Med hjälp av vårt material, teoretiska verktyg och våra egna tolkningar har vi ämnat rekonstruera en bild av hur en förändringsprocess i att bryta tabu *kan* se ut. Vi har också undersökt om, och i så fall hur, mansideal har påverkat processen.

Vi ämnade med uppsatsen få svar på följande frågeställningar:

1. Vad innebär en vändpunkt i processen att bryta tabut? Kan en specifik, avgörande vändpunkt urskiljas?
2. Hur skiljer sig livet före och efter vändpunkten/vändpunkterna för de intervjuade?
3. Har manliga ideal påverkat denna förändringsprocess och i så fall på vilket sätt?

Vi kommer nu återkoppla till dessa frågor, sammanfatta våra resultat och diskutera utvalda delar.

Vi har gett ett flertal exempel på vad en vändpunkt i processen att bryta tabut kan innebära; att få en mönstringskallelse och en diagnos, att sluta arbetet och att bli uppsagd från sin PTP- tjänst men också relationen till en psykolog och till en broder. Något som var oväntat var hur mycket KASAM hjälpte oss att på ett djupare plan begreppsliggöra innebörden av vändpunkterna men också hur livet före och efter vändpunkterna skilde sig åt. Vi hade tidigare förkastat KASAM, men våra informanternas berättelser sattes i ett nytt sken när vi tog hjälp av teorin och i en annan kontext än vad den vanligtvis kanske brukar användas i. Våra informanter beskrev att vissa av vändpunkterna gav dem en typ av förståelse för sin psykiska ohälsa, något som inte funnits tidigare. De hade tidigare levt ett liv i en förvirring och oförståelse kring sitt mående men vändpunkten ledde till att mysteriet kring sin psykiska ohälsa klarnade och blev begriplig på ett annat sätt än tidigare. Vi benämnde denna typ av vändpunkt som *“bitarna börjar falla på plats”* och exemplifierade dessa med att få en diagnos och relationen till en broder och psykolog. Dessa vändpunkter visade sig leda förändringsprocessen i att bryta tabut i en positiv riktning. Vi har också visat att andra vändpunkter istället innebar en ökad hanterbarhet för sin psykiska ohälsa. Vi benämnde denna typ av vändpunkt som *“att inse sina begränsningar”*, som exemplifierades med att ta beslutet att sjukskriva sig på heltid och att bli uppsagd. Genom dessa vändpunkter insåg informanterna sina begränsningar och anpassade livets krav efter sina förmågor. Att inse sina begränsningar bidrog till att flera informanter vågade riva fasaden ytterligare gentemot omgivningen. Vi har också visat att vändpunkterna bidragit till en ökad meningsfullhet, något vi benämnde som *“att vända det*

negativa till något positivt". Våra informanter har använt sina erfarenheter av psykisk ohälsa till att idag aktivt arbeta för att sprida kunskap och hjälpa andra, vilket gjort den psykiska ohälsan mer meningsfull jämfört med innan.

Utifrån vår rekonstruktion verkar det som att ett steg i förändringsprocessen att bryta tabut är att den psykiska ohälsan måste förstås och begreppsliggöras. När den tidigare förvirringen kring varför man är som man är klarnar verkar processen gå framåt. Ett vidare steg i processen verkar också vara att lära sig hantera sin psykiska ohälsa. När man inser sina begränsningar och vad man klarar av verkar också processen gå framåt. Att sedan finna något meningsfullt i situationen, trots motgångar, och göra någon nytta med sina tidigare erfarenheter, kan också ses som en viktig aspekt. Utifrån vår rekonstruktion av en förändringsprocess i att bryta tabut skulle vi kunna säga att KASAM:s tre komponenter begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet kan ses som viktiga komponenter för en lyckad process i att bli mer öppen om sin psykiska ohälsa.

Vi ville också få svar på frågan om en specifik, avgörande vändpunkt kunde urskiljas. Något som var för oss var oväntat, men också spännande, var hur svårt detta var. Ingen av våra informanter kunde urskilja en avgörande händelse och det var svårt att separera händelser och relationer åt som skilda vändpunkter. Vi författare kan nu kritiskt gå tillbaka och se hur inriktade vi själva faktiskt var på att försöka identifiera en avgörande vändpunkt. När vi hade hållit vår första intervju skrevs tre nya intervjuguider och nya frågeställningar. De tre nyskrivna intervjuguiderna avslutades med en fråga kring detta, om personen kunde urskilja en specifik händelse i processen att bryta tabut. Samtidigt ändrade vi frågeställning till "Vilken händelse/relation lyfts upp som den mest avgörande?" Hade vi på förhand trott att man tydligt skulle kunna se en avgörande vändpunkt i sin process att bryta tabut? Detta visar återigen på hur mycket vår förförståelse påverkar. Det blir också tydligt vilken roll, men också påverkan, vi som intervjuare har, då vi faktiskt är med och konstruerar den kunskap vi får fram. Ju djupare vi gick in i materialet såg vi dock svårigheten att se processen att bryta tabut som avhängig av bara en specifik avgörande händelse eller relation. Vi har i vår uppsats visat att de ofta är beroende av varandra, att vid en vändpunkt groor ofta starten till en annan. Forskning och teorier kring vändpunkter och

