

När livet känns fel

Ungas upplevelser kring psykisk ohälsa

När livet känns fel

Ungas upplevelser kring psykisk ohälsa

Förord

Detta är redovisningen av vårt uppdrag att kartlägga hur unga med självupplevd psykisk ohälsa uppfattar sina svårigheter, vilka sätt de använder för att hantera dessa samt vilka resurser i det offentliga och det civila samhället som de upplever kan ge dem stöd. De flesta unga som lider av psykisk ohälsa har ingen medicinsk diagnos för det och har därför inte heller fått stöd eller vård för sitt dåliga mående. Att beskriva det som händer när känslan av välbefinnande saknas i de ungas vardag är rapportens huvudutmaning.

Rapporten *När livet känns fel – ungas upplevelser kring psykisk ohälsa* har tagits fram inom avdelningen för utveckling och analys av Tiina Ekman, projektledare, Cecilia Löfberg, Sofie Kindal och Anna Westin i samarbete med Maria Nyman, verksamhetsansvarig. Även Jesper Thiborg har bidragit i arbetet.

En viktig del av studien är det digitala frågeformulär där 730 unga mellan 13 och 25 år har gett oss sina berättelser om vad de gör för att må bra och hur de vill få stöd när de inte mår bra. Stort tack till er som deltog!

En annan viktig del i vårt arbete är de fallstudier som vi har genomfört på tre ungdomsverksamheter. Vi vill rikta ett speciellt tack till de unga som vi har samtalat med samt till de som arbetar i verksamheterna och som gjorde vårt arbete möjligt.

Flera forskare har anlitats för att fördjupa analysen inom delar av uppdraget. Vi vill rikta ett stort tack till Maria Wiklund, Ulla Danielsson, Maria Strömbäck och Carita Bengs vid Umeå universitet, Åsa Källström Cater, Örebro universitet, Henrik Andershed och Anna-Karin Andershed, Örebro universitet och Linda Hiltunen, Linnéuniversitetet i Växjö.

Vi vill även tacka de experter och representanter för det civila samhällets organisationer som har ställt upp för en intervju: Wolfgang Rutz, tidigare WHO European Regional Advisor for Mental Health, Jan Löwdin vid Stockholms Stadsmissions Mottagning för unga män, Marie-Louise Söderberg på Självmordsupplysningen på Mind, Anna Norrman och Karin Forsberg vid riksförbundet Attention, Maria Munkesjö på Tjejzonen, Malin Jenstav och Tove Wåhlstrand på Stockholms tjejjour, Catherine Koff, Elina Johansson, Hanna Kihlander, Helena Forsman och Nike Linn Säfwenberg vid föreningen Frisk & Fri, Gisela Janis på RFSL Ungdom, Per Jonas Partapuoli från Svenska Samernas Riksförbund Sáminuorra och Erland Kaldaras Nikolizsson från Romska Ungdomsförbundet.

Till sist vill vi tacka de samrådsaktörer som har deltagit i arbetet: samordningsfunktionen för PRIO-planen på Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Psyknprojektet på Sveriges Kommuner och Landsting.

Eva Theisz, vikarierande generaldirektör,
Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor

Innehåll

Sammanfattning och förslag	5
Uppdraget.....	5
Utveckling av ungas psykiska ohälsa	6
Normerna förändras ständigt.....	11
Hur påverkar dåligt mående de ungas liv?	12
Anpassat stöd	16
Förslag	18
Mer makt till unga – men med vuxna som stöd	18
Satsa på att främja psykisk hälsa och att förebygga psykisk ohälsa	19
Ge unga stöd	21
Utveckla kunskapsunderlaget	23
Referenser	25
Inledning	27
Psykisk hälsa är en rättighet	27
Ungas psykiska hälsa ska prioriteras	28
Definition av psykisk hälsa	28
Vår tolkning av psykisk ohälsa.....	28
Psykisk ohälsa på den politiska agendan.....	29
Referenser	33
Samlad kunskap om unga och psykisk ohälsa	34
Normer skapas av människor	34
Heteronormen påverkar unga hbtq-personer.....	37
Hedersnormer påverkar även i skolan	37
Unga med funktionsnedsättning har sämre levnadsvillkor	38
Social bakgrund påverkar psykisk hälsa.....	39
Arbetsmiljö och sociala relationer i skolan.....	41
Ungas arbetslöshet kan påverka hälsan i framtiden.....	44
Även arbete kan leda till ohälsa	45
Bra bemötande som framgångsfaktor.....	46
Referenser	48
Psykisk hälsa hos unga som tillhör de nationella minoriteterna	51
Nationella minoriteter.....	51
Blandad bild av psykisk ohälsa	52
Samtal med Svenska Samernas Riksförbund Sáminuorra	56
Samtal med Romska Ungdomsförbundet.....	60
Referenser	63
Unga hbt-personers psykiska hälsa	64
Utsatt hälsosituation	64
Samtal med RFSL Ungdom.....	67
Statistik kring ungas psykiska hälsa och ohälsa.....	72
Självskattad psykisk ohälsa.....	72
Komparativa återkommande studier.....	73
Situationen för unga med psykosomatiska besvär.....	77
Referenser	89

”Självklart vill man känna sig viktig”	90
Ungas berättelser om psykisk ohälsa, stöd och strategier	90
Studiens genomförande.....	92
Stress bland unga	94
Uttryck för ungas stress.....	95
Stöd till unga	100
Vad unga önskar när de mår dåligt	106
Förhållningssätt och strategier för att må bättre	107
Distrahera, känna, lösa, tänka eller vänta	112
Känna	116
Lösa	118
Tänka	120
Vänta	122
Ungas beskrivningar av sina strategier	124
Referenser	125
Samtal med experter och med det civila samhället	126
Wolfgang Rutz om unga män och psykisk ohälsa	126
Mottagning för unga män, Stockholms Stadsmission	133
Mind – Självmordsupplysningen.....	136
Riksförbundet Attention	139
Tjejzonen – Tjejjournalen.se	141
Stockholms tjejjournal.....	144
Samtal med föreningen Frisk & Fri	148
Referens.....	152
Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa	153
Dissonanser och möjligheter – i ljuset av genus, normativitet och samhällets individualisering	153
”Jag skakar” tjejers uttryck för psykisk ohälsa.....	174
Samtal som behandling av unga som upplevt våld i föräldrarnas parrelation ...	197
Psykisk ohälsa i skolan	218
Internaliserade och externaliserade problem bland unga vuxna	240
Bilaga: Regeringsuppdraget.....	256

Sammanfattning och förslag

Uppdraget

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, då Ungdomsstyrelsen, fick 2013 i uppdrag av regeringen att genomföra en kartläggning för att öka kunskapen om hur unga i åldern 13–25 år med självupplevd psykisk ohälsa upplever sina svårigheter och vilka sätt unga själva använder för att hantera dessa. Kartläggningen ska även ge svar på vilka resurser i det offentliga och det civila samhället som målgruppen upplever att de kan få stöd från (regeringsbeslut 2013).

Kartläggningen ska ske i dialog med unga och besvara:

- hur unga med lättare psykiska besvär upplever och beskriver sin ohälsa, på vilka livsområden de upplever att besvären förhindrar aktiviteter eller orsakar lidande.
- hur unga med lättare psykiska besvär själva hanterar sin psykiska ohälsa.
- vilka resurser i det offentliga och det civila samhället som unga med psykisk ohälsa upplever kan ge dem stöd att själva hantera sin psykiska ohälsa.

Uppdraget ska genomföras utifrån ett jämställdhetsperspektiv. Vidare ska tjejer och unga kvinnor, unga homo-, bi- och transpersoner och unga som tillhör de nationella minoriteterna särskilt uppmärksammas eftersom psykisk ohälsa i större utsträckning förekommer i dessa grupper.

Studiens utgångspunkter

I vårt arbete med denna rapport har vi vid ett flertal tillfällen ställt oss frågan vad uttrycket *lättare psykiska besvär* egentligen står för. När en ung person berättar att hen har ont i magen, kan vi då vara säkra på att det handlar om lättare besvär och inte en svår återhållen ångest på grund av olika traumatiska upplevelser? I den kunskapsöversikt som utgår både från dialog med unga och från olika datainsamlingar tydliggörs att det som benämns lättare psykiska besvär inte nödvändigtvis upplevs som lättare besvär av de unga själva.

Det visar sig också att många unga inte får den hjälp för sin psykiska ohälsa som de upplever att de behöver. Är det möjligt på grund av att omgivningen bedömer att de unga lider av lättare besvär? Begreppet psykisk ohälsa ter sig alltför diffust när vi diskuterar ungas hälsa och villkor idag.

Vi har också noterat att orsaker, uttryck och eventuella konsekvenser av ungas psykiska ohälsa överlappar varandra. Till exempel kan ensamhet leda till psykiska besvär, samtidigt som psykisk ohälsa i många fall leder till social isolering. På liknande sätt kan man resonera kring goda skolresultat. Barn och unga med psykisk ohälsa presterar inte på samma nivå som friska barn, och omvänt, att inte lyckas uppnå skolans krav ökar individens sårbarhet, vilket i sin tur ökar risken för psykisk ohälsa. Vi ser att det behövs ytterligare diskussion kring vad ungas psykiska ohälsa egentligen innebär och bättre kunskap kring den psykiska ohälsans orsaker och uttryck.

Utveckling av ungas psykiska ohälsa

Psykisk ohälsa är ett av de största hoten mot folkhälsan, både i Sverige och i resten av världen. Under senare år har särskilt den negativa utvecklingen bland unga uppmärksammats. Enligt Förenta nationerna drabbas 20 procent av alla världens 14–24-åringar av psykisk ohälsa under ett år. Risken för att drabbas är särskilt stor när unga ska etablera sig i vuxenlivet (United Nations 2014).

Folkhälsans utveckling följs upp av Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten och redovisas i en årlig rapport om folkhälsan i Sverige. Socialstyrelsen granskade särskilt gruppen barn och unga när de tog fram sitt underlag till 2013 års folkhälsorapport. De beskriver utvecklingen av ungas psykiska ohälsa som ett angeläget folkhälsoproblem:

”Den ökning av psykisk ohälsa som har skett under 1990- och 2000-talet bland barn och ungdomar är ett växande folkhälsoproblem. Psykisk sjukdom i ungdomen leder i många fall till ett utdraget sjukdomsförlopp med negativa konsekvenser i samband med att de unga ska etablera sig i vuxenvärlden. Även självrapporterade psykiska besvär ser ut att vara tidiga varningstecken på ökad psykisk ohälsa på sikt. Detta talar för att det inte enbart rör sig om en ökad benägenhet bland dagens ungdomar, jämfört med tidigare generationer, att rapportera allmänna och lindriga psykiska symtom som alltid funnits. Ökningen av psykisk ohälsa har fört med sig att fler ungdomar är allvarligt sjuka och har klart försämrade möjlighet att etablera sig i samhället. Det är angeläget att en ökad psykisk ohälsa bland barn och ungdomar uppmärksammas inom skola, vård och omsorg, samtidigt som man fortsätter att följa utvecklingen.”

