Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom

Lundberg, Bertil

2010

Link to publication

Citation for published version (APA):
ERFARENHETER AV STIGMATISERING 
OCH DISKRIMINERING BLAND PERSONER MED 
PSYKISK SJUKDOM

Bertil Lundberg
“I have a dream that one day this nation will rise up and live out the true meaning of its creed: 'We hold these truths to be self-evident: that all men are created equal.'”

Martin Luther King Jr.
INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ABSTRACT.......................................................................................................................... 7
ARTIKLAR ........................................................................................................................ 8
INTRODUKTION ............................................................................................................. 9
Olika synsätt på psykisk sjukdom i ett historiskt perspektiv ............................................ 9
Psykisk sjukdom i ett samhällsperspektiv............................................................... 10
Avinstitutionaliseringen ......................................................................................... 11
Levnadsvillkor för personer med psykisk sjukdom....................................................... 12
   Arbete ................................................................................................................ 12
   Ekonomiska förhållanden.............................................................................. 12
   Socialt nätverk och sysselsättning.......................................................... 12
   Boendeförhållanden................................................................................... 13
   Hälsa, vård och omsorg .......................................................................... 13
   Trygghet – personlig säkerhet ................................................................ 13
Stigma - teorier och begrepp .................................................................................... 14
   Stämplingsteorin ...................................................................................... 15
   Dimensioner av stigma ............................................................................. 16
   Stereotypier, fördorar, diskriminering och stigma....................................... 17
      Stereotypier ....................................................................................... 17
      Fördorar .............................................................................................. 17
      Diskriminering .................................................................................. 17
   Stigma .......................................................................................................... 18
   Stigmatiseringsprocessen ......................................................................... 18
   Stigma och diskriminering relaterat till psykisk sjukdom.......................... 19
Empirisk forskning kring stigma, diskriminering och psykisk sjukdom ............ 20
   Attitydbegreppet .................................................................................... 20
   Attityder i befolkningen till psykisk sjukdom............................................ 20
   Allmänhetens kunskaper om psykisk sjukdom......................................... 20
   Myter om psykisk sjukdom ................................................................... 21
   Attityder bland professionella ..................................................................... 23
   Mediebilden av psykisk sjukdom ................................................................ 23
   Erfarenheter av stigma bland personer med psykisk sjukdom ................. 24
      Anteciperad stigma ........................................................................... 25
   Sociodemografiska och kliniska faktorer associerade med stigma ............ 26
   Stigma, självkänsla, empowerment, socialt nätverk och livskvalitet............ 26
   Självstigma ............................................................................................. 28
   Stigma bland närstående ......................................................................... 28
   Avhandlingens utgångspunkter ................................................................... 29
SYFTE ............................................................................................................................. 30
   Övergripande syfte ................................................................................ 30
   Specifika syften .................................................................................... 30
MATERIAL OCH METOD .............................................................................................. 31
Delstudie I-III ......................................................................................................... 31
   Vetenskaplig ansats ............................................................................... 31
ABSTRACT

The overall aim of this thesis is to 1) investigate the prevalence of stigmatizing experiences and beliefs of devaluation and discrimination among persons with mental illness, and 2) to investigate the relationship between beliefs of devaluation/discrimination, rejection experiences and sociodemographic/clinical patient characteristics, social networks, self esteem, empowerment and subjective quality of life. The thesis comprises four papers. Part one of the study was designed as a cross-sectional study using a convenience sample of 200 consumers in current contact with mental health services or with earlier experiences of this. In order to reach subjects with different experiences of mental illness recruitment were made at inpatient and outpatient settings, rehabilitation units and among members of user organizations. This part of the study is presented in paper I-III. In the second part of the study 25 mental health user's who participated in the cross-sectional study were interviewed with regard to experiences of rejection related to their mental illness (Paper IV).

Paper I investigates prevalence of rejection experiences and beliefs of devaluation and discrimination and the relationship to sociodemographic and clinical patient characteristics. Except for a few areas, more than half of the participants believed that psychiatric patients might face severe devaluation and discrimination. Almost half of the participants reported that they avoided people, because they felt that they look down on people with mental illness. Paper II examines beliefs of devaluation/discrimination, actual rejection experiences, empowerment, social network and the relationship of these factors to subjective quality of life among 150 individuals with mental illness. Paper III compares subgroups with low and high levels of rejection experiences with regard to self-esteem, sense of coherence and empowerment. In summary this thesis shows moderate associations between more frequent rejection experiences and a lower degree of global functioning, a greater number of admissions to inpatient psychiatric care and with current contact with social services (Paper I). In Paper II the factors most prominently related to subjective quality of life were overall empowerment and overall social network. For a subgroup of subjects suffering from psychotic disorders there was a significant negative relationship between subjective quality of life and rejection experiences. Subjects suffering from psychotic disorders also reported more frequent rejection experiences than subjects with affective disorders or other disorders. The main finding in Paper III was that more rejection experiences were associated with lower level of sense of coherence and to a lesser extent, with lower level of empowerment and self-esteem. Paper IV showed that experiences of devaluation and discrimination can be found in many areas, and seemed to result in more constricted social networks, unemployment and reductions of life opportunities.

Keywords: stigma, mental illness, rejection experiences, beliefs of devaluation/discrimination, lived experience, sociodemographic and clinical factors, social network, empowerment, sense of coherence, self-esteem, subjective quality of life.
Avhandlingen baseras på följande artiklar:


IV  Who am I supposed to be? Stories from mental health users’ with experiences of rejection. Manuscript

Artklarna har tryckts med tillstånd av respektive tidskrifter.
INTRODUKTION


Olika synsätt på psykisk sjukdom i ett historiskt perspektiv

"När de gamle i forna tider funno upp ord och namn, ansågo de ej galenskap (mania) som något ont eller nedsättande” säger Platon i Faedros. (Johannisson, 1998, s. 15)


Psykisk sjukdom i ett samhällsperspektiv

**Avinstitutionaliseringen**


Levnadvillkor för personer med psykisk sjukdom


**Arbete**

Personer med allvarlig psykisk sjukdom har en svag förankring på arbetsmarknaden och många saknar helt sysselsättning. I den inventering som gjordes i samband med utvärderingen av psykiatrireformen 1995 konstaterades att i den målgrupp på ca 45 000 personer som var känd av socialtjänst och psykiatri, hade endast 8 procent arbete på den öppna marknaden och närmare 60 procent saknade daglig sysselsättning (Socialstyrelsen, 1998). Andelen personer med allvarlig psykisk sjukdom som har arbete på den öppna marknaden anges i olika studier vanligen till under 15 procent (Bengtsson - Tops & Hansson 1999; Hansson et al., 1999; Eklund et al., 2001). Det här är en situation som personer med psykisk sjukdom själva är missnöjda med. Studier som undersökt detta visar att flertalet personer med psykisk sjukdom vill ha arbete (Grove, 1999; Bond et al., 2001).

**Ekonomiska förhållanden**

Enligt uppgifter från statistiska centralbyrån (SCB) är personer med allvarlig psykisk sjukdom mer ekonomiskt utsatta än andra grupper med funktionshinder (Socialstyrelsen, 2008). Närmare hälften uppgav att de hade svårt att klara de löpande utgifterna och många hade tvingats låna av släkt och vänner och var femte hade fått begära socialhjälp. En stor del av personer med allvarlig psykisk sjukdom har förtidspensionerats tidigt i livet. Bland personer yngre än 29 år som har aktivitetsersättning är personer med psykiatriska diagnoser i majoritet (SOU:2006:100).

**Socialt nätverk och sysselsättning**

Enligt Social rapport (Socialstyrelsen, 2006a) var personer som slutenvårdats på grund av psykisk sjukdom ofta ensamtstående än personer inom andra diagnosgrupper, och skilsmässor var vanligare inom en viss tid efter slutenvårdsstillfället. Närmare 30 procent bland dem som led av svåra psykiska besvär uppgav att de saknade en nära vän. Forskningen visar genomgående att det sociala nätverket är begränsat bland personer med allvarlig psykisk sjukdom (Bengtsson - Tops & Hansson, 2001a; Brunt & Hansson, 2002; Randolph, 1998). Omkring hälften av dem som ingick i Socialstyrelsens och länsstyrelsens tillsyn 2002-2004 saknade en daglig sysselsättning, och
denna brist på sysselsättning framstår som ett stort problem (Socialstyrelsen & Länsstyrelserna, 2005).

Boendeförhållanden

Hälsa, vård och omsorg

Trygghet – personlig säkerhet
Det finns mycket som talar för att personer med psykisk sjukdom oftare blir utsatta för våld eller hot om våld än vad personer i allmänhet blir enligt Thornicroft (2006, s. 74-75). Det råder dock brist på studier som undersökt frekvens av brott riktade mot personer med psykisk sjukdom. En uppföljning av 331 patienter med allvarlig psykisk sjukdom i öppenvård, visar att dessa personer blivit offer för våldsbrott två och en halv gång så ofta som ett riksgenomsnitt av befolkningen i USA, 8,2 procent mot 3,1 procent (Hiday et al., 1999). Författarna av denna studie menar att såväl sjukdomssymtom som den sociala situation patienterna befann sig i, ökade risken för att utsättas för våldshandlingar.

**Stigma - teorier och begrepp**


> En individ har ett drag... en egenskap ... som får dem av oss som möter honom att vända sig bort från honom och bortse från de anspråk på gemenskap ... som hans övrige egenskaper i och för sig kunde ha motiverat...