förändringsprocesser inriktar sig ofta på missbruk, prostitution och kriminella karriärer, men vi har med denna rekonstruktion visat att det teoretiska verktyget väl kan sättas in i en annan kontext, nämligen processen att bryta tabut kring psykisk ohälsa.

Något vi också ämnade undersöka var en möjlig faktor till att tabut kring psykisk ohälsa kan upprätthållas där vi lade fokus på manliga ideals påverkan. Bilden av "idealmannen" beskrevs på olika sätt av våra informanter. Egenskaper som stark och självständig, och att denne inte bör bli för känslös och inte får gråta lyftes upp vid sidan av att idealmannen spelar på hästar, dricker öl och gillar fotboll. I vissa drag kunde vi se likheter med Connells begrepp hegemonisk maskulinitet, och övrig forskning om hur en "idealman" bör vara. Samtliga av våra informanter verkade beskriva ett ideal som de själva inte lever upp till, bland annat för att de har psykisk ohälsa, och därmed går emot bilden av mannen som stark och känslokontrollerad. Vi såg att vissa informanter kämpade mer än andra för att leva upp till idealen. Detta var tydligast hos Lars som försökte dölja sin psykiska ohälsa för att inte ses som svag. Gustav däremot, har inte ens förmågan att kunna dölja sin psykiska ohälsa, utan för honom verkade det mer som att omgivningens bild av mansideal har påverkat honom. Anders var den av våra informanter som i störst utsträckning inte identifierade sig med rådande mansideal. Frågan kvarstår dock, har ideal kring manlighet påverkat processen att bryta tabut?

Vi trodde att mansidealen skulle vara mer hämmande för öppenheten än vad som framkom i vårt material. Kan det ha att göra med vår förförståelse? Vi har hört mycket i media att det är svårare för män med psykisk ohälsa och att tabut är större för just män på grund av mansidealen av en stark man som aldrig gråter. Den bilden hade vi säkerhet med oss från början, och kan såklart påverka hur vi ser på fenomenet. Som vi tidigare nämnt är det lätt att finna det förväntade i intervjusituationen, men svårare att se bortom sin egen förförståelserepertoar. Kanske kan vi då inte säga att just mansideal har stått som ensam avgörande faktor som påverkat deras öppenhet? Det vi dock har sett är, utifrån våra informanters berättelser, att det finns en press att leva upp till normer och ideal och att de ändå sätter sig i relation till det idealet, men i olika grad. Ovan nämnda diskussion visar att det inte räcker att endast utgå från variabeln kön, utan att det

hade krävts en intersektionell jämförelse för att se hur olika kategorier samspelar, och på så vis få en mer djupgående analys. I uppsatsen har vi framfört det faktum att mansideal är kontextbundna och således föränderliga. Vi kan därför ställa oss frågan om manliga ideal hade haft större påverkan i processen att bryta tabut om studien gjorts för 20 års sedan? Våra val av teoretiska utgångspunkter i denna uppsats var samtidigt ett val i hur vi valde att se och tolka tabut kring psykisk ohälsa. Payne (2008) menar att en teori belyser en sida av fenomenet men döljer samtidigt en annan, vilket blev tydligt i vår analys kring mansidealets påverkan på processen att bryta tabut.