(Socialstyrelsen 2013, s. 29)

Ångest och ängslan

År 2012/2013 var andelen med psykiska besvär i form av ängslan, oro och ångest minst en gång i veckan 27 procent bland tjejer i åldern 16–24 år och 15 procent bland killar i samma ålder (Statistiska centralbyrån 2015).

Hos unga är det något vanligare med ångest än med depression. Det finns också markanta könsskillnader i förekomsten av depression och ångest där tjejer och unga kvinnor har tre gånger så stor risk att drabbas som killar och unga män. Könsskillnaderna debuterar ofta i tidiga tonår medan fördelningen under barnaåren är tämligen lika (Jarbin, von Knorring & Zetterqvist 2014).

Känslor av ängslan och oro är nödvändiga för vår överlevnad genom att de skärper sinnen och uppmärksamheten, exempelvis i krissituationer. Men när känslor av ängslan, oro och rädsla tar över i situationer som egentligen inte är farliga kan de göra oss vanmäktiga och handlingsförlamade. Ångest skapar oro för den egna hälsan och ger en känsla av osäkerhet avseende den egna förmågan. Maria Strömbäck, Maria Wiklund, Carita Bengs och Ulla Danielsson beskriver i sin artikel *”Jag skakar” tjejers uttryck för psykisk ohälsa* (se kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*) att ångestkänslor ibland beskrivs av de unga kvinnorna som att de håller på att dö. Ofta vet de unga kvinnorna inte om att det är fråga om ångest och tolkar det därför som att det är en farlig kroppslig sjukdom, till exempel en hjärtinfarkt eller en hjärnblödning eller att de håller på att bli galna.

Stress

Tjejer i åldern 16–24 år är den grupp i befolkningen som rapporterar de högsta nivåerna av stressrelaterade besvär, vilket har visats i olika enkätstudier. Enligt en vanligt förekommande förklaring uppstår stress när yttre krav och påfrestningar överskrider individens förmåga att kunna hantera dem. Stress kan ses som både en drivkraft och en bromskloss. Så länge individen förmår att hålla balansen mellan krav och återhämtning, eller mellan perfekt prestation och kollaps, kan stressen fungera som en drivkraft, men när individen förlorar balansen och stressen tar över så blir den i stället en bromskloss.

Ett tydligt resultat i de kvalitativa studierna i vår rapport är att unga tycker att det är svårt för dem att själva hitta en balans i tillvaron. Kraven utifrån upplevs som allt för höga, samtidigt som de egna ambitionerna blir till malande krav på prestation. Unga beskriver på olika sätt hur deras erfarenheter av stress och dåligt mående påverkar möjligheten att göra saker som de vill eller måste göra i vardagen, vilket gör att de hamnar efter och därmed blir ännu mer stressade eller ångestfyllda.

En återkommande anledning till upplevelser av stress bland unga är skolan. I skolan finns både prestationsstress och social stress. På olika sätt vittnar unga om hur stressen i skolan är en del av vardagen. Deras berättelser, som vi och de forskare vi har anlitat analyserat, beskriver olika sätt att hantera stress i skolan. De beskriver också en rad psykiska och fysiska symtom som är konsekvenser av den stress de upplever.

Folkhälsomyndighetens rapport *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14* (Folkhälsomyndigheten 2014) visar att stress fortsätter att öka i grundskolan. Andelen 13-åriga tjejer som är stressade över sitt skolarbete ökade kraftigt i den senaste mätningen 2013/2014 till 36 procent, vilket är nästan en fördubbling jämfört med 2009/2010. Bland killar i samma ålder var andelen 22 procent, vilket också innebär en fördubbling jämfört med den föregående mätningen. Skolstressen bland grundskoleelever är störst bland 15-åringarna, 60 procent bland tjejerna och 34 procent bland killarna var ganska eller mycket stressade över sitt skolarbete 2013/2014 (Folkhälsomyndigheten 2014).

Stressen ökar också bland de äldre ungdomarna, och då främst bland tjejer och unga kvinnor. Andelen som känt sig stressade varje dag eller flera gånger i veckan var 51 procent bland tjejer i åldern 16–29 år och 29 procent bland killar i samma ålder 2013. Andelen som känt sig stressade varje dag eller flera gånger i veckan har främst ökat bland de unga kvinnorna i åldern 20–24 år och 25–29 år. Den upplevda stressen har även ökat bland kvinnor i åldern 35–54 år, men inte lika påtagligt och andelen som upplever stress är lägre (40 procent 2013) jämfört med andelen tjejer och unga kvinnor som upplever stress (Ungdomsstyrelsen 2013b).

Nivåerna av upplevd stress är både betydligt lägre och mer stabila bland män jämfört med bland kvinnor under perioden 2002–2013. Bland 16–19-åriga killar ligger andelen kring 25 procent både 2002 och 2013, och bland 20–24-åriga och 25–29-åriga män kring 30 procent. Bland män i åldern 35–54 år var andelen som känt sig stressade varje dag eller flera gånger i veckan 32 procent, vilket är samma nivå som bland de yngre männen och lägre än bland kvinnor i samma ålder (Ungdomsstyrelsen 2013b).

Psykisk ohälsa ur ett genusperspektiv

Kön har visat sig vara en viktig markör för hur unga uttrycker, förstår och förhåller sig till sin psykiska ohälsa. Flera av de forskare som vi har anlitat understryker hur konstruktioner av kön påverkar individens sätt att uttrycka och hantera psykisk ohälsa. De generella mönstren är att konstruktioner av feminitet bidrar till att kvinnor uppmärksammar och beskriver sin ohälsa, medan konstruktioner av maskulinitet hindrar män från att uttrycka sig om psykisk ohälsa i offentliga rum och från att söka hjälp. Tjejer och killar har olika sätt att kommunicera problem, vilket även kan leda till ett större mörkertal kring killars psykiska hälsa.

Tjejer

Flera av rapportens delstudier och de samtal vi haft med professionaliserade verksamheter i civilsamhället beskriver hur tjejer och unga kvinnor har erfarenhet av stress som byggs upp utifrån upplevda krav på att ”lyckas” med sitt liv, men också utifrån erfarenheter av kränkningar, våld eller sexuella övergrepp. Den oro, ångest och depression de upplever leder till svårigheter att hantera den egna livssituationen och många gånger till att krav i vardagen blir alltför betungande.

Maria Munkesjö är ansvarig för Tjejjonens stödverksamhet. Hon berättar att när de startade sin verksamhet för åtta år sedan handlade de flesta samtalen om stress och skola, medan de idag får många samtal som handlar om självska debeteende och tankar på självmord. Hon lyfter också fram att det finns grupper av tjejer som känner extra mycket skam för sin problematik, främst tjejer med ätstörningar och tjejer som blivit utsatta för sexuellt våld. De vill helst inte prata om sina svårigheter med sin närmaste omgivning och då fungerar Tjejjonens stöd på nätet som en bra ingång till en förändring.

De vanligaste temana för tjejers kontakt med Stockholms tjejjourer är psykisk ohälsa i form av självska debeteende, självmordsförsök, ångest, depression, magont och upplevd stress, följt av sexuellt våld. Även ätstörningar är ett återkommande tema. Malin Jenstav och Tove Wählstrand som arbetar på Stockholms tjejjourer menar att ju längre kommunikationen pågår, desto mer tydligt blir det att den psykiska ohälsan ofta är konsekvenser av en tidigare svår upplevelse eller traumatisering.

Killar

Jan Löwdin är legitimerad psykoterapeut och teamledare vid Stockholms Stadsmissions *Mottagning för unga män*. Han möter i sitt arbete främst unga män som varken studerar eller arbetar och som isolerat sig hemma framför sina datorer. De flesta av dessa killar känner att de inte duger, att de inte lyckas leva upp till samhällets normer kring maskulinitet. De döljer många gånger att de mår dåligt eftersom de skäms för sin depression och känslsamhet som de uppfattar som feminina uttryck och därmed som skamliga och något de inte vill berätta om.

Wolfgang Rutz är honorarprofessor i socialpsykiatri och har arbetat som expert i frågor kring psykisk hälsa för WHO European Regional Advisor for Mental Health. Han berättar i en intervju att mäns depressioner har ett bevisat samband med att de har förlorat social status, till exempel genom att de blivit arbetslösa, att deras företag gått i konkurs eller att de skilt sig. De unga männen förlorar dock sällan en förvärvad status, däremot så försöker de att uppnå en position. Det handlar om att ha framgång i livet på olika sätt. Om inte på ett positivt och konstruktivt sätt så på ett negativt sätt. Lyckas de inte så kan det bidra till depression.

Självordsförsök och självmord

Självordsförsök och självmord hos unga är ett av de områden som uppmärksammas, inte minst för dess uppenbara könsparadox. Statistiken påvisar tydliga könskillnader där en högre andel unga kvinnor rapporterar psykisk ohälsa (till exempel depression), försöker begå självmord och får vård inom psykiatri – samtidigt som det är en större andel unga män som genomför självmord.

På senare tid har genuskonstruktioner lyfts fram som möjliga förklaringar till denna könsparadox. Maskulinitetskonstruktioner har av forskare lyfts fram som en möjlig bidragande orsak till unga mäns dominans i självmordsstatistiken, med vidare argument för att mäns ”sårbarhet” bör uppmärksammas i det förebyggande arbetet. I intervjuer med unga kvinnor har Maria Strömbäck, Maria Wiklund, Carita Bengs och Ulla Danielsson sett att traditionella femininitetsideal som ansvarstagande och omsorg om andra till en del verkar kunna fungera skyddande i situationer med självmordstankar (se artikel ”*Jag skakar*” tjejeers uttryck för psykisk ohälsa, i kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*).

Några orsaker till varför unga mår dåligt

Förutom att ta upp de frågor som ställs i uppdraget har vi i viss mån även uppmärksammat frågan vad som kan orsaka ungas psykiska ohälsa i en kontext som – åtminstone formellt – präglas av generell välfärd och erkännandet av allas lika rättigheter. Det är väl känt sedan tidigare att svåra förhållanden under uppväxtåren lämnar spår. De villkor som är mest problematiska handlar om föräldraskap som brister, där barnen inte får de omsorger och den trygghet de behöver. Särskilt utsatta är barn till föräldrar som får ekonomiskt bistånd från kommunen. De löper nästan tre gånger så stor risk att bli inskrivna på sjukhus på grund av psykisk ohälsa under barndomsåren (Mörk, Sjögren & Svaleryd 2014).

