

# Psykisk ohälsa hos unga kvinnor - *Fyra behandlares syn på ett aktuellt problem*

Amanda Bengtsson & Mikael Smidemark

2018

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp

Socialt arbete

Socionomprogrammet

Examensarbete i socialt arbete, SAG805

Handledare: Annemi Skerfving

Examinator: Inger Linblad



## **Abstract**

....

Amanda Bengtsson and Mikael Smidemark

Today's research in mental health shows that young women between the ages of 18-24 are the largest group suffering from mental illness in Sweden. The purpose of this study was to contribute to the knowledge and understanding of mental illness regarding young women. We have conducted four qualitative interviews with professionals in the field of psychiatry. The outcome-analysis was based on gender perspective and systems theory, showing that none of the experiences of the professionals aligned with mental health among young female patients being connected to upbringing, family or ethnicity. Instead the professionals emphasized social media, school, high demands and shifting to adult life, as major contributors to mental health problems among young women. Contradictory to the statistics, the professionals did not see the differences between young people of different gender. Furthermore, the professional's opinions illustrated that statistics do not reflect reality due to societal changes.

Keywords: Young women, mental illness, professionals, adolescent psychiatry, social media, school.

## **Sammanfattning**

Dagens forskning visar att psykisk ohälsa i Sverige ökar mest bland unga kvinnor i åldern 18-24 år. Syfte med denna studie är att bidra till kunskap och ökad förståelse av psykisk ohälsa hos unga kvinnor. I studien genomfördes fyra kvalitativa intervjuer med behandlare inom området psykiatri. Analysen av intervjuerna gjordes utifrån ett genusperspektiv samt systemteori. Resultatet visade att ingen av behandlarna upplevde att psykisk ohälsa bland de unga kvinnliga patienterna hade några tydliga samband med uppväxtförhållanden, familj och etnicitet. I stället framhävde de sociala medier, skolan, höga krav och steget in i vuxenlivet som bidragande faktorer till psykisk ohälsa hos unga kvinnor. Flera av behandlarna såg inte en tydliga överrepresentation för unga kvinnor som statistiken visar. Däremot menar de att statistiken kanske inte speglar verkligheten, eftersom samhällsförändringar har lett till att fler vågar och kan söka hjälp när de mår psykiskt dåligt.

Nyckelord: Unga kvinnor, psykisk ohälsa, professionella, ungdomspsykiatri, sociala medier, skola.

## **Förord**

Vi vill rikta ett tack till vår handledare Annemi Skerfving för det stora stöd och den hjälp hon har bidragit med. Hon har under uppsatsskrivandet tillfört oss mycket kunskap genom sitt engagemang. Vi vill även tacka våra intervjupersoner samt de som har hjälpt oss att få kontakt med dem. Utan deltagarnas medverkan hade inte denna studie varit möjlig. Vi vill också tacka de andra studenterna som vi har gått socionomprogrammet med, då de har bidragit med bra feedback och värdefulla diskussioner kring ämnet och studien. Denna uppsats är skriven av två författare och vi har båda arbetat med samtliga delar i studien. Det innebär att vi fysiskt har skrivit tillsammans på hela uppsatsen för att enkelt kunna samarbeta och diskutera om utförandet av studien samt uppsatsen.

Stockholm, 2018

Amanda Bengtsson

Mikael Smidemark

# Innehållsförteckning

## ABSTRACT

## SAMMANFATTNING

## FÖRORD

<b>1. Inledning</b>	<b>8</b>
1.1 Bakgrund och problemformulering	8
1.1.1 <i>Ångest, stress och depression</i>	10
1.2 Relevans för socialt arbete	11
1.3 Syfte	12
1.4 Frågeställningar	12
1.5 Begreppsdefinition	12
1.6 Avgränsning av problemområde	13
1.7 Uppsatsens disposition	13
<b>2. Kunskapssammanfattning</b>	<b>14</b>
2.1 Familjeförhållanden och uppväxtmiljö	14
2.2 Samhällsvillkor, krav och ideal för unga kvinnor idag	16
2.3 Skola, arbetsliv och prestation	18
2.4 Sammanfattning	19
<b>3. Teoretiska utgångspunkter</b>	<b>21</b>
3.1 Val av teorier	21
3.1.1 <i>Det systemteoretiska perspektivet</i>	21
3.1.2 <i>Genusperspektivet</i>	23
<b>4. Forskningsmetod</b>	<b>24</b>
4.1 Förförståelse och reflexivitet	24
4.2 Forskningsdesign	24
4.3 Intervjuguide	25
4.4 Urval av intervjupersoner	26
4.5 Datainsamling	26
4.6 Tillvägagångssätt vid analysen	26
4.7 Studiens trovärdighet	27
4.7.1 <i>Validitet och reliabilitet</i>	27
4.7.2 <i>Generaliserbarhet</i>	28
4.8 Forskningsetiska aspekter	29
<b>5. Resultat</b>	<b>30</b>
5.1 Presentationer av behandlarna	30
5.2 Behandlares syn på bakgrunden till ökningen av psykisk ohälsa hos unga	31
5.3 Stress	32
5.3.1 <i>Normalisering av stress och psykisk ohälsa</i>	32
5.3.2 <i>Stress och ökade krav i skolan</i>	33
5.3.3 <i>Stress inför vuxenlivet</i>	34
5.3.4 <i>Socioekonomisk status och stress</i>	35

5.4 Framtidsoro	36
5.5 Medias betydelse	37
5.6 Behandlars upplevelser utifrån ett genusperspektiv	38
5.6.1 Könsfördelningen på mottagningen	38
5.6.2 Sexuella övergrepp	39
5.6.3 Upplevelser om könsskillnader	39
5.6.4 Åtstörningar	40
5.6.5 Neuropsykiatriska diagnoser- olika symptom, olika behov	41
5.7 Betydelsen av behandlars egenskaper	43
5.7.1 Egenskaper i mötet med klienter	44
<b>6. Resultatanalys</b>	<b>45</b>
6.1 Skola, prestation och krav	45
6.2 Sociala medier och samhällsutvecklingen	46
6.3 Mörkertal trots ökningen i statistiken	47
<b>7. Diskussion</b>	<b>49</b>
7.1 Vilka orsaker ser behandlare till psykisk ohälsa hos unga kvinnor?	48
7.1.1 Socioekonomisk bakgrund och samband	49
7.1.2 Psykisk ohälsa och utsatthet	49
7.2 Hur förklarar behandlarna ökningen av psykisk ohälsa bland unga kvinnor i förhållande till psykisk ohälsa hos unga män?	51
7.2.1 Psykisk ohälsa och utsatthet	51
7.3 Diskussion om studiens mest centrala resultat	51
7.3.1 Jämförelse med tidigare kunskaper	51
7.4 Metoddiskussion	53
7.5 Förslag till fortsatt forskning	53
<b>8. Referenslista</b>	

## **Bilagor**

# 1. Inledning

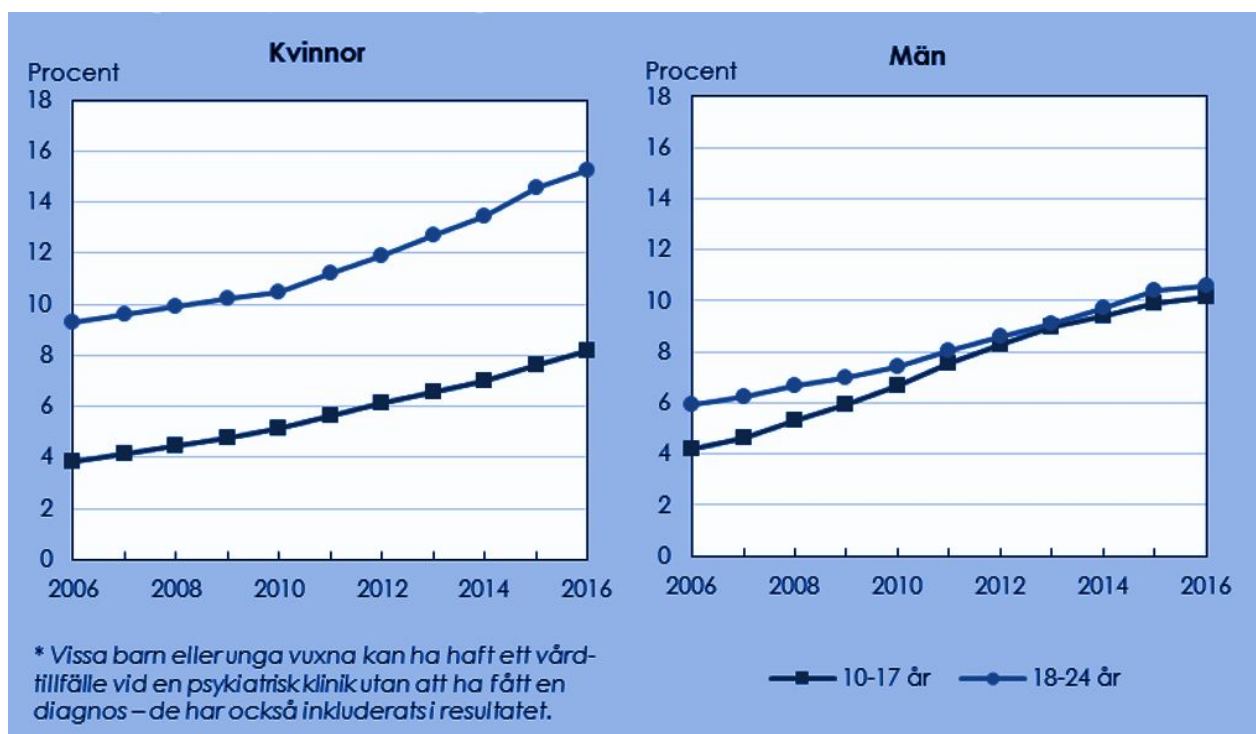
Dagens unga kvinnor, speciellt i åldrarna 18–24 år, står i dagsläget för den största ökningen gällande psykisk ohälsa bland unga i Sverige (Socialstyrelsen, 2017b). Detta diskuterar Socialstyrelsen i Social rapport som publicerades i december 2017. I rapporten framgår att under år 2016 led cirka 10 procent av alla flickor/pojkar, samt unga kvinnor/män, av psykisk ohälsa. Den motsvarande procentsatsen för unga kvinnor var omkring 15 procent. I antal står detta för ungefär 34 200 flickor och 45 300 pojkar i åldrarna 10–17 år. I åldersgruppen 18–24 år märktes en större differens. Antalet var omkring 63 400 av de unga kvinnorna och 47 200 av de unga männen (ibid.). Med anledning av hur den psykiska ohälsan bland unga kvinnor har ökat i Sverige, väcktes vårt intresse för orsakerna bakom denna ökning och hur behandlare som arbetar med unga som lider av psykisk ohälsa ser på ökningen, skillnader mellan könen, samt på likheter och skillnader mellan patienter. Många studier (referenser) har visat att unga kvinnor är överrepresenterade när det gäller psykisk ohälsa, men vi saknade studier som undersökt erfarenheter och synpunkter hos professionella - de som behandlare möter de unga inom vuxenpsykiatri.

## 1.1 Bakgrund och problemformulering

Psykisk ohälsa hos unga kvinnor mellan 18–24 år är ett uppmärksammat och aktuellt ämne, då statistik visar på att unga kvinnor i denna åldersgrupp står för den största ökningen av psykisk ohälsa för ungdomar i Sverige (Socialstyrelsen, 2017b). Både BRIS och Socialstyrelsen gav år 2017 ut rapporter gällande psykisk ohälsa bland barn och unga (BRIS, 2017; Socialstyrelsen, 2017). Dessa visar båda på en ökning i antalet drabbade. BRIS skriver i rapporten "*Barns psykiska ohälsa – det är dags att bryta trenden*" (2017), att förhoppningen är att kunna bryta den negativa utvecklingen, som har pågått sedan år 1980, genom att tillföra kunskap kring psykisk ohälsa samt de orsaker som eventuellt kan förklara uppkomsten av psykisk ohälsa. I rapporten framkommer att det är vanligare för flickor att kontakta BRIS än för pojkar. Under år 2016 var 8 av 10 samtal till BRIS från flickor. I åldersgruppen 16–18 år är den överlägsna anledningen till kontakt med BRIS, psykisk ohälsa, för både pojkar och flickor (BRIS, 2017). I december 2017 skrev Socialstyrelsen i ett pressmeddelande (2017a) att psykisk ohälsa hos unga vuxna har ökat med cirka 70 procent på tio år samt att den enskilt största gruppen, cirka 63 000 personer är unga kvinnor mellan 18–24 år (se figur 1 nedan). De vanligaste



diagnoserna på psykisk ohälsa, enligt Socialstyrelsen (2017a), är depression samt ångestsyndrom av olika slag. Ett resultat av den ökande psykiska ohälsan har blivit att förskrivningen av antidepressiva mediciner har ökat. En annan aspekt som framhålls i pressmeddelandet är att barn och unga som får psykiatriska diagnoser tidigt, löper större risk att begå självmord. Depression och ångestsyndrom leder ofta till att barn och unga blir långtidssjuka, vilket ökar suicidrisken. Slutligen nämns i rapporten att inga tydliga förklaringar bakom den ökade psykiska ohälsan finns men att det däremot spekuleras om det beror på en ökad medvetenhet om psykisk ohälsa, vilket gör att fler unga vågar söka hjälp. Något som påverkar är även de ungas livsvillkor gällande vistelsemiljöer och umgänge. Socialstyrelsen lyfter även en diskussion gällande antalet som söker hjälp för psykisk ohälsa, och om antalet påverkas av att ungdomar idag talar mer öppet om psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2017a).



Figur 1. Hämtad från Socialstyrelsen (2017a ; 2017b).

I figuren ovan syns en tydlig skillnad mellan åldrar och kön, framförallt den grupp som denna studie fokuserar på. Socialstyrelsen skriver att figuren “visar utvecklingen av barn och unga vuxnas kontakt med hälso- och sjukvården för bedömning och behandling av psykisk ohälsa under perioden 2006–2016”. Figurens resultat baseras på de psykiatriska diagnoser som har

framkommit vid någon form av läkarbesök på vårdmottagningar. Resultaten kommer även från fall då barn och ungdomar har behandlats med läkemedel för någon form av psykisk ohälsa (Ibid.).

Stockholms Stadsmission (2016) har i sin Barn- och Ungdomsrapport för år 2016 kommenterat skillnaden i diagnoser mellan män och kvinnor. En undersökning gjord år 2014 visade att förekomsten av ångestdiagnoser var dubbelt så vanlig hos unga kvinnor som hos unga män i åldersgruppen 18–24 år (Stockholms Stadsmission, 2016).

I doktorsavhandlingen "*Life circumstances and adolescent mental health: Perceptions, associations and a gender analysis*" (2010) beskriver Landstedt den psykiska ohälsan bland unga som ett folkhälsoproblem. Landstedt hade ur ett genusperspektiv undersökt kopplingar mellan ungas psykiska hälsa, livsvillkor och genusmönster. Resultaten visade att unga kvinnor i dubbelt så hög utsträckning än unga män rapporterar psykiska besvär i form av stress och självska debeteende (Landstedt, 2010). Både ångestsyndrom och depression har också visat sig vara dubbelt så vanligt bland kvinnor än bland män (Socialstyrelsen, 2017a).