Ett sidospår i vår uppsats har varit vårt metodval i att genomföra upprepade intervjuer med våra informanter. Ämnen vi berörde under intervjuerna, såsom psykisk ohälsa, tabu och mansideal är känsliga ämnen. Vi pekade i den fördjupade diskussionen att valet att genomföra upprepade intervjuer gav flertalet fördelar till vår studie. På grund av detta fick vi en djupare och bredare förståelse med mindre risk för feltolkningar, ett ökat känslomässigt djup och fler nyanser av fenomenet. Noterbart är också att vi innan första intervjun inte ens nämnt begreppet vändpunkter, som sen blev huvudfokus i uppsatsen. Detta var något som växte fram i samspel med informanterna. För att vårt material skulle kunna sättas in i detta teoretiska sammanhang, och för att vi skulle kunna ge exempel på hur en förändringsprocess i att bryta tabut kan se ut, var det nödvändigt att genomföra två intervjuer. Detta kanske visar på det enkla faktumet att samtal ger en ökad förståelse, men säger det kanske också något om tabut överlag som finns kring psykisk ohälsa? Att vi, på grund av att göra upprepade intervjuer, fick mer tid att samtala gav oss en djupare förståelse och kunskap. Inte bara för uppsatsen, utan också personligen. Sätter vi detta i en större samhällskontext visar det kanske även på vikten av att öppna upp diskussioner kring psykisk ohälsa? Hur vi ser på personer med psykisk ohälsa är som vi tidigare nämnt kontext- och tidsbundet. Kanske kommer tabut i en framtida samhällskontext inte ens existera? Kanske kommer studier liknande vår inte ens behöva göras? Idag, i vår samhällskontext, existerar dock fortfarande tabut. Vi inledde med det faktum att *kunskap minskar tabut kring psykisk ohälsa*. Vi hoppas att vi med denna uppsats bidragit till detta och samtidigt kan inspirera någon, någonstans, någon gång att själv prata mer öppet om sin psykiska ohälsa.

Referenser

Angermeyer, M.C., Beck, M., Dietrich, S. & Holzinger, A. (2004) "The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences" *International Journal of Psychiatry*, 50(2), 153-162.

Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (2004) "Public attitudes to people with depression: have there been any changes over the last decade?" *Journal of Affective Disorders*, 83(2-3), 177-182.

Antonovsky, A. (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Arnstberg, K. (2007) *Svenska tabun*. Stockholm: Carlsson.

Berglund, S-A. (2007) "Vändpunkter och förändringsprocesser – En treårig uppföljning av ungdomar från YAR-projektet i Borlänge." Umeå: Umeå universitet, Institutionen för socialt arbete och BRÅ brottsförebyggande rådet.

Boolsen W, M. (2007) *Kvalitativa analyser: forskningsprocess, människa, samhälle*. Malmö: Gleerups.

Borelius, M. (2013) *Bryt det sista tabut: Mental ohälsa ut ur garderoben*. Falkenberg: Natur & Kultur.

Bryman, A. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Connell, R.W. (2008) *Maskuliniteter*. Göteborg: Diablos AB.

Courtenay, W.H. (2000) "Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health" *Social Science & Medicine* vol. 50, 1385-1401.

Ebaugh, Fuch H.R. (1988) *Becoming an Ex: The Process of Role Exit*. Chicago: University of Chicago Press.

Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H. & Wängnerud, L. (2012) *Metodpraktikan : Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Norstedts juridik AB.

Forsberg, A. (2009) *Vägen ur missbruk. En intervjustudie om vägen från missbruk till ett drogfritt liv - ett projektsamarbete mellan Dalarnas forskningsråd och Örebro Resursteam*.

Göthe, C-J. (2006) "Hälsa, sjukdom och välbefinnande" (elektronisk), *Läkartidningen* <http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/2/2997/LKT0605s271_271.pdf> (2014-03-20).