Det är generellt sett svårt att slå fast en kausal ordning mellan att må dåligt och att ha en problematisk livssituation. Ett rimligt antagande är att problematiska villkor ger upphov till psykisk ohälsa, vilket i sin tur kan göra det svårt att klara av vardagens utmaningar. Det handlar med andra ord om en negativ spiral. Det vi kan visa utifrån de olika delstudierna är att gruppen unga som lider av psykisk ohälsa avviker från gruppen unga som mår bra genom att mycket oftare ha en betydligt mer problematisk livssituation.

Enligt Maria Wiklund, Ulla Danielsson, Maria Strömbäck och Carita Bengs är orsakerna till ungas höga självrapporterade psykiska ohälsa fortfarande omdebatterade och delvis utforskade (se artikel *Dissonanser och möjligheter – i ljuset av genus, normativitet och samhällets individualisering*, i kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*). De olika förklaringar som forskningen har inriktat sig mot finns på såväl samhällelig som individuell nivå. På samhällelig nivå har ungas svårigheter att komma in på arbetsmarknaden uppmärksammas mest. På individuell nivå har föräldrarnas utbildningsnivå och socioekonomiska situation liksom den psykosociala miljön i skolan bekräftats samspela med ungas psykiska ohälsa.

Åsa Cater refererar till tidigare forskning om hur en otrygg familjesituation påverkar barnen i sin artikel *Samtal som behandling av unga som upplevt våld i föräldrarnas parrelation* (se kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*). Föräldrars kränkningar, hot och våld kan vara barns vardagsmiljö under en stor del av uppväxten. Att under uppväxten uppleva sådant våld mellan föräldrarna ökar risken för att barnen utvecklar känslomässiga eller psykiska problem som depression eller posttraumatisk stress samt beteende- och relationsproblem.

I arbetet med det här uppdraget har det blivit tydligt att ungas självupplevda psykiska ohälsa inte är enkel att kategorisera. Snarare skulle vi vilja beskriva det som ett tillstånd som relaterar till ett antal förutsättningar i den ungas liv här och nu. Detta tillstånd samvarierar med den unga personens tidigare liv, till exempel individuella färdigheter, familjesituation, skolsituation, ekonomiska förutsättningar, etniska tillhörighet, sexuella läggning och identitet, sociala förutsättningar, eventuella traumatiska upplevelser samt individens samhällsideal, tillit till vuxensamhället och tillgång till resursstarka personer.

Om vissa förutsättningar upplevs som svåra, till exempel höga krav i skolan, och detta sammanfaller med brister i den stödjande strukturen kring en ung person, så finns en grogrund för psykisk ohälsa. Linda Hiltunen beskriver i sin artikel *Psykisk ohälsa i skolan* (se kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*) att det finns skillnad i skolrelaterad stress utifrån ambitionsnivån för skolarbetet. Elever som har höga ambitioner i skolan kopplar i hög grad samman stress med press och nervositet. Elever som har lägre ambitioner, eller som har svårt att ta sig an skolarbetet, tenderar i stället att förknippa stressupplevelser med irritation eller dåligt humör. Det finns också unga som kopplar samman skolmisslyckanden med nedstämdhet och ångestrelaterade besvär. Oavsett vad som utlöser stressupplevelsorna indikerar resultaten att unga i huvudsak upplever stress som ett negativt inslag i sin skolvardag.

Hiltunen beskriver vidare att också relationer till andra har en central roll i ungas berättelser om skolan. Att känna sig ensam, att inte känna sig uppskattad, att hamna i konflikter med andra på skolan eller att uppleva utanförskap har starka samband med att må dåligt. När unga blir uteslutna från gemenskapen i skolan förblir de ofta ensamma även efter skoldagens slut.

Andra övergripande infallsvinklar för rapportens resultat är individualiseringen i samhället och de högre krav detta ställer på individen. Många gånger kan ungas självupplevda psykiska ohälsa, och de svårigheter som blir följderna, ha sin grund i sociala normer eller samhällsideal.

Fritiden har en viktig funktion för den psykiska hälsan, det är under vår fritid som vi kan koppla av, bygga upp vår styrka och ha roligt. Vi vet sedan tidigare att det finns betydande skillnader mellan tjejer och killar i hur mycket fritid de upplever sig ha. Betydligt större andel tjejer anger att de har för lite fritid, vilket medför att de saknar tillfällen att återhämta sig och stressa av (Ungdomsstyrelsen 2013b).

Normerna förändras ständigt

I flera olika delar av vår studie har författarna uppmärksammat hur normer samspelar med ungas psykiska ohälsa. Normer är styrande utifrån vad som anses rätt och riktigt i förhållande till rådande värderingar, ideal och samhällstrender. Normer och normativitet fungerar därför som sociala regelsystem, och styr vilka egenskaper och handlingar som anses som ”normala” och ger social status i en given kontext. Normerna synliggörs bäst när någon bryter mot dem. Relationen mellan vad som uppfattas som normalt och vad som uppfattas som onormalt är något som därför ständigt förändras.

Ungdomstiden är den period i livet då unga börjar ifrågasätta de rådande normerna och utforska var de själva befinner sig i relation till dessa. Därför beskriver Maria Wiklund, Ulla Danielsson, Maria Strömbäck och Carita Bengs i artikeln *Dissonanser och möjligheter – i ljuset av genus, normativitet och samhällets individualisering* (se kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*) att de faktiskt överraskades av den starka strävan ”att vara normala” och att passa in i rådande normsystem som fanns hos de nedstämda och deprimerade unga kvinnorna och männen. ”*Drömmen om att vara normal*” och att ”*passa in*” går enligt artikelförfattarna som en röd tråd genom de ungas berättelser.

Unga kvinnor som lider av ångest eller depression berättar för Maria Wiklund, Ulla Danielsson, Maria Strömbäck och Carita Bengs hur de ständigt brottas med sin dåliga självkänsla, känslan av att "inte duga", att "inte hålla måttet" eller att inte kunna leva upp till "höga normer". De unga kvinnorna anstränger sig till det yttersta för att skapa ett existensberättigande genom självdisciplinering och oklanderliga prestationer.

"Jag har alltid trott att människor ska tycka sämre om mig om jag inte presterar bra eller om jag inte presterar riktigt bra. Och då tror jag att man bygger upp en känsla inombords för att det är alltid viktigt att prestera och sen så flyter det där på och sen till slut är det, det enda man vet. Det är som enda sättet man kan belöna sig själv på det är att man har presterat mycket eller man har presterat stort. Det är då man duger inför sig själv ..."

I Maria Strömbäcks, Maria Wiklunds, Carita Bengs och Ulla Danielssons artikel "Jag skakar" tjejer uttryck för psykisk ohälsa (se kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*) sammanfattas tidigare studier om vilka normer som särskilt styr de unga kvinnorna. Till exempel har det visats att tjejer i gymnasieåldern upplever höga prestationskrav och har lägre självkänsla jämfört med jämnåriga killar. Tjejer förväntas också att ta ett stort ansvar för kamratrelationer i skolan. Dessutom verkar det som om föräldrar har högre förväntningar på sina döttrar och att döttrarna anstränger sig mer för att uppfylla föräldrarnas krav jämfört med söner. Det ställs helt enkelt olika krav och förväntningar på tjejer och killar utifrån de rådande samhällsnormerna.

Hur påverkar dåligt mående de ungas liv?

Den största delen av rapporten beskriver ungas perspektiv på psykisk ohälsa. Flera av delstudierna är baserade på ungas berättelser i form av uppsatser, intervjuer, fokusgruppsamtal och öppna enkätsvar. Ett så rikt kvalitativt underlag har bidragit till en mängd nya tankar och slutsatser, som vi och de forskare som vi har anlitat, har kopplat till den tidigare kunskapen inom ämnet.

Vi har också analyserat befintligt datamaterial från myndighetens ungdomsenkät och attityd- och värderingsstudie samt träffat experter och representanter från det civila samhällets professionaliserade organisationer och från andra myndigheter.

Unga som mår dåligt visar det antingen genom att rikta problemet utåt, till exempel genom aggressivt eller normbrytande beteende eller genom att rikta problemet inåt, till exempel genom att känna sig nere, ha ont i magen eller i huvudet. Ätstörningar, social isolering och självskadebeteende är ytterligare symtom för inåtriktat dåligt mående.

En individ kan också visa både inåt- och utåtriktade symtom för psykisk ohälsa, vilket ökar risken för att den psykiska ohälsan blir långvarig.

Henrik och Anna-Karin Andershed har studerat ungas psykiska hälsa utifrån olika kombinationer av inåt- och utåtriktade beteenden. Deras analys tar fram en betydligt mer komplex och detaljerad bild av ungas psykiska ohälsa jämfört med tidigare forskning och med en koppling till hur stödet till unga bäst kan utformas. Psykiska problem och beteendeproblem undersöks ofta som helt separata fenomen som om de inte skulle ha samband med varandra och som om flera problem inte skulle förekomma hos en och samma person. I själva verket verkar det vara relativt vanligt att en och samma person har flera olika psykiska problem och beteendeproblem. En viktig slutsats i deras studie som presenteras i artikeln *Internaliserade och externaliserade problem bland unga vuxna* (se kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*) är att det finns ett behov av att fokusera på individer med både internaliserade problem som ångest- och depressionssymtom och externaliserade problem som frekvent riskbruk av alkohol och kriminellt beteende. De med fler än ett problem har generellt också mer av andra typer av problem, av helt annan art. Exempelvis är förekomsten av självskadebeteende och självmordsförsök mycket hög bland unga med multipla problem generellt, men också specifikt bland unga kvinnor med multipla problem. Av dem uppger drygt 80 procent ett självskadebeteende.

På många sätt en besvärlig livssituation

Vår analys av befintliga enkätdata i kapitel *Statistik kring ungas psykiska hälsa och ohälsa* visar att unga som lider av psykosomatiska besvär i högre grad har en besvärlig livssituation än andra unga. En betydligt större andel i den gruppen oroar sig för att inte duga jämfört med andra unga. Att inte duga kan innebära att man bekymrar sig för sådant som har att göra med utseende eller vikt, men också med möjligheten att få ett jobb. Det som verkar vålla mest bekymmer är dock den ekonomiska situationen. Nästan en tredjedel (31 procent) av dem som har psykosomatiska besvär oroar sig för sin eller familjens ekonomi, vilket är en mycket högre andel jämfört med för unga utan besvär (10 procent).