### *1.1.1 Ångest, stress och depression*

Den psykiska ohälsan som ökar i det svenska samhället och handlar mycket om stressrelaterade sjukdomar som ångest och utmattningstillstånd (Weiner Thordarson, 2017). Även depression hör till de vanligaste formerna av psykisk ohälsa. Ångest är i olika former en upplevelse som ofta uppkommer i samband med symptomen depression, men kan även vara ett enskilt symptom (Olsson, 2013). Känslor av ångest benämns som emotionella störningar och kan leda till att individen känner stark aggressivitet, vrede och även kärlek. Andra symptom för ångest är att individen kan bli demoraliserad, överdrivet medveten om, samt överdrivet inriktad på problem och misslyckanden. Individens beteende kan även påverkas av en vilja att undvika sådana situationer som skapar ångest. Enligt Payne (2008) beror uppkomsten av både ångest och ambivalens oftast på obearbetade kriser eller inre konflikter tidigare då individen inte har kunnat hantera problemen. För att motverka ångest är en vanlig behandlingsmetod att individen stegvis introduceras till det som skapar ångest för individen, genom att arbeta med avslappning och personligt stöd. Detta är en välanvänd och känd metod internationellt som kallas för kognitiv beteendeterapi (Payne, 2008). Depression eller *depressiv störning* visar sig bland annat genom symtom som nedstämdhet, humörsvängningar

och lättretlighet. Det är även vanligt förekommande att en deprimerad individ har återkommande självmordstankar.

En individ utsätts under livets gång för olika *stressorer*, påfrestningar som kan leda till känslor av stress. Exempel på sådana stressorer är olika former av övergångar, skeenden och problem i livet som kan skapa psykologiska störningar för individen i samspel med omgivningen. Förmågan att anpassa sig till miljön påverkas då, och individen har svårigheter med att hantera dessa stressorer. Stress kan förhindras med hjälp av en behandling kallad *Stress Inoculation Training (SIT)*, vilket syftar till att minska och förhindra stress genom att individen får utveckla sina kunskaper om socialt beteende i olika situationer (Payne, 2008). För att förebygga stress är det viktigt att exempelvis sätta gränser, ta pauser i arbete, vila, samt göra lustfyllda och kravlösa aktiviteter när man har tid över (Weiner Thordarson, 2017).

Sammanfattningsvis är den ökande psykiska ohälsan bland unga, framförallt kvinnor, ett faktum. Detta syns tydligt enligt statistik framtagen av svenska myndigheter såsom Socialstyrelsen. Därför syftar denna studie till att med hjälp av behandlare inom ungdoms- och vuxenpsykiatri ta reda på vad som eventuellt kan ligga till grund för ökningen för att öka den allmänna förståelsen kring psykisk ohälsa hos unga kvinnor. I denna studie svarar även behandlarna på vad som är viktigt i arbetet med unga kvinnor, för att långsiktigt minska ökningen.

## 1.2 Relevans för socialt arbete

Denna studie är ämnad att bidra till en större förståelse och kunskap om psykisk ohälsa bland unga kvinnor mellan 18–24 år. Resultaten kan, med utgångspunkt i behandlares erfarenheter, bidra till en ökad förståelse och kunskap om bakgrunden till unga kvinnors psykiska hälsa. Därmed kan studien även tillföra ny kunskap till personer som arbetar inom socialt arbete. Sådan kunskap kan vara avgörande för att tidigt i de ungas liv kunna synliggöra och motarbeta en utveckling av psykisk ohälsa. Anställda inom socialt arbete samt exempelvis på fritidsgårdar, i skola och inom idrottsföreningar kan genom sitt bemötande vara till hjälp för unga kvinnor som visar symptom på någon form av psykisk ohälsa.

### 1.3 Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur behandlare inom vuxenpsykiatri ser på bakgrunden till psykisk ohälsa hos unga kvinnor mellan 18–24 år. Detta för att bidra till ökad förståelse för denna patientgrupp, som ständigt ökar.

### 1.4 Frågeställningar

Vilka orsaker ser behandlare inom vuxenpsykiatri till den ökande psykiska ohälsan hos unga kvinnor?

Hur förklarar behandlare inom vuxenpsykiatri ökningen av psykisk ohälsa bland unga kvinnor i jämförelse med psykisk ohälsa hos unga män?

Hur bedömer behandlare att deras egna egenskaper påverkar klienter i möten?

### 1.5 Begreppsdefinition

**Unga kvinnor:** I studien används begreppet unga kvinnor istället för tjejer eller flickor, eftersom vi syftar till en åldersgrupp som är mellan 18–24 år, vilket innebär myndiga personer och därför är unga kvinnor. Vid de tillfällen tjejer eller flickor används i texten talar vi om de som är yngre än vår målgrupp eller om det är det begrepp som våra referenser har använt. I andra fall används begreppet unga kvinnor.

**Behandlare:** I texten skriver vi “behandlare” när vi hänvisar till våra intervjupersoner som har olika yrkestitlar inom området samt andra som arbetar med denna målgrupp inom psykiatri. Vi har också valt att benämna våra intervjupersoner efter sina titlar i resultatredovisningen för att läsaren ska få en förståelse om vad intervjupersonen har för erfarenheter grundar deras uttalanden. I avsnittet om studiens metod benämns däremot behandlarna som “intervjupersoner”, för att tydliggöra för läsaren i relation till exempelvis urval av intervjupersoner.

**Socioekonomisk bakgrund:** Är ett samlingsbegrepp som beskriver vilka inkomstnivåer, utbildningsnivåer, samt yrkesnivåer som individer befinner sig i. Vi har valt att använda detta begrepp i texten när vi diskuterar kring den miljö individer är uppväxta i samt hur de professionella upplever att det påverkar ungdomars psykiska ohälsa.

## 1.6 Avgränsning av problemområde

Studiens problemområde har avgränsats till psykisk ohälsa bland unga kvinnor mellan 18–24 år som är patienter inom vuxenpsykiatri och behandlares syn på den problematik kvinnorna uppvisar. Det innebär att resultaten från studien inte kan användas för långtgående slutsatser om hela gruppen unga kvinnor med psykisk ohälsa. Den kan dock ge en bild av och bidra till en större förståelse för hur den psykiska problematiken kan se ut hos unga kvinnor och för ökningen av psykisk ohälsa i det svenska samhället.

## 1.7 Uppsatsens disposition

Inledningsvis redogör vi för hur kunskapsläget ser ut inom området psykisk ohälsa hos unga kvinnor och formulerar syfte och frågeställningar. Därefter följer en kunskapssammanställning av aktuell forskning inom området. I ett tredje avsnitt beskriver vi valet av teorier som används i studien. Systemteori utifrån den utvecklingsekologiska modellen är en av de teorier vi valt. Vi har även valt genusperspektivet som en utgångspunkt i resultatanalysen för studien. I ett avsnitt redovisas hur vi har gått tillväga i studien, val av datainsamlingsmetod, urval och genomförande. Därefter redovisas och analyseras resultatet av de intervjuer vi genomfört. Resultat slutsatser diskuteras i förhållande till de frågeställningarna som har legat till grund för studien. Uppsatsen avslutas med förslag till fortsatta studier.

## 2. Kunskapssammanfattning

I detta kapitel ges en översikt över kunskapsläget när det gäller unga kvinnor med psykisk ohälsa. Den litteratur som vi funnit mest relevant för studien redovisas i kapitlet under rubrikerna: “Familjeförhållanden och uppväxtmiljö”, “Samhällsvillkor, krav och ideal för unga kvinnor idag”, “Skola, arbetsliv och prestation”.

I sökprocessen användes databaserna Libris, Ebscohost, PubMed, PsycINFO, Google, SocINDEX, SwePub, Discovery och Google Scholar. Vi testade olika sökord som kunde kopplas till ämnet och studiens problem. Dessa sökord var: Mental health/illness/disorders, Psychological illness, adolescent/youth, psykisk ohälsa, unga kvinnor/tjejer/flickor, Sverige/svensk, psykologi, psykiatriska diagnoser, och liknande. Sökningarna i databaserna avgränsades till träffar som var markerade med peer-reviewed. Som komplement till databassökningar användes även litteratur från bibliotek och tidigare kurser inom Socionomprogrammet.

### 2.1 Familjeförhållanden och uppväxtmiljö

Enligt flera rapporter från Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES, 2018) har sociala förhållanden gällande familj och uppväxt har spelat olika stor roll genom tiderna. En undersökning om det som kallas “Första linjens psykiatrimottagningar” (Ibid.) har visat att det i socialt utsatta områden är ett lägre antal barn och unga som söker hjälp eller kontakt på mottagningar för psykisk ohälsa. Mottagningar som till exempel vårdcentraler benämns som “Första linjen” och är den vårdgivare som först tar emot barn och unga som på något sätt mår dåligt. Detta innefattar psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska problem. Enligt rapporten om denna undersökning, tyder resultaten på stora mörkertal då behovet finns, men att antalet sökande inte speglar behovet i vissa områden (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin [CES], 2018).

En studie vid CES (CES, 2016b) visade också på olika aspekter i barn och ungdomars uppväxtförhållanden gällande genetik och olika omständigheter i familjen. Resultaten i studien visade att barn och ungdomar med ensamstående föräldrar, föräldrar som har låg utbildningsnivå och arbetaryrke eller är arbetslösa, har en ökad risk för att uppleva depressiva symptom. I rapporten från CES framhålls, att bland dessa grupper är risken för depression

som störst för de barn som växer upp med en ensamstående förälder. Dessa faktorer tros bero på att barn med föräldrar som har problem med arbetslivet ofta upplever ekonomiska svårigheter i familjen samt konflikter i hemmet (CES, 2016b). Enligt CES (2016b) är den grupp som löper den högsta risken för depression de barn som växer upp med ensamstående föräldrar. Föräldrarnas skilsmässa, separation, samt missbruk har också framhävts faktorer som ökar risken för psykisk ohälsa hos både föräldrar och barn samt problematik i familjen. Enligt studien var även depressiva symptom tre gånger vanligare bland flickor än pojkar (CES, 2016b). Enligt de två amerikanska forskarna Colten och Gore (2017) har livsomvändande händelser bevisats påverka stress hos barn och unga negativt. Exempel på sådana händelser, som de tar upp i sin bok "Adolescent stress: Causes and consequences", är framförallt skilsmässor, övergång från barn till ungdom, dödsfall i familjen eller umgängeskretsen samt låga betyg i skolan (Colten & Gore, 2017).

Även i BRIS årsrapport för år 2016 framhålls att psykisk ohälsa, våld och missbruk i familjen bidrar till en ökad risk för barnet att växa upp med psykisk ohälsa. En viktig faktor som har visats påverka ett barns psykiska mående mycket i uppväxten är våld i nära relationer (BRIS, 2017). Hos unga kvinnor med psykisk ohälsa syns ett tydligt samband med utsatthet för våld. Detta framkommer i en studie genomförd i Västernorrland, Sverige. Resultaten visade att mer än hälften av de unga kvinnorna mellan 15 och 22 år med psykisk ohälsa på ett eller annat sätt tidigare blivit utsatta för våld. I undersökningen framkom att 56% av de 1051 deltagarna i studien någon gång hade blivit utsatta för psykisk, fysisk, sexuellt våld eller våld i familjen, något som även de professionella vi har intervjuat känner igen bland patienter i arbetet. Även 30% av de unga kvinnorna med psykisk ohälsa bedömdes ha ett riskbruk gällande alkoholkonsumtion (Palm, 2016). CES har utfört en studie om våld i nära relationer, där det framhävs att barn som någon gång under sin uppväxt har upplevt våld har större risk för psykisk ohälsa och sämre utveckling. Enligt CES är det som främst kan påverkas negativt för ett våldsutsatt barn anknytningsprocessen och känsloregleringen. Det finns även en risk att barnen drabbas av kronisk stress och försämrade inlärnings- och minnesfunktion (CES, 2017).

Enligt studien "Adverse childhood experiences and mental health in young adults; a longitudinal survey" (Schilling et al., 2007), genomförd i USA, påverkar uppväxtförhållanden barn och ungas psykiska hälsa, då en ogynnsam uppväxt kan leda till depressiva symptom och

antisocialt beteende. I en annan studie, också genomförd i USA, presenteras däremot resultat som motsäger detta. I "The Cardia study" (Henderson, C., Diez Roux, A., Jacobs Jr, D., Kiefe, C., West, D. & Williams D., 2005) beskriver författarna Henderson et al. att socioekonomiska faktorer inte har ett samband till depressiva symptom, enligt individuella undersökningar.

## 2.2 Samhällsvillkor, krav och ideal för unga kvinnor idag

Enligt CES rapport (CES, 2016a) och en del av de forskare som refererats till i rapporten, har dagens samhälle försvårat för ungdomar att utvecklas. De unga löper hög risk att hamna i utanförskap om de har en viss problemlnivå. Detta konstaterande stöds till viss del av de studier som gjorts. Fler unga söker i dagsläget vård för psykisk ohälsa, då stressen ökar för många i och med möjligheterna att på internet kunna jämföra sig med andra. Även den konkurrenskraftiga arbetsmarknaden idag bidrar till detta (ibid.).

Hagquist har utfört en litteraturöversikt inom området för barn- och ungdomspsykiatri, med syfte att sammanfatta forskning om ökningen av psykisk ohälsa hos barn och unga (Hagquist, 2013). Litteraturstudien är baserad på data från Statistiska centralbyrån, Socialstyrelsen, undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) samt den regionala studien Ung i Värmland som undersökte sociala och hälsomässiga förhållanden för unga. Hagquist framhåller, utifrån litteraturöversikten, att flickor i högre utsträckning än pojkar lider av psykosomatiska besvär. Han skriver även att andelen unga med psykosomatiska besvär har ökat sedan år 1988 och att den största ökningen för pojkar skedde mellan år 1991 och år 1998. Den största ökningen för flickor skedde däremot mellan år 1998 och år 2005. Genom att se över den tidslinjen mellan år 1988 och år 2011 konstaterar Hagquist, att det statistiska medelvärdet för pojkar med psykosomatiska besvär inte ökar nämnvärt över tid, till skillnad från flickor (Hagquist, 2013). I undersökningen har Hagquist även sett över om ungas psykosomatiska besvär på något sätt går att härleda till om de har en teoretisk utbildning eller inte. En av hans slutsatser var att den största gruppen med psykosomatiska besvär är flickor med icke-teoretisk studieinriktning som ökade avsevärt mellan år 1991 och år 2005, för att sedan avta och minska mellan år 2005 och år 2011 (Hagquist, 2013).

I en artikel från Sveriges Television (Sveriges Television, 2018) framhåller Hagquist, att det har skett förändringar i informations- och kommunikationsteknologin under senare år.



Teknologins utveckling är en faktor som har medfört en stor samhällsförändring och konsekvenserna tycks ha börjat när smartphones introducerades. Hagquist menar att unga kvinnor och flickor “ofta hamnar i ett utsatt läge” på sociala nätverk där de är mest aktiva bland ungdomar, där kropps- och utseendefixering syns tydligt, och risken för mobbning över internet ökar. Även sätten att umgås har förändrats bland ungdomarna i och med teknologin. Pojkar sitter, enligt Hagqvist, ofta vid sina datorer och spelar spel, medan flickor är aktiva via de sociala nätverken. Detta är faktorer som Hagquist menar är relaterade till ökningen av psykisk ohälsa bland ungdomar (Sveriges Television [SVT], 2018).

Även Hiltunen (2017) menar att ungdomar idag har en strävan om att upprätthålla en social status och “alltid visa sig från sin bästa sida”, vilket ofta leder till stress och ohälsa. I sin avhandling skriver Hiltunen att flickor rapporterar mer psykisk ohälsa än pojkar och att detta är en konsekvens av hur genus formas i relationerna mellan unga. Hiltunen menar att *“Tjejerna upplever exempelvis högre krav än killar på utseende, att anpassa sig, att vara tillgängliga för andra och att lyckas i skolan”*. Studien visar att normer om perfektion är en stor bakomliggande orsak till psykisk ohälsa bland unga och att den stora skillnaden mellan unga kvinnor och män grundas i skilda förhållningssätt om skolprestation, normer, sociala relationer och sociala jämförelser (ibid.).