- Hedin, U-C. & Månsson, S-A. (1998) *Vägen ut! – Om kvinnors uppbrott ur prostitution*. Stockholm: Carlsson
- Hinshaw, S.P. (2007) *The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change*. New York: Oxford University Press.
- Hjärnkoll (2010) "Män och kvinnor om psykisk hälsa" (elektronisk), *NSPH:s officiella hemsida* <http://socialpsykiatri.se/images/stories/hjarnkoll/Man_och_kvinnor_om_psykisk_ohalsa_nov_2010.pdf> (2015-03-02).
- Hjärnkoll (år saknas) "Myter och fakta. Din egen berättelse" (elektronisk) *NSPH:s officiella hemsida* <http://www.nsph.se/wp-content/uploads/2014/09/33_Myt_-_Farlig.pdf> (2015-04-12).
- Humanistisk- samhällsvetenskapliga forskningsrådet (1990) "Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning" *Vetenskapsrådets officiella hemsida* <<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>>
- Hydén, L-C. (1997) "De otaliga berättelserna". I Hydén, L-C. & Hydén, M. (red.) *Att studera berättelser. Samhällsvetenskapliga och medicinska perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Inckle, K. (2014) "Strong and Silent: Men, Masculinity, and Self-injury". *Men and Masculinities*, 17(1) 1-19.
- Jacobsson, K., Thelander, J. & Wästerfors, D. (2010) *Sociologi för socionomer*. Malmö: Gleerup
- Johannisson, K. (2006) "Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv" I Hallerstedt, G (red): *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos AB.
- Jungkvist, K. (2014) "Nu suddar vi ut o:et i otillräcklig" (elektronisk) *Aftonbladets officiella hemsida* <<http://www.aftonbladet.se/nojesbladet/tillracklig/article20191606.ab>> (2015-04-21).
- Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2011) *Kvalitativa metoder: från vetenskapsteori till praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Jönsson, L-C. (2010) *Berättelser från insidan. En essä om personliga erfarenheter i psykiatrins historia*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Klingemann, K.H. (1991) "The motivation for change from problem alcohol and heroin use" *British Journal of Addiction*, 86, 727-744.
- Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (år saknas) "Informationsfolder" (elektronisk), *NSPH:s officiella hemsida* <http://www.nsph.se/wp-content/uploads/2014/07/NSPH_folder_150212.pdf> (2015-03-17).
- Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa. (2014) *Fem år av (H)JÄRNKOLL. Kampanjen som förändrade attityderna till psykisk ohälsa o Sverige*. Boken kan beställas via NSPH:s officiella hemsida.
- Payne, M. (2008) *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Repstad, P. (1999) *Närhet och distans : Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Sanner, I. (2009) "Den psykiska ohälsans historia" (elektronisk), *Framtider* <http://www.iffs.se/wp-content/uploads/2011/01/framtider_nr3_2009_den_psykiska_ohalsans_historia.pdf> (2015-05-06).
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010) *Psykiatri. Själ – kropp – samhälle*. Stockholm: Liber AB.
- Socialstyrelsen (2013) "Psykisk ohälsa bland unga - underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg" (elektronisk), *Socialstyrelsens officiella hemsida* <<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-5-43>> (2015-03-21).
- Sundgren, M. (2005) "Sjukdom, handikapp, funktionshinder". I Sundgren M. & Topor, A. (red.) *Social Psykiatri*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.
- Svenska Akademiens ordbok (2002) "Tabu" (elektronisk) *SAOB:s officiella hemsida* <<http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>> (2015-04-19).
- Svensson, P. & Starrin, B. (1996) *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Thurén, T. (2007) *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Liber.
- Topor, A. (1993) *Socialpsykiatri i utveckling*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.
- Trost, J. (2010) *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Widerberg, K. (2002) *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur AB.

Bilagor

Bilaga 1: Informationsbrev

Informationsbrev

Göteborgs Universitet 2015-03-04

Hej! Vi vill börja med att tacka för din intresseanmälan att delta i vår studie. Nedan följer mer specifik information kring studien. Vid frågor och funderingar bifogar vi i slutet våra kontaktuppgifter.

Vi heter Lisa Leander och Madeleine Nilson. Vi är två studenter vid Göteborgs Universitet som studerar på socionomprogrammet. Vi är just nu inne på termin 6 och ska under våren 2015 skriva en C-uppsats. I stora drag ämnar vår studie att undersöka och belysa mäns erfarenheter av psykisk ohälsa. Fokus kommer att vara mäns personliga berättelser men också det tabu som råder i samhället kring psykisk ohälsa. När vi har läst och tagit del av tidigare forskning kring psykisk ohälsa får vi uppfattningen om att det främst varit kvinnor i fokus och att män i större utsträckning förbises, vilket väckt vårt intresse att enbart lyfta fram männen. I uppsatsen kommer som ovan nämnt era personliga erfarenheter vara i fokus och vi kommer förutom psykisk ohälsa beröra teman som ideal, förväntningar och normer som finns i samhället och hur dessa eventuellt har upplevts och påverkat män med psykisk ohälsa. Studien kommer således ha ett genusperspektiv.

För oss två är det av stor betydelse att genomföra denna studie på ett respektfullt och etiskt korrekt sätt. Vi kommer därför att utgå från Forskningsrådets etiska principer. Du som medverkande har ovan fått övergripande information om studiens syfte. Vidare är medverkan till denna studie givetvis frivillig. Det är också frivilligt att avbryta sin medverkan när som helst under studiens gång. I studien kommer du att vara anonym, därför kommer inte ditt namn att återges. Meningen med detta är att du ska känna dig trygg när du berättar om dina erfarenheter.

Studien kommer att genomföras med enskilda, kvalitativa intervjuer. Intervjun kan ske via telefon eller via ett personligt möte, du väljer själv vad som känns mest bekvämt för dig. Intervjun kommer att spelas in digitalt, detta för att ge en så korrekt bild av din historia som möjligt där dina egna ord är av vikt för oss. Om du inte samtycker till detta kan vi istället föra skriftliga anteckningar. De inspelade intervjuerna är det endast vi två som kommer ta del av och efter att studien är färdig och bedömd kommer intervjuerna raderas. Dina uppgifter kommer att hanteras konfidentiellt vilket innebär att obehöriga ej kommer att ta del av dessa.