> Rent definitionsmässigt tror vi att den som är behäftad med ett stigma inte är fullt mänsklig. Utifrån denna förutsättning vidtar vi diskriminerande åtgärder av de mest skilda slag, varigenom vi på ett effektivt sätt, men ofta oavsiktligt, i hög grad reducerar vederbörandes livsmöjligheter. Vi bygger upp ännu en stigmateori, en ideologi för att förklara hans underlägsenhet och övertyga oss själva om den fara han representerar... Det ligger nära till hands att pådyvla folk en massa ofullkomligheter på basis av en enda ofullkomlighet... Dessutom kan vi uppfatta hans avvärjande reaktion... som ett direkt uttryck för hans defekt, och sedan betrakta defekten och reaktionen på den som en rättvis vedergällning för något som han själv, hans föräldrar eller hans stam har gjort och därmed som en fullgod motivering för den behandling vi utsätter honom för. (Goffman ibid., s. 14).

Den stigmatiserade tenderar att hålla sig med samma värderingar som vi... De bedömningsmönnen han har tillägnat sig från samhället i stort... leder oundvikligen till att han inser att det är något skamligt med att ha en egenskap som han har...(Goffman ibid., s.16).


Stämplingsteorin
relevanta. När så den "etiketterade/stämplade" i sina försök att återerövra normativa roller i samhället konsekvent hindras av omgivningen återstår en passiv patientroll.


Dimensioner av stigma
Stigmatiserande attribut kan vara associerade med mer eller mindre negativa stereotypier. Konsekvenserna för individen kan därför variera från att vara relativt triviala till att bli förödande (Link et al., 2004). Med utgångspunkt i Goffman’s typologi över artskilda stigman utvecklade Jones et al., (1984) en modell i vilken sex dimensioner identifierades, som i varierande utsträckning anses bidra till styrkan i omgivningens reaktioner på det stigmatiserade förhållandet:

- **Concealability** (hemlighålla, dölja) berör i vilken utsträckning ett stigmatiserande attribut är observerbart eller inte för omgivningen.
- **Course** (stigmats varaktighet, förlopp) speglar huruvida stigmat är övergående eller bestående över tid. Stigmatiserade sjukdomar med långvariga förlopp tenderar att mötas med mer negativa reaktioner från omgivningen än kortvariga, akuta tillstånd.
- **Disruptiveness** berör i vilken omfattning stigmat inverkar störande på den sociala interaktionen med andra människor. Till exempel kan vissa neurologiska tillstånd medföra okontrollerbara rörelser som kan utlösa rädsla och obehag hos omgivningen, vilket kan leda till att människor undviker kontakt med den drabbade.
- **Aesthetics** (estetik) handlar om i vilken utsträckning stigmat väcker känslor av äckel, avsky och upplevs motbjudande.
- **Origin** (stigmats upphov) speglar omgivningens syn på det stigmatiserade förhållandets uppkomst. Stigmatiserade sjukdomar som anses självförfållade upplevs generellt mer negativt än om dessa sjukdomar uppfattas ligga utanför den drabbades kontroll.
- **Peril** (farlighet) refererar till i vilken utsträckning det stigmatiserade förhållandet upplevs hotande eller färligt för omgivningen.
Stereotypier, fördomar, diskriminering och stigma.

Stigmaforskningen bedrivs idag inom ett stort antal områden och inom ett flertal discipliner såsom psykologi, sociologi, antropologi och medicin. Även om olika forskare och discipliner betonar olika aspekter av fenomenet, är de flesta forskare överens om att stigma handlar om stereotypier, fördomar och diskriminering och att stigma är ett mera omfattande och inkluderande begrepp än sina delar (bl.a. Hinshaw, 2007; Major & O’Brien, 2005).

**Stereotypier**


**Fördomar**

En fördom (lat. prejudicium, (på förhand fälld dom)) har definierats som ”en antipati baserad på en felaktig och rigid generalisering” (Allport 1954/1979, s.9). Senare definitioner överensstämmer i stort med Allport’s, men har specificerats till att omfatta negativa uppfattningar och känslor riktade mot en individ på grund av dennes grupptillhörighet (Augoustinos et al., 1994). Enligt Allport (1954/1979) behöver förutfattade meningar inte nödvändigtvis vara fördomar. Det blir de först när innehavaren trots starka motargument har svårt eller vägrar att överge sin uppfattning.

**Diskriminering**

Termen diskriminering (av lat. discr’imo’ avskilja’) avser i dagligt tal särbehandling av en grupp eller av en individ som innebär någon form av olägenhet för gruppen eller individen. Diskriminering avser beteenden som ofta har sin grund i stereotypier och fördomar (Sociologiskt Lexikon, 2001). Personer kan ha fördomar mot och diskriminera en viss grupp människor, samtidigt som enskilda individer tillhörande denna grupp ingår i vänkretsen och därmed inte omfattas av fördomarna eller
diskrimineringen (Hinshaw, 2007). Detta förhållande understryker vikten av att se människor som individer och inte som grupprepresentanter.

**Stigma**


**Stigmatiseringsprocessen**


1. **Etikettering/stämpling**: Vissa av en oändlig mängd skillnader människor emellan observeras och får en etikett/stämpling som signalerar att bäraren skiljer sig på ett ofördelaktigt sätt från andra människor.

2. **Stereotypering**: De observerade skillnaderna, ”etiketterna” associeras med negativa stereotypier och fördorar. För många är till exempel etiketten ”psykiskt sjuk” kopplad till stereotypier om farlighet och irrationalitet.

3. **Separering/särskiljande**: De etiketterade/stämplade betraktas som fundamentalt olika normala människor. Det sker en åtskillnad emellan ”vi” och ”dom”. Den stämplade personen förväntas motsvara vad man tillskriver den kategori som han eller hon placerats i och det finns inga eller blott diffusa skillnader bland personerna som ingår i kategorin.

4. **Statusförlust och diskriminering**: De etiketterade/stämplade utsätts för nedvärdering diskriminering och utstötning, som leder till statusförlust. Diskriminering kan ske både på såväl individnivå som på strukturell nivå. Individuell diskriminering kan uttrycka sig i att arbetsgivare vägrar anställa personer som vårdats inom psykiatrin eller att grannar protesterar mot att psykiskt sjuka får bostad i närområdet. Strukturell eller institutionell diskriminering kan visa sig i mindre resurser till diskriminerade grupper i samhället. En viktig aspekt av Link och Phelan (2001a) modell är att stigma är betingat av en tillgång till social, ekonomisk, kulturell och politisk makt, som
tillåter åtskillnader mellan människor, som accepterar stereotypier, och som verkställer förskjutning, uteslutning och diskriminering.

Stigma och diskriminering relaterat till psykisk sjukdom
World Psychiatric Association (WPA) driver sedan 1999 en världsomfattande kampanj mot stigma under namnet ”Open the Doors”. WPA har utvecklat en modell (Figur 1) där man beskriver stigmatiseringsprocessen och dess konsekvenser i form av en ond cirkel (Sartorius, 2000). Modellen (Figur 1) åskådliggör att vissa attribut kan trigga negativa stereotypier och alla individer med dessa attribut blir stigmatiserade. Stigmatiseringen medför i sin tur att personen ifråga diskrimineras. Diskriminering kan komma till uttryck till exempel i form av t.ex. brister i vårdutbud, eller i en social utstötning, som leder till låg självkänsla, ökad oförmåga och försämring av det tillstånd som var ursprunget till stigmatiseringsprocessen. Försämring av tillståndet (t.ex. ökade symtom) ökar i sin tur risken för fortsatt stigmatisering. En ond cirkel har uppstått, som kan fortgå och fördjupas. Det är emellertid möjligt att gå in i vilken fas som helst för att bryta den onda cirkeln. Om till exempel stigmat har sin grund i beteendestörningar orsakade av biverkningar av psykofarmaka, kan ett medicinbyte ta bort själva markören eller grunden för stigmatiseringen. Det är också möjligt att genom till exempel lagstiftning hindra fortsatt diskriminering om själva triggern för stigmatiseringen inte kan elimineras.

**Figur 1.** Stigmas onda cirkel
Empirisk forskning kring stigma, diskriminering och psykisk sjukdom

Attitydbegreppet
Termen *attityd* används vanligen om en varaktig inställning som byggs upp genom erfarenheter och kommer till uttryck i att man är för eller mot något. Attityder kan variera i betydelse och i styrka. Övergripande attityder har visat sig vara mycket stabila, och innefattar såväl kognitiva, emotionella som intentionella aspekter (Sociologiskt lexikon, 2001).

Attityder i befolkningen till psykisk sjukdom

Allmänhetens kunskaper om psykisk sjukdom
Studier från en rad länder i Europa och övriga västvärlden tyder på att kunskapen om psykiatriska sjukdomar, dess orsaker och behandling ofta är dålig bland allmänheten (Angermeyer & Dietrich, 2006). Många människor tycks ha svårt att differentiera
mellan olika psykiatriska sjukdomar. Schizofrena symtom ses ofta som uttryck för psykisk sjukdom än till exempel depression, som inte alltid tycks uppfattas som en sjukdom (Lauber et al., 2003; Crisp et al., 2000). Trots detta, förefaller många människor att ha svårare att identifiera specifika tecken på schizofreni än på depression. I en australiensisk studie kunde till exempel en majoritet (72 procent) korrekt identifiera symtom på depression, medan färre än 30 procent klarade att korrekt identifierade tecken på schizofreni (Jorm et al., 1997). I samma undersökning framkommer det att många människors uppfattningar gällande effektiva behandlingsmetoder skiljer sig från de professionellas. Motion och sociala aktiviteter, avslappningsövningar och stresshantering eller att läsa litteratur om andra i samma situation uppfattades som mer verksamma än traditionella behandlingsmetoder. Psykofarmaka, elektrokonvulsiv behandling eller vistelser på psykiatiska vårdinrättningar uppfattade göra mer skada än nytta. Vitaminbehandlingar och speciella dieter sågs som mer verksamma än antidepressiva eller antipsykotiska.