Enligt en studie vid Novus (Birgerstam et al., 2016) om psykisk ohälsa, så är framtidsoro idag ett vanligt fenomen för ungdomar från 18 år till 25 år. Det tar sin form i stress och en rädsla för att misslyckas. Internet tros vara en bidragande orsak till varför de unga känner en press att leva upp till en viss idealbild. Även samhällsproblem tycks vara en orsak till oron, såsom arbetslöshet (Birgerstam et al., 2016). Hur detta kan förklaras formuleras av professorn i kultursociologi, Trondman (Lundby, Trondman & Fägerås, 2016). Han menar att ungdomstiden idag är längre, och att man är närmare 30 års ålder när man har uppfyllt sina mål gällande utbildning, arbete och liknande för att kunna leva vuxenlivet. Detta håller forskaren Lundby med om, när hon hänvisar till Trondman i en artikel (Ibid.). Hon menar att de normer och ideal vi möter dagligen tillsammans med gruppträck och en vilja att prestera och passa in sätter mycket press på unga (Ibid.). Även Socialstyrelsen nämner i en rapport att ökningen av psykisk ohälsa för de unga kan ha och göra med inträdet till arbets- och vuxenlivet eftersom den gäller ungdomar överlag i Sverige. Vilket tyder på att ohälsan

grundas av de livsvillkor och miljön som dagens barn och ungdomar växer upp i idag (Socialstyrelsen, 2017b).

I en artikel publicerad vid Högskolan i Halmstad (Malmberg & Urbas, 2018), framhåller författarna att skolböckerna lär elever hur man bör ta tag i ökande samhällsproblem, som psykisk ohälsa, övervikt och fetma. Budskapet är att individen måste lösa sina problem, på egen hand, trots att barn och ungas hälsotillstånd kan påverkas av så mycket mer än att bara vara "själv-uppkomna problem". Problem som stress, huvudvärk, sömn- och koncentrationssvårigheter har individualiserats, vilket innebär att ansvaret att lösa dem inte ses som en politisk fråga, utan läggs på individen själv. "Forskning visar att hälsoproblem kräver politiska beslut för att lösas", menar Urbas (Malmberg & Urbas, 2018).

### 2.3 Skola, arbetsliv och prestation

I sin doktorsavhandling skriver Schraml (2013), att nästintill alla studier visar resultat som tyder på markanta skillnader mellan pojkar och flickor när det kommer till psykiska besvär på grund av skolarbete och/eller prestationsångest. Hon framhåller att flickor i högre utsträckning än pojkar uppvisar stressrelaterade symptom på grund av oro för skolan på något sätt (Schraml, 2013). Flera undersökningar visar också att vissa skolsystem möjliggör för elever att prestera bättre än andra.. Det har även visats sig att bra skolprestation har ett samband med god självbild och att motsatsen, sämre resultat, kan kopplas till symptom för ångest och depression bland skolelever. En annan problematik är att faktorer som kan påverka ett barn eller ungdom i hemmet, lätt kan spridas och slutligen även påverka skolarbetet och den psykiska hälsan. En bristande föräldraförmåga kan exempelvis skapa en sämre självkänsla hos ett barn. Det kan därefter påverka barnets skolprestationer och skapa ångest, som kan leda till sömnsvårigheter och sammantaget både fysisk och psykisk ohälsa (Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd [Forte], 2014).

BRIS skriver i sin årsrapport 2016, att skolan är avgörande för ett barns framtida psykiska hälsa eftersom utformningen av skolsystemet påverkar barnets möjligheter till att prestera bra. De barn och ungdomar som får låga betyg i skolan har en ökad risk för att utveckla psykisk ohälsa. En skyddsfaktor för psykisk ohälsa bedöms därför vara att elever går ut årskurs 9 eller

gymnasiet med fullständiga betyg. Under skoltiden visar undersökningar även att de som har låga betyg också ofta lider av psykisk ohälsa på något sätt (BRIS, 2017). I dagens svenska samhälle är fullständiga gymnasiebetyg nästintill ett krav från arbetsgivare på arbetsmarknaden. Den grupp i samhället som saknar detta har en förhöjd risk för svårigheter att etablera sig på arbetsmarknaden (Hagquist, 2015). Ungdomar med sämre hälsa kan ha en försvårad ingång i och karriär på arbetsmarknaden och blir drabbade av arbetslöshet i högre utsträckning, då en sämre hälsa ökar utanförskap. Konsekvenser, som att bli hemmasittande utan arbete eller studier på grund av psykisk ohälsa, är mest påtagliga för de vars psykiska ohälsa började sent i tonåren. Detta framgår i en rapport från Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF). I samma rapport framhålls att psykisk ohälsa också kan uppstå av faktorer i arbetslivet, som exempelvis högt arbetstempo, monotont arbete, oklara förväntningar på arbetsinsats, kontinuerliga förändringar, risker för hot och våld, konflikter och trakasserier (MUCF, 2015). Arbetsmiljöverket skriver att ohälsa på grund arbetsmiljön är en faktor som drabbar kvinnor i högre utsträckning än män. Samma sak gäller sjukfrånvaro och att behöva avsluta arbetslivet på grund av hälsoskäl (Arbetsmiljöverket, 2012).

En annan aspekt som tas upp i BRIS rapport, är att det ofta framkommer i samtal med barn och ungdomar som upplever psykisk ohälsa, att föräldrar och skolan inte har de resurser de behöver och inte orkar eller förmår att ge individer det stöd de behöver (BRIS, 2017). I en artikel på Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin [CES] hemsida tas olika faktorer upp, som kan öka risken för ungdomsarbetslöshet i framtiden för vissa grupper innefattande barn och ungdomar. Dessa grupper är då föräldrarna har en lägre utbildning eller lägre socioekonomisk ställning, är utrikes födda eller ogifta, att familjen tidigare har fått ekonomiskt bistånd, samt sjukhusinläggning för psykisk ohälsa hos antingen barnet/ungdomen eller föräldrarna. Barn och ungdomar boende i områden med stor andel utrikes födda har enligt CES fyra gånger större risk för arbetslöshet längre fram (CES, 2016a).

## 2.4 Sammanfattning

Enligt tidigare forskning finns ett medvetande gällande mörkertal i statistiken än idag, om barn och unga som lider av psykisk ohälsa då behovet inte speglar antalet sökande.

Uppväxtförhållanden och utsatthet för våld, har visats påverka uppkomsten av psykisk ohälsa mycket hos barn och unga och en sämre utveckling enligt många svenska undersökningar.

Enligt två studier utförda i USA finns det dock delade resultat om den socioekonomiska bakgrundens betydelse för psykisk hälsa.

Stress är ett samhällsproblem som alla människor är mer eller mindre berörda av numera. Forskare härleder den ökade förekomsten av stress mycket till sociala medier och teknologi, men även till skolans och arbetslivets påverkan. De amerikanska forskarna Colten och Gore (2017) menar på att stress som psykisk ohälsa ofta uppkommer vid stora livshändelser, såsom skilsmässa och en närståendes dödsfall.

Hagquist beskrev i sin litteraturstudie hur ökningen av psykosomatiska besvär har sett ut över tid för pojkar och flickor mellan 15-16 år. Han beskriver en skillnad mellan pojkar och flickor då den största ökningen av psykosomatiska besvär för pojkar skedde avsevärt tidigare för pojkar men under en kortare period. Den största ökningen för flickor stäcktes från år 1998 till år 2005. Han tar också upp faktorer som exempelvis ic-teoretisk studieinriktning som en bidragande faktor för psykosomatiska besvär hos flickor.

Forskning visar på tydliga skillnader mellan kvinnor och män, samt flickor och pojkar, där de mest lidande av symptom för psykisk ohälsa har visats vara kvinnor och flickor. Det finns många teorier för detta i tidigare forskning, men ett ofta förekommande konstaterande är att kraven på unga att prestera på alla plan har ökat. Därmed visar även forskning på att prestation och välmående har ett samband, då låg prestation tycks föranleda dåligt mående, framförallt för barn och unga. På grund av detta syns även samband mellan skolsystemets utformande och de ungas psykiska hälsa.

### 3. Teoretiska utgångspunkter

#### 3.1 Val av teorier

I detta kapitel presenteras de teoretiska utgångspunkter som används i tolkningen av datat från studien. Dels systemteori utifrån Bronfenbrenners socialekologiska modell (Broberg, et al., 2015), och dels genusteori (Nationella sekretariatet för genusforskning, 2018; Angelöw, Jonsson & Stier, 2015; Ahrén, 2010; Piuva & Karlsson, 2012) .

##### *3.1.1 Det systemteoretiska perspektivet*

Det systemteoretiska perspektivet är fokuserat på hur livet kan påverkas av olika sociala system och den sociala omgivningen som individer ingår i (Larsson & Sohlberg, 2014). Ett systemteoretiskt perspektiv är utgångspunkten i den utvecklingsekologiska eller socialekologisk modell som utvecklats av Urie Bronfenbrenner (Broberg, et al., 2015). Modellen är uppbyggd på fyra olika nivåer, mikro-nivå, meso-nivå, exo-nivå och makro-nivå, där individen utgör kärnan i modellen. Mikro-nivån är närmast individen och består av olika system som individen befinner sig i (Ibid.). Exempel på sådana system kan vara familjen, hemmet, skolan, idrottslaget och kompisgänget. På nästa nivå, som kallas för meso-nivån, interagerar dessa mikrosystem med varandra på olika sätt genom individens deltagande. Interaktionens utfall får då betydelse för hur de olika mikro-systemen kommer att fungera separat för individen. Exo-nivån innefattar individens mikro- och mesosystem. I exo-nivån deltar inte individen direkt, men påverkas indirekt utifrån på hur mikro-systemen och exosystemet samspelar. Med det menas exempelvis hur hem och skola fungerar som uppfostringsmiljö, individens tillgång till fritids- och kulturutbud i samhället och individens informella sociala nätverk. Den fjärde, och övergripande nivån är makro-nivån, där individen påverkas långsiktigt av faktorer som exempelvis politiska beslut, samhällsekonomi och lagstiftning, och som sedan kan komma att förstärka individens olika mikrosystem (Ibid.). Lagen mot barnaga som Sveriges riksdag beslutade att införa år 1979 anger att ett barn inte får utsättas för kroppslig bestraffning eller kränkande behandling. Detta är ett exempel på hur ett politiskt beslut stärker en individs skydd inom dess egna mikrosystem (Köhler & Lucas, 2014).



Figur 2. Bronfenbrenners utvecklingsekologiska modell (Johansson & Ljungkrantz 2013).

Enligt denna modell kan en individs kunskaper, förmågor, viktiga händelser och individens utveckling analyseras. Därefter bearbetas faktorer gällande uppväxtmiljö och familj, som exempelvis föräldrar och syskon kopplat till föräldraförmåga, psykisk ohälsa, missbruk, våld och individens sociala färdigheter i mikronivån. På mesonivån riktas fokus däremot på hur de olika mikro-systemen samverkar, som exempelvis mellan föräldrar och skola, föräldrar och idrottsförening. Bilden kan bli annorlunda om föräldrar är skilda, då föräldrarna ses som separata system, då systemet fungerar mellan exempelvis tre parter, förälder, förälder och skola (Broberg, et al., 2015).

Sammanfattningsvis, kan Bronfenbrenners modell bidra med en grundstruktur för att förstå och bedöma en individs psykiska ohälsa, vilket gör den relevant för denna studie. Modellen bidrar även till möjligheten att identifiera vilka faktorer i de olika nivåerna som en individs psykiska ohälsa kan ha utvecklats av. Systemteorin är även relevant för yrkesverksamma inom socialt arbete då socialarbetare exempelvis alltid måste ta hänsyn till den omgivning och system som finns runt klienten (Larsson & Sohlberg, 2014).

### 3.1.2 Genusperspektivet

Genusbegreppet har sitt ursprung inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning. Det är ett konstruerat begrepp som ofta benämns ”det sociala könet” (Piuva & Karlsson, 2012).

Genus används för att urskilja och hitta de normer, idéer, föreställningar och egenskaper som samhället tillskriver en kvinna eller en man i formandet av deras sociala kön.

Genusperspektivet används för analysera skillnader och olikheter i sociala relationer gällande företeelser, omgivning och de processerna i samhället, som kan bidra till uppkomsten av ojämlikhet mellan könen. Inom genusforskning talar man även om begreppet *könsroll*, vilket menas att det som anses vara manligt och maskulint respektive kvinnligt och feminint benämns som könsegenskaper i en social process. Begreppet är även ett redskap för att studera vad som i den rådande tiden uppfattas som manligt och kvinnligt. Män och kvinnors olika beteendemönster har uppkommit i samspel mellan dem själva och dess omgivning. Ett barn föds in i en könsroll och får olika rollförväntningar på sig beroende på vilket biologiskt kön det har. Föreställningar om genus påverkas också av hur yrken värderas och vems röst som räknas, vilket får konsekvenser för fördelning av makt och resurser i samhället (Nationella sekretariatet för genusforskning, 2018; Angelöw et al., 2015).

Begreppet könsroll handlar alltså om föreställningar och förutfattade meningar om hur kvinnor och män ska bete sig, samt vilka egenskaper och attityder de bör ha. Redan vid födseln tilldelas individen en könsroll, med medföljande rollförväntningar, där det biologiska könet, pojke eller flicka, avgör vad som förväntas. Detta är något som dagligen upprätthålls i interaktion mellan människor i samhället. Den förväntade rollen som en individ tillskrivs, förväntas även spegla hur individen bemöts av andra. Inom sjukvården förekommer ett problem på grund av detta, då individer diagnosticeras olika för samma symptom beroende på om patienten är man eller kvinna (Angelöw et al., 2015). Begreppet och en biologisk predisposition kan även användas för att förklara varför unga kvinnor och män skiljer sig i upplevelserna av exempelvis utseende, vikt och kroppsform, som vanligtvis upptar mycket av unga kvinnors fokus (Ahrén, 2010), och därmed leder till en relevans för denna studie.

Sammanfattningsvis kan genusperspektivet i denna studie bidra till förståelsen av hur upplevelser av och uttryck för psykisk ohälsa skiljer sig mellan unga kvinnor och unga män.

## 4. Forskningsmetod

I detta avsnitt redogör vi för hur studien har genomförts - val av datainsamlingsmetod, intervjuguide, urval av intervjupersoner och datainsamling beskrivs och tillvägagångssättet problematiseras samt motiveras.

### 4.1 Förförståelse och reflexivitet

Med reflexiv objektivitet avses vikten av att vara medveten om sina egna fördomar och på vilket sätt de påverkar ens forskning. Att vara objektiv gentemot subjektet bör eftersträvas i vetenskapliga studier (Kvale & Brinkmann, 2012). Objektiviteten bevaras om forskaren omstrukturerar forskningsprojektet när eventuella fördomar blir synliga i arbetet (Ibid.). I början av denna studie gjordes reflektioner om vilka fördomar, tankar och vilken förförståelse vi själva som författare hade om ämnet. Dels om psykisk ohälsa i allmänhet, men även om teorier kring svaren på frågan om varför unga kvinnor mellan 18–24 år står för den största ökningen av psykisk ohälsa. Vi som är författare till denna uppsats har tankar om hur förändringar i skolan påverkar de unga, samt om skillnader mellan pojkar och flickors upplevelser av stress, press och krav i skolan för att uppnå önskade betygskriterier. Tankar om hur samhällsförändringar kan ha påverkat ungdomars psykiska mående idag, både positivt och negativt, är att teknologins snabba utveckling samt utvecklingen av sociala medier har haft betydelse. Värt att nämna är också att en av författarna av denna uppsats är en ung kvinna i åldern 18–24 år med en bekantskapskrets i samma ålder.