Om du vill läsa mer om de forskningsetiska principerna bifogar vi nedan en länk:

<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Kontaktuppgifter:

Lisa Leander, telefonnummer: X och mail: X.

Madeleine Nilson, telefonnummer: X och mail: X.

Vår handledare under denna uppsats heter Daniel Uhnöo, institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet. Vid frågor till Daniel, nås han via mail: X.

Med vänliga hälsningar,

Lisa Leander och Madeleine Nilson

Bilaga 2: Intervjuguide 1

Inledning med information om inspelning, anonymitet, publicering, informanternas rätt att avbryta intervjun och kunna säga nej till att svara på vissa frågor, samt avsatt tid för intervjun. Har informanten några frågor eller funderingar innan vi börjar?

INTRODUKTIONSFRÅGOR:

Kan du berätta kort om dig själv? Hur gammal är du? Om du jobbar, iså fall med vad?

Vad har du för koppling till NSPH och Hjärnkoll idag? Om du är ambassadör, vad innebär det? Hur länge har du varit med i NSPH och vad är din "position"?

Hur kommer det sig att du började intresserade dig i att vara ambassadör?

Uppsatsen berör som tidigare nämnt psykisk ohälsa, jag tänkte börja med att fråga vad begreppet psykisk ohälsa innebär *för just dig*?

DÅTID - PERSONLIGA ERFARENHETER AV PSYKISK OHÄLSA:

Vill du berätta lite om dina egna erfarenheter av psykisk ohälsa? Kan du minnas i vilken ålder det började?

Berättade du om din psykiska ohälsa när du levde i den? Vem/vilka i så fall delade du dina upplevelser med? Hur bemöttes du av din omgivning? Om inte - vad tror du det beror på?

Sökte du hjälp? Om ja - i så fall vilken typ av hjälp? Var det svårt att söka hjälp, iså fall: vad tror du det beror på? Hur blev du bemött när du sökte hjälp? Om du inte sökte hjälp, hur kommer det sig att du valde att inte söka hjälp?

Förstod du att du hade psykisk ohälsa när du levde i det?

Vilka svårigheter har du upplevt vad gäller att prata om din psykisk ohälsa? Har du upplevt känslor av skam?

TABU KRING PSYKISK OHÄLSA:

Vad innebär begreppet tabu för dig?

En vanlig uppfattning/mycket visar på att det är att det är tabu kring psykisk ohälsa och att man inte ska prata om det. Anser du att det finns ett tabu att det finns ett tabu kring psykisk ohälsa?

Har du personligen känt av/upplevt tabut?

Vad har tabut fått för konsekvenser för just *dig*?

Finns det situationer där du valt att inte prata öppet om din psykiska ohälsa? Om ja, kan du berätta om en specifik situation?

Finns det situationer där du valt att prata öppet om din psykiska ohälsa? Om ja, kan du berätta om en specifik situation?

Pratar du i nuläget helt öppet om din psykiska ohälsa till din omgivning, nätverk m.m.? Iså fall, när bestämde du dig för att prata om din psykiska ohälsa? Hur kom det sig att du gjorde det valet?

ATT VARA MAN MED PSYKISK OHÄLSA:

Anser du att det finns ett större tabu i samhället kring att vara man och ha psykisk ohälsa, jämfört med att vara kvinna och ha psykisk ohälsa? Om ja, varför tror du att det är så? Vad tror du det grundar sig i? Vilka faktorer tror du påverkar detta?

Har du upplevt att det är skillnad mellan män och kvinnor kring öppenheten att prata om sin psykiska ohälsa till omgivningen och samhället?

Kan du berätta om en specifik situation där du upplevt tabut att prata om psykisk ohälsa som man?

Har du upplevt diskriminering eller stigmatisering på grund av att du är man med psykisk ohälsa, och inte kvinna? Kan du berätta om en specifik situation där detta har förekommit?

SAMHÄLLETS BILD AV ATT VARA MAN OCH DESS PÅVERKAN PÅ TABUT:

Tycker du att samhället har en bild av hur en man ska vara? Kan du beskriva hur den bilden ser ut för *just dig*?

Vad betyder manlighet/maskulinitet för dig?

Hur ser du dig själv i relation till denna samhällsbild?

När du levde i din psykiska ohälsa, kände du press på att leva upp till det manliga idealet? Hur har det iså fall påverkat dig?

NUTID:

Hur är ditt förhållande till psykisk ohälsa idag?

Hur kommer det sig att du ställde upp i den här intervjun?