**Myter om psykisk sjukdom**

Fördomar har ofta sitt ursprung i okunskap, eller i en ovilja att se sanningen som den är (Thornicroft, 2006, s. 187-188). Vanligt förekommande missuppfattningar om psykisk sjukdom, betecknas ofta som myter av stigmaforskare. Några av dessa myter omfattar förutom personer med psykisk sjukdom också fysiskt handikappade. Till exempel är föreställningar vanliga om att alla handikappade är offer eller att handikappades problem alltid har med handikappet att göra. En vanlig myt om schizofreni är att denna sjukdom är ett uttryck för personlighetsfel eller något andra. Studier från olika länder i Europa med över 12 000 medverkande visar att denna föreställning omfattades av många i Österrike (29 procent), Tyskland (80 procent), Grekland (81 procent), Polen (50 procent), Slovakien (61 procent) och av 39 procent i Turkiet (Sartorius & Schulze, 2005; Gaebel et al., 2002). En rapport från Canada Mental Health Association (1994) visade att den vanligaste uppfattningen bland allmänheten var att personer med psykisk sjukdom är farliga och våldsbenägna (88 procent) ointelligenta och/eller mentalt retarderade (40 procent) att de inte kan behålla ett arbete, eller inte har något att bidra med (32 procent) att de saknar vilja och är lata (24 procent) att de är opålitliga (20 procent) och att psykiska sjukdomar är självförvärvade (20 procent).


Attityder bland professionella

..What can a psychiatrist ...do to diminish stigma and discrimination because of mental illness? First, we should examine our own attitudes.

Norman Sartorius (2005)


Mediebilden av psykisk sjukdom


"... ett nyhetsflöde ... koncentrerat på psykisk sjukdom relataterat till tragiska våldsbrott, ... ger näring åt fördömarna om psykisk sjukdom. Ytterligare stigmatisering blir följden för en ... sårbar och socialt åsidosatt grupp" (s. 14).

Ett stort antal internationella undersökningar visar att nyhetsrapporteringen domineras av överdrivna, negativa beskrivningar av personer med psykiatrisk diagnos som farliga och opålitliga och som inte speglar de drabbades verkliga levnadsvillkor (Corrigan et al., 2005; Coverdale et al., 2002; Nairn & Coverdale, 2001). Det är emellertid missvisande att påstå att medierna endast framställer personer med psykisk

Den måttligt ökade risk att personer med psykiatrisk diagnos ska begå våldsbrott, står inte i proportion till den bild som massmedia förmedlar menar Thornicroft (2006, s.139-140). Han anser att det är missvisande att tala om våld och farlighet relaterat till psykisk sjukdom på samma sätt som det är att tala om våld i samband med somatiskt sjukdom. Om en ökad risk föreligger beror på flera samverkande faktorer, såsom typ av diagnos, sympomens svårighetsgrad, förekomst av drogmissbruk, om personen går i behandling eller inte, eller om personen ifråga har visat prov på våldsbenägenhet tidigare. Vidare finns en ökad risk om personer med psykisk sjukdom avskiljs från sina anhöriga och lever under socialt miserabla omständigheter, tillsammans med andra sjuka med hög kriminalitet (Swanson et al., 2002).

Erfarenheter av stigma bland personer med psykisk sjukdom

Deltagarna i studien hade varierande diagnoser, varav 19 procent hade schizophrenia diagnos. Deltagarna rapporterade ofta om att man varit åhörare till stigmatiserande kommentarer kring psykisk sjukdom, eller att man känt sig kränt av medierapporteringen kring psykisk sjukdom. Man hade ofta en känsla av att personer blivit besvärade och undvikit dem på grund av deras sjukdom. De flesta förväntade sig att bli diskriminerade på arbetsmarknaden även om färre hade personlig erfarenhet av att ha diskriminerats i dessa sammanhang. I studiens andra fas intervjuades ett representativt urval på 100 deltagare mer ingående kring stigma. Nästan hälften av dessa deltagare rapporterade stigmatiserande erfarenheter relaterat till sociala interaktioner med allmänheten, med familj, vänner och med professionella vårdgivare.

Anteciperad stigma


1) En individs uppfattning om de flesta människors attityder till en stigmatiserad grupp.

2) Individens uppfattning om de flesta människors syn på honom eller henne i egenskap av medlem i en stigmatiserad grupp.

Mer uttalade negativa förväntningar på att mötas av nedvärdering och diskriminering på grund av sin psykiska sjukdom (anteciperad stigma) har associerats med utebliven eller försenad vård (Andrews et al., 2001; Sirey et al., 2001) försämrat självkänsla (Markowitz, 1998; Wright et al., 2000; Link et al., 2001b), ökad demoralisering (ett sammansatt mått som bl.a. innefattar självkänsla, känslor av hopplöshet, pessimism och olust (Dohrenwend et al., 1980)) arbetslöshet och inkomstbortfall (Link, 1987; Link et al., 1991) depressionsbenägenhet (Link et al., 2001b; Mechanic et al., 1994) samt att man undandrar sig sociala kontakter (Link et al., 1989) och upplever minskad livsstilfredsställelse (Mechanic et al., 1994., Rosenfield, 1997; Markowitz, 1998; Yanos et al., 2001). Resultaten från en multicenterstudie omfattande 27 länder visade att såväl anteciperad stigma som personliga upplevelser av diskriminering och nedvärdering var vanliga bland personer med schizophrenia diagnos oberoende av nationstillhörighet (Thorncroft et al., 2009). Nästan hälften av de 732 deltagarna rapporterade om diskriminering/nedvärdering relaterat till vänner och familj. En majoritet av deltagarna förväntade sig att bli diskriminerade på arbetsmarknaden, och i utbildningssammanhang och att den psykiatriska diagnosen skulle medföra svårigheter att få vänner eller intima partners. Omkring en tredjedel förväntade sig diskriminering i samband med arbetssökande och i nära relationer, trots att de inte rapporterat att de diskriminerats i dessa sammanhang. Nära tre fjärdedelar valde att hemlighålla sin diagnos även i samband med nära relationer.
Att personer med psykisk sjukdom förväntar sig nedvärdering och diskriminering även i sammanhang där de inte har personlig erfarenhet av detsamma finner stöd även i en tysk studie, där personer med såväl depressions diagnos som med schizofrenidiagnos medverkade (Angermeyer, 2004c).

**Sociodemografiska och kliniska faktorer associerade med stigma**

En fråga som rönt visst intresse inom stigaforskningen, berör vilka sociodemografiska och eller kliniska faktorer som kan tänkas bidra till styrkan i och/eller förekomsten av stigmatiserande upplevelser. Några studier indikerar att iögonfallande psykiatriska symtom och sämre psykosocial funktionsförmåga bland personer med psykisk sjukdom väcker mer negativa reaktioner från omgivningen (Farina, 1998; Lysaker et al., 2007a), emedan resultaten från andra studier inte visar några sådana samband (t.ex. Dickerson, 2002).


**Stigma, självkänsla, empowerment, socialt nätverk och livskvalitet**

Livskvalitet har under de senaste decennierna blivit ett viktigt mått på livssituationen hos personer med långvariga psykiska sjukdomar (Brunt & Hansson, 2005). Forskningen har först under senare decennium undersökt olika aspekter på sociala relationers inverkan på upplevelsen av livskvalitet. Man har till exempel visat att en bättre tillfredsställelse med sociala relationer har samband med en bättre subjektiv livskvalitet (Lam & Rosenheck, 2000; Bengtsson-Tops & Hansson, 2001a).

I en polsk studie framkom det att en hög frekvens av stigmatiserande erfarenheter bland personer med schizofrenidiagnos hade samband med otillfredsställelse med sin livskvalitet och tidig debut av sjukdomen (Switaj et al., 2009).


En randomiserad studie av Link et al. (2002) prövade en kortare utbildning kring effekter av socialt stigma och strategier för att hantera och bemästra stigmatiserande upplevelser. Resultaten visade att interventionen inte påverkade självkänsla, depressiva symtom eller grad av upplevd stigma. Författarna drog slutsatsen att bekämpning av stigma måste göras på flera nivåer samtidigt och innefatta även de som stigmatiserar, samt att interventionens innehåll bör utvecklas och innehålla mer av kognitiva interventioner. En studie av Rush et al. (2006) visade att en kombination av mindre uttalade förväntningar på att mötas av nedvärdering och diskriminering, samt att man upplever diskrimineringen av personer med psykisk sjukdom som orättfärdig var förbunden med en högre grad av empowerment och självkänsla bland kvinnor med social fobi eller med borderline personlighetsstörning.
Självestigma


I studier där man undersökt personer med schizofreni eller annan psykossjukdom har självestigma associerats med låg självkänsla (Lysaker et al., 2007b, 2008; Ritscher et al., 2003; Watson et al., 2007), self-efficacy (Vauth et al., 2007) empowerment (Ritscher et al., 2003; Vauth et al., 2007) låg livskvalitet (Lysaker et al., 2007b; Vauth et al., 2007) och med känslan av att sjukdomen är självförvållad (Mak & Wu, 2006). Självestigma har vidare associerats med en minskad benägenhet att söka hjälp för psykologiska besvär bland studenter (Vogel et al., 2006) och med reducerad behandlingsföljsamhet (compliance) bland personer med depressionsdiagnos (Fung et al., 2007). Kliniskt har fenomenet visat samband med positiva symtom (Lysaker et al., 2007a; Yanos et al., 2008) negativa symtom (Lysaker et al., 2009) och med depressiva symtom (Ritscher et al., 2003; Vauth et al., 2007; Yanos et al., 2008), så väl som med minskad sjukdomsiinsikt (Lysaker et al., 2007b; Mak & Wu, 2006) reducerad social funktion (Lysaker et al., 2007a) och uppmärksamhetsstörning (Lysaker et al., 2009). Stigma antas kunna påverka symtom och återhämtning. Bland de få studier där man undersökt detta, har man funnit att en hög grad av internaliserad stigma till exempel i form av upplevelser av alienation och nedvärdering, kan predicera en högre grad av depressiva symtom och ångslan (emotional discomfort) hos öppenvårdspatienter sex månader senare (Lysaker et al., 2007b). Stigmas negativa inflytande över självkänsla och välbefinnande har i en studie av Link och Struening (1997) visat sig ha en bestående effekt som komplicerar livet även efter att sjukdomssymtomen minskat och den sociala funktionen förbättrats.