Vi författare är också båda intresserade av psykologi, vilket vi även i olika avseenden berörs av på våra vardagliga arbetsplatser. Vårt intresse ledde oss till den tidigare forskningen inom området, vilket slutligen resulterade i denna studie.

### 4.2 Forskningsdesign

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie. En kvalitativ intervju metod upplevdes som mest lämpad för de frågeställningar vi formulerat.

Studien baseras på intervjuer med fyra professionella behandlare som arbetar inom psykiatri.

Två personer arbetar på en behandlingsmottagning inom vuxenpsykiatri och de övriga två



arbetar på en behandlingsmottagning inom BUP med inriktning på unga vuxna med psykisk ohälsa. I de kommande avsnitten i detta kapitel redovisas studiens forskningsdesign stegvis för tydlighetens skull.

### 4.3 Intervjuguide

Utformningen av intervjuguiden är baserad på de frågeställningar och det syfte som redan hade formulerats för studien. Det ledde till skapandet av tre olika delar i intervjuguiden. Delarna benämndes med: "Intervjupersonen i fokus", "Mottagningens statistik" samt "Upplevelser av psykisk ohälsa bland unga". Utifrån dessa tre delar arbetades neutrala och inriktade frågor fram, för att få relevant respons tillbaka.

Eftersom frågeställningarna i studien ingår i området psykisk ohälsa, så har en tematisk studie varit möjligt, då tiden för studien var begränsad. med semistrukturerade intervjuer utförts. Detta innebär att olika passande teman strukturerades upp i intervjuguiden, för att besvara frågeställningarna för studien. Behandlarna fick på så sätt tala relativt fritt kring det som ansågs vara relevant och intressant för denna studie (Sohlberg & Sohlberg, 2001).

Utifrån svaren som behandlarna har gett i intervjuerna har följdfrågor eller uppföljningsfrågor ställts vid behov. Detta kallas även för sonderande frågor, vilket betyder att svaren följs upp med en motfråga som till exempel "Kan du säga något mer om det?" och "Kan du förklara vad du menar med detta?" (Kvale & Brinkmann, 2009). Efter varje intervju har intervjufrågorna övervägts och eventuella följdfrågor lagts till, för att nästkommande intervju skulle besvara samma frågor. Detta medförde även att följdfrågorna kunde leda till mer relevanta och utförligare svar. Ett sådant tillvägagångssätt skapade möjligheten att framhäva likheter i behandlarnas svar i analysen. Vi syftar då på vad behandlarna är, eller inte är, samstämmiga kring gällande upplevelser av psykisk ohälsa bland de unga kvinnorna.

Fördelen med en semistrukturerad intervju är att frågorna varken är helt öppna eller slutna, som i ett frågeformulär, vilket möjliggör en flexibel intervjuguide inom ämnet. Detta bidrog i vårt fall till att intervjuguiden kunde omformuleras under genomförandets gång och därmed minimera riskerna för kunskapsluckor i resultaten (Kvale & Brinkmann, 2009).

#### 4.4 Urval av intervjupersoner

Inför studien bokades fyra intervjuer med två personer vid var och en av de två verksamheterna. Inför studien söktes intervjupersoner med olika professioner, för att möjliggöra resultat om varierade erfarenheter av psykisk ohälsa hos unga kvinnor mellan 18–24 år. Två av intervjupersonerna var legitimerade psykologer, en var legitimerad sjukgymnast och den fjärde intervjupersonen var en utbildad sjuksköterska med inriktning på psykiatri. Urvalet av dessa intervjupersoner skedde genom ett så kallat tvåstegsurval. Först valdes två mottagningar, som behandlar unga kvinnor mellan 18–24 år, i två olika kommuner. Den ena mottagningen fokuserar på vuxna från 18 år och uppåt, den andra mottagningen är inriktad på unga vuxna i åldrarna 18–25 år. Därefter upprättades kontakter med enhetscheferna på mottagningarna. De två enhetscheferna valde ut lämpliga intervjupersoner, efter tillgänglighet och baserat på vilka som var villiga och motiverade att delta i studien. Valet av intervjupersoner överläts till enhetscheferna, då de upplevdes ha mest kunskap om vilka av de anställda som besatt den information som eftersöktes för studien (Jfr Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015). De möjliga intervjupersonerna kontaktades via mail med en förfrågan om intervju. Ursprungligen planerades intervjuer med sex personer, tre vid respektive verksamhet, se bifogat informantbrev (bilaga 1). På grund av den begränsade tiden för studien och praktiska omständigheter, som helgledigheter för enhetschefer och personal under tiden för rekrytering av intervjupersoner, så kunde endast intervjuer med fyra personer genomföras.

#### 4.5 Datainsamling

Insamlingen av data till studien har skett genom intervjuer med 4 professionella inom verksamhetsområdet psykiatri. Intervjuerna genomfördes vid respektive intervjupersons arbetsplats. Intervjuerna spelades in och transkriberades, för att minska risken att något som sagts i intervjuerna föll bort, men även för att möjliggöra redovisning av korrekta citat i studiens resultat.

#### 4.6 Tillvägagångssätt vid analysen

För analysera insamlad data användes det som Kvale och Brinkmann (2009) kallar för meningskoncentrering. Meningskoncentrering innebär att det transkriberade materialet

sorteras och att den centrala innebörden av det som sagts, formuleras med några få nyckelord. Därefter utformades olika teman utifrån nyckelorden, som sedan jämfördes med studiens syfte och frågeställningar. Dessa framställdes sedan i en beskrivande utsaga. Detta handlingsätt möjliggör sammanställningar av de olika intervjuernas nyckelord till nya utsagor och möjliggör jämförelser mellan dem. Syftet är att bedöma om de är typiska för alla de intervjuade eller endast en intervjupersons uppfattning (Kvale & Brinkmann, 2009). De delar i materialet där behandlarna talar om orsaker och faktorer bakom psykisk ohälsa hos sina patienter markerades i det transkriberade materialet. Likaså delar om likheterna mellan patienterna när det gäller utsagor om skola, samhällskrav, ideal, nätverk, familj, uppväxt, socioekonomiska faktorer och liknande, som tas upp i den tematiska uppdelningen i studien. Detta gav möjlighet att sedan kunna göra tolkningar av intervjumaterialet utifrån de teoretiska perspektiven, och att synliggöra mönster i det samlade resultatet.

#### 4.7 Studiens trovärdighet

Att en studie är trovärdig innebär att den förmedlar till läsaren att den har utförts systematiskt och noggrant. En aspekt som är viktig för uppsatsens trovärdighet är, att vi som forskare är kapabla att tillämpa en kvalitativ metod, för att minska risken för systematiska fel i datainsamlingen och i resultatanalysen, då studien utförs korrekt (Dahlin-Ivanoff, 2015).

##### 4.7.1 Validitet och reliabilitet

Validitet handlar om huruvida en studie undersöker det den påstås undersöka. Validering betyder att forskaren kontinuerligt kontrollerar och har en kritisk syn på studien för att motverka snedvridna tolkningar i analysen (Kvale & Brinkmann, 2009). Genomgående i studien har det funnits en öppenhet för att intervjufrågorna kunde behöva omformuleras under processens gång, för att försäkra oss om att informanterna uppfattat frågan korrekt. Efter respektive intervju har materialet transkriberats innan nästkommande intervju för att vid möjlighet och behov kunna ändra och lägga till frågor i intervjuguiden för att kunna fylla de luckor som kunde uppstå i analysen av resultaten från föregående intervjuer. Detta innebär även att varje intervju var unik, vilket skapar både för- och nackdelar. En fördel med unika intervjuer är att materialet bidrar till breda och mångsidiga beskrivningar av intervjupersonernas upplevelser. En nackdel kan vara att inte alla ämnen belyses lika mycket i

de olika intervjuerna. Användandet av semistrukturerade intervjufrågor skapade dock en möjlighet att ställa följdfrågor under intervjuerna som ledde tillbaka till det tema som undersöktes, och förtydliga det.

Reliabilitet avser studiens tillförlitlighet, vilket innebär, om andra forskare kan uppnå samma resultat oberoende av vem som är intervjuare eller vid vilken tidpunkt frågorna ställs. Studien bör alltså vara tydligt och transparent genomförd så att den enkelt skall kunna övertas eller byggas på av andra forskare (Kvale & Brinkmann, 2012).

#### *4.7.2 Generaliserbarhet*

Kvale och Brinkmann (2009) menar, att om resultaten i en studie är reliabla och valida, alltså tillförlitliga och giltiga, så kan frågan om resultatet kan appliceras på liknande situationer med liknande individer ställas. De beskriver tre former av generalisering från fallstudier: naturalistisk, statistisk och analytisk generalisering. Naturalistisk generalisering bygger på personlig erfarenhet vilket kan gå från tyst kunskap till talad kunskap. Statistisk generalisering bygger på slumpmässigt utvalda testpersoner där resultaten kvantifieras för att kunna spåra generaliserbarhet. Resultat från självvalda urval kan dock inte generaliseras till en hel population men kan däremot ge värdefull information inom det undersökta temat, som i denna studie. I den analytiska generaliseringen har belägg och argument lagts fram för generaliteten i resultaten, läsaren är därefter den som bedömer om det går att generalisera utifrån resultaten, alltså ge vägledning i andra situationer (Ibid.).

I studien har vi fått ta del av personliga erfarenheter från de professionella som har intervjuats om sina patienter. Då studien är uppbyggd på fyra intervjuer med professionella som alla arbetar i ett socioekonomiskt välbärgat område, medför det att resultaten givetvis inte kan generaliseras att stämma med samtliga kommuner i Stockholm. Däremot kan studien förhoppningsvis bidra till förståelsen för, och belysa hur, psykisk ohälsa kan se ut i samhället. Det kan ge underlag för reflektioner om orsaker till ökningen av psykisk ohälsa bland unga vuxna.. Tidigare forskning har visat att vanliga vetenskapliga resultat är att socioekonomisk bakgrund påverkar individens psykiska ohälsa på olika sätt (BRIS, 2017; CES, 2018).

## 4.8 Forskningsetiska aspekter

Denna studie följer Vetenskapsrådets etiska riktlinjer (Jmf. Vetenskapsrådet, 2002), då den har utformats efter intervjupersonerna som är professionella inom området och deltar helt frivilligt. Därmed görs bedömningen att de professionella genom sitt deltagande inte kan bli lidande eller ta skada av studien. För att studien ska vara helt fri från etisk problematik har den genomförts utifrån Vetenskapsrådets fyra forskningsetiska principer, informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

För att uppfylla informationskravet informerades de professionella om vilket syfte studien har och förhoppningar om vad som kunde uppnås med resultatet. Vidare har de informerats om frivilligheten i att delta i studien, samt att de när som helst kunde avbryta sin medverkan. Samtyckeskravet uppfylldes genom de tilltänkta intervjupersonerna kontaktades för ett godkännande av att de var villiga att delta. Samtycket de gav innebar även att de var villiga att besvara den typen av frågor som kunde komma att ställas i intervjuerna gällande området. För att uppfylla konfidentialitetskravet har all insamlad data, som kan härledas till enskilda individer, avidentifierats för att ingen spårbarhet ska finnas. Intervjupersonerna informerades om att uppgifter gällande dem skulle anonymiseras i uppsatsen. Ett önskemål till de professionella var däremot att få uppge vilken yrkestitel de har inom sin verksamhet, vilket samtliga av de professionella gav samtycke till. Den typen av information kan vara av betydelse för studien, då analysen av intervjumaterialet bör innefatta vilken expertis, kunskap och erfarenhet var och en av intervjupersonerna besitter, för att ge läsaren en tydlig bild av studien. De professionella har informerats om att all information som de har delat med sig av under intervjuerna endast kommer att användas i denna studie och att informationen inte kommer att användas i något annat sammanhang, utifrån nyttjande-kravets regler (Vetenskapsrådet, 2002).

## 5. Resultat

I det här kapitlet presenteras först behandlarna som har intervjuats för studien samt resultaten från intervjumaterialet. Resultaten är fördelade mellan de teman som har utformats utifrån frågeställningarna, för att skapa en helhetsbild samt hålla en hög relevans (?) i förhållande till frågeställningarna och syftet med studien.

### 5.1 Presentation av behandlarna

Då behandlarna är avidentifierade används istället deras yrkestitlar för att hålla isär vem som har sagt vad i intervjuerna så att läsaren får en aning om vilken sorts kompetens personen som uttalar sig om ämnet har. Eftersom intervjupersonerna ett och tre båda är legitimerade psykologer benämns de som Psykolog 1 och Psykolog 2.

Den första intervjun gjordes med en legitimerad psykolog som arbetar vid en psykiatrimottagning för vuxna. Hon har 3,5 års erfarenhet inom psykiatri och har tidigare arbetat med DBT, en manualbaserad metod för behandling av patienter med borderline. Hon träffar nu patienter med olika slags problematik, men har på senare tid riktat in sig på en metod som kallas affektfokuserad psykodynamisk terapi. I texten benämns hon psykolog 1.

I den andra intervjun var behandlaren en legitimerad sjukgymnast och fysioterapeut sedan sju år tillbaka som arbetar på en psykiatrimottagning för vuxna. Hon har under alla sina yrkesverksamma år på ett eller annat sätt varit i kontakt med ungdomar inom socialt arbete. Under åren har hon arbetat med psykisk ohälsa och psykosomatik. En metod som hon använder sig av i yrket är Acceptance Commitment therapy (ACT), som hon benämner som “tredje vågens KBT” (kognitiv beteendeterapi) ur ett sjukgymnastiskt perspektiv. I texten benämns hon fysioterapeuten.

Den tredje intervjupersonen arbetar på en psykiatrimottagning för unga vuxna. Han är legitimerad psykolog och relativt ny i yrket. Han har arbetat som psykolog på mottagningen i ungefär ett halvår, men har även gjort sin praktik under psykologutbildningen på samma mottagning och har därför varit på mottagningen i sammanlagt 1,5 år. Han har tidigare

erfarenheter från arbete på HVB-hem för ungdomar mellan 15–18 år samt arbete vid en akutmottagning på Barn och ungdomspsykiatri. I texten benämns han som psykolog 2.

Den fjärde och sista intervjun gjordes med en kvinna som har lång erfarenhet av patientvård. Hon har arbetat på psykiatrimottagningen för unga vuxna i fem år, men inom psykiatri i ungefär 15 år. Hon arbetar idag som sjuksköterska, med inriktning på psykologi och använder sig mycket av Kognitiv beteendeterapi (KBT) i sitt arbete. Tidigare har hon även arbetat med barn och ungdomar med bipolära sjukdomar. Utefter hennes yrkestitel benämns hon som sjuksköterskan.

Nedan redovisas sammantaget de resultat som är relevanta för studiens syfte och frågeställningar. Avsnittets disposition är att först presentera resultaten under de centrala teman som framkom i intervjuerna. Därefter avslutas kapitlet med ett avsnitt om analys av resultatet i förhållande till studiens frågeställningar, kopplat till de teoretiska perspektiven som tas upp i studien.