AVSLUTANDE FRÅGOR:

Är det något som du skulle vilja tillägga som du tycker vi missat att fråga dig om eller som du vill berätta mer om? Hur upplevde du att bli intervjuad om detta ämne? Känner du att du har berättat något under intervjun som du ångrar och inte vill att vi ska ta med i vår uppsats? Vill du att vi skickar uppsatsen när den är klar?

Bilaga 3: Intervjuguide 2

Uppföljningsintervju med Lars

Terapins betydelse och mötet med Eva:

Du berättade i förra intervjun att du har gått i terapi från att du var 20 år. Först på ungdomsmottagningen, sen flyttade du till Uppsala för att börja studera. Genom terapin började du successivt började förstå och känna att dina föräldrar är lite knepiga sa du. *Att få denna förståelse eller insikt – vad betydde det för dig då?*

Den första psykologen i Uppsala, som du gick till när du var 21 år, du berättade att något startade där. Du lyfter att du fick en förståelse. *Var detta första mötet med någon som gav dig detta? Hade du upplevt känslan av ”att någon fattade” innan? Var detta första gången?*

Sen när du var 26 år började du gå hos Eva, och du sa att ”det tog en annan vändning då”. Du säger att du hade förändrats som person då. *Hur skulle du beskriva dig själv som 26 åring innan du träffade Eva för första gången? Minns du hur första mötet med Eva var? Kan berätta om någon specifik situation/ möte med Eva som du minns?*

Du sa såhär i förra intervjun när du jämförde de två psykologerna du hade i Uppsala: ”Det handlade mer om personen än den psykologiska kunskapen, eller att hon (Eva) i alla fall kunde förmedla det, han kanske också förstod, men hon kunde i alla fall förmedla det”. Du sa att den psykologen du gick till innan Eva hade också mycket kunskap men du fick aldrig den bekräftelsen av honom. *Hur tänker du kring detta?*

Vi fick uppfattningen om att Eva normaliserade din situation, att det inte var något konstigt, har vi förstått dig rätt då? Har du fortfarande den synen idag kring din psykiska ohälsa?

Jag tänkte läsa upp ett citat som du sa i intervjun förra veckan när du pratar om Eva: ”Där klickade det verkligen att fan äntligen att någon förstår mig. Men just förståelsen och sen också att det känns som att hon vet att det finns en utveckling och kan stötta mig i den utvecklingen att detta är inte slutstationen och att ”detta får du lära dig att leva med” så var det aldrig med henne. Det skulle annars kännas så deprimerande. Men succesivt så utvecklas man. Hon förmedlar att jag är på god väg.” När du hör detta och tänker tillbaka, har Eva haft stor inverkan på din öppenhet kring psykisk ohälsa? Hur skulle du beskriva Eva?

Barndom/föräldrar och bemötandet inom familjen:

Du pratade mycket i förra intervjun kring att svårigheten att prata med dina föräldrar om din psykiska ohälsa, att ansvaret läggs på dig och att du måste förklara på ett bra sätt. Men sen sa du att du nu i dagsläget kan prata på om dina svårigheter på ett lugnare sätt.

Vad tror du är största orsaken till denna typ av förändring hos dig? Vad behövde du för att kunna börja göra detta?

Du uttryckte förra intervjun att du trodde tabut inte hade varit lika starkt om du hade haft normala föräldrar. *Hur hade du önskat att dina föräldrar betedde sig mot dig?*

Du sa förra gången att du kan se och förstå hur dina föräldrar är och varför du är så rädd. Att din mamma inte mår bra själv och också en kritiserad personlighet, och att din pappa är som han är och att det kanske inte är så konstigt att det blev som det blev. *Denna insikt, vad har den betytt för dig? Har du under någon period i livet trott att din psykiska ohälsa var helt ditt eget fel? När kom i såfall den vändningen?*

Du pratade också om att du en gång försökte berätta för dina föräldrar när du var yngre, men att du inte togs på allvar. *Minns du den händelsen och kan du i såfall berätta mer om den?*

Att avsluta psykologprogrammet:

Du valde att avsluta psykologprogrammet. *Minns du hur tankarna gick i det valet? Hur tror du ditt liv hade sett ut om du hade fortsatt? När du hade slutat programmet berättade du att du började bli riktigt öppen med din psykiska ohälsa gentemot omgivningen. Hur tog det sig i uttryck? Kan du beskriva den här förändringen? Vad tror denna ökade öppenhet berodde på?*

Bilden av att vara man:

Din bild av att vara man beskrev du som att man inte ska gråta eftersom man då riskerar att bli nedvärderad eller föraktad. *Har jag förstått dig rätt då? Kan du berätta om en situation där du har gråtit öppet? Hur togs detta emot? Kan du minnas någon specifik situation där du inte pratat öppet om din psykiska ohälsa i ett mansdominerande sammanhang?*

Bekräftelse/ input från andra:

Jag fick uppfattningen av dig förra veckan att bekräftelse och input från andra (helst experter) som intygar att saker är sanna. *Har jag förstått dig rätt då? Är viktigt för dig? Hur skulle du beskriva en professionell terapeut?*

När du tänker tillbaka på din process att bryta tabut kring psykisk ohälsa, kan du urskilja någon avgörande händelse/relation?