Svag självkänsla är mycket vanligt bland unga med psykosomatiska besvär, framför allt bland tjejerna, närmare hälften oroar sig för att inte duga. Bland killarna med besvär är det nästan en tredjedel som oroar sig för att inte duga. Att det handlar om mycket höga nivåer blir uppenbart när vi jämför med unga som mår bra. I den gruppen oroar sig endast 16 procent av tjejerna och 6 procent av killarna för att inte duga.

Det är mycket vanligt att oroa sig för det egna utseendet bland tjejer med psykosomatiska besvär, andelen är 41 procent jämfört med 15 procent bland tjejer utan frekventa besvär. Bland killar med besvär är nivån lägre, 24 procent. Bland killar utan besvär är det bara 3 procent som oroar sig för sitt utseende. Bilden ser ungefär likadan ut för oron över den egna vikten.

Vi kan också se att det oftare finns problem inom familjen eller i andra nära relationer bland unga som inte mår bra. Andelen som vänt sig till en professionell utanför familjen för att få hjälp och stöd på grund av familje- eller relationsproblem är ungefär dubbelt så stor jämfört med bland unga generellt.

Det finns också en tendens att unga som mår dåligt psykiskt i mindre omfattning än unga generellt pratar med sin mamma och pappa om det som oroar dem. Vi kan dock inte säga om unga isolerar sig från de som står dem närmast på grund av det dåliga måendet, eller om det är på grund av att de närstående vuxna inte förmår att stötta de unga på ett adekvat sätt.

Enligt slutsatserna i SOU 2013:74 *Unga som varken arbetar eller studerar – statistik, stöd och samverkan* finns det långsiktiga samband mellan psykisk ohälsa och att varken arbeta eller studera som ung vuxen. Psykiska besvär vid olika tillfällen under hela barndomen samvarierar med att varken arbeta eller studera vid 22 års ålder. Särskilt allvarliga är konsekvenserna för individer som blir psykiskt sjuka i senare delen av tonåren. Bland dem är det mer än en fjärdedel som inte har fullföljt sin gymnasieutbildning. Vidare framkommer att en femtedel av unga som har drabbats av en psykisk sjukdom i barndomen varken arbetar eller studerar vid 22 års ålder (SOU 2013:74).

Olika sätt att hantera sina problem

Vi vet sedan tidigare att tjejer är mer benägna att söka stöd när de mår dåligt jämfört med killar. Analysen i kapitel *Statistik kring ungas psykiska hälsa och ohälsa*, visar dessutom en tendens till att tjejer som inte mår bra i större omfattning söker stöd från andra vuxna och professionella utanför familjen än andra tjejer, medan killar som inte mår bra däremot i *mindre omfattning* söker stöd än andra killar. Det innebär att killar som mår dåligt söker stöd i mindre omfattning än alla andra unga.

För killar kan normerande maskulinitetsideal begränsa deras möjligheter och strategier för att hantera psykisk ohälsa. Det framkommer i både den dialog som MUCF haft med unga och i de olika studier av forskare som finns i rapporten. Utifrån vår dialog med unga ser vi också att det främst är killar som berättar att de inte pratar om hur de mår.

Normer kring maskulinitet kan försvåra för killar att våga söka hjälp när de inte mår bra psykiskt, men det kan också handla om att killar inte får ett bemötande som ger dem möjlighet att be om eller ta emot stöd. I artikeln *Dissonanser och möjligheter – i ljuset av genus, normativitet och samhällets individualisering* (se kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*) framkommer att unga män med depression kan uppleva att de måste förhålla sig till normer och föreställningar om att agera ut eller skylla sitt mående på faktorer utanför dem själva. Detta utåtagerande kan, i sin extrema form, leda till i våldshandlingar mot andra.

Vi kan också se att många av de tjejer som vi haft dialog med uttrycker medvetenhet kring psykisk ohälsa och dess konsekvenser. Att tjejerna är medvetna om sambanden betyder dock inte alltid att de i praktiken har funktionella sätt att hantera sitt dåliga mående. Tjejers beskrivningar handlar många gånger om hur de tar hand om sig själva och söker stöd på olika sätt, men deras beskrivningar handlar också om svårigheter med att hitta rätt form för självomsorg. I de två artiklarna som är författade av Maria Strömbäck, Maria Wiklund, Carita Bengs och Ulla Danielsson framträder också samhällseliga normer, en negativ syn på kvinnokroppen och feminina ideal som grund för en alltför pressande situation för tjejer.

Linda Hiltunen beskriver i sin artikel *Psykisk ohälsa i skolan* (se kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*) en uppdelning mellan emotionsfokuserade och problemfokuserade strategier som individen kan ta till sig för att hantera sitt dåliga mående. Emotionsfokuserade strategier är en kognitiv process som innebär att individen anstränger sig för att förändra sitt förhållningssätt eller sin värdering av en påfrestande situation. Problemfokuserade strategier är i stället en mer handlingsinriktad process som innebär att individen anstränger sig för att ta itu med det som upplevs påfrestande.

Hanteringsstrategierna kan också ses som funktionella eller dysfunktionella. Funktionell hantering kännetecknas av att individen upplever att hanteringsstrategin fungerar i den meningen att den psykiska hälsan gynnas, och dysfunktionella av att den valda strategin inte påverkar den psykiska hälsan i positiv riktning.

Strategier

Unga har strategier för att ta hand om sin psykiska ohälsa. I kapitel *”Självklart vill man känna sig viktig.” Ungas berättelser om psykisk ohälsa, stöd och strategier* beskriver vi vad unga som inte mår bra gör när de vill må bättre. För att tydliggöra olika sätt som unga förhåller sig på har vi delat in deras strategier inom olika temaområden. De kan sammanfattas i strategier som handlar om att *distrahera* sig, *känna*, uppleva, beskriva och kommunicera sina känslor, *lösa* problemet genom att göra konkreta förändringar, *tänka* på olika sätt, *vänta* och behålla ”status quo”.

I vår kartläggning av strategier som unga använder sig av när de vill må bättre ser vi också att strategier under benämningen *känna*, uppleva, beskriva och kommunicera sina känslor oftare beskrivs av tjejer medan strategier under benämningen *vänta* och behålla status quo oftare beskrivs av killar. Dessa resultat ska dock behandlas med försiktighet då materialet är självselektivt och inte representativt för tjejer och killar generellt. Tillsammans med övriga resultat i rapporten ger det dock en fingervisning om att könstillhörighet spelar roll för vilka strategier man som ung utvecklar för att försöka må bättre.

Ett annat resultat är att självskadande beteende av många unga beskrivs som ett sätt att agera för att hantera sin oro och ångest. Fler tjejer än killar beskriver att de använder sig av självskadebeteende.

Många unga beskriver att de använder både konstruktiva och destruktiva strategier. Vilken strategi de använder sig av beror på sammanhang och grad av upplevd psykisk ohälsa. Ju starkare ångest, desto vanligare är det med destruktiva strategier.

Vi kan utifrån de beskrivningar vi fått från unga se att de flesta strategier unga använder handlar om att hantera upplevelser och känslor själv eller med hjälp av andra på ett konstruktivt eller destruktivt sätt. Att hantera sin psykiska hälsa genom att förändra yttre faktorer via delaktighet och egenmakt är långt mer ovanliga strategier i ungas beskrivningar. Utifrån detta menar vi att det är relevant att vidare undersöka hur miljöer (till exempel skola och arbetsmarknad) och sammanhang (till exempel sociala relationer och normerande krav) i ungas vardag får betydelse för hur unga handlar och utvecklar strategier för att må bra. Utifrån kunskap om, och förståelse för, detta finns möjlighet att utveckla miljöer och bemötanden som främjar ungas välmående och möjligheter att utveckla breda repertoarer av handlingar och strategier för att hantera sitt mående.

Anpassat stöd

Får unga det stöd de behöver?

Vår bedömning är att det stora flertalet unga som lider av odiagnostiserad psykisk ohälsa inte får något eller får otillräckligt stöd från samhällets sida. De allra flesta av berättelserna som vi har analyserat beskriver sätt att själv hantera det dåliga måendet. Barnombudsmannens rapport (2014), *Bryt tystnaden. Barn och unga om samhällets stöd vid psykisk ohälsa*, innehåller däremot berättelser om barn och unga med psykisk ohälsa som har fått vård, men ändå upplever att de inte fått det stöd de behöver.

Det är viktigt att ungas dåliga mående inte bagatelliseras som något som hör åldern till och går över. Upp till 50 procent av de psykiska hälsoproblemen har sin debut under tonåren enligt EU:s överenskommelse för att stärka medborgarnas psykiska hälsa (Slovenian Presidency of the EU 2008). Psykisk ohälsa bland unga drabbar dem mitt i en viktig utvecklingsperiod där deras identitet formas. Därför är risken stor att de drabbades sociala och känslomässiga utveckling störs på ett långvarigt sätt.

Hur unga vill få stöd

I kapitel ”*Självklart vill man känna sig viktig*”. *Ungas berättelser om psykisk ohälsa, stöd och strategier*, redovisar vi hur unga svarade på frågan vad de önskar ifall de mår dåligt och behöver stöd från det offentliga eller det civila samhället. Unga är förhållandevis samstämmiga i sina svar. Det handlar om att någon lyssnar, det vill säga att den som ska ge stöd släpper sitt tolkningsföreträde om hur den ungas livssituation är eller bör hanteras och samtalar med den unga personen utifrån en stödjande, nyfiken och utforskande position.

Alla unga personer vill inte prata om hur de mår i alla lägen. Andra sätt att få stöd kan handla om att ta paus när man själv vill, till exempel möjlighet att gå ifrån en lektion och göra något annat som att ha tillgång till musik, kreativt skapande eller fysisk aktivitet.

Unga önskade att de kunde få stöd på sådana platser där de känner sig trygga och välkomna, med vuxna som de på olika sätt känner tillhörighet till. Unga vill använda sig av olika arenor när de söker stöd. Vissa vill möta någon personligen, andra trivs bäst med att söka stöd via chatt eller telefon. Det är viktigt med tillgänglighet både när det gäller tid och rum.

Unga önskar också att de i större utsträckning kan påverka hur stödet utformas. Makt, inflytande och delaktighet kan innebära olika saker för unga utifrån deras ålder, kön, etnicitet eller funktionsnedsättning. Unga är sinsemellan olika och deras behov av hur stöd och vård ges varierar. Därför önskar unga stöd som tar hänsyn till deras olika individuella identiteter.

Lite mer generellt kan man säga att unga upp till 18 år vill kunna uttrycka sig utan att vara oroliga för att det de berättar förs vidare till vårdnadshavare eller andra vårdinstanser utan deras medgivande. De som är över 18 år vill få tillgång till tydlig information om var de kan söka och få ta del av offentligt stöd utan känslan av att falla mellan stolarna. Alla unga vi haft dialog med uttrycker tydligt att det är mycket viktigt att de inte blir ”överkörda”. Rädslan för just detta hindrar många från att söka stöd.