## 5.2 Behandlares syn på bakgrunden till ökningen av psykisk ohälsa hos unga

När det gällde orsakerna bakom ökningen av psykisk ohälsa hos ungdomar nämnde flera av de intervjuade, att de upplevde att det har gått att göra med att det skett en slags förändring i samhället. De säger att dagens samhälle blivit mycket mer individualiserat. Psykolog 1 menar att ansvaret för att upprätthålla en god hälsa och lycka i livet alltmer ligger på individen själv. Psykolog 1 framhöll att *“man själv är ansvarig för sin lycka, på något sätt”*. Med detta menade hon att många fler söker hjälp idag för sin problematik än tidigare. Även sjuksköterskan hade tankar om varför antalet vårdsökande ungdomar med psykisk ohälsa har ökat och menade att mycket kan kopplas till samhället och de krav som ligger på ungdomar idag, men även att medvetandet hos föräldrar har ökat. Hon upplever dock att många unga fortfarande försöker må bättre på andra sätt, innan de till slut söker hjälp.

“Jag tror att tröskeln fortfarande är ganska stor. Sen att man när man verkligen inte pallar längre att man söker då. Att man kanske skulle kunna söka tidigare för att liksom ja, få hjälp i tid. Det behöver inte gå så långt att man verkligen är jättedålig.” (sjuksköterskan).

Genom detta citat menar hon att hon känner en sorg över att det i många fall tar väldigt lång tid för de unga att ta steget att söka hjälp om de mår dåligt. Hon säger däremot att föräldrar idag är mer medvetna om hur vanligt förekommande det är med psykisk ohälsa hos dagens ungdomar och vilka symptom som är tecken på psykisk ohälsa. Detta tror hon kommer att leda till att färre kommer att vänta länge med att söka hjälp i framtiden.

### 5.3 Stress

Då behandlarna diskuterade mycket om betydelsen av stress presenteras även detta i uppsatsen. Rubrikerna nedan är skapade utifrån de begrepp och teman som de intervjuade behandlarna har tagit upp som viktigt gällande stress i förhållandet till unga kvinnors psykiska ohälsa.

#### *5.3.1 Normalisering av stress och psykisk ohälsa*

En tanke som lyftes i intervjun med fysioterapeuten är normaliseringen av att benämna sig själv som "stressad" och att detta uttryck används frekvent i vardagssamtal i dagens samhälle. Detta menar hon kan ha att göra med att det är mer socialt accepterat idag att "erkänna" att man känner sig stressad eller mår dåligt. En annan tanke hon beskriver, handlar om hur själva begreppet har blivit lite normaliserat. Hon menar att begreppets innebörd kan ha breddats, och att ordet idag inte har samma betydelse för människor idag som tidigare. Hon upplever också att begreppet stress, både på gott och ont, har fått en större "*plats i samhället*".

Sjuksköterskan har lång erfarenhet från att arbeta inom vården och menar att samhället idag har blivit mer öppet när det gäller att uppmärksamma psykisk ohälsa:

"Allmänt absolut tycker väl jag att man pratar mer liksom i media och på tv, plus att kända personer kanske också kommer fram och berättar om sin psykiska ohälsa och så. Jag tror att allt sånt hjälper också." (Sjuksköterskan).

Även Psykolog 1 berör detta och berättar att de har patienter som har bra yrke, som exempelvis sjuksköterskor, chefer och verkställande direktörer som klienter på mottagningen. Det är personer som hon menar är ekonomiskt stabila men mår psykiskt dåligt. Detta gör även att hon spekulerar kring att det är mer accepterat i samhället idag att söka hjälp för psykisk



ohälsa. Hon menar att dessa "högfungerande" patienter bidrar ytterligare till att öka medvetenheten och acceptansen för sjukdomen.

Psykolog 2, å andra sidan, säger att det är ganska vanligt på mottagningen att patienter endast kommer ett fåtal gånger. Han menar att det är kopplat till att personerna känner att deras identitet kan komma att sammankopplas med psykiatrisk vård, vilket är väldigt känsligt och något de inte vill. Han berättar:

"Det är ganska vanligt på den här mottagningen tror jag, att man kommer och gör någonting väldigt, en ganska kort visit, alltså man kanske är här några gånger, och sen inte känner att man vill hamna djupare in i psykiatrin, så man vänder i dörren. Och det är ju också så här med unga vuxna, de är ju kanske inte riktigt färdigvuxna så det är liksom lite svårt att åta sig saker för vissa tycker jag, och så där, ja men man försvinner mycket i identitet då och om en tänker att 'jaha är jag en person som behöver sånt här' så blir det; nej så vill jag inte vara, och så är det verkligen." (Psykolog 2).

Han upplever att patienternas oro för stigmatisering i vissa fall leder till att de väljer att avsluta behandlingen.

### *5.3.2 Stress och ökade krav i skolan*

I studiens avsnitt om tidigare forskning har flera undersökningar tagits upp som visar att skolsystemen är avgörande för elevers möjligheter att prestera i skolan. Undersökningarna tyder på att betygen har ett samband med elevernas psykiska och fysiska hälsa.

Samtliga av behandlarna diskuterade i intervjuerna kring skolans påverkan på de ungas psykiska hälsa idag. Både sjuksköterskan och psykolog 2 berättar att de har märkt skillnader beroende på tiden på året, och att det blir ett "högtryck" av hjälpsökande under vissa perioder då pressen kan upplevas som stor i skolan, som exempelvis inför studenten bland gymnasieelever.

En annan omständighet som sjuksköterskan har märkt i mötet med de unga patienterna, är att flera söker hjälp när de byter från högstadieskolor till gymnasiet. Hon menar att de då känner mer press om större ansvar, och att ångesten kan uppkomma när elever som kanske redan är skoltrötta, får ännu mer ansvar för sin skolgång.

Fysioterapeuten berättar hur hon i sitt arbete såg samband mellan stress och prestation med fysiska problem som värk och spänningar:

“Jag började jobba inom psykiatrin, vad blir det nu... fyra år sedan, egentligen innan dess stötte jag på lite tjejer, ungdomar, men då var jag mer en klassisk sjukgymnast och vissa kom ju om dem hade spänningar i nacken och lite sådana saker. Så även om man kunde prata lite med dem om prestation och stress så kunde jag förstå att det handlade om mer än svaga muskler och dålig hållning” (Fysioterapeuten).

Psykolog 2 säger att de ungas problematik inte bara beror på det skolarbete som måste avslutas eller den skoltrötthet han ser i patienterna. Han menar att skolan är en stor trygghet för patienterna, en trygghet som försvinner efter studenten, då de ska ut i vuxenlivet och söka arbete. Vuxenlivet kanske också innebär att lämna den trygghet som familjen står för och flytta hemifrån, säger han. Han berättar också att de flesta unga vuxna klarar den omställningen, men att de som utvecklar psykisk ohälsa har en “skörhet” sen innan och blir extra påverkade av situationen.

### *5.3.3 Stress inför vuxenlivet*

Fysioterapeuten tycker sig också ha upplevt att vissa ungdomar går igenom en slags kris när de ska ut i vuxenlivet, och att det kan leda till någon form av psykisk ohälsa. Hon har en egen teori som hon beskriver i intervjun:

“[...]om man har föräldrar som kämpat tidigare i livet och nu vill göra allt för sina barn kanske det blir som en lite tryggare miljö, så kommer man ut i verkligheten och, ‘jåklår är det så här’ tänker dom. Ge upp vet jag inte men det skapar nog någon form av kris.” (Fysioterapeuten).

Hon funderar på om sådana “kriser” kan uppstå när den trygga miljön ungdomen har växt upp i har varit ett så stort stöd för barnet, att det sedan i tonåren går igenom en kris för att vuxenlivet innebär mer ansvar än vad de har föreställt sig.

Sjuksköterskan berättar att också att hon har en teori om varför vissa unga hamnar i en kris när de ska börja leva vuxenlivet. Hon beskriver det med:

“Det som man har lärt sig sen man var liten, skiljer oss att när man är vuxen, nu kanske det inte funkar, just att komma vidare, överleva eller vad det nu varit. Nu när man är vuxen kanske man behöver andra strategier.” (Sjuksköterskan).

Hon menar att vuxenlivet kan innebära en psykisk omställning rent psykiskt för många unga, när de ska lära sig nya sociala färdigheter och hanteringsstrategier.

Psykolog 2 talar om förändringar inom politiken och andra förändringar i samhället, som han upplever har försvårat för ungdomar att ta steget in i vuxenvärlden: *“Förr i tiden tror jag att det var lättare att göra det för att möjligheterna fanns till liksom jobb, bostad och till det där konkreta.”* Han menar att när ungdomen lämnar sitt barndomshem skapas mycket ny frihet, men framförallt nya ansvarsområden. De flesta ungdomar lär sig leva som de vill på egen hand, medan andra har svårt att klara övergången, säger han. Han menar att den psykiska ohälsan uppstår när ungdomen inte klarar av att motsvara de förväntningar samhället ställer på en vuxen person.

#### *5.3.4 Socioekonomisk status och stress*

Flera av behandlarna berättar att de två mottagningarnas upptagningsområden har relativt hög ekonomisk status, och få socioekonomiska problem. Enligt sjuksköterskan behandlar de, statistiskt sett, inte några särskilt utsatta patientgrupper vad gäller bakgrund och miljö, utan de flesta har det bra ställt när det gäller ekonomi och boende. Fysioterapeuten hänvisar också till den socio-ekonomiska miljön i upptagningsområdet och säger: *“Kraven på sig själv, stressen, medvetenheten framåt, det tycker jag finns hos många, oavsett bakgrund”*. Hon menar att den psykiska ohälsan inte är miljöbaserad på så sätt att området som ungdomen bor i spelar någon större roll idag. Hon menar istället att problemen grundas i individen själv och på grund av något som hon benämner som en ”skörhet”. Vissa unga kvinnor, menar hon, tycks ha haft en ”skörhet” redan innan de upplevde en påtaglig psykisk ohälsa. Även Psykolog 2 framhåller detta i sin intervju, och använder samma begrepp i sin beskrivning.

Både psykolog 1 och psykolog 2 framhåller, att den typiska unga kvinna som kommer till mottagningen, har stora problem i att hantera de höga krav hon ställer på sig själv när det gäller prestationer och utseende. Psykolog 2 menar att det finns många idéer om hur lycklig man ska vara och hur framtiden ska se ut. Han upplever att alla valmöjligheter som finns

skapar en stress hos de unga. Båda psykologerna uppger att patienter med psykisk ohälsa kopplat till social utsatthet förekommer, men att många som kommer till mottagningen har en god socioekonomisk bakgrund. Psykolog 2 säger, att oavsett vilken bakgrund eller uppväxtmiljö en patient kommer från, så kommer det val som måste göras. Då menar han att det inte spelar någon roll för utvecklingen av psykisk ohälsa om man kommer från en välbärgad eller fattig familj.

Sjuksköterskan berättar att mottagningen hon arbetar på genomförde en enkätundersökning för en tid sedan, som flera av de unga kvinnliga patienterna deltog i. I undersökningen svarade många av deltagarna, att de inte upplevde särskilt mycket press och krav från sina föräldrar och familj. Hon berättar att svaren förvånade henne, och att hon innan misstänkte att det skulle finnas ett samband mellan psykisk ohälsa och press hemifrån.

Fysioterapeuten säger sig inte heller ha upplevt några tydliga likheter mellan de unga kvinnliga patienterna, när det gäller socioekonomisk bakgrund eller uppväxtförhållanden.

#### 5.4 Framtidsoro

En av de intervjuade, fysioterapeuten, berättar att hon märker likheter mellan de unga kvinnliga patienterna, att många av dem har svårt att vara "närvarande" i nuet. De tänker istället mycket på framtiden. Detta menar hon skapar oro, ångest och stresspåslag. Hon säger att många ungdomar kan uppleva en sorts kris när de ska påbörja vuxenlivet och kanske redan har föreställningar och drömmar om hur deras vuxenliv ska vara. Hon säger vidare att:

"Jag tror att för många kan vägen till drömmen vara tuff, kanske innebär den komvux, kanske innebär den tre eller fyra års universitetsstudier. Och på något sätt vill de vidare, men fastnar och funderar på om det är värt vägen." (Fysioterapeuten).

Fysioterapeuten har upplevelser om unga kvinnor som har, eller precis ska, gå ut gymnasiet och då känner en oro inför de olika val som de ställs inför.

Sjuksköterskan upplever också att det har blivit väldigt vanligt att ungdomar kommer till mottagningen på grund av framtidsoro, som uppkommer när de unga ska påbörja vuxenlivet och står inför många livsval. Exempel på livsval beskriver hon som när de ska flytta hemifrån, om de ska studera vidare, eller resa, och liknande. Hon säger:

“Bland dem ungdomar jag träffar så är det mycket framtidsoro, ‘vad ska jag söka?’, ‘Om jag nu inte söker direkt eller om det blir fel på något sätt så är det kört’. Det finns mycket sådan framtidsoro, eller oro att det inte löser sig, och sen det här också att det är mycket att välja. ‘Och vad ska jag göra?’.” (Sjuksköterskan).

Hon berättar även att många unga också blir oroliga och känner en press om deras kompisar vet vad de ska göra härnäst i livet och de själva ännu inte har bestämt vad de vill göra.

## 5.5 Medias betydelse

Ett ämne som flera av de intervjuade berörde var medias betydelse för den psykiska hälsan. Fysioterapeuten berörde i sin intervju hur sociala medier kan vara en bidragande orsak till ökningen av psykisk ohälsa och förklarar öppet sin teori med att säga:

“Om jag skulle spekulera helt fritt, men också kanske lite utifrån de jag möter så tänker jag att sociala medier kan absolut vara en bidragande orsak, när man liksom pratar just om det här med förväntningar på livet. Man ser bara vad folk väljer att visa upp, och medvetenheten kring det kanske inte har hängt med från när sociala medier blev större. Det känns som att det är ett litet glapp i medvetenheten kring vad som läggs ut på sociala medier, och också på något sätt en ökad medvetenhet kring framtiden, då just många unga tjejer väldigt tidigt tänker på att de måste ha höga betyg för att komma in på någon utbildning.” (Fysioterapeuten).

Psykolog 2 pratar också om medier som en bidragande faktor till ökningen av psykisk ohälsa för unga kvinnor. Han menar att den hets som han upplever finns inom sociala medier, skapar krav och regler för hur kvinnorna skall se ut, hur de ska föra sig och hur de skall uttrycka sig för att bli accepterade i samhället. Han talar också om betydelsen av s.k. influencers, d.v.s. personer med många läsare - följare- på sociala medier och internet, som påverkar ungdomarnas syn på sig själva och samhället. Han säger, att för varje influencer finns det flera tusen individer som önskar att de också kunde försörja sig som det.

Sjuksköterskan tar upp en annan tanke i intervjun, då hon framhåller att man pratar mer om symptom, orsaker och liknande i media och på tv idag. Hon berättar:

“Allmänt absolut tycker jag att man pratar mer. I media, tv:n och allt, och såna där kända personer kanske också kommer fram och berättar om sin psykiska ohälsa. Så jag tror att allt

sånt hjälper också, för att det kan vara mycket skam i det. Men jag tror såklart, i viss grad så. Jag tror ändå inte att man lika öppet går och pratar om det som man berättar om att man brutit benet eller någonting än att 'jag mår inte riktigt bra, jag går och pratar hos någon'." (Sjuksköterskan).

Hon talar om att flera kända personer har gått ut i sociala medier och lyft problemen kring psykisk ohälsa, då de har delat med sig av sina egna erfarenheter, vilket hon tror uppmuntrar unga att också ta tag i sin problematik och söka hjälp om de mår dåligt.

## 5.6 Behandlares upplevelser utifrån ett genusperspektiv

Precis som gällande stress tog även de intervjuade behandlarna upp varierande upplevelser och teorier om hur de unga kvinnorna de möter skiljer sig från unga män. Detta för att förklara vad de tror ligger bakom att unga kvinnor mellan 18–24 år drabbas mest av psykisk ohälsa.