Stigma bland närstående


**Avhandlingens utgångspunkter**

SYFTE

Övergripande syfte

Avhandlingens övergripande syfte är att öka kunskapen om stigmatiserande erfarenheter bland personer med psykisk sjukdom och om deras uppfattning om allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom (anteciperad stigma). Vidare är syftet att undersöka faktorer hos individer som är associerade med dessa erfarenheter och uppfattningar, samt att fördjupa förståelsen för hur personer med psykisk sjukdom upplever sin situation i samhället med avseende på stigmatiserande attityder till dem.

Specifika syften

- Att bland personer med psykisk sjukdom undersöka förekomsten av stigmatiserande erfarenheter och deras uppfattningar om allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom (anteciperad stigma) samt dessa erfarenheter och uppfattningars samband med sociodemografiska och kliniska faktorer. (Delstudie I)

- Att i samma population undersöka samband emellan subjektiv livskvalitet och stigmatiserande erfarenheter och uppfattningar om allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom (anteciperad stigma) relaterat till diagnos, empowerment samt socialt nätverk. (Delstudie II)

- Att i samma population undersöka samband mellan stigmatiserande erfarenheter och empowerment, känsla av sammanhang och självkänsla. (Delstudie III)

- Att bland deltagare som rapporterat om en hög grad av stigmatiserande erfarenheter i tvärnittstudien belysa och beskriva hur dessa personer upplever sin situation i samhället med avseende på stigmatiserande bemötande. (Delstudie IV)
MATERIAL OCH METOD


Delstudie I-III

Vetenskaplig ansats
En kvantitativ ansats har använts för att i en tvärsnittsstudie undersöka förekomst av stigmatiserande erfarenheter bland personer med psykisk sjukdom och om deras uppfattning om allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom (anteciperad stigma). Resultaten ger kunskap om problemets omfattning, fördelning på undergrupper och relation till sociodemografiska och kliniska faktorer, såväl som till subjektiv livskvalitet och social interaktion, empowerment, känsla av sammanhang (KASAM) och självkänsla.

Deltagare och urval
Tabell 1. Översikt över avhandlingens metodologiska ramverk.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Delstudie</th>
<th>Design</th>
<th>Deltagare</th>
<th>Datainsamling</th>
<th>Tidpunkt för datainsamling</th>
<th>Analy</th>
<th>Status</th>
</tr>
</thead>
</table>
| I         | Tvärsnittstudie | Personer med erfarenhet av att ha vårdats inom psykiatri, (n=200) | Frågeformulär: 1) Anteciperad nedvärdering/diskriminering  
2) Erfarenheter av nedvärdering/diskriminering  
3) GAF, (psykosocial funktionsnivå)  
4) Sociodemografiska och kliniska bakgrundskarakteristika | 2004 01- 2005 03 | Deskriptiv statistik  
Student's t-test  
Pearson product-moment correlationtest  
Multipel regressionsanalys | Publicerad 2007 |
| II        | Tvärsnittstudie | Patienter med verifierad diagnos, (n=150) | Frågeformulär: 1) Anteciperad nedvärdering/diskriminering  
2) Erfarenheter av nedvärdering/diskriminering  
3) MANSA (livskvalitet)  
4) ISSI (Socialt nätverk)  
5) Att fatta beslut (Empowerment) | 2004 01- 2005 03 | Deskriptiv statistik  
One-way ANOVA  
Tukey post hoc-test  
Pearson product-moment correlationtest  
Multipel regressionsanalys  
Kolmogorov-Smirnov-test | Publicerad 2008 |
| III       | Tvärsnittstudie | Personer med erfarenhet av att ha vårdats inom psykiatri, (n=200) | Frågeformulär: 1) Anteciperad nedvärdering/diskriminering  
2) Erfarenheter av nedvärdering/diskriminering  
3) KASAM (känsla avsmittan)  
4) Att fatta beslut (Empowerment)  
5) Självkänsla | 2004 01- 2005 03 | Deskriptiv statistik  
Student's t-test  
Chi² test  
Pearson product-moment correlationtest  
Multipel regressionsanalys | Publicerad 2009 |
| IV        | Kvalitativ studie | 25 personer med erfarenheter av nedvärdering/diskriminering | Öppna intervjuer | 2007-03 - 2007 06 | Deskriptiv innehållsanalys | Manus |


Tabell 2. Deltagarnas uppfattning om allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom. Svarsfördelning (procent) i tolv påståenden om nedvärderande och diskriminerande attityder. Svaren är uppdelade i instämmer/instämmer inte (n=199).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Påstående</th>
<th>Instämmer</th>
<th>Instämmer inte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>De flesta människor skulle inte vilja anställa en person som vårdats inom psykiatrin för att ta hand om deras barn, även om han/hon har varit frisk under en längre tid.</td>
<td>74</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>De flesta arbetsgivare lägger en ansökan om arbete åt sidan från en person som vårdats inom psykiatrin till förmån för en annan sökande.</td>
<td>73</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>De flesta unga kvinnor är ovilliga att stämma träff med en person som vårdats för en allvarlig psykisk sjukdom.</td>
<td>70</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>De flesta människor tror att en person som vårdats inom psykiatrin är lika trovärdig som vem som helst</td>
<td>33</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>De flesta människor tror att bli inlagd för psykiatrisk vård är tecken på ett personligt misslyckande.</td>
<td>63</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>De flesta människor ser ner på en person som vårdats inom psykiatrin.</td>
<td>60</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Om man fått reda på att någon vårdats inom psykiatrin kommer de flesta att ta han/henne på mindre allvar.</td>
<td>59</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>De flesta människor tror att en person som vårdats inom psykiatrin är lika intelligent som vem som helst.</td>
<td>44</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>De flesta arbetsgivare anställer en person som vårdats inom psykiatrin om han/hon är kvalificerad för arbetet</td>
<td>48</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>De flesta människor skulle acceptera en fullt frisk person som tidigare vårdats inom psykiatrin som lärare i en grundskola.</td>
<td>52</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>De flesta människor där jag bor skulle behandla en person som vårdats inom psykiatrin på samma sätt som vem som helst.</td>
<td>58</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>De flesta människor skulle acceptera en person som vårdats inom psykiatrin som vän</td>
<td>61</td>
<td>39</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Datainsamling

Undersökningen genomfördes under perioden januari 2004 – mars 2005 via patientföreningar och vid psykiatriska verksamheter som erbjuder såväl öppenvård, slutenvård som rehabilitering i södra Sverige. Större delen av upptagningsområdet består av stadsbebyggelse, men omfattas också av mindre tätorter och landsbygd.

Såväl skriftligt som muntligt samtycke införskaffades från de som önskade delta i studien. Intervjuerna genomfördes av (BL) som också inhämtade data avseende sociodemografiska och kliniska bakgrundsfaktorer, samt genomförde skattningar av deltagarnas psykosociala funktionsförmåga, enligt GAF. Deltagarna fick fylla i självskattningsformulär avseende olika former av stigmatiserande upplevelser och erfarenheter, samt göra skattningar av tillfredsställelse med sin livskvalitet, omfattningen och kvaliteten av sitt sociala nätverk, sin självkänsla, känsla av sammanhang (KASAM), samt känsla av makt och kontroll över sin livssituation (empowerment).

Mätinstrument

Deltagarnas uppfattning om allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom (anteciperad stigma)

Erfarenheter av nedvärdering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom
Ett frågeformulär med 11 variabler som omfattar erfarenheter av stigmatiserande bemötande från omgivningen, till exempel ”Har människor undvikit Dig därför att de visste att Du vårdats inom psykiatrin? Frågeformuläret utvecklades ursprungligen av Link et al. (1997), och i den svenska versionen av instrumentet har vissa variabler tagits bort och fem variabler adderats från en liknande skala av Wahl (1999). Deltagaren anger frekvensen av stigmatiserande upplevelser på en 5-gradig svarsskala som sträcker sig från ”aldrig” till ”mycket ofta”. Den svenska versionen av formuläret har undersökts med avseende på reliabilitet och validitet (Björkman et al., 2007).