Hur såg du på dig själv då? Hur ser du på dig själv nu? (Han svarade i första intervjun att han inte kunde känna stolthet, men det kanske är något annat som han har förändrat i sin uppfattning om sig själv?)

Bilaga 4: Intervjuguide 3

Uppföljningsintervju med Anders

Du berättade under förra intervjun att du inte hade en aning om att du hade psykisk ohälsa när du växte upp, att du inte fick den trygghet du behövde och att det inte pratades högt om det. Sen flyttade du hemifrån och började på Chalmers.

Vad betyder den händelsen att du flyttade hemifrån för dig?

Du berättade att du mådde så pass dåligt på Chalmers att det inte funkade längre, och att du tidigare hade kunnat gömma dig hemma i studier. *Hur skulle du beskriva skillnaden mellan dessa två olika tidpunkter i ditt liv? Förändrades din öppenhet kring psykisk ohälsa på något sätt när du flyttade hemifrån?*

Utifrån förra intervjun fick jag uppfattningen att din bror som var psykolog har varit ett stort stöd för dig. *Stämmer det? Vill du berätta lite mer om honom och er relation? Vad lärde han dig under livet? Du berättade sist att han fick cancer, om du vill berätta för oss, hur förändrades ditt liv och värderingar efter detta? Förändrades ditt synsätt kring öppenheten kring psykisk ohälsa?*

Jag fick uppfattningen under förra intervjun att kunskap kring psykisk ohälsa i din omgivning har haft en positiv verkan för dig. Du nämnde din bror som var psykolog, att du läste mycket själv och självanalyserade dig själv, och givande samtal med t.ex. Johan Cullberg. *Har omgivningens kunskap bidragit till att du hade lättare för att bryta tabut du tidigare levte i? På vilket sätt iså fall? Vilken betydelse har omgivningens kunskap kring psykisk ohälsa haft på din process? Kan du berätta om en specifik situation där okunskap har hindrat dig från att öppna upp dig och bryta tabut?*

Du berättade också att din bror och du kunde prata mycket, eftersom ni hade samma erfarenheter som dig. *Har detta speglat dig senare i livet? Hur känner du inför att prata med människor som förstår din situation respektive de som inte förstår dig?*

Du pratade mycket att du inte har känt dig förstådd inom psykiatrin, men att det inte i så stor grad handlar om bemötandet, utan två världar som krockar. *Har jag förstått dig rätt då? Kan du berätta mer om dina erfarenheter kring denna kollision? Vad har det väckt för känslor hos dig? De känslor som du fick inom psykiatrin, har du fått de känslorna i någon annan situation i livet?*

I förra intervjun verkar det som att en avgörande händelse för dig var när du sjukskrev dig från jobbet, du pratade om att detta **dubbelspel** blev för mycket för dig. Läs upp citat. *Kan du berätta mer om just denna specifika händelse? Minns du hur tankarna gick här i detta val? Vad fanns det för alternativ för dig i denna situation? Vad tror du hade hänt om du fortsatt köra detta dubbelspel?*

Du säger i citatet ovan att det inte gick att dölja det mer. *Hur tänker du kring detta? Vad gjorde det med dig? Var det en lättnad?*

Du pratade också mycket i förra intervjun om orsakerna till psykisk ohälsa – om det var psykodynamiska eller sociala faktorer. *Har synsättet hur din egen psykiska ohälsas uppkomst betydelse för hur mycket du har pratat öppet kring den?*

Du återkom i förra intervjun flertalet gånger till när du har blivit medicinsk förklarad och att du på grund av detta har slutit dig mer och känner dig mer ensam. *Med medicinsk förklarad, menar du att du har fått en diagnos då? Vad är dina upplevelser av att få en diagnos? Vad har det inneburit för just dig att få en diagnos?*

I förra intervjun så berättade du att du inte har upplevt skam för att leva med psykisk ohälsa, utan mer skam för din person. Du berättade att du hade blivit uppväxt att få lära dig skämmas för din person. *Hur ser du på detta idag? Har denna skam för din person hindrat dig i något avseende att prata om din psykiska ohälsa? Kan du berätta om någon specifik situation iså fall?*

När vi träffades förra gången var du väldigt snabb på att koppla psykisk ohälsa till barndomen. Du berättade att du och dina bröder tvingats till olika strategier för överlevnad och hur ni efter detta hade olika tillgång till era känslor. Du och din närmaste bror blev mammas pojkar, och de andra två bröderna togs över lite av din pappa som du beskriver som fullständigt onårbar. *Detta med olika strategier, kan du utveckla det lite?*

När du nu under denna intervju ser tillbaka på denna process, kan du vara stolt över dig själv över vart du befinner dig idag?