### 5.6.1 Könsfördelningen på mottagningarna

Gällande fördelningen mellan kvinnor och män som besöker mottagningarna hade de intervjuade olika erfarenheter. Enligt tre av behandlarna är könsfördelningen bland de unga vuxna patienterna på mottagningarna ganska jämn, men med något fler unga kvinnor. Med stöd av statistik som psykolog 2 tidigare hade tagit del av, uppgav han att av alla de ungdomar som är patienter på mottagningen är endast ungefär en tredjedel unga män. Psykolog 1 berättar att en del patienter i åldrarna 18–24 år, inom upptagningsområdet för den mottagning hon arbetar på, har möjlighet att välja eller redan har påbörjat en kontakt med behandlare på en annan, närliggande mottagning, som är inriktad på unga vuxna. Hon menar att det kan påverka fördelningen mellan unga kvinnor och män där hon arbetar, då patienter som utvecklat psykisk ohälsa i unga år inte har kunnat vända sig till den mottagning hon företräder då det är en vuxenmottagning. Med detta menas, att med patientens möjlighet att byta behandlingsmottagning beroende på ålder kan könsfördelningen påverkas. Även hennes kollega, fysioterapeuten, tror att fördelningen mellan unga kvinnor och män påverkas av hur många, och vilka, patienter de skickar vidare till den närliggande mottagningen, som är särskilt inriktad på unga vuxna.

### *5.6.2 Sexuella övergrepp*

Något som fysioterapeuten upplever som vanligt bland de kvinnliga patienterna på den verksamhet för vuxna som hon arbetar på, är en historik med sexuella övergrepp. Hon har däremot inga erfarenheter från patienter under 25 år som har beskrivit att de har blivit utsatta för sexuella övergrepp.

En av de frågor som ställdes i intervjuerna var: Har ni upplevt något utmärkande för de unga kvinnliga patienterna, gällande faktorer bakom psykisk ohälsa?

Psykolog 1 svarade att sexuella övergrepp ofta är en bakgrundsfaktor för psykisk ohälsa hos de unga kvinnliga patienterna. Hon menar att både övergrepp i tidig ålder och sexuellt utnyttjande senare är vanligt förekommande för de kvinnliga patienterna som hon träffar. Hon uppger att det därför är väldigt viktigt att som behandlare fråga om förekomsten av sexuella övergrepp, då många patienter kan ha erfarenhet av det men inte berättar om det självmant.

### *5.6.3 Upplevelser av könsskillnader*

Sjuksköterskan säger att fördelningen mellan unga män och kvinnor är ganska jämn vid mottagningen som hon arbetar på, men tror att det högre antalet unga kvinnor på andra mottagningar kan bero på olikheter mellan kvinnor och män:

“Tjejer är mer vana vid att prata om saker, de kanske söker sig lättare, och jag uppfattar att de ställer mycket högre krav på sig själva än en kille, när det gäller skolprestation och utseende. Även om jag kan tänka mig att kanske killar har det även om de inte pratar så mycket om det.”  
(Sjuksköterskan).

Fysioterapeuten säger att fördelningen mellan unga kvinnor och män på mottagningen där hon arbetar är relativt jämn, men upplever att anledningarna till att ungdomarna söker hjälp varierar mellan könen. Hon menar att det kan bero faktorer som till exempel om ungdomen bor med sina föräldrar eller inte. Hon menar att de som bor med sina föräldrar ofta kommer för att föräldrarna har uppmärksammat den unges psykiska ohälsa och velat ta tag i problemen, vilket har lett till att ungdomen har sökt hjälp. Detta menar hon främst gäller unga män som kommer till mottagningen, medan många unga kvinnor söker hjälp självmant, för att de upplever psykisk ohälsa och, eller, har en ohållbar livsstil.

Flera av de professionella menar att det finns tydliga skillnader mellan unga kvinnor och män gällande hur de förhåller sig till skolan och sig själva. Sjuksköterskan uppfattar att unga kvinnor ställer högre krav på sig själva än vad unga män gör, när det gäller skolprestation och utseende. Hon menar att detta kan ha att göra med att unga män oftast inte pratar om varken fysiskt eller psykiskt mående i lika stor utsträckning som de unga kvinnorna, samt att typen av problematik är annorlunda bland könen. Hon upplever att de unga kvinnornas förhållningssätt till sådant som skolprestation och utseende ofta ligger bakom den psykiska ohälsan, och att det grundas i en uppfattning om att de måste vara *“perfekta på alla plan”*. Hon säger också att ett sådant sätt att tänka ofta leder till utmattning och depression för unga kvinnor.

Fysioterapeuten tillfrågades under intervjun om hur hon upplever skillnader och likheter mellan symptom hos sina unga kvinnliga patienter som är i åldersgruppen 18–24 år. Hon berättar att en gemensam nämnare för dessa är ett påverkat stresssystem och svårigheter med att kunna reglera och hantera stress och ångest. Hon säger att hon även ofta märker på unga kvinnor att de har höga krav, prestationsångest samt att de inte prioriterar sig själva tillräckligt, men även att många uppvisar tendenser till ätstörningar.

#### *5.6.4 Ätstörningar*

Fysioterapeuten berättar att många unga kvinnor som hon möter är väldigt fokuserade på ideal om kvinnokroppen och att detta går att koppla till ätstörningar. Hon säger att *“Jag tror inte att jag har träffat någon som är nöjd med sin kropp”*. Med det menar hon att många av de unga kvinnliga patienterna har en önskan om att se annorlunda ut på något sätt, vissa vill gå ner i vikt, vissa vill ha mer muskler på något ställe och så vidare. Hon säger även att det finns en hög medvetenhet kring kost och kroppens funktioner hos dagens ungdomar. Psykolog 1 säger att det är mer i regel än undantag att kvinnliga patienter har negativa tankar om sig själva och att det ofta är kopplat till deras vikt. Hon säger att mottagningen hon arbetar på remitterar till en specialistmottagning för ätstörningar om patienten de träffar aktivt svälter sig själva. Psykolog 2 uppger att det primärt kvinnor som har ätstörningar. Detta beskriver han med att säga:



“Det är nog så att det finns en speciell liksom uppsättning krav för, och då tänker jag liksom att det här med liksom ätstörningar är något primärt kvinnor har liksom, inte alls bara dock, men mycket. Om man har en skörhet för ideal så spinner det iväg och kan bli till livslånga fixeringar, men det kommer ju oftast under tonåren, och vad det beror på är ju jätteintressant att fundera på.” (Psykolog 2).

Han säger att om en individ är väldigt fokuserad på kroppsideal så kan det skapa livslånga problem kring kropp och vikt.

### *5.6.5 Neuropsykiatriska diagnoser- olika symptom, olika behov*

Sjuksköterskan upplever att vissa ungdomar som hon träffar på mottagningen söker hjälp för psykisk ohälsa på grund av att de har olika neuropsykiatriska diagnoser, men att de inte har fått de extra resurser och stöd som behövs från exempelvis sina föräldrar och i skolan. En annan aspekt av detta som hon lyfter, är att dagens samhälle har börjat uppmärksamma unga kvinnor med neuropsykiatriska diagnoser mer, sedan medvetandet kring ökningen av depressioner och ångestsyndrom har framhållits i media. Flera av behandlarna menar att symptomen hos unga kvinnor med neuropsykiatriska diagnoser, skiljer sig från symptomen hos unga män. Sjuksköterskan säger att det är vanligt att flickor och unga kvinnor med diagnoser inte får den hjälp och stöd de behöver. Deras problematik på grund av diagnoserna märks inte lika tydligt på personligheten då flickor och unga kvinnor ofta upplevs som lugnare och mindre impulsiva, än pojkar och unga män. Sjuksköterskans uttalande kan kopplas till upplevelser av könsroller, då hon även säger att diagnoser som exempelvis ADHD och Autismspektrum diagnoser (ASD) märks mer på pojkar och unga mäns personligheter. Fysioterapeuten tar också upp detta problem, och säger att:

“Bland killar ställs det nog eventuellt mer diagnoser, och med tjejer handlar det kanske lite mer om stress, ångest och så, där man också kan börja misstänka att det troligtvis även finns diagnoser bakom men att de tjejerna kanske har hållit ihop det längre, medans det har uppmärksamats tidigare hos killarna.” (Fysioterapeuten).

Även Psykolog 1 menar att det troligtvis är vanligt att man i en första bedömning om eventuella diagnoser kanske inte uppmärksammar kvinnorna på samma sätt som männen. Hon förklarar att kvinnorna inte är lika livliga och aktiva som männen, utan att kvinnor som senare får en ADHD-diagnos har mer inåtvända symptom men har lärt sig leva med problematiken.

Hon säger att:

“Rent socialt så kan ju sociala samvaron vara större eller och viktigare för kvinnor under uppväxten, och det gör att de ändå satsar lite extra på det och också lär sig lite mer, men det säger ju ingenting om hur de egentligen känner inombords.” (Psykolog 1).

Hon menar att kvinnor ofta har lärt sig sociala färdigheter tidigt och då kan “maskera” symtomen på den neuropsykiatriska diagnosen, vilket kan ha lett till att kriterierna för ADHD-diagnos har utformats efter manliga patienter.

Psykolog 1 tycker också att hon ser en tydlig skillnad mellan unga män och kvinnor gällande diagnostisering. Hon säger “Diagnosmässigt så får väl kanske kvinnor oftare borderline-diagnos. Alltså, att man bedömer det hos kvinnor, men man bedömer det inte lika ofta hos män”. Hon menar att detta beror på att man inte ställer samma typ av frågor till unga kvinnor som till unga män i samband med diagnos-utredningar. Hon säger även att man som flicka inte visar samma symptom på neuropsykiatriska diagnoser som en pojke gör, och berättar att:

“Som tjej kan man komma undan med att vara så här snäll och söt typ. Man kan ju vara snäll och söt men ändå ha jättestora svårigheter, men sitter man där tyst och snäll på lektionerna så kommer ingen tänker att det är något problem typ, inte lika som för en pojke, och den åldern som tjej kan vara lite mer socialt accepterad, bara liksom glida med typ och sen gå fast, och då kan ju det ändå handla om att dem inte förstår för att dem inte hänger med i undervisningen, dem vet inte hur dem ska bete sig liksom men det är ingen man ser från utåt sett”. (Psykolog 1).

Hon menar att det kan leda till att de här flickorna hamnar efter i skolarbetet genom att de klarar av skolan tills dess att de inte längre förstår skolundervisningen. Även Psykolog 2 håller med om detta och tar upp problemet i intervjun och uppger liknande erfarenheter som psykolog 1 och säger angående ADHD och autism att:

“Det kan vara så att det märks av mycket tidigare hos killar eller att det är så här, mycket mer på utsidan [...] man har en bild av vad ADHD är. Och då är det att någon springer runt och inte kan sitta still, skriker och sådär. Samma med asperger och autism och sånt där att. Min tanke är att hos tjejer upptäcks det senare eller det blir tydligt senare och tar sig lite andra uttryck. Så att man kan, jag vet inte, alltså det finns en risk där att man missar många som bara tar sig igenom skolgången och får det att fungera”. (Psykolog 2).

Psykolog 2 säger att han tror att det är många flickor som inte får det stöd som de behöver på grund av att ADHD och autism kan ta sig andra uttryck hos dem, jämfört med pojkar.

### 5.7 Betydelsen av behandlarens egenskaper

Behandlarna fick frågan om vilka egenskaper de upplever att en behandlare som möter denna typ av patientgrupp i yrket bör ha, med fokus på unga kvinnor mellan 18–24 år.

Sjuksköterskan menar att den viktigaste egenskapen behandlare behöver ha i arbete med alla människor som lider av psykisk ohälsa, är att kunna lyssna på hur individen upplever sin problematik och sina behov, och inte bara vara en åtgärdsinriktad behandlare. Hon tror att många patienter upplever ett bättre välbefinnande av att få “prata ut” och känna att någon verkligen lyssnar och är intresserad av patientens mående. Hon anser att alla människor behöver få känna sig sedda och hörda för att kunna må bra psykiskt.

Något som fysioterapeuten tog upp i intervjun gällande viktiga egenskaper hos behandlare är tålamod och ork. Hon utvecklade genom att förklara att hon i mötet med sina unga patienter märker att de rent utvecklingsmässigt är “lite trotsiga” eller har någon diagnos som gör att de behöver mer tid, än personer som inte har sådana diagnoser, för att komma underfund med sin problematik och förstå hur de ska hantera den. En annan egenskap som hon återkommande nämner är hoppfullhet och ett starkt intresse för patientgruppen. Detta är något som hon uppger att hon själv upplever i yrket som sjukgymnast och fysioterapeut när hon istället för att fokusera mycket på “det sjuka”, kan lyfta patientens styrkor, något som hon också är väldigt tacksam över att kunna göra i yrket.

Psykolog 1 säger att de viktigaste egenskaperna i mötet med patienterna är att ha en icke-dömande attityd, nyfikenhet och att inte ha förutfattade meningar om individen. Hon säger att många kvinnor hon träffar har erfarenheter av sexuella övergrepp och att det är väldigt viktigt att fråga om det, då kvinnorna inte alltid självmant berättar om detta. Psykolog 2 talar också om patienters svårigheter att lyfta tung problematik och säger att det är viktigt att i bemötandet tänka på att det kan vara första gången en patient pratar om sin psykiska ohälsa.

Han menar att det kan vara första gången individen lyssnar till de här signalerna som finns inombords.

### *5.7.1 Egenskaper i mötet med klienter*

Fysioterapeuten berättar att exempelvis skillnader i patienternas olika behov synliggörs i mötet då hon upplever att hon träffar mest unga män med diagnoser, och att behandlingen de behöver är praktisk och konkret. Med det syftar hon på ett problemfokuserat arbete och då som exempelvis som komma in i bra rutiner och liknande, medans de unga kvinnorna ofta vill diskutera mer om livet och behöver stödsamtal. Hon sammanfattar genom att säga att hon tycker att det är viktigt att ungdomar med någon sorts psykisk ohälsa får rätt hjälp tidigt så att de får en riktig chans att med rätt verktyg kunna leva som de vill och inte må dåligt resten av livet. Hon säger även att de ofta rekommenderar patienter att använda träning som ett stress- och ångest-hanteringsverktyg, samt att försöka fokusera mindre på ideal och det som leder till patienternas psykiska ohälsa. Hon menar att många mår bättre av att träna och vara aktiva, på rutiner, då träning främjar den psykiska hälsan och allmänt välbefinnande.

En sammanfattning av dessa behandlares tankar om vilka egenskaper som krävs i behandlingsarbetet med unga kvinnor är, att de alla framhåller vikten av ett bra och anpassat bemötande, samt att metoderna för arbetet kommer i andra hand. På ett eller annat sätt berör de alla även tankar om att vara ödmjuka i arbetet samt att vara fördomsfria. Detta kan uppfattas som de absolut viktigaste faktorerna att förhålla sig till i arbete med alla patienter, inte bara ungdomar.

## 6. Resultatanalys

Behandlarnas beskrivningar handlar mycket om samhällsförändringar, förändringar när det gäller normer och värderingar, det vill säga på det Bronfenbrenner benämner makronivå, som har lett till att det som var bidragande orsaker till psykisk ohälsa för cirka 10 år sedan, inte nödvändigtvis är det idag. Istället förklarar de att unga som drabbas av psykisk ohälsa har problem med att leva upp till kraven i sin sociala omgivning.