Att fatta beslut (Empowerment)

Självkänsla
Rosenbergs skala för självkänsla innehåller 10 variabler som syftar till att mäta hur individen värderar sig själv, genom att på en fyrrgradig skala ta ställning till påståenden som till exempel ”Jag känner att jag har många goda egenskaper” eller ”Som helhet
känner jag mig misslyckad” (Rosenberg, 1965). Rosenbergs skala är ett av de mest använda mätinstrumenten för bedömningar av självkänsla.

**Livskvalitet**

**Global Assessment of Functioning Scale (GAF)**

**Sense of Coherence Scale (SOC)**

**Social interaktion**
Statistisk analys
Analysen av data genomfördes med hjälp av SPSS för Windows 11.5 (Studie I) respektive 14.0 (studie II-III). Student’s t- test har använts för att analysera skillnader mellan grupper och Pearson produkt–moment-korrelationstest för att undersöka samband mellan stigmatiserande erfarenheter och uppfattningar om allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom (anteciperad stigma) och sociodemografiska och kliniska variabler (Delstudie I), och för att undersöka samband mellan subjektiv livskvalitet, empowerment, socialt nätverk och olika former av stigmatiserande upplevelser i delstudie II, samt samband med KASAM, empowerment och självkänsla i delstudie III. Chi² test har använts för att jämföra proportioner mellan subgrupper (Delstudie III). I det tredje delarbetet (Delstudie III) jämförs deltagare som mindre ofta utsatts för nedvärdering och diskriminering relaterat till sin psykiatriska diagnos, med deltagare som oftare rapporterade om sådana erfarenheter. Deltagarna indelades i två grupper, medianen (md=1.82) användes som brytpunkt. Stegvisa multipla regressionsanalyser har använts med stigmaerfarenheter som beroende variabel och sociodemografiska och kliniska faktorer som oberoende variabler (Delstudie I), och med subjektiv livskvalitet som beroende variabel och empowerment, socialt nätverk och stigma som oberoende variabler (Delstudie II). Stigmatiserande erfarenheter har använts som beroendevariabel i delstudie III och KASAM, empowerment och självkänsla som oberoende variabler.

Delstudie IV

Vetenskaplig ansats
Deltagare och urval
Personer som tidigare medverkat i tvärsnittsundersökningen (Delstudie I - III) och som i samband med denna lämnat sitt informerade samtycke till att bli intervjuade, kontaktes via telefon, då tid och plats för intervjuerna bestämdes. Kriteriet för medverkan i studien var att man i tvärsnittsundersökningen (Delstudie I - III) rapporterat erfarenheter av diskriminerande och nedsättande bemötande relaterat till sin psykiska ohälsa. Deltagare som i tvärsnittsundersökningen rapporterat om högst grad av nedsättning/diskriminering tillfrågades först om medverkan i en fallande ordningsföljd. Urvalet beräknades till 25 personer och på grund av att två deltagare inte önskade medverka och fyra inte kunde nås, drogs urvalet från de 31 deltagare som rapporterat mest nedsättning och diskriminering i tvärsnittsundersökningen. Urvalet bestod av 13 kvinnor och 12 män i åldrarna 23-65 år, varav 16 deltagare hade en psykosdiagnos, sju hade diagnosen affektivt syndrom och tre hade någon form av personlighetsstörning enligt ICD-10.

Datainsamling
Intervjuerna genomfördes utifrån en öppen intervjuguide. Fördelen med detta är enligt Kvale (1997) att ett öppet förhållningssätt ger intervjuaren bättre möjlighet att lära av den intervjuade och för den intervjuade att ge sitt perspektiv av upplevelsen. Den inledande frågan var ”Vill Du berätta för mig om hur Du blivit bemött i samband med Din psykiska ohälsa?” Beroende på informanternas berättelser kunde frågor i syfte att bredda och fördjupa intervjun ställas kring områden som familj, vänner, arbete, utbildning, dagligt liv och sjukvård. Följfrågor som ”Hur reagerade Du?” och ”Vad gjorde Du då?” ställdes i syfte att belysa informantens såväl som omgivningens reaktioner och handlande. Deltagarna valde plats för intervjun, oftast i den egna bostaden (n=17). Övriga intervjuer genomfördes vid Institutionen för hälsa vård och samhälle, Lund (n=3) i RSMH:s lokaler i Lund (n=3) eller vid psykiatriska rehabiliteringsenheter (n=2). Innan intervjun genomfördes gavs än en gång såväl muntlig som skriftlig information om undersökningens syfte, samt om att deltagandet var frivilligt och att konfidentialiteten var garanterad. Innan intervjun tog sin början gav informanten än en gång sitt skriftliga samtycke till intervjun. Intervjuerna pågick mellan 45 och 90 minuter och spelades in på band, varefter de ordagrant transkriberades före analysen.

Analys
Innehållsanalysen består av olika steg i tolkningen av texten som inleddes med en genomläsning i syfte att få ett första intryck av textmaterialet. I det första skedet av analysen identifierades och kodierades meningsbärande enheter som sedan kategoriserades med avseende på liknande innehåll. Proceduren var datadriven (Gibbs, 2007) och tekniken benämns ibland ”öppen kodning”. Tekniken har sitt ursprung i Grounded theory (Glaser & Strauss, 1967) och analysen är induktiv. Analysarbetet genomfördes av studiens förste och andre författare separat. En preliminär förteckning över koderna upprättades och efter dialektiska diskussioner

**Etiska överväganden**

Alla deltagarna har lämnat informerat samtycke till deltagande och studien har godkänts av forskningsetiska kommittén vid Lunds universitet (LU 667-02).

RESULTAT

Delstudie I

I delstudie I undersöktes förekomst av stigmatiserande erfarenheter och deltagarnas uppfattning om allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom (anteciperad stigma) samt dessa erfarenheter och uppfattningars samband med sociala och kliniska faktorer. Sammanlagt deltog 200 personer varav 112 kvinnor och 88 män och medelåldern var 42 år.

Tabell 2 visar hur svaren fördelas i tolv påståendeen om deltagarnas uppfattning om allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom (anteciperad stigma). De vanligaste negativa attityderna till personer med psykisk sjukdom som uppfattar deltagarna finns då man söker arbete. En arbetsansökan skulle negligeras om arbetsgivaren fick kännedom om personens psykiatriska bakgrund, inte minst om det rör sig om en anställning för att passa någons barn. En majoritet bland deltagarna upplevde vidare att de flesta människor ser det som ett personligt misslyckande att ha vårdats inom psykiatrin och att de flesta människor ser personer som vårdats inom psykiatrin som mindre trovärdiga och ointelligenta.

De personliga erfarenheterna av nedvärdering och diskriminering relaterat till att deltagarna vårdats inom psykiatrin varierade (Tabell 3). Närmare hälften av deltagarna uppgav att de ibland, ofta eller mycket ofta undviker människor, eftersom de upplevt att dessa ser ner på personer med psykisk sjukdom. Rapporter som att människor känt sig besvärade, uppträtt undvikande, betraktat deltagarna som inkompetenta eller sårat dem på grund av att de vårdats inom psykiatrin var relativt vanligt förekommande. Betydligt färre deltagare rapporterade om diskriminering i samband med myndigheterkontakter, arbetsgivare eller i samband med bostadssökande. Närmare hälften 46,5 procent rapporterade om att de i ett eller flera avseenden ofta eller mycket ofta upplevt nedvärdering och diskriminering på grund av att de vårdats inom psykiatrin.
Tabell 3. Erfarenheter av nedvärdering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom. Svarsfördelning (%) i 11 frågor om nedvärderande/diskriminerande bemötande från omgivningen (n=200).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frågeställning</th>
<th>Aldrig/sällan</th>
<th>Ibland/ofta/ mycket ofta</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Har några av dina vänner bemött dig annorlunda efter att du vårdats inom psykiatrin?</td>
<td>51.5</td>
<td>48.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Har det hänt att människor omkring Dig varit besvärade över att Du vårdats inom psykiatrin?</td>
<td>54.0</td>
<td>46.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Undvikar du människor ibland därför att Du tror de ser ner på människor som vårdats inom psykiatrin?</td>
<td>55.0</td>
<td>45.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Har det hänt att Du blivit behandlad som mindre kompetent när de fått reda på att Du vårdats inom psykiatrin ?</td>
<td>61.0</td>
<td>39.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Har Du blivit rädd att minska dina förväntningar på ditt liv på grund av att Du vårdats inom psykiatrin?</td>
<td>63.0</td>
<td>37.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Har människor någon gång undvikit Dig därför att de visste att Du vårdats inom psykiatrin?</td>
<td>65.0</td>
<td>35.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Tycker Du att Du inte behandlats rättvist av andra som känner till att Du vårdats inom psykiatrin?</td>
<td>68.0</td>
<td>32.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Har människor använt det faktum att du vårdats inom psykiatrin som anledning för att särta Dig?</td>
<td>71.0</td>
<td>29.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Har det hänt att Du fått avslag när Du sökt arbete som Du var kvalificerad för, när det kommit fram att Du vårdats inom psykiatrin?</td>
<td>90.0</td>
<td>10.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Har Du vägrats pass, körkort eller andra tillstånd när Du berättat att Du vårdats inom psykiatrin?</td>
<td>93.0</td>
<td>7.0</td>
</tr>
<tr>
<td>Har Du någon gång vägrats få hyra/köpa lägenhet eller rum därför att Du vårdats inom psykiatrin?</td>
<td>95.0</td>
<td>5.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Resultaten visar inga samband mellan uppfattningar om attityder till personer med psykisk sjukdom (anteciperad stigma) och sociodemografiska eller kliniska bakgrunds faktorer, som till exempel ålder, kön, utbildningsnivå, arbetssituation, diagnos eller typ av kontakt med psykiatrin. Det fanns en samvariation mellan personliga erfarenheter av stigma och i vilken utsträckning man uppfattade omgivningens attityder till personer med psykisk sjukdom som nedvärderande och diskriminerande. En stegvis multipel regressionsanalys visar att en sämre psykosocial funktionsförmåga, frekventa sjukhusinläggningar och aktuell kontakt med den kommunala psykiatrin står för 17,3 % av variansen i stigmatiserande erfarenheter.