Både positivt och svårt att tala om det jobbiga

Åsa Källström Cater analyserar vad unga som deltagit i samtalsstöd själva uttrycker som värdefullt i relationen med en vuxen behandlare i artikeln *Samtal som behandling av unga som upplevt våld i föräldrarnas parrelation* (se kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*). Hennes analys visar några tydliga mönster. För det första uttryckte sig alla ungdomarna positivt om att ha fått tala om våldet samtidigt som många också beskrev att det är svårt att tala om det.

Det kan vara smärtsamt att beskriva sin utsatthet. Även om ungdomarna var positiva till samtalsstödet så uttryckte flera av dem också att det varit jobbigt. Att ungdomarna fann det smärtsamt att berätta om det som hänt är inte överraskande eftersom ett av de vanligaste symtomen vid posttraumatiskt stressyndrom är att man försöker undvika allt som på något sätt påminner om den traumatiska händelsen. Unga som hade svåra erfarenheter att berätta om uppskattade därför att från och till kunna ta paus från berättandet och vila en stund från det jobbiga.

Förslag

Dagens unga har kanske den svåraste övergången till ett självständigt vuxenliv – med egen inkomst, eget boende och därmed en möjlighet att bilda egen familj – jämfört med tidigare generationer.

Det skapar stress inte bara hos unga som är i färd med att flytta hemifrån utan långt ner i åldrarna. Mycket av den press som unga upplever i relation till sina skolprestationer handlar om att de tänker på sin framtid. För en del kan tankarna på framtiden vara en extra sporre medan det för andra är en källa för återkommande ångest och känsla av att inte duga. Det är välbelagt att om man förlorar ett jobb så utlöser det ofta problem med den psykiska hälsan. Däremot har det inte forskats i samma omfattning kring frågan om en svår arbetsmarknadssituation, med få jobb som unga kan söka och försörja sig på, skapar en källa till psykisk ohälsa bland de unga. Men det finns mycket som tyder på det.

Ungas tillgång till insatser för behandling och prevention av psykiska problem minskar betydligt i och med att de blir för gamla för den öppna barn- och ungdomspsykiatri samt lämnar gymnasiet. Enligt beräkningar i SOU 2006:77 har unga i åldern 13–18 år totalt tillgång till 40 årsarbetare per 10 000 individer, jämfört med unga i åldern 19–24 år som totalt har tillgång till 14 årsarbetare per 10 000 individer. Att tillgången till stöd och behandling är så begränsad för den äldre gruppen unga är mycket olyckligt utifrån att andelen med psykisk ohälsa är lika omfattande i gruppen 20–24 år (bland tjejer) eller större (bland killar) jämfört med i gruppen 16–19 år enligt statistik från Ungdomsstyrelsens attityd- och värderingsstudie (Ungdomsstyrelsen 2013b).

Mer makt till unga – men med vuxna som stöd

En återkommande kommentar från unga och från de företrädare för verksamheter i civilsamhället som vi talat med är att unga behöver ges mer makt i förhållande till de vuxna som har makt att bestämma hur de ungas problem bäst bör lösas. Det är viktigt att varken köra över de unga eller att lämna dem med ett individualiserat ansvar för sitt dåliga mående. Det psykiska lidandet kan ofta lindras genom att till exempel välja andra vanor och förhållningssätt, men ansvaret för att tänka och välja rätt ska inte enbart ligga på individen. Om vi ska kunna vända trenden av ökad psykisk ohälsa bland de unga måste fler aktörer i samhället bidra.

Förenta Nationerna, FN, hade temat *Unga och psykisk ohälsa* för den internationella ungdomsdagen 2014 och lanserade i samband med det rapporten *Mental health matters. Social Inclusion of Youth with Mental Health Conditions* (United Nations 2014). Rapporten rekommenderade följande åtgärder:

- Ta fram bättre strategier och verksamheter, framför allt för unga med psykisk ohälsa och inlärningssvårigheter – två tillstånd som ofta följs åt. En väsentlig del av att bättre bemöta ungas behov är att genomföra förebyggande insatser i skolan med fokus på till exempel sociala färdigheter och hantering av svåra känslor och destruktivt beteende.
- Arbeta för att ta bort det negativa stigmat kring psykisk ohälsa, få fler unga att söka stöd och att sätta ord på sina mörka känslor och tankar.
- Fortsätt arbetet med att identifiera risk- och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa. (vår översättning, United Nations 2014, s.VIII-IX i Executive Summary)

Utöver dessa mer generella men viktiga förslag vill Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor även lyfta följande förslag, med utgångspunkt i att det handlar om det största hotet mot folkhälsan för de i dag uppväxande generationerna, enligt *European Pact for Mental Health and Well-being* (Slovenian Presidency of the EU 2008).

Förslagen är indelade i tre teman som är att

- satsa på att främja psykisk hälsa och att förebygga psykisk ohälsa
- ge unga stöd
- utveckla kunskapsunderlaget.

Satsa på att främja psykisk hälsa och att förebygga psykisk ohälsa

Jobba med normerna om femininitet och maskulinitet

Av rapportens olika delar blir det tydligt att både tjejer och killar möter begränsningar och upplever olika förväntningar från omvärlden som en konsekvens av stereotypa könsroller. I tjejrollen ingår att lägga stor omsorg på det egna utseendet, på skolarbetet och på sociala relationer, vilket kan bidra till de högre stressnivåer och den psykiska ohälsa som vi ser bland unga tjejer. Det är inte orimligt att anta att tjejers höga prestationer kommer till priset av bortprioritering av fritidsaktiviteter. Något som verkar positivt, som bättre skolresultat, kan ske på bekostnad av annat.

I killrollen ingår att visa en mer avslappnad attityd till skolarbetet jämfört med tjejerna. Den stereotypa killrollen bygger på att inte kommunicera med ord, att inte visa eller prata om känslor, att vara fysisk och praktisk och att inte vara ”duktig”.

Den som mår psykiskt dåligt upplever ofta att de är ensamma om att må dåligt – det pratas så lite om det som är svårt i livet. Samtidigt är den som lider av psykisk ohälsa som regel dåligt rustad för att själv ta upp ämnet, det hör oftast till symtombilden att självkänslan och självförtroendet sviktar.

Psykisk ohälsa i dess olika uttryck upplevs också ofta som skamligt för den drabbade individen. Skamkänslan är hopkopplad med att avvika från det som upplevs som normalt. Det kan till exempel handla om föreställningar hos individen själv, att inte klara av vissa prestationer (fysiska eller kunskapsbaserade), att inte fixa sociala spelregler eller att avvika utseendemässigt, som kan ligga bakom känslan av ångest eller deppighet.

Skamkänslan, oron och ångesten kan också vara förenade med svåra levnadsförhållanden som individen själv inte råår för, till exempel föräldrars missbruk eller psykiska ohälsa. Den kan också ha sin grund i våld i hemmet eller kriminalitet hos en familjemedlem, olika saker som det är svårt att prata om för en ung person.

Det är dags att på allvar ta tag i frågan om den ökande negativa stressen i skolan. Alla skolor bör utveckla sitt hälsofrämjande arbete för att det ska göra skillnad på riktigt bland de unga. Det räcker med andra ord inte att införa enskilda insatser i syfte att lära eleverna hantera en stressig vardag.

En hälsofrämjande skolutveckling handlar bland annat om att underbygga hälsa utan att tala om hälsa, till exempel genom att gynna elevers studiemotivation och lust till lärande och genom att främja goda relationer både mellan elever och mellan elever och lärare. Lärare och rektorer ska ta sitt ansvar i arbetet med att skapa en hälsofrämjande skola. Olika perspektiv behöver tillgodoses i undervisningen, bland annat genusmedvetenhet och en medvetenhet om de normer som omger oss så att inte skolan bidrar till en känsla av utanförskap.

Förslag: Främja jämställdhet bland unga genom att kompetensutveckla professioner

Vi har i samband med rapporten *Fokus 13 – Unga och jämställdhet* (Ungdomsstyrelsen 2013a), lämnat förslag på att ge professioner inom till exempel skolan, hälsovården och fritiden kompetensutveckling om genusnormer och attityder samt kring risk- och skyddsfaktorer för barns och ungas normbrytande beteende. Förslaget är fortfarande aktuellt.

Med genusnormer avses de egna förhållningssätten, men också sådana genusnormer som sätter sin prägel på de ungas vardag. Eftersom olika förväntningar riktas mot tjejer respektive mot killar så finns det goda skäl att diskutera genusbaserade attityder och värderings- och betedenormer bland de vuxna som barn och unga möter.

Förslag: Introducera generellt förebyggande metoder i skolan

Ett viktigt steg i att förebygga allvarlig psykisk ohälsa är att ta bort tabun kring det. Det är viktigt att unga lär sig känna igen tecken för ångest och depression och får kunskap om att det är tillstånd som går att behandla. Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska Institutet har sedan 2007 en nationell expertfunktion i suicidprevention. De arbetar bland annat med att pröva metoder för att förebygga självmord. Bland skolelever kan det handla om att lära sig känna igen psykisk ohälsa och olika sätt att främja sitt psykiska välmående. En nyligen avslutad europeisk studie som leddes av forskare på Karolinska Institutet visar att Awareness-programmet, som ger eleven verktyg att få eget inflytande över sin psykiska hälsa, har god effekt för att förebygga självmordsförsök och allvarliga självmordsplaner hos unga. Därför förslår vi att evidensbaserade suicidpreventiva metoder ska introduceras i högstadie- och gymnasieskolor.

Förslag: Förstärk arbetet med att förebygga kränkningar, trakasserier och hatbrott

Hot, kränkningar och trakasserier är en del av vardagen för många unga. Tjejer är särskilt utsatta för sexuella trakasserier. Förstärkt arbete för att förebygga sexuella trakasserier i skolan bör därför övervägas, något som vi även lyfter i vår slutrapport för uppdraget om näthat *Hot, kränkningar och trakasserier på nätet* (2015). Detta bör rikta sig till skollledning, skolpersonal och elever. Andra grupper som i hög grad är utsatta för kränkningar och hot är unga från nationella minoriteter som judar, romer och samer, unga med annan etnisk bakgrund än svensk samt unga hbtq-personer. Vi har i rapporten *Unga och våld* (Ungdomsstyrelsen 2013c) beskrivit att hatbrott ofta har både unga offer och unga gärningspersoner. Därför föreslår vi att arbetet med att förebygga kränkningar, trakasserier och hatbrott ska förstärkas.

Ge unga stöd

Rätt bemötande när unga söker stöd

Ett mycket tydligt resultat från vår studie är att unga i första hand hanterar sitt dåliga mående själva – de upplever inte att det stöd som samhället erbjuder är tillgängligt eller anpassat efter deras behov.