Enligt behandlarna är det en bidragande orsakerna till unga kvinnors psykiska ohälsa främst beroende på olika system kring unga kvinnor i dagens samhälle, vilket kan kopplas till systemteori.

### 6.1 Skola, prestation och krav

De intervjuade behandlarna har alla beskrivit hur förändringar i skolsystemet är bidragande till uppkomsten av psykisk ohälsa framförallt för unga kvinnor. Det förklarades med att skolans förväntningar ofta var högre än hemmets och att individen måste lära sig att förhålla sig till detta. Konflikten mellan skolans och hemmets olika krav kunde skapa problem hos de unga, och det var något som ofta framkom i behandlarnas möten med unga kvinnor som lider av psykisk ohälsa.

Detta kan förstås utifrån den utvecklingsekologiska teorin, som att motstridiga krav från mikrosystemet familjen och exosystemet skolan skapar stress och oro, främst hos flickor. Det kan också förstås utifrån att unga kvinnors uppfattningar om krav utifrån könsroller kan förändras, beroende på värderingarna i de olika microsystem de ingår i. Exempelvis kraven som unga kvinnor ställer på sig själva vara annorlunda i hemmet med familjen än i skolan med "kompisarna". På meso-nivån samspelar individens olika mikrosystem. Till exempel kan individens kompisar och samspelet mellan dem påverka vilka krav som individen ställer på sig själv gällande utseende och beteende. Kommunikation och samspel bland kompisgäng i skolan, ett annat mikro-system, kan också påverka hur individen skapar sina egna krav på prestation (Jmf. Broberg, et al., 2015). I intervjuerna beskriver behandlarna hur vissa unga kvinnor får prestationsångest om deras betyg är höga eller låga i förhållande till kamraternas betyg. De intervjuade upplever att detta har blivit vanligare och därmed kan bidra till ökningen av psykisk ohälsa.

En synpunkt som kom fram i intervjuerna med behandlarna var att det kunde finnas ett samband mellan prestationsångest och framtidsoro, om de unga kvinnornas vänner hade bestämda planer för framtiden och de själva inte hade det. Detta kan tolkas utifrån Bronfenbrenners modell om hur individen påverkas av faktorer på mikro-nivån, i system som till exempel ett kompisgäng och skolan. En ytterligare koppling är hur individens påverkas av sitt deltagande när mikro-system, som kompisgänget och skolan samspelar på meso-nivå. Enligt behandlarna kan det bidra till psykisk ohälsa, när samspelet leder till orimliga krav på individen (Jmf. Broberg, et al., 2015; Larsson & Sohlberg, 2014; Schraml, 2013). Kraven på mikro-nivån är i sin tur påverkade av värderingar i samhället, det vill säga på makronivå.

Denna framtidsoro som flera av behandlarna beskriver menar dem uppstår när ungdomar ska påbörja vuxenlivet och möta nya utmaningar. För att analysera detta utifrån Bronfenbrenners olika nivåer i sin modell kan detta kopplas till förändringar på flera nivåer. Förändringar på mikro-nivån är att exempelvis lämna familjen, bosätta sig i ett nytt hem och få mer ansvar. På meso-nivå medför denna omställning en förändring i relationerna, exempelvis då mamma och pappa inte längre är styrande och får en mindre roll i ungdomens liv. Det uppstår även nya utmaningar för ungdomen på en arbetsplats eller på universitetet efter studenten, alltså sker även förändringar på exo-nivån när ungdomen tar första klivet ut i vuxenlivet. Detta är exempel på sådana förändringar som behandlarna tog upp i intervjuerna, som ofta skapar stress, oro och ångest för dagens ungdomar.

## 6.2 Sociala medier och samhällsutvecklingen

I intervjuerna var behandlarna alla övertygade om, att sociala medier också kan bidra till unga kvinnors psykiska ohälsa, genom de värderingar de förmedlar. Men de kan också, enligt intervjuerna, bidra till att fler unga vågar söka hjälp, då kända personer i samhället uppmärksammar psykisk ohälsa, uppmuntrar till att söka hjälp och delar med sig av egna erfarenheter via sociala medier. Detta, menar behandlarna, kan vara en av orsakerna till den statistiska ökningen som tidigare forskning visar (Socialstyrelsen, 2017a).

Vissa av de intervjuade beskrev även att samhällsutvecklingen har lett till ett mer individualiserat samhälle, och beskrev att "Man själv ansvarar för sin egen lycka på något sätt". Detta tas även upp i uppsatsens kunskapssammanfattning, då flera forskare beskriver att

ungdomar idag, exempelvis genom skolan, får lära sig att de själva måste lösa sina problem som exempelvis psykisk ohälsa, övervikt och fetma (Malmberg & Urbas, 2018).

Alla av de intervjuade behandlarna påpekade i intervjuerna att samhällets ideal och kvinnosyn är den vanligaste orsaken till psykisk ohälsa för unga kvinnor mellan 18-24 år. Behandlarnas uttalanden kan väl härledas till Bronfenbrenners makro-nivå, då värderingar i samhället om hur unga kvinnor ska se ut påverkar deras psykiska hälsa på individnivån.

### 6.3 Mörkertal trots ökningen i statistiken

Flera av behandlarna beskrev att det kan finnas ett mörkertal av unga som mår dåligt, men som inte söker hjälp inom psykiatrin. De intervjuade menade att det är möjligt att statistiken om den ökande psykiska ohälsan inte speglar verkligheten, även om samhällsförändringar har lett till att fler vågar, och kan, söka hjälp när de mår psykiskt dåligt. En orsak till det kan vara att psykisk ohälsa blivit mer uppmärksammat, samt att det råder mindre tabu kring psykisk ohälsa i samhället idag (Jmf. Socialstyrelsen, 2017a).

Flera av behandlarna menar att unga kvinnor har lättare att prata om sin psykiska ohälsa och att de oftare söker hjälp självmant jämfört med unga män. Detta kan enligt behandlarna vara orsak till det mörkertal de upplever finns, men även en orsak till att unga kvinnor har en så stor överrepresentation i statistiken inom behandling och vård (Jmf. CES, 2018; Landstedt, 2010; Socialstyrelsen, 2017a; Stockholms Stadsmission, 2017).

Samtliga av de intervjuade behandlarna uppgav att de har som målsättning att deras patienter ska få en bra upplevelse av vården samt att de ska främja ett psykiskt och fysiskt välbefinnande för sina patienter. Eftersom de framhöll att många skillnader finns mellan unga kvinnor och män som lider av psykisk ohälsa menade de att behandlingsarbetet bör anpassas därefter. Från de intervjuade framställdes en nästintill enhetlig åsikt om att bemötandet är den absolut viktigaste aspekten i behandlingsarbetet med unga kvinnor mellan 18–24 år. Detta kan alltså innebära att man i behandlingsarbetet kan nå bättre resultat med unga kvinnor genom sitt bemötande från början, snarare än fokus på metod och lösning av klientens problematik (Jmf. Ahrén, 2010).

Ur ett genusperspektiv kan detta tydas som att bemötandet måste anpassas utifrån vilket kön klienten har. Detta kan kopplas till behandlarnas tankar om en innebörd av en förståelse för de många skillnaderna och få likheterna mellan de unga kvinnliga patienternas, och de unga manliga patienternas behov. Utifrån de intervjuerna som har utförts i studien syns flera skillnader gällande psykisk ohälsa mellan könen. Det rör sig om skillnader som exempelvis orsaken till uppkomsten, symtom, upplevelser av att må dåligt samt i diagnostiseringen.



## 7. Diskussion

I detta avsnitt diskuteras studiens först resultat i förhållande till tidigare forskning. Här är studiens frågeställningar utgångspunkten. Resultaten har sorterats in under den frågeställning som materialet kan hjälpa till att besvara. De jämförs med resultat från tidigare studier.

Därefter diskuteras metodval, tillvägagångssätt och studiens tillförlitlighet. Där ges även vidare förslag på forskning inom ämnet som i framtiden kan bli relevant för socialt arbete.

### 7.1 Vilka orsaker ser behandlare till psykisk ohälsa hos unga kvinnor?

#### *7.1.1 Socioekonomisk bakgrund och samband*

I resultatet framgår att behandlarna inte ser några tydliga samband mellan uppväxtförhållanden och psykisk ohälsa för de unga kvinnliga patienterna. De menar att den psykiska ohälsan ökar, oavsett var och hur man växer upp. De upplever att den socioekonomiska bakgrunden inte har den stora betydelse idag, som den har anses ha enligt tidigare kunskap inom området. I forskningen kopplas psykisk ohälsa i allmänhet till en dålig uppväxtmiljö, i synnerhet för barn som växer upp med ensamstående föräldrar (CES, 2016b). Enligt intervjuvaren finns, som tidigare nämnts, istället samband mellan tidigare utsatthet för våld och unga kvinnors psykiska ohälsa. Intervju-resultaten visade inte heller, att det som i tidigare forskning konstaterats gällande betydelsen av socioekonomisk bakgrund stämmer överens med hur samhället ser ut idag. De tydde istället på att bakgrund och en svår uppväxt inte längre är den enda eller ens den viktigaste förklaringen till uppkomsten av psykisk ohälsa (BRIS, 2017; CES, 2016b, 2017, 2018; Palm, 2016). Det är dock viktigt i detta sammanhang att de intervjuade behandlarna arbetade vid behandlingsenheter i ett relativt välbeställt upptagningsområde, med få socioekonomiska problem.

#### *7.1.2 Psykisk ohälsa och utsatthet*

Andra faktorer som behandlarna har tagit upp i sina intervjuer är, att de unga kvinnor som har en "skörhet" sedan tidigare och/eller har blivit utsatta för sexuella övergrepp, har en större risk att utveckla psykisk ohälsa. Vissa typer av problematik på grund av psykisk ohälsa kan framförallt kopplas till sexuella övergrepp enligt behandlarna. Detta går även att härleda till

tidigare forskning om utsatthet för våld kopplat till unga kvinnors psykiska ohälsa (BRIS, 2017; CES, 2017; Palm, 2016). Utöver att ha blivit utsatta för sexuella övergrepp kan de unga kvinnorna ha lätt för att bli stressade, få ångest, hamna i depressioner och oroa sig mycket för framtiden. Detta är något som också har konstaterats i tidigare forskning, bland annat i en avhandling av Hiltunen (2017). Skörheten och den psykiska ohälsan kan, enligt de intervjuade behandlarna, gällande som inte lyckas leva upp till dagens ideal i samhället, exempelvis vad gäller utseende, levnadssätt, arbete, skolprestation och liknande (Jmf. Hiltunen, 2017; Birgerstam et al., 2016; Lundby et al., 2016; SVT, 2018).

I intervjuerna lyfte behandlarna flera eventuella förklaringar till ökningen av psykisk ohälsa, som grundas i samhällsutvecklingen. Förändringar som de menar har haft stor påverkan på ungdomars möjligheter att utvecklas positivt, är högre krav och ansvar för ungdomarna, som går från att vara gymnasieelever till att påbörja ett självständigt vuxenliv efter studenten. Behandlarna menar alltså att unga kvinnors psykiska ohälsa, kan ha att göra med att de som inte passar in i samhällets ideal och normer, har en hög risk för att utveckla psykisk ohälsa. Det beskrivs både av behandlarna samt i tidigare forskning (BRIS, 2017; Forte, 2014; Hagquist, 2015; Schraml, 2013), att de som exempelvis inte lever upp till de krav som idag finns i skolan, får låga betyg, utvecklar ångest och stress över det. Därmed kan de unga även få en svår ingång i vuxenlivet, där arbetsmarknaden idag är konkurrenskraftig, och där det är ännu svårare för unga vuxna som saknar fullständiga betyg (BRIS, 2017; Forte, 2014; Hagquist, 2015; Schraml, 2013). Behandlarna beskriver att unga kvinnorna som drabbas av psykisk ohälsa har lätt för att jämföra sig med andra på sociala medier. Vissa av behandlarna beskrev, att unga kvinnor ibland har svårt att vara kritiska mot att det inte är verkligheten som de ser på sociala medier, utan att det endast är bilder av livsstilar som andra väljer att visa upp. Även detta överensstämmer med resultat från tidigare studier (Hiltunen, 2017).

## 7.2 Hur förklarar behandlarna ökningen av psykisk ohälsa bland unga kvinnor i förhållande till psykisk ohälsa hos unga män?

### 7.2.1 En jämförelse med unga män

Gällande orsaker bakom, symptom och utvecklingen av psykisk ohälsa upplever de intervjuade behandlarna att skillnaderna mellan unga kvinnor och män är många. Enligt behandlarna grundas skillnaderna i hur unga kvinnor jämfört med unga män anpassar sig till sin sociala omgivning, vilket även tas upp i tidigare forskning (Angelöw, et al., 2015). De framhåller att unga kvinnor ofta utvecklar psykisk ohälsa på grund av höga krav, prestation, framtidssoro, utseendefixering, ideal och liknande. Undersökningar visar på sådana skillnader mellan unga kvinnor och män när det kommer till psykisk ohälsa som behandlarna tar upp i intervjuerna (Forte, 2014; Hiltunen, 2017; Birgerstam et al., 2016). Behandlarna beskriver att unga män däremot oftare utvecklar psykisk ohälsa på grund av neuropsykiatriska diagnoser. De menar även att unga kvinnor ofta har lättare för att hantera svårigheterna och anpassa sig socialt, trots neuropsykiatriska diagnoser, än unga män. Detta tas även upp i tidigare studier som visar att behandling och bemötandet inom vården varierar exempelvis beroende på patientens kön (Ekstrand & Saarnio, 2017). Unga män tycks ha svårare för att söka hjälp för psykisk ohälsa och behöver mer stöd från omgivningen för att göra det, än unga kvinnor som oftast söker på eget initiativ.

## 7.3 Diskussion om studiens mest centrala resultat

Det övergripande syftet med studien har varit att bidra till förståelse för den ökande psykiska ohälsan hos unga kvinnor. Detta genom att undersöka hur behandlare inom vuxenpsykiatrin ser på bakgrunden till problemet.

### 7.3.1. Jämförelse med tidigare kunskaper

Av studiens resultat framgår att de intervjuade inte ser några tydliga samband mellan unga kvinnors psykiska ohälsa och socioekonomisk bakgrund. De patienter de möter har olika uppväxt och familjeförhållanden samt ekonomisk status. Detta överensstämmer inte med tidigare forskning, där det framkommer att det finns tydliga samband mellan socioekonomisk bakgrund och psykisk ohälsa (Köhler & Lucas, 2014). Däremot framhöll intervjupersonerna

att de upplever samband mellan tidigare utsatthet för våld och psykisk ohälsa, vilket stämmer överens med tidigare forskning som CES har presenterat (2017). Det kan ha sin orsak i att verksamheterna fanns i relativt gynnade socio-ekonomiska upptagningsområden och att andra faktorer därför märks tydligare. Det kan eventuellt också ha att göra med andra företeelser i samhället, som exempelvis sociala mediers ökade betydelse i ungas liv, och att detta spelar en roll för utvecklingen av psykisk ohälsa hos unga människor. Det som behandlarna beskriver utifrån sina egna upplevelser är, att de unga kvinnorna med psykisk ohälsa ofta har svårigheter med att passa in i samhällets ideal och normer.

Behandlarna beskriver många upplevelser från möten med unga kvinnor med psykisk ohälsa, som kan bidra till en förståelse om varför just denna grupp ökar mest gällande psykisk ohälsa. De bidragande faktorerna som de tar upp handlar om olika sorters samhällsförändringar, exempelvis inom skolsystemet, uppkomsten och användningen av sociala medier, samt tuffare krav och mer ansvar för ungdomar när de ska påbörja vuxenlivet eller skaffa ett arbete. De menar att ungdomarna, framförallt unga kvinnor, blir påverkade av det som de ser och upplever via sociala medier gällande levnadssätt, ideal och prestation.