Har du tidigare funderat själv kring just denna process du haft i resan mot att bryta tabut, med möten, upplevelser, händelser som har påverkat att du befinner dig här idag?

När du nu har fått tänka tillbaka på ditt liv, och pratat kring olika händelser och möten, kan du urskilja en specifik händelse som du ser har haft störst betydelse för dig i processen mot att bryta tabut?

Bilaga 5: Intervjuguide 4

Uppföljningsintervju med Gustav

Jag tänkte beröra några specifika saker och händelser som du pratade om i förra intervjun och lite om vad de har betytt för dig och hur du ser på dem, *känns det okej?*

Du berättade förra gången att du kände stor förvirring och att du inte förstod att du var annorlunda när du var liten och att dina föräldrar inte ville söka vård, men att du när du sen blev myndig fick vård, *vad betydde den händelsen för dig?*

Förändrades ditt synsätt på öppenheten av psykisk ohälsa? (Du beskrev i förra intervjun att du fått lära dig att det var något "farligt" att söka hjälp och att det skulle förfölja dig resten av ditt liv)

Varför du valde att söka hjälp som myndig?

Vad gav dig den styrkan och vad avgjorde att du sökte hjälp och egentligen gjorde det som dina föräldrar många år tidigare inte ville att du skulle göra?

Såg du på dig själv och ditt mående på ett annat sätt efter att du sökt hjälp?

Kunde du förstå dig själv mer?

Förra gången vi pratade berättade du om en särskild incident när du var väldigt intresserad av bumbibjörnarna, och blev retad för det, och att du sen vid 22 års ålder fick en ögonöppnare när en läkare förklarade för dig att andra människor har egna tankar och känslor, *var den insikten viktig för dig?*

Du berättade att du inte hade svårt att prata om ditt mående med psykiatrin. *Varför tror du att du hade lätt att prata om det trots att du blivit uppväxt i en familj där man inte vill prata om det och nästan dölja det?*

Upplevde du det lättare att prata om din psykiska ohälsa i psykiatrin än i familjen?

Eftersom dina föräldrar var rädda för att söka vård och att din mamma var rädd om sitt rykte, har det påverkat dig i din öppenhet om ditt mående? Gjorde det att du inte ville prata om det?

När familjen hela tiden undrade varför du grät så mycket och varför du tänkte på så djupa saker, *fick det dig att känna att du måste hålla tillbaka gråten och försöka ändra på dig?*

Du berättade i första intervjun att du fick din diagnos när du var 22 år, *vad har det betytt för dig? Vad blev annorlunda efter du fått din diagnos? Vad innebar din diagnos för dig? Skulle du säga att du blev mer öppen? Du föreläser idag om både din diagnos och ditt psykiska mående för att sprida kunskap och hjälpa andra.*

Du berättade att när du var 20 år så var det en jobbig tid för dig för att du fick ta emot mycket hemska kommentarer, *vill du berätta om vilka känslor du kände då? Hur påverkade det dig tror du?*

Vi pratade förra gången att du upplever att samhället är tolerantare idag och att det finns en annan förståelse för personer med psykisk ohälsa och att man pratar mycket om genusfrågor, *tror du att det är viktigt för att man ska våga öppna sig om sin ohälsa?*

Hur ser du på omgivningens kunskap om psykisk ohälsa? (tex. att du inte fick det stödet du behövde från din lärare. Jag tänker fortfarande på det hon gjorde när hon tog ut dig i korridoren för att lära dig slåss!) *Vad har okunskap från omgivningen, som t.ex. i din skola, haft för betydelse för dig?*

När var första gången du valde att föreläsa? Vad innebar det för dig att prata om din psykiska ohälsa och sprida denna kunskap? När du har haft en föreläsning, hur känns det inom dig då? Känner du stolthet?

Du berättade förra gången att du först inte valde att prata om din psykiska ohälsa för eleverna när du undervisade, men att du sen en månad innan de tog studenten höll i en föreläsning för dem (så häftigt!) *Vad innebar det för dig?*

När du hört mina frågor och vi har pratat om din resa, kan *du känna stolthet över dig själv?*

Avgörande händelse?