Ett annat resultat är att unga på olika sätt signalerar att de mår dåligt. Vissa vänder problemen inåt och får besvär som kan relateras till stress, ångest och oro. Andra vänder problemen utåt och blir ofta mer aggressiva och svåra att samarbeta med. De som arbetar nära de unga måste bli bättre på att tolka signalerna rätt och erbjuda alla stöd och vård, oavsett hur de unga signalerar.

Enligt vår studie önskar de unga en vuxen som är kompetent, har tid att lyssna och som inte har förutfattade meningar. Det är viktigt att ge gott om tid för de unga att beskriva sina svårigheter. Utifrån dessa beskrivningar kan stödet sedan utvecklas i samråd med den unga personen.

Den som ger stödet bör visa empati och genuint bry sig om personen – unga som mår dåligt kan ha svåra erfarenheter bakom sig och behöver uppmuntran för att orka och våga berätta. För de flesta är psykiska problem sammankopplade med skam och känsla av ett personligt tillkortakommande. Det kräver mod och tillit att berätta, och själva berättandet är ofta ansträngande.

De unga känner ofta skuld för att de mår dåligt – som om det var de själva som bar ansvaret för sin psykiska ohälsa. Det är därför viktigt att inte ytterligare förstärka den skuld känslan. Så i stället för att fråga vad den unga personen själv kan göra för att må bättre kan man fråga vad till exempel skolan kan göra tillsammans med den unga för att det ska bli bättre.

Det är inte enbart kön och de könsrelaterade normerna och erfarenheterna som skiljer unga åt. Man bör uppmärksamma samtliga diskrimineringsgrunder när man möter unga och vara medveten om och reflektera över sina fördomar och förutfattade meningar som kan påverka bemötandet.

Ungas tankar och erfarenheter kan ge vägledning för hur modeller för bemötande och behandlingsinsatser kan utvecklas och anpassas till deras specifika behov och livsvillkor. Det civila samhällets professionaliserade organisationer som möter unga med olika bakgrund, identitet och behov har oftast en specialistkompetens som andra kan lära av.

Förslag: Öka kompetensen bland de som ger stöd till unga som mår dåligt
Det finns många goda exempel på hur man skapar ett bra bemötande med unga som söker stöd. Ungdomsmottagningar och det civila samhällets professionaliserade organisationer är sådana miljöer och aktörer som både har god kompetens om olika ungdomsgruppers specifika behov och kan erbjuda bra former för mottagande och stöd.

Ungdomsmottagningar finns på de flesta orter, men alla mottagningar erbjuder inte specialiststöd för unga som mår dåligt. Det är också oftast tjejer som söker hjälp på ungdomsmottagningen för sina problem, men ofta även för pojkvännens problem. Alla ungdomsmottagningar bör därför kunna erbjuda stöd för unga som mår dåligt och utveckla insatser för att särskilt främja killars hjälpsökande. Det är också viktigt att unga hbtq-personer bemöts på ett professionellt sätt och med förståelse för deras situation. Socialstyrelsen (2015) presenterar i skriften *Att främja hbtq-personers lika rättigheter och möjligheter* exempel från projekt och verksamheter som arbetat med att inkludera ett hbtq-perspektiv. Skriften vänder sig till personal som är ansvarig för hbtq-frågor inom kommuner och landsting.

Förslag: Tidigt stöd till unga med sammansatt problematik

Unga – varav många är killar – som vänder sitt dåliga mående utåt genom till exempel ett aggressivt och våldsamt beteende, missbruk eller kriminalitet är en grupp som behöver mer kvalificerad uppmärksamhet än idag. Deras beteende kan vara kopplat till både psykisk ohälsa och annan social problematik, därför är det viktigt att de får stöd för hela sin ofta komplexa situation. Vi vet också att killar som mår dåligt i mycket liten omfattning söker stöd själva. Det behövs fler lokala och lättillgängliga mottagningar – varav vissa specifikt för killar och med manlig personal – som kan ge stöd på ett sätt som utgår från behoven hos unga med sammansatt problematik.

Förslag: Underlätta det civila samhällets professionella arbete

Vi har sett många exempel på verksamheter hos det civila samhället som ger kvalificerat och efterfrågat stöd åt olika grupper av unga som lider av psykisk ohälsa. Vi har också sett att samverkan mellan det offentliga och det civila samhället inte alltid fungerar optimalt. Vårt förslag är därför att ge en lämplig aktör i uppdrag att se över hur det civila samhällets organisationer kan få bättre villkor för att ge stöd åt unga som mår dåligt.

Utveckla kunskapsunderlaget

Indikatorer för självskattad hälsa

Vi har redovisat olika studier och undersökningar som används för att följa utvecklingen av ungas självskattade psykiska hälsa och ohälsa. De specifika frågorna som används är inte vetenskapligt beprövade och skattar enbart inåtvända problem i form av psykiska och psykosomatiska besvär.

Dessutom kan de tillstånd som brukar användas för att skatta nivån av psykisk ohälsa – oro, nedstämdhet, återkommande sömnbesvär och huvudvärk/magont – också ingå i olika psykiatriska diagnoser, vilket gör att måtten för den självskattade psykiska ohälsan fångar in både lättare och mer allvarliga tillstånd av psykisk ohälsa. Till det bör läggas att besvär som används som nyckeltal för att mäta självskattad psykisk ohälsa – ont i magen, ont i huvudet, sömnsvårigheter – är problematiska i sig eftersom besvären kan orsakas av andra anledningar än psykisk belastning.

Vid sidan av ökad psykisk press finns det alternativa förklaringar till att dessa besvär ökar bland skolelever. Att besvär med huvudvärk ökar skulle kunna bero på att unga vistas längre tider inomhus, kombinerat med dålig inomhusluft. Att magont ökar kan tänkas ha ett samband med till exempel ökande födoämnesallergier. Det är med andra ord inte alldeles säkert att hela ökningen av dessa besvär beror på en försämring av ungas psykiska hälsa.

I forskningen och i den kliniska vardagen är det vanligt att dela upp psykisk ohälsa hos barn och unga i utåtagerande och inåtvända problem. Det finns tydliga könsskillnader i symtomen för psykisk ohälsa enligt en färsk studie. Tio europeiska länder¹ har deltagit i World Mental Health Survey Initiative i syfte att jämföra könsskillnader i symtomen för psykisk ohälsa samt för självmord. Resultaten visade att det i flertalet av de deltagande länderna inte fanns någon skillnad i omfattningen av psykisk ohälsa mellan kvinnor och män. Däremot fanns det mycket tydliga skillnader i omfattningen av internaliserade symtom respektive externaliserade symtom. Det var två gånger så hög risk för kvinnor än för män att under sin livstid utveckla internaliserade symtom och två gånger så hög risk för män än för kvinnor att utveckla externaliserade symtom för psykisk ohälsa (Boyd et al. 2015).

Henrik och Anna-Karin Andersheds artikel *Internaliserade och externaliserade problem bland unga vuxna* (se kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*) visar liknande resultat bland unga i Sverige. Det generella mönster som vi därmed kan se är att tjejers psykiska ohälsa ofta av är inåtvänd karaktär och att psykosomatiska besvär ofta finns med i bilden. Därför är det rimligt att anta att de nyckeltal som vi i dagsläget använder fungerar relativt väl för att skatta omfattningen av lättare psykisk ohälsa bland tjejer. Vi säger *relativt väl* eftersom vi är medvetna om att det också finns tjejer som agerar utåt när de lider av ångest, oro och depressioner samt att frågorna både fångar upp rent medicinska besvär samt mer allvarliga psykiatriska tillstånd där besvären är en del av diagnosen.

¹ Länderna var Belgien, Frankrike, Tyskland, Nederländerna, Nordirland, Bulgarien, Rumänien, Italien, Portugal och Spanien.

Killar däremot vänder ofta – men inte alltid – det dåliga måendet utåt genom ett utåtagerande sätt. Utåtagerandet kan omfatta koncentrationssvårigheter, dålig impulskontroll och aggressivt beteende. Besvärerna kan under tonåren även omfatta mer allvarliga normbrott, ofta kombinerat med missbruk av droger och alkohol. Det är inte säkert att individer som agerar utåt besvärar av de psykosomatiska eller psykiska symtomen på samma sätt som individer med inåtvänd problematik.

Därför kan vi vara relativt säkra på att dagens nyckeltal för att skatta omfattningen av psykisk ohälsa ger en skev bild, och att det finns ett större mörkertal kring killars problematik. Kanske är det mest allvarliga att psykisk ohälsa där symtomen enbart synliggörs genom ett utåtagerande beteende inte omfattas alls i de undersökningar som ligger till grund för statistiken.

I flera internationella studier används andra frågeinstrument än de som till exempel används av SCB för att skatta nivån av psykisk ohälsa i befolkningen. En frågeskala som ofta används är WHO:s skala för mentalt välbefinnande, WHO-5. Ett annat exempel är Eurostats European Health Interview Survey (EHIS) som ställer fem frågor om psykisk påfrestning.

Sven Bremberg och Christina Dahlman (2015) har gått igenom mätverktygen som används för att mäta psykisk ohälsa hos barn och unga i kunskapsöversikten *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga*. Enligt deras analys är det ovanligt med frågeinstrument som skattar förekomsten av både inåtvända och utåtagerande problem. Ett undantag är dock Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ, som kan användas för grupperna 4–16 år och 12–16 år. I den senare kan frågorna besvaras av barnen och ungdomarna själva. Frågorna har använts i Sverige, till exempel i den nationella kartläggningen av barns psykiska hälsa 2009, *Grodan*.

Förslag: Se över frågeinstrumenten

Vi förslår att de ansvariga myndigheterna får i uppdrag att se över hur indikatorerna för ungas psykiska ohälsa kan breddas till att ge en bättre skattning av barns och ungas psykiska ohälsa.

Referenser

Barnombudsmannen (2014). *Bryt tystnaden. Barn och unga om samhällets stöd vid psykisk ohälsa*. Stockholm: Barnombudsmannen.

Boyd, A., Van de Velde, S., Vilagut, G., de Graaf, R., O'Neill, S., Florescu, S., Alonso, J. & Kovess-Masfety, V. (2015). Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 173(2015) 245–254.

Bremberg, S. & Dahlman, C. (2015). *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga*. Stockholm: Forte, Formas, Vetenskapsrådet, Vinnova.

Folkhälsomyndigheten (2014). *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Jarbin, H., von Knorring, A.-L. & Zetterqvist, M. (2014). *Riktlinje depression 2014*. Stockholm: Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri.

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2015). *Hot, kränkningar och trakasserier på nätet*. Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor.