Delstudie II

I det andra delarbetet undersökte stigmatiserande erfarenheter och uppfattningar om attityder till personer med psykisk sjukdom (anteciperad stigma), och empowerment, och socialt nätverk relaterat till global subjektiv livskvalitet.
Etthundrafemtio personer deltog i undersökningen, varav 59% var kvinnor. Deltagarna med psykosdiagnos rapporterade om en högre grad av personliga stigmatiserande erfarenheter, jämfört med deltagarna i övriga diagnosgrupper. Gruppen ”affektiva tillstånd” skattade sitt sociala nätverk som mer välfungerande jämfört med gruppen med psykosdiagnos och gruppen med blandade diagnoser.

För gruppen med affektiva diagnoser var subjektiv livskvalitet negativt korrelerad med uppfattningar om diskriminerande/ndevärderande attityder (anteciperad stigma) och positivt korrelerad med empowerment, och ett större och mer tillfredsställande socialt nätverk.

För gruppen med psykosdiagnoser var subjektiv livskvalitet negativt korrelerad med stigmatiserande erfarenheter och positivt korrelerad med ett större och mer tillfredsställande socialt nätverk.

I gruppen med blandade diagnoser fanns en positiv korrelation mellan subjektiv livskvalitet och ett större och mer välfungerande socialt nätverk och en positiv korrelation mellan subjektiv livskvalitet och empowerment.

I syfte att analysera den relativa betydelsen av empowerment, stigmatiserande erfarenheter samt det sociala nätverket för subjektiv livskvalitet genomfördes en multipel regressionsanalys. Den viktigaste faktorn för tillfredsställelsen med subjektiv global livskvalitet var en hög grad av empowerment som tillsammans med ett mer välfungerande socialt nätverk stod för 24,8% av variansen för hela gruppen.

För gruppen ”psykosdiagnoser” fanns det en samvariation med upplevelser av det sociala nätverket vilket stod för 12,2% av variansen i subjektiv livskvalitet. För gruppen ”affektiva tillstånd” fanns det en samvariation med empowerment som stod för 37,9% av variationen i subjektiv livskvalitet. För gruppen ”blandade diagnoser” stod empowerment och socialt nätverk tillsammans för 22,5% av variationen i subjektiv livskvalitet.

Resultaten visar sammanfattningsvis att en god empowerment hade ett positivt samband med subjektiv livskvalitet för grupperna ”affektiva tillstånd” och ”blandade tillstånd”. För gruppen ”psykosdiagnos” var ett välfungerande socialt nätverk, såsom stöd ifrån vänner anhöriga och professionella viktigast för tillfredsställelsen med sin livskvalitet. Empowerment hade inget samband med subjektiv livskvalitet för gruppen ”psykosdiagnoser”.

**Delstudie III**

I den tredje delstudien jämfördes deltagarna som mindre ofta upplevt att de utsatts för nedvärderande och diskriminerande på grund av sin psykiatriska diagnos, med deltagare som oftare haft sådana erfarenheter. Gruppen som mindre ofta rapporterade om stigmatiserande erfarenheter utgjordes av 104 personer, varav 49 män och 55 kvinnor,
medelåldern var 43 år. Gruppen med högre frekvens av stigmatiserande erfarenheter utgjordes av 96 personer, varav 39 män och 57 kvinnor, medelåldern var 38 år. Gruppen som mindre ofta upplevt nedvärdering och diskriminering relaterat till sin psykiska sjukdom, skattade sin självkänsla, sin empowerment och sin känsla av sammanhang högre än gruppen som oftare upplevt nedvärdering och diskriminering. I syfte att analysera den relativa betydelsen av empowerment, självkänslan samt känsla av sammanhang (KASAM) för stigmatiserande erfarenheter genomfördes en multipel regressionsanalys. KASAM stod för 12,8 % av variansen i stigmatiserande erfarenheter, enligt bemötandeskalan.

**Delstudie IV**

DISKUSION

Metoddiskussion

En styrka med denna avhandling är att såväl kvantitativ som kvalitativ metod använts. Resultaten bör emellertid tolkas med en viss försiktighet eftersom det finns en del begränsningar i de arbeten som presenteras. Även om deltagarna i tvärsnittsstudien (Delstudie I-III) representerar ett förhållandevis brett spektrum av diagnoser, finns det en osäkerhet om urvalet är diagnostiskt representativt för alla personer i kontakt med psykiatrin. Syftet med att rekrytera personer från psykiatrisk sluten och öppen vård, vid psykiatriska rehabiliteringsenheter och via patientföreningar kan ses som strategiskt försök att inkludera en bred grupp av psykiatrins patienter. Urvalet kan vara någorlunda representativt för personer som är medlemmar i patientföreningar och/eller vårdas vid allmänpsykiatriska vårdverksamheter och som är intresserade att medverka i den här typen av undersökningar.

Urvalsfrågor som innebar att personal vid respektive behandlingsenhet endast tillfrågade patienter som bedömdes klara av att orka genomföra undersökningen talar för att deltagarna karaktäriseras av förhållandevis hög psykosocial funktionsförmåga. Deltagarna valde själva att medverka i studien, och gav sig tid för att genomgå den ganska omfattande undersökningen. Det kan tala för att personer med mer erfarenheter av stigma är överrepresenterade, jämfört med den typiska patienten inom psykiatrin. En brist i urvalsfrågorandet är att det saknas information om personer som valde att inte medverka i undersökningen.

För att begränsa undersökningens omfattning och eftersom denna undersökning inte innehåller någon specifik frågeställning kring livskvalitetsaspekter relaterad till stigma valdes att enbart ta med en skattning av global livskvalitet hämtad från MANSA (Priebe et al., 1999). Detta val gjordes bland annat mot bakgrund av att tidigare studier visat en relativt hög samvariation mellan upplevd global livskvalitet och mer specifika aspekter av upplevd livskvalitet (Wu & Yao., 2007).


Tvärsnittsundersökningen (Delstudie I-III) baserar sig delvis på antagandet att om stigmatiserande erfarenheter eller anteciperad stigma visar negativt samband med till exempel självkänsla eller upplevd livskvalitet, kan detta tolkas som ett uttryck för stigmas negativa inflytande.
Företrädare för den modifierade stämplingsteorin antar i likhet med ovanstående att en hög grad av anteciperad stigma relaterad till en låg självkänsla är ett uttryck för självstigma (Link et al., 2001b; Markowitz, 1998; Perlick et al., 2001; Rosenfield, 1997; Sirey et al., 2001; Wright & Gronfein, 1996). Trots att man i dessa studier endast undersökt anteciperad stigma med samma instrument som använts i föreliggande studie (Beliefs of devaluation/discrimination scale (Link et al., 1987)) så dras slutsatsen att en försämrad självkänsla är ett uttryck för anteciperad diskriminering och en internalisering av stereotypier kring psykisk sjukdom.


Brytpunkten enligt medianen i delstudie III gör att resultaten för deltagare som i mindre utsträckning rapporterade stigmas komplexa erfarenheter inte skiljer sig så mycket från deltagarna som oftare rapporterade om sådana erfarenheter med avseende på självrelaterade variabler såsom självkänsla, eller KASAM.

Intervju-undersökningen

För att öka kunskapen om hur personer med psykisk sjukdom upplever sin situation i samhället med avseende på stigmas komplexa erfarenheter har vi använt en kvalitativ metod. Genom denna metod söktes svar på innebörden i deltagarnas upplevelser och var också ett försök att återge mer nyanserade beskrivningar av dessa komplexa erfarenheter.


**Förförståelse**

RESULTATDISKUSSION

Avhandlingens övergripande syfte är att öka kunskapen om stigmatiserande erfarenheter bland personer med psykisk sjukdom och om deras uppfattning om allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom (anteciperad stigma). Vidare är syftet att undersöka faktorer hos individer som är associerade med dessa erfarenheter och uppfattnings, samt att fördjupa förståelsen för hur personer med psykisk sjukdom upplever sin situation i samhället med avseende på stigmatiserande attityder till dem.

Erfarenheter av diskriminering och nedvärdering

Hur man tolkar resultaten från tvärsnittsstudien beror delvis på vad man förväntar sig, hur tolerant man är och vad man tycker är acceptabelt (Delstudie I). Det är till exempel positivt att antalet deltagare som rapporterade att de ofta blivit illa bemötta på grund av att de vårdats inom psykiatrin, är färre än deltagare som sällan eller aldrig rapporterade om sådana erfarenheter. En majoritet (65 %) av de tillfrågade uppgav att de sällan eller aldrig upplevdt att personer undvikit dem på grund av att de vårdats inom psykiatrin, medan mindre än 10 procent ofta eller mycket ofta haft sådana erfarenheter. De flesta uppgav att de sällan eller aldrig diskriminerats då de sökt arbete eller bostad, eller vägrats pass, körkort eller andra tillstånd på grund av att de vårdats inom psykiatrin. Färre än 15 procent rapporterade om att de ofta eller mycket ofta blivit orättvist behandlade av andra som haft kännedom om att de vårdats inom psykiatrin. Att så många besparats dessa erfarenheter är positivt. Å andra sidan, så rapporterade närmare hälften av de tillfrågade att de ofta eller mycket ofta nedvärderats eller diskriminerats i ett eller flera avseenden, på grund av att de vårdats inom psykiatrin (Tabell 4). Förutsatt att deltagarna i studien utgör ett representativt urval, betyder det att det är relativt vanligt att personer med psykisk ohälsa i Sverige upplever att de diskrimineras och blir behandlade som mindre kompetenta, eller på andra sätt upplever att de möts av intolerans och diskriminering på grund av sin sjukdom.