En annan slutsats som de intervjuade framhåller är att skolan och steget in i vuxenlivet innebär svårigheter som ofta har lett till psykisk ohälsa för de unga patienterna de möter. Detta överensstämmer väl med tidigare presenterad forskning där det framkommer att skolmiljön och skolsystemets utformande är avgörande för barn och ungas psykiska ohälsa (Forte, 2014). När det gäller skolan har behandlarna märkt att framförallt unga kvinnor har höga krav på betyg och prestation, vilket flera av dem ser som en bidragande orsak till den psykiska ohälsan. De intervjuade tycker sig ha märkt att låg prestation leder till att både unga män och kvinnor känner sig otillräckliga och misslyckade. Men även att stress inför vuxenlivet ofta är grunden till varför många unga utvecklar känslor av ångest, stress och oro.

I jämförelse med unga män, utifrån ett genusperspektiv, ser behandlarna flera olika samband gällande könsfördelningen och hur symptomen för psykisk ohälsa utvecklas olika för unga kvinnor och män. I intervjuerna har de även belyst skillnader i anledningar till varför ungdomarna söker hjälp. Flera av behandlarna har berättat att de ofta möter unga män med neuropsykiatriska diagnoser och att unga kvinnor ofta söker hjälp på grund av stress, ångest och oro. Anledningen till ökningen av antalet unga kvinnor med psykisk ohälsa tror flera av

behandlarna kan ha att göra med ökad medvetenhet - med ett samhälle som är öppnare och uppmärksammar psykisk ohälsa mer idag, vilket leder till att fler söker hjälp. Behandlarna lyfter att det idag är mindre tabu kring psykisk ohälsa och mer accepterat att medge psykisk ohälsa.

#### 7.4 Metoddiskussion

Den metod som valdes för studien baserades på intervjuer. För studien bokades fyra intervjuer, vilka ansågs tillräckliga för det resultat som eftersöktes. Det är ett litet antal intervjuer vilket hindrar studiens resultat att kunna generaliseras, men däremot belystes de svar som eftersöktes och som var relevant utifrån frågeställningarna och syftet, alltså att bidra till en ökad förståelse för patientgruppen.

Inledningsvis övervägdes möjligheten att använda enkät som insamlingsmetod av data till studien. På grund av etiska riktlinjer samt den begränsade tiden för genomförandet, bedömdes intervjuer vara den lämpligaste metoden. Om denna studie hade utförts med datainsamling via enkäter istället för intervjuer hade resultatet möjligtvis varit mer objektivt. Däremot är en fördel med intervjuer istället för enkäter att informanternas erfarenheter kan användas i studien, detta kan vara svårare att fånga i en enkätundersökning och det var något som eftersträvades i denna studie.

#### 7.5 Förslag till fortsatt forskning

I utförandet av denna studie synliggjordes olika kunskapsluckor. En avsaknad i tidigare forskning ledde till idén om att en framtida jämförelse mellan olika verksamheter som arbetar med psykisk ohälsa bland unga hade varit relevant för socialt arbete. Detta framförallt för att se vilka metoder de olika verksamheterna använder och vad de upplevt har fungerat bäst för ungdomarna samt hur det påverkar behandlingsarbetet. En sådan jämförelse kan komma att ligga till grund för hur ett effektivt förebyggande arbete kan bedrivas inom området för psykisk ohälsa hos unga.

Ett annat förslag på fortsatt forskning är att göra en utökad studie av denna men med ett bredare åldersspann. Detta skulle eventuellt möjliggöra en undersökning i om debutåldern för

depressioner, stress, oro och ångest blir lägre och lägre med tiden, samt vad det i sådant fall kan bero på. Då hade det även varit aktuellt att bredda studien och göra en jämförelse mellan könen och upplevda symptom bland barn och unga vuxna.

För att lättare kunna få en uppfattning om bredden av problemet psykisk ohälsa bland unga skulle det även vara relevant för socialt arbete med en litteraturanalys av de rapporter och liknande material som finns tillgängliga på internet från myndigheter såsom Socialstyrelsen, BRIS, Folkhälsomyndigheten, Statistiska Centralbyrån och liknande som har gjort undersökningar inom ämnet. Detta genom att sammanställa statistiken från flera myndigheter och organisationer och skapa ett samlat resultat för att nå en verklighetsuppfattning av problemet.

Med tanke på hur mycket kunskap som finns inom det breda ämnet psykisk ohälsa bland ungdomar sedan år tillbaka, så kan det vara även vara relevant för socialt arbete att ta reda på om detta fenomen har förändrats över tid gällande symptom och indikatorer. I alla åldersgrupper inom kategorin barn och unga har alltid flickor och unga kvinnor stått för den största ökningen av rapporterad psykisk ohälsa, men på samma sätt har det däremot alltid varit pojkar och unga män som stått för den högsta andelen självmord. Hur detta kommer sig är efter litteratursökningen i studien ännu ett obesvarat faktum och viktigt att undersöka.

## 8. Referenslista

Ahrén, J. (2010). *Skolan och ungdomars psykosociala hälsa*. (Rapport SOU 2010:80). .

Angelöw, B., Jonsson, T. & Stier, J. (2015). *Introduktion till socialpsykologi*. Lund: Studentlitteratur AB.

Arbetsmiljöverket. (2012). *Ergonomi i kvinnors arbetsmiljö- Inspektioner med fokus på riskbedömning vid personförflyttning inom vård och omsorg*. (Rapport 2014:5).

Barnens rätt i samhället [BRIS]. (2017). *Barns psykiska ohälsa- det är dags att bryta trenden*. (Rapport 2017:1).

Broberg, A., Almqvist, K., Risholm Mothander, P. & Tjus, T. (2015). *Klinisk barnpsykologi - Utveckling på avvägar*. Stockholm: Natur och Kultur.

Birgerstam, C., Edlund, A., Halvarsson, M., Hederos, V., Leroy, L., Muriq, D., Postnikova, A & Sörlin, O. (2016). *Sveriges ungdomar om framtiden; Från YOLO till oro*. Rapport från Linneuniversitetet. 2016.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin [CES]. (2016a). *Bestämningfaktorer för långvarig ungdomsarbetslöshet på områdes-, familje- och individnivå*. (Rapport 2016:12).

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin [CES]. (2016b). *Sociala skillnader i depressiva symtom bland ungdomar i Stockholms län*. (Faktablad 2016:7).

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin [CES]. (2017). *Hälsan hos utsatta för våld i nära relationer i Stockholms län*. (Rapport 2017:3).

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin [CES]. (2018). *Uppföljning av första linjen psykisk ohälsa barn och unga*.

Colten, M.E. & Gore, S. (2017). *Adolescent stress - Causes and Consequences*. New York: Transaction Publishers

Dahlin-Ivanoff, S. (2015). Fokusgruppsdiskussioner. I Ahrne, G. & Svensson, P.(red.) (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber AB.

Dalman, C. (2016). *Psykisk ohälsa ökar (men framför allt psykiatrisk vårdkonsumtion)* [Video].

Ekstrand, P. & Saarnio, L. (2017). Makt och vanmakt hos patienter med svår sjukdom. I Strömberg, H. & Eriksson, H. (2017). *Genusperspektiv på vård och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Eriksson-Zetterquist, U. & Ahrne, G. (2015). Intervjuer. I Ahrne, G., & Svensson, P. (red.). (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv, och välfärd [Forte]. (2014). *Aktuell forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa*. [Broschyr].

Hagquist, C. (2013). *Ungas psykiska hälsa i Sverige– komplexa trender och stora kunskapsluckor*. Karlstad: Karlstads universitet

Hagquist, C. (2015). *Skolelevers psykiska hälsa*. Nordens Välfärdscenter.

Henderson, C., Diez Roux, A., Jacobs Jr, D., Kiefe, C., West, D. & Williams D. (2005). Neighbourhood characteristics, individual level socioeconomic factors, and depressive symptoms in young adults: the CARDIA study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2005;59, 322-328. doi: 10.1136/jech.2003.018846

Hertz, S. (2011). *Barn- och ungdomspsykiatri- Nya perspektiv och oanade möjligheter*. Lund: Studentlitteratur AB.



Hiltunen, L. (2017). Lagom perfekt. Erfarenheter av ohälsa bland unga tjejer och killar. *Socialmedicinsk tidskrift*, 94(4), 517.

Johansson, R. & Ljungkrantz, M. (2013). *Integrationens betydelse- En kvalitativ studie om bakomliggande orsaker för aktualisering hos socialtjänsten*. Örebro universitet.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

Köhler, M & Lucas, S (2014). Barnuppfostran utan våld-en rättighet för varje barn. *Läkartidningen*, (47), 1-3.

Lager, A. (2009). *Psykisk ohälsa hos ungdomar*.

Landstedt, E. (2010). *Life circumstances and adolescent mental health: Perceptions, associations and a gender analysis*.

Larsson, S. & Sohlberg, P. (2014). *Socialpsykologi i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur AB.

Lundby, E., Trondman, M. & Fägerås, J. (2016). *Framtiden oroar unga*. Artikel från Linneuniversitetet. 2016.

Malmberg, C. & Urbas A. (2018). *Ohälsa en fråga om moral enligt skolböckerna*.

Myndigheten för ungdoms- och civillsamhällesfrågor. (2015). *När livet känns fel. Ungas upplevelser av psykisk ohälsa*.

Nationella sekretariatet för genusforskning. (2016). *Om kön och genus*.

Olsson, G. (2013). *Depressioner i tonåren- Ung trött och ledsen*. Stockholm: Gothia Fortbildning.

Palm, A. (2016). *Studies on routine inquiry about violence victimization and alcohol consumption in youth clinics.*

Payne, M. (2008). *Modern teoribildning i socialt arbete.* Stockholm: Natur och kultur.

Piuva, K. & Karlsson L-B. (2012). Introduktion. I Karlsson, L-B. & Piuva, K. (Red.), *Genusperspektiv i socialt arbete.* Stockholm: Natur & Kultur.

Shilling, E., Aseltine Jr, R. & Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health*, 7(30).  
doi.org/10.1186/1471-2458-7-30

Schraml, K. (2013). *Chronic stress among adolescents: Contributing factors and associations with academic achievement.*

Socialstyrelsen. (2017a). *Kraftig ökning av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna.*

Socialstyrelsen. (2017b). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna- Till och med 2016.* (Artikelnummer 2017-12-29).

Sohlberg, P., & Sohlberg, B-M. (2001). *Kunskapens former: vetenskapsteori och forskningsmetod.* Stockholm: Liber.

Stockholms stadsmission. (2016). *Barn- och Ungdomsrapporten 2016.*

Sveriges Television [SVT] (2018). Forskare: Smartphones bakom psykisk ohälsa bland unga. [2018-02-05].

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

Weiner Thordarson, K. 2017. *Möta kunder med psykisk ohälsa- Tips i kommunikation och kontakter*. Hälsingborg: Komlitt AB.

Wrangsjö, B. & Winberg Salomonsson, M. (2006). *Tonårstid- Utveckling, problem och psykoterapeutisk behandling*. Falköping: Natur och kultur.

## **Bilaga 1 Informantbrev**

### Informantbrev för studien “Unga kvinnor med psykisk ohälsa- Professionellas perspektiv”

Hej! Denna studie utförs av två socionomstuderande från Högskolan i Gävle. Vi bor i Åkersberga, Stockholm, och läser på skolans Socionomprogram distans med studieorten Norrtälje. Vi är båda intresserade av psykiatri och arbete med unga människor och vi har olika erfarenheter av det. Ämnet vi har valt kommer från våra funderingar om varför psykisk ohälsa bland unga blir allt vanligare. När vi sökte forskning inom ämnet såg vi ett glapp i vetenskapen om varför just gruppen unga kvinnor mellan 18–24 år står för majoriteten av gruppen unga med psykisk ohälsa. Därför avgränsade vi vår inriktning och har utformat ett syfte som är att **bidra till större kunskap och förståelse kring den ökade förekomsten av psykisk ohälsa hos unga kvinnor, i åldersgruppen 18–24 år.**

För att kunna besvara detta syfte har vi bestämt oss att använda en kvalitativ metod genom att intervjua sex stycken professionella som arbetar med den målgruppen. Utefter syfte och metod har vi utformat två preliminära frågeställningar, som kan komma att ändras:

→ **Hur ser professionella inom BUP och Vuxenpsykiatri på den ökade förekomsten av psykisk ohälsa i gruppen unga kvinnor mellan 18–24 år?**

→ **Har de professionella uppmärksammat några särskilda faktorer som de menar bidrar till ökningen av psykisk ohälsa bland unga kvinnor?**

Vi hoppas att kunna finna svar på dessa frågeställningar genom att utföra intervjuer med er professionella och sedan spegla resultatet mot olika teorier och perspektiv som är relevanta för ämnet. Vi vill även ta reda på om det är möjligt att dra några slutsatser utifrån de resultat vi får. Vi är ytterst tacksamma till alla som vill delta och bidra till studien samt till de som har engagerat sig för att vi skulle få kontakt med intervjupersoner, och vi hoppas att ni är lika spända som oss på att få veta vad resultaten av studien medför! Vi vill även passa på att påpeka att deltagandet är helt frivilligt och det går därför att tacka nej eller avbryta en intervju när ni vill.

Mvh, Amanda Bengtsson och Mikael Smidemark

## **Bilaga 2 Intervjuguide**

### Intervjuguide

#### **Etiska riktlinjerna**

- Vi kommer att anonymisera
- Inspelning och annat material är för vårt egna bruk
- Behöver inte svara på allt
- Kan avbryta när du vill

#### **Intervjupersonen i fokus**

1. Vilken är din yrkestitel och hur länge har du arbetat med ungdomar?
2. Har du haft någon/några speciella inriktningar under tiden du har arbetat med ungdomar?
3. Arbetar du med någon speciell metod?
4. Finns det någon metod som du upplever fungerar bättre i arbete med ungdomar eller unga kvinnor?
5. Hur är din upplevelse om den ökning som statistiken visar gällande ungdomar och psykisk ohälsa?
6. Vad tror du att ökningen beror på? Motivera
7. Kan du uppskatta hur stor fördelningen är mellan kvinnliga och manliga patienter mellan 18–24 år på er mottagning? Något med antalet som söker att göra? Skillnad förut och nu?
8. Har ni någon vetskap om fördelningen skiljer sig på er mottagning jämfört med hur det faktiskt är i hela kommunen?
9. Vad anser du är den viktigaste egenskapen man som professionell behöver ha för att arbeta med gruppen unga kvinnor mellan 18–24 år? Och varför?

#### **Mottagningens statistik**

10. För ni aktivt någon statistik över era patienter mellan 18–24 år?
  - Hur samlar ni in den statistiken?
  - Vad för områden omfattar er statistik?

- Vilken nytta har ni av statistiken på de unga patienterna?

### **Upplevelser om psykisk ohälsa bland unga**

11. Har du upplevt några tydliga skillnader mellan unga killar och tjejer i åldersgruppen 18–24 år bland era patienter?
12. Har ni upplevt något signifikant för de unga kvinnliga patienterna gällande faktorer bakom psykisk ohälsa? Familjesystem och uppväxt?
13. Har ni på mottagningen kunnat dra några slutsatser utifrån den statistiken ni för och de patienter ni träffar?
14. Hur kan de slutsatserna kopplas till ökningen av psykisk ohälsa bland unga?  
Individualiserat samhälle?
15. Finns det något som vi har glömt att fråga om men som du anser är relevant för ämnet?