Mörk, E., Sjögren, A. & Svaleryd, H. (2014). *Hellre rik och frisk – om familjebakgrund och barns hälsa*. Stockholm: SNS.

Regeringsbeslut (2013). *Uppdrag angående ungdomars upplevda psykiska ohälsa*. S2013/6261/FS (delvis): Socialdepartementet.

Slovenian Presidency of the EU 2008 (2008). European Pact for Mental Health and Well-being. *EU high -level conference Together for mental health and wellbeing*. Brussels, 12-13 june 2008.

Socialstyrelsen (2013). *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015). *Att främja hbtq-personers lika rättigheter och möjligheter. Förutsättningar och exempel*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2006:77 *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa – Analyser och förslag till åtgärder. Slutbetänkande av Utredningen om ungdomars psykiska hälsa*. Stockholm: Fritzes.

SOU 2013:74 *Unga som varken arbetar eller studerar – statistik, stöd och samverkan*.

Statistiska centralbyrån (2015). *Statistik om ungdomar till webbportal*.

Ungdomsstyrelsen (2013a). *Fokus 13 – Unga och jämställdhet*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Ungdomsstyrelsen (2013b). *Unga med attityd 2013. Ungdomsstyrelsens attityd- och värderingsstudie*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Ungdomsstyrelsen (2013c). *Unga och våld – en analys av maskulinitet och förebyggande verksamheter*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

United Nations (2014). *Mental health matters. Social Inclusion of Youth with Mental Health Conditions*. New York: Division for Social Policy and Development. Department of Economic and Social Affairs.

Inledning

Psykisk ohälsa är ett av de största hoten mot folkhälsan, både i Sverige och i resten av världen. Under senare år har särskilt den negativa utvecklingen bland unga uppmärksammats. Enligt Förenta nationerna drabbas 20 procent av alla världens 14–24-åringar av psykisk ohälsa under ett år. Risken för att drabbas är särskilt hög när unga ska etablera sig i vuxenlivet (United Nations 2014).

Folkhälsans utveckling följs upp av Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten och redovisas i en årlig rapport om folkhälsan i Sverige. Socialstyrelsen granskade särskilt gruppen barn och unga när de tog fram sitt underlag till 2013 års folkhälsorapport. De beskriver utvecklingen av ungas psykiska ohälsa som ett angeläget folkhälsoproblem:

”Den ökning av psykisk ohälsa som har skett under 1990- och 2000-talet bland barn och ungdomar är ett växande folkhälsoproblem. Psykisk sjukdom i ungdomen leder i många fall till ett utdraget sjukdomsförlopp med negativa konsekvenser i samband med att de unga ska etablera sig i vuxenvärlden. Även självrapporterade psykiska besvär ser ut att vara tidiga varningstecken på ökad psykisk ohälsa på sikt. Detta talar för att det inte enbart rör sig om en ökad benägenhet bland dagens ungdomar, jämfört med tidigare generationer, att rapportera allmänna och lindriga psykiska symtom som alltid funnits. Ökningen av psykisk ohälsa har fört med sig att fler ungdomar är allvarligt sjuka och har klart försämrade möjlighet att etablera sig i samhället. Det är angeläget att en ökad psykisk ohälsa bland barn och ungdomar uppmärksammas inom skola, vård och omsorg, samtidigt som man fortsätter att följa utvecklingen.”
(Socialstyrelsen 2013b, s. 29)

Effekterna av psykisk ohälsa är särskilt svåra när man är ung och i färd med att utveckla de kompetenser och färdigheter som behövs i vuxenlivet. Unga med psykiska besvär har svårt att upprätthålla trygga och positiva relationer med till exempel sina föräldrar, sina jämnåriga och sina lärare. Detta på grund av de negativa känslorna och tankarna som har sin grund i de psykiska besvären. En annan effekt av psykisk ohälsa är att det kan leda till svårigheter i att hantera konflikter.

Psykisk ohälsa bland unga drabbar dem mitt i en viktig utvecklingsperiod där deras identitet formas. Därför är risken stor att de drabbades sociala och känslomässiga utveckling störs på ett långvarigt sätt (United Nations 2014).

Psykisk hälsa är en rättighet

Vår utgångspunkt är att det är en mänsklig rättighet att ha god psykisk hälsa i enlighet med barnkonventionens artikel 24 (FN 1989) och artikel 1 i EU-överenskommelsen *European Pact for Mental Health and Well-being*:

”Mental health is a human right. It enables citizens to enjoy well-being, quality of life and health. It promotes learning, working and participation in society.”
(Slovenian Presidency of the EU 2008, s. 2)

Ungas psykiska hälsa ska prioriteras

I regeringens ungdomspolitiska handlingsprogram för perioden 2014–2017 är tre områden särskilt prioriterade: inflytande, egen försörjning och psykisk hälsa (prop. 2013/14:191). Anledningen till att ungas psykiska hälsa uppmärksammas och prioriteras är den oroväckande utveckling där allt fler unga, framför allt tjejer, på olika sätt beskriver att de inte mår bra och att de har återkommande psykosomatiska besvär. En annan trend där gruppen unga särskiljer sig är antalet självmord. Trenden är generellt minskande, men med undantag för unga (Socialstyrelsen 2013a).

Definition av psykisk hälsa

Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, snarare än avsaknad av sjukdomar eller funktionshinder, enligt den definition som Världshälsoorganisationen har tagit fram. Psykisk hälsa ingår i den generella definitionen, men ges en närmare tolkning i WHO:s handlingsplan för mental hälsa:

“...[m]ental health, which is conceptualized as a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community. With respect to children, an emphasis is placed on the developmental aspects, for instance, having a positive sense of identity, the ability to manage thoughts, emotions, as well as to build social relationships, and the aptitude to learn and to acquire an education, ultimately enabling their full active participation in society.”

(WHO 2012, s. 6)

Psykisk hälsa som begrepp omfattar därmed betydligt mer än endast frånvaron av psykiska störningar eller diagnoser. Enligt definitionen ovan innebär god psykisk hälsa att en ung tjej eller en ung kille mår bra i grunden och upplever att tillvaron är meningsfull. God psykisk hälsa betyder också att en ung person kan hantera livets normala påfrestningar och har fungerande sociala relationer. Individen ska också ha en realistisk självbild och kunna göra framsteg i sina studier och arbeta produktivt med målet att som vuxen kunna försörja sig själv och bidra till samhällsutvecklingen.

Vår tolkning av psykisk ohälsa

WHO:s definition av hälsa omfattar både frånvaro av sjukdom och närvaro av välbefinnande, att må bra. Psykisk hälsa är en dimension av hälsan, medan begreppet psykisk ohälsa används som en samlande beteckning både för mindre allvarliga psykiska besvär, som till exempel oro och nedstämdhet, och för mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos.

Vi kommer inte att beskriva diagnostiserad psykisk ohälsa i denna rapport, vårt uppdrag är istället att beskriva ungas *självupplevda* psykiska ohälsa. Därför fokuserar vi på sådana övergripande diagnoser och benämningar för psykisk ohälsa som ligger nära uppdragets formulering, det vill säga att känna sig nere eller deprimerad, att lida av långvarig stress och av kroppsliga symtom som relateras till det samt att lida av ångest. De flesta unga som lider av dessa besvär har ingen medicinsk diagnos för det och har därför inte heller fått stöd eller vård för sitt dåliga mående. Att beskriva det som händer när känslan av välbefinnande saknas i de ungas vardag är rapportens huvudutmaning.

Psykisk ohälsa på den politiska agendan

Den europeiska agendan

Det finns europeiska riktlinjer för vad de enskilda medlemsländernas arbete för att stärka barns och ungas psykiska hälsa och välmående bör omfatta. Dessa togs fram i 2008 års överenskommelse för att stärka medborgarnas psykiska hälsa, *European Pact for Mental Health and Well-being* (Slovenian Presidency of the EU 2008).

Utgångspunkten för överenskommelsen är att befolkningens psykiska hälsa och välbefinnande är en viktig resurs, men att psykiska problem är på uppgång inom EU. Omkring 50 miljoner medborgare, motsvarande cirka 11 procent av medlemsländernas befolkning beräknas uppleva psykisk ohälsa. Depression är det mest utbredda hälsoproblemet i många EU-medlemsländer. Självmord är en betydande orsak till dödlighet (Slovenian Presidency of the EU 2008).

Grunden till livslång psykisk hälsa läggs tidigt i livet. Upp till 50 procent av de psykiska hälsoproblemen har sin debut under tonåren. Enligt EU:s statistik lider 10–20 procent av de unga av psykiska besvär (Slovenian Presidency of the EU 2008). Därför är ett av de fem prioriterade områdena i EU-överenskommelsen barns och ungas psykiska hälsa. Medlemsländerna uppmanas att vidta åtgärder för att främja psykisk hälsa bland unga, bland annat genom att:

- säkerställa system för tidig intervention i hela utbildningssystemet
- tillhandahålla föräldrautbildningar
- vidareutbilda yrkesgrupper som arbetar med ungas hälsa, utbildning och andra ungdomsfrågor
- främja integreringen av socio-emotionellt lärande i läroplanen samt införa fritidsaktiviteter i skolor
- förebygga drog- och alkoholmissbruk, mobbning, våldsanvändande och social utslagning bland barn och unga
- främja ungas deltagande i utbildning, kulturaktiviteter, idrott samt i sin egen försörjning. (Slovenian Presidency of the EU 2008, s. 4, vår översättning)

Psykisk ohälsa på den svenska agendan

Prio – regeringens program

Personer med psykisk ohälsa ska ha samma tillgång som de med fysisk ohälsa till en jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet. Riktigt där är inte vården dag. Därför har regeringen tagit fram en handlingsplan *PRIO Psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016* (Socialdepartementet 2012). Planen består av ett antal åtgärder som riktar sig till grupper som särskilt riskerar att drabbas av psykisk ohälsa samt insatser för att förbättra situationen och bidra till återhämtning för personer med psykisk ohälsa.

Syftet är att genom stöd till strategiska insatser inom vård och omsorg skapa förutsättningar för ett långsiktigt förändringsarbete som kan ge hållbara vinster för framtiden.

Psynkprojektet – för barns och ungas psykiska hälsa

En av de centrala beståndsdelarna i handlingsplanen är en bred överenskommelse (Psynkprojektet) med Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, eftersom det är

kommunerna och landstingen som är huvudansvariga för vården och omsorgen till personer med psykisk ohälsa.

Sveriges Kommuner och Landsting driver sedan 2012 *Psynkprojektet* som är ett projekt för barns och ungas psykiska hälsa. Syftet med arbetet är att samordna samhällets alla insatser för barn och unga som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa.