Tabell 4. Antal påståenden och personer som rapporterat om erfarenheter av nedvärdering och diskriminering (n=200).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aldrig/sällan eller ibland</th>
<th>Ofta/Mycket ofta</th>
<th>Ofta/Mycket ofta</th>
<th>Ofta/Mycket ofta</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ett påstående</td>
<td>Två påståenden</td>
<td>Tre eller flera påståenden</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>n %</td>
<td>n %</td>
<td>n %</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>107 53.5</td>
<td>45 22.5</td>
<td>20 10.0</td>
<td>28 14.0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

46

**Indirekt stigma**


**Anteciperad stigma**


Det mesta talar för att personer med psykisk sjukdom förväntar sig diskriminering även i situationer där man inte har erfarenheter av detsamma. I delstudie I instämde till exempel över 70 procent av deltagarna i påståendet att de flesta arbetsgivare skulle lägga en ansökan om arbete från en person som vårdats inom psykiatrin åt sidan till förmån för en annan sökande, medan omkring 10 procent hade upplevt att de diskriminerats i dessa sammanhang. Det kan finnas flera orsaker till denna skillnad. Många psykiska sjukdomar debuterar t.ex. i ungdomsåren innan man hunnit etablera sig på arbetsmarknaden och man har kanske aldrig sökt anställning efter insjuknandet. Det är också tänkbart att man undanhåller information om sin psykiatriska bakgrund eftersom man inte räknar med att få anställning om denna blir känd (Delstudie IV).

**Coping**

Närnare hälften av deltagarna rapporterade att de undvikit personer som de upplevt hade en nedvärderande syn på människor som vårdats inom psykiatrin (Delstudie I). Deltagarna i djupintervjustudien (Delstudie IV) beskrev att de utvecklat olika strategier för att handskas med omgivningens negativa attityder och för att förhindra möten som skulle kunna väcka obehag. Ett sätt var att i varierande utsträckning hemlighålla sin psykiatriska bakgrundshistoria för omgivningen. Ett annat sätt var att minimera kontakten med allmänheten. Flera gav uttryck för att de endast umgicks med andra personer som också de drabbats av psykisk ohälsa och att de i samband med nya bekantskaper ofta kände en ängslan för att bli avvisade. Många hade därför valt att hålla sina sociala kontakter på en yttlig nivå och hade upphört att skaffa nya vänner. Social undandragenhet kan vara ett överlagt och aktivt val för att minimera obehagliga reaktioner från omgivningen.
Det kan handla om ett undvikande av situationer där man tidigare har erfarenheter av diskriminering eller om situationer där man förväntar sig diskriminering och dessa faktorer kan var för sig eller i kombination förstärka varandra och skapa onda cirklar. Tendensen att känna skam över sin sjukdom avtog för de flesta med åren. Insikten om att många människor drabbas av psykisk ohälsa och att man inte var ensam om sina svårigheter minskade känslorna av utanförskap. Flera beskrev att de genom samtalsterapi, utbyte av erfarenheter med andra och att de lärt sig att skilja på sin sjukdom och sig själv som person. Vetskapen om att inte vara ensam om att ha drabbats av psykisk sjukdom var en stor hjälp för många.

Självstigma


Stigmas paradox

Människor som drabbats av allvarlig psykisk ohälsa kan sägas ha ett dubbelt problem. Utöver sina sjukdomsframkomst har de att hantera fördömar och stereotypier som är associerade med sjukdomen. Hur en person upplever och reagerar på att ha drabbats av psykisk sjukdom är sannolikt beroende av flera ofta samverkande faktorer.
Individens sociala identitet påverkas till exempel av dennes personliga föreställningar om vad det innebär att lida av psykisk sjukdom och av dennes föreställningar om omgivningens reaktioner. Individens tidigare erfarenheter av nedvärdering och diskriminering spelar också in. De exakta sambanden mellan sjukdomen, de sociala förhållandenapersonen lever under och dennes uppfattningar om och erfarenheter av stigma är inte helt klarlagda och skiftar sannolikt från fall till fall. Det faktum att personer med psykisk sjukdom reagerar olika på samhällets fördomar har betecknats som ”the paradox of self-stigma and mental illness” (Corrigan & Watson, 2002). Utgångspunkten är att självstigmatisering har att göra med i vilken utsträckning man identifierar sig med den stigmatiserade gruppen, samt om fördomarna kring psykisk sjukdom uppfattas som legitima eller inte. Personer som accepterar stereotypierna kring sin psykiska sjukdom, kan stigmatisera sig själva och som en följd av detta uppleva maktlöshet och bristande kontroll över sin livssituation (disempowerment). De som vågrar att acceptera dessa stereotypier kan istället fyllas av kraft, protestera och mobilisera motstånd, vilket kan leda till ökad självkänsla, makt och kontroll över sin livssituation (empowerment).

SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER

Stigmatisering av personer med psykisk sjukdom är en realitet. Det tydligaste uttrycket för denna stigmatisering är olika former av diskriminering.

Sammanfattningsvis visar resultaten från denna studie att:

- De flesta personer med psykisk sjukdom upplever att de tillhör en grupp som är nedvärderade och diskriminerade i samhället. Uppfattningen att de flesta människor ser ner på personer med psykisk sjukdom och upplever dessa som mindre kompetenta, trovärdiga och ointelligenta är vanlig bland personer med psykisk sjukdom (Delstudie I). Många upplever det som i det närmaste utsiktslös att få arbete om deras psykiatriska bakgrundshistoria skulle bli känd för arbetsgivaren (Delstudie IV).

- Erfarenheter av nedvärdering och diskriminering är vanligt förekommande bland personer med psykisk sjukdom (Delstudie I). Rädsla och obehag för omgivningens avståndstagande och bortstötning föranleder många att i varierande utsträckning undvika sociala kontakter. Många väljer att hålla sina sociala kontakter på en ytlig nivå och somliga har upphört med att skaffa nya vänner (Delstudie IV).

- Att ha drabbats av psykisk sjukdom innebär för många försämrade relationer till familj, förlust av tidigare vänner, samt svårigheter att få arbete och en upplevelse av att ha små chanser att utvecklas och att känna delaktighet i samhället. (Delstudie IV).

- Den dominerande massmediala bilden av personer med psykisk sjukdom upplevs besvärande och uppfattas befästa allmänhetens fördomar och stereotypier (Delstudie IV).

- En högre frekvens av stigmatiserande erfarenheter korrelerar måttligt med sämre psykosocial funktionsförmåga, frekventa inläggningar i slutenvård, låg självkänsla, KASAM och en mindre tillfredsställande subjektiv livskvalitet, samt en sämre upplevd empowerment (Delstudie I-III).

- Bemötandet från personal inom vården beskrivs som mer positivt och mindre kustodiellt under senare år. Deltagarna efterlyste dock mer adekvat information om sin sjukdom från psykiatrin och önskar ett ökat inflytande över sin vård och behandling (Delstudie IV).

- Tendensen till självstigmatisering avtog med tiden för många deltagare allt eftersom de fick distans till sin sjukdom (Delstudie IV). Det var viktigt att kunna skilja på sjukdomen och den egna personen. Kontakt med andra som befinner sig i en liknande situation, stöd från den egna familjen, vetskapen att det är vanligt att drabbas av psykisk sjukdom och möjligheten att få dela med sig av sina erfarenheter är av betydelse för att återerövra självkänsla och självaktning.
FRAMTIDA FORSKNING

SUMMARY IN ENGLISH

In earlier times, patients suffering from mental illness were nursed in large psychiatric institutions, often experiencing extended, sometimes life-long, institutionalization. These institutions were responsible for the patients during the entire course of their lives and provided housing as well as activities along with the care. The patients’ social contacts were mainly composed of fellow patients and staff. From 1860 to 1960 Sweden’s population doubled, but in the same period the number of patients submitted to institutional care was multiplied by 34. During the years 1962-1964 the number of psychiatric beds peaked, with a total of 37,500 beds. Starting at the end of the sixties, there has been a drastic decrease in hospital-based care. Like many other countries in the Western world, Sweden went through extensive reorganizations of the psychiatric care system in the seventies and the eighties, replacing mental hospitals with community-based care facilities. As a result, the previously institutionalized patients became more visible in society and, being backed up by community-based and medical support, were expected to live normal lives in fellowship with other people. But in spite of these extensive reforms, these peoples’ circumstances are still characterized by isolation, despair and powerlessness. There was a conception that the stigmatization of the mentally ill was associated with the large psychiatric hospitals, but it has been observed especially during the later part of the twentieth century that negative attitudes and discrimination still constitute a considerable obstacle when it comes to participation in society. This thesis investigates persons with mental illness and their experiences of devaluation and discrimination in society and how these experiences affect their life situation. Furthermore persons with mental illness are examined concerning their experiences regarding the public’s attitude towards them.