Arbetet inom temat *första linjen*² har varit prioriterat. Utgångspunkten var att det på många platser kan vara oklart vilken funktion eller verksamhet som ska ge första linjens insatser till de barn och unga som har, eller riskerar att få, psykisk ohälsa. Det bör vara tydligt vilken aktör som har vilket uppdrag och hur gränsdragningen mellan uppdragen ser ut. Ett viktigt steg enligt *Psynkprojektet* är att beskriva nuläget med hjälp av frågorna:

- Vem eller vilka huvudmän svarar för de insatser som ges på första linjen?
- Hur är första linje-uppdraget avgränsat mot specialistuppdraget?
- Hur ser samverkan ut mellan första linjen och andra verksamheter som möter barn och unga?
- Vilken problematik behandlas på första linjen, vad remitteras vidare?
- Krävs remiss eller förhandsbedömning för behandling av första linjen?
- Hur och var förmedlas information om första linjen till medborgare respektive andra verksamheter som möter barn och unga eller deras föräldrar?³

Andra teman som Psynkprojektet har arbetat med under 2012–2014 är *Barn i behov av sammansatt stöd, Skolresultat och psykisk hälsa samt Tidiga insatser, sociala investeringar*. Barn och unga med komplex problematik är i behov av samtidiga stödinsatser från flera aktörer inom såväl kommun som landsting. Insatserna från de olika aktörerna måste vara sammansatta och utgå från barnets eller den ungas aktuella livssituation.⁴

Vad som ska vara inriktningen för arbetet inom Psynkprojektet efter att de första årens arbete avslutats vid årsskiftet 2014/2015 är i skrivande stund inte klart. Sveriges Kommuner och Landsting och regeringen har dock fattat beslut om en ny överenskommelse för 2015 med fortsatt stöd till kommuner och landsting.

² Med första linjen avses den funktion eller verksamhet i kommuner och landsting dit barn och unga med problem först kan vända sig till.

³ www.psynk.se 2015-02-06.

⁴ www.psynk.se 2015-02-06.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är den myndighet som ansvarar för hälso- och sjukvård. Inom området psykisk hälsa ska Socialstyrelsen bidra med kunskap, statistik och utvärdering. Barn och unga samt personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik prioriteras i arbetet.

I handlingsplanen för riktade insatser inom området psykisk ohälsa, Prio, gav regeringen Socialstyrelsen i uppgift att:

- samordna den statliga kunskapsstyrningen inom området psykisk ohälsa
- utveckla data och indikatorer för den vård som erbjuds personer med psykisk ohälsa
- kvalitetssäkra, följa upp och utvärdera verksamheten med personligt ombud.⁵

I delrapporten *Samordnad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa* (2015) beskriver Socialstyrelsen de insatser som ägt rum under 2013–2014. Under 2015 kommer fem myndigheter⁶ att utveckla och samordna stöd om depression, självmordsprevention för barn och unga, ADHD samt metoder för att förebygga missbruk. Materialen riktar sig bland annat till hälso- och sjukvården, socialtjänsten, elevhälsan och politiker.

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen kommer att utveckla ett konkret metodstöd till kommuner och landsting för att förhindra och följa upp självmord bland barn och unga upp till 24 år.

Under 2015 kommer Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, att ta fram en rapport om att förebygga missbruk hos barn och unga upp till 25 år. Resultaten kommer att presenteras på en ny webbplats. Tanken är att göra det lättare för målgrupper som regionala och lokala ANDT-samordnare, politiker och anställda inom socialtjänst, elevhälsa och BUP att veta vilka förebyggande metoder som har vetenskapligt stöd.⁷

⁵ www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa 2015-02-06.

⁶ Socialstyrelsen leder projektet som genomförs tillsammans med Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).
<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2015januari/femmyndighetersamordnarflerastodinompsykiskohalsa> 2015-02-06.

⁷ www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa 2015-02-06.

Regeringens ungdomspolitik

Riksdagen antog ett nytt mål för den nationella ungdomspolitiken 2014, som gäller för alla statliga beslut och insatser som berör unga mellan 13 och 25 år:

*Alla ungdomar ska ha goda levnadsvillkor, makt att forma
sina liv och inflytande över samhällsutvecklingen.*
(prop. 2013/14:191)

Regeringen har i den ungdomspolitiska proposition som riksdagens beslut grundas på angett tre övergripande prioriteringar – inflytande, psykisk hälsa och egen försörjning – för perioden 2014–2017 samt sammanställt ett ungdomspolitiskt handlingsprogram med insatser på dessa tre områden (prop. 2013/14:191).

Av propositionen framgår att regeringen ser på utvecklingen av ungas psykiska hälsa med oro. Där anges att tidiga insatser och förebyggande verksamhet bör prioriteras eftersom unga i utsatta situationer och vid risk för psykisk ohälsa som regel är i behov av snabba åtgärder. Långvarig väntan på adekvata insatser kan förvärra situationen och leda till utveckling av psykisk ohälsa. Regeringen anser därför att samverkan mellan olika aktörer behöver utvecklas eftersom ett flertal rapporter har visat allvarliga brister, till exempel obefintlig samordning, bristande kontinuitet, sen samverkan och bristande kommunikation.

Referenser

FN (1989). *Barnkonventionen*. FN:s konvention om barnets rättigheter.

Regeringens proposition 2013/14:191 *Med fokus på unga – en politik för goda levnadsvillkor, makt och inflytande*.

Slovenian Presidency of the EU 2008 (2008). *European Pact for Mental Health and Well-being*. Brussels, 12–13 June 2008.

Socialdepartementet (2012). *PRIO Psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*.

Socialstyrelsen (2013a). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013b). *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015). *Samordnad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen.

United Nations (2014). *Mental health matters. Social Inclusion of Youth with Mental Health Conditions*. New York: Division for Social Policy and Development. Department of Economic and Social Affairs.

WHO (2012). *Mental health action plan 2013– 2020*. Geneva: World Health Organization.

Elektroniska källor

www.psynk.se.

Sveriges Kommuner och Landsting. Psynk – Psykisk hälsa barn och unga. 2015-02-06.

www.socialstyrelsen.se/nyheter/2015januari/femmyndighetersamordnarflerastodinompsykiskohalsa.

Socialstyrelsen. Fem myndigheter samordnar flera stöd inom psykisk ohälsa. 2015-02-06.

www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa.

Socialstyrelsen. Psykisk hälsa. 2015-02-06.

Samlad kunskap om unga och psykisk ohälsa

Normer skapas av människor

Normer och förväntningar är något som alla unga på olika sätt tvingas att förhålla sig till. Starka samhällsnormer påverkar framför allt unga som på olika sätt bryter mot dem. Att synliggöra och problematisera de många gånger starka normer och förväntningar som unga upplever är en viktig komponent i ett hälsofrämjande arbete. Vi ser också att ett normkritiskt förhållningssätt har fått ett allt större genomslag under senare år. Syftet är att problematisera vår syn på vad som benämns normalt respektive avvikande i olika sammanhang (Bromseth & Darj 2010, Ungdomsstyrelsen 2011).

Att tala om förväntningar på kvinnlighet och manlighet, femininitet och maskulinitet, innebär att se kön som någonting som i stor utsträckning även är socialt och kulturellt format. För att tydliggöra detta används ofta begreppet genus. Genus eller kön kan därmed inte förstås som någonting statistiskt som är, utan bör istället ses som något som är föränderligt och som ständigt görs. Ett sätt att förklara hur våra föreställningar om kön skapas och upprätthålls är genom teorin om det så kallade genussystemet (Hirdman 2003).

Genus skapas i mellanmännsliga relationer och en grundläggande princip är att *hålla isär* könen, där kvinnor och män, tjejer och killar i stor utsträckning tilldelas olika egenskaper, finns på olika platser och inom olika sektorer. Den andra principen i detta system bygger på att män, eller det vi kodar som maskulint, ses som *norm* och därmed ges högre status och överordnas kvinnor och att det vi kodar som feminint nedvärderas (Hirdman 2003).

Normer kring femininitet och maskulinitet

För att heteronormer ska fungera måste könen hållas isär, de ska vara varandras motsatser (Butler 2005). I ungas visuella uttryck på sociala sajter görs denna skillnad genom normer utifrån vilka tjejer ska ha ”plutmun” och posera lagom sexuellt utmanande och killar ska se oberörda ut, posera som ”coola” och inte erkänna att de är intresserade av att presentera sig själva online via egobilder (Forsman 2014).

Skolverket lyfter i sin rapport *Diskriminerad, trakasserad, kränkt?* (Skolverket 2009) att unga som inte lever upp till utseende- och beteendemässiga normer kring kön ofta riskerar kränkningar utifrån att de inte uppfattas som heterosexuella. Framför allt killar som inte framstår som tillräckligt ”maskulina” riskerar att utsättas för kränkningar i skolan och det sker ofta en nedvärdering av killar vars utseende, språk, intressen, fritidsaktiviteter eller umgängeskrets på olika sätt tolkas som ”feminina” (Skolverket 2009).

Skilda förväntningar utifrån kön kan påverka hur unga mår psykiskt

Kan unga tjejers och unga killars sätt att förhålla sig till normer för att göra femininitet och maskulinitet relateras till lättare psykisk ohälsa? Det har visat sig att tjejers psykiska ohälsa kan relateras till oro kring utseende och kroppsideal. Ungdomsstyrelsens attityd- och värderingsstudie 2013 visar att tjejer i betydligt större utsträckning än killar är oroliga för sitt utseende, för sin vikt och för att inte duga (Ungdomsstyrelsen 2013b).

Samtidigt visar forskning inom det feministiska och genusvetenskapliga fältet att tjejer som vill uttrycka sin femininitet inom heteronormen hamnar i en balansgång mellan att bli ansedda som sexuellt attraktiva och att vara det men inte vara för utmanande så de faller ur ramen och anses som sexuellt lösaktiga.

Starka normer kring maskulinitet lyfts ofta fram som ett hinder för killar att i ord uttrycka hur de mår och söka stöd när de mår dåligt (BRIS 2012, Sveriges Kommuner och Landsting 2014). De starka förväntningarna på ett könsbaserat agerande som unga upplever från sin omgivning, och även ställer på sig själva, blir därmed centrala att förhålla sig till i förståelsen av psykisk ohälsa.

Samtidigt är det viktigt att även synliggöra hur stereotypa förväntningar på kön *i sig* riskerar att skapa eller osynliggöra ohälsa. Exempelvis är kriterierna för diagnosen depression i grunden utformade efter kvinnors uttryck för psykiskt lidande, till exempel oro och ångest (Sveriges Kommuner och Landsting 2014). Flera studier visar att mäns psykiska ohälsa i högre grad tar sig uttryck genom exempelvis sänkt stresstolerans, utåtagerande aggressivitet, missbruksbenägenhet eller fysiska besvär (Hilte 2012, Sveriges