Stigma is about negative attitudes and conceptions and how these tend to make people in general feel fear and dissociation towards people with mental illness and therefore avoid and discriminate them. Studies on stigma have mainly focused on describing the public attitude towards the mentally ill. These studies show that the public to a great extent regard people with mental illness as dangerous, irrational and difficult to be in touch with. The relatively few studies that focus on the mentally ill persons’ own experiences show that they often perceive themselves as devaluated and discriminated. This could lead to low self-esteem, isolation and despair. It can also have the effect that mentally ill people refrain from seeking medical treatment and assistance.

This study is accomplished in two steps. The first step aims at examining the prevalence of stigmatizing experiences and at mapping how these experiences were related to socio-demographic/clinical elements and social interaction (ISSI), as well as contentment with self-perceived quality of life, empowerment, sense of coherence (SOC), and self-esteem. A total of 200 persons participated, the group consisting of 112 women and 88 men with an average age of 42 years. The study also includes the participants’ assessment of the public attitude to mentally ill people. The participants selected had all personal experience of psychiatric care. The interviews were conducted by the main author of these studies. He also obtained data concerning socio-demographic and clinical elements. The participants were asked to fill out forms
regarding different types of stigmatizing experiences, and to estimate their quality of life, empowerment, sense of coherence (SOC) and sense of power and control over their own situation (empowerment). To study the variation in stigma perception, both people being treated through psychiatric non-institutional care and patients from psychiatric institutional care were included, as well as persons with previous experiences from mental illness care. The latter group was recruited among members of the user organizations RSMH/Ananke and Libra.

In the second step of the study interviews were conducted with a selected group consisting of the 25 participants that had reported most stigmatizing experiences in the first step of the study. The purpose of this study, displaying a qualitative effort, was to increase the knowledge and understanding of what it means to live with a mental illness regarding the interplay with other people.

The study is composed of four parts and paper I examines the occurrence of stigmatizing experiences, and the association of these experiences to socio-demographic and clinical elements. The participants’ experience of the public attitude to persons suffering from mental illness is also examined. The results from this part of the study show that the participants perceived that most people look at the mentally ill as being less credible and less intelligent and also that employers are unwilling to employ persons with a history of psychical care. Closer to fifty percent of the participants claimed that they sometimes, often or very often avoid people, since they perceive that these people look down upon people suffering from mental illness. Reports that people have felt troubled, behaved evasively, perceived them as incompetent or hurt their feelings because of the fact that they had received psychiatric care were frequent. A considerably smaller number of participants reported of perceived discrimination in contacts with persons of authority, employers or with regard to house seeking. A high degree of devaluing and discriminating experiences shows moderate associations between more frequent rejection experiences and a lower degree of global functioning, a greater number of admissions to inpatient psychiatric care and with current contact with social services (paper I).

The second paper (Paper II) relates stigmatizing experiences, empowerment and social networks to the participants’ evaluation of their subjective quality of life. In order to compare differences regarding diagnoses, the 50 persons recruited through user organisations were excluded from this part of the study since for practical reasons their self-reported diagnosis could not be clinically verified. The results show a positive association between empowerment and perceived quality of life for those participants that had not received a psychosis diagnosis. To the participants with a psychosis diagnosis a functional social network, such as support from friends, relatives and professionals, was of major importance to the perceived quality of life. For this group there was no association between empowerment and quality of life.
Paper III compares subgroups with low and high levels of rejection experiences with regard to self-esteem, sense of coherence and empowerment.

The third paper (paper III) compares subgroups with low and high levels of rejection experiences with regard to self-esteem, sense of coherence and empowerment. The group that less often reported stigmatizing experiences consisted of 104 persons – 49 men and 55 women – with an average age of 43 years. The group with a higher frequency of stigmatizing experiences consists of 96 persons – 39 men and 57 women – with an average age of 38 years. The group that reported that they less often had been subject to stigmatizing reactions estimated their self-esteem, empowerment and sense of coherence as better than the group that reported that they more often had experienced stigmatizing experiences. The differences between the groups were most pronounced regarding sense of coherence.

In the fourth paper, that displays a qualitative effort, personal experiences from living with a mental illness are examined with reference to social relations. The number of participants in the study was fixed to 25. The participant reporting the highest number of stigmatizing experiences in the cross-section examination was the first to be invited to participate and so on in sliding order. The interviews opened with the question: ”Do you want to describe how you have been received in association with your mental illness? Follow-up questions were used to support the informants’ stories, embracing family, friends, work, education, daily life and social authorities.

To sum up, the results derived from Paper I-III show that most participants in the study perceive that mentally ill persons are being devaluated and discriminated in society. The results also show that personal experiences of stigmatizing reactions were common. The majority reported that they in varied extension had taken offence, that friends had behaved differently and that people had felt embarrassed, avoided them or treated them like less competent on account of the psychiatric diagnosis. Closer to half of the participants stated that they at times had avoided other people out of fear of these peoples’ devaluating view of people suffering from a mental illness. The results show moderate associations between more frequent rejection experiences and a lower degree of global functioning, a greater number of admissions to inpatient psychiatric care and with current contact with social services, lower self-esteem, sense of coherence, empowerment and with a worse subjective quality of life.

The results from paper IV show that the participants in the study often perceived their social identity called in question by those around them. The study contains stories about strategies and attitudes employed to handle the negative attitudes from those around and to prevent meetings that could cause uneasiness. One way was to conceal the psychiatric background for those around. Another way was to minimize the contact with other people.

Several persons described how they mainly socialized with other persons that suffered from mental illness and that, when they established new relations, they often felt an anxiety to be rejected. Several persons described how they had chosen to keep their
social contacts on a superficial level and how they had ceased to make new friends. For many the illness meant impaired relations to family, loss of previous friends, difficulties to get employment and also impaired self-esteem. For some participants the tendency to feel disgraced decreased over time. Contact with others in a similar situation, membership in a patient association, support from family, the knowledge of not being alone with a complex of problems and the possibility to share the experiences with others was important to regain self-respect and self-esteem.
TACK


Först av allt vill jag rika ett varmt tack till de brukare och patienter som deltagit i studien, för att ni avsatt er tid och velat dela med er av era erfarenheter. Jag kommer inte att glömma er!

Tack också till mina handledare utan vars stöd och råd det inte blivit mycket till avhandling. Tack docent Tommy Björkman för dina kloka råd, ditt engagemang och din tillgänglighet, att när som helst ställa upp och diskutera de otaliga frågeställningar jag haft med mig genom åren. Ett särskilt tack också till professor Lars Hansson som faktiskt lett in mig på forskarbanan och vars alltid konstruktiva synpunkter varit av mycket stort värde för mig. Lars Hansson har också delfinansierat mina doktorandstudier via FAS och möjliggjort för mig att kunnat delta i ett flertal konferenser kring stigma, runt om i världen. Docent Elisabet Wentz vill jag också varmt tacka, för betydelsefulla synpunkter på mina manus och för doktorandmånaden du gav mig, när min forskningstid var slut. Professor Bengt Sivberg, ska också varmt tackas för vårt samarbete kring den kvalitativa studien. Du har verkligen med dina gedigna kunskaper bidragit till mitt intresse för kvalitativa studier!

Pia Lundqvist förtjänar ett särskilt tack. Våra diskussioner och dina kunskaper om kvalitativa metoder och om allting annat har varit mycket viktiga för mig. Tack också till Henrik Jormfelt, Petra Svedberg, Anita Lundqvist, Ann Jönsson, Mona Eklund och Lena Hedlund för konstruktiva synpunkter på min kvalitativa studie och till Claes Reimerthi för språkgranskning av min engelska sammanfattning och som inspirerande bollplank.

Tack till Vårdalsinstitutet för finansiering och forskarskola med professor Ingalill Rahm Hallberg i spetsen, som visat ett uppskattat engagemang för doktoranderna. Den flervetenskapliga miljön under återkommande workshops som Vårdalsdoktorand har verkligen varit stimulerande.

Anna Blomgren, Edith Andersson och Björn Carlqvist ska tackas för all hjälp och vänligt tillmötesgående med det praktiska i stort och i smått.

Henrik Loodin, Karin Persson, Henrik Levinsson, Christel Leufstadius, Patrik Dahlqvist, Gunilla Cruce, Karl-Anton Forsberg och alla ni andra på psykiatriplattformen tackas för trevlig samvaro och intressanta diskussioner under vår gemensamma doktorandtid.
Under min tid som doktorand har jag också arbetat vid en utbildning i socialpsykiatri i Eslöv. Mina kollegor där, Christine Müller, Karin Jönsson och rektor Tommy Wiberg ska tackas för att ni genom er positiva inställning underlättat för mig att kombinera arbete och forskningsstudier. Marie Cedereke och Bengt Svensson mina arbetskollegor i Lund får vars sina stora tack, inte minst för att ni genom omdisponeringar i er tjänsteplanering gav mig utrymme att forska vidare när mina doktoranddagar var slut.

Mina seminariekollegor under ledning av Lars Hansson ska tackas för att ni bidragit till stimulerande diskussioner under trevliga, men ordnade former. Jag är särskilt tacksam för de värdefulla synpunkter som Cecilia Areberg och Birgitta Wästberg gav på min ramberättelse under en av dessa sessioner.

Det allra varmaste tacket går till min familj, min bättre hälft Britt och våra barn Anja, Dan, Paula och Jill. Tack för ni finns och för att ni ibland lyckats bryta min försjunkenhet i studierna och fört mig in i vardagslivets glädjeämnen och bekymmer.

Lund den 20 oktober 2010

Bertil Lundberg
Referenser


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


SKL (2010). *Kartläggning av den psykiatiska heldygnsvården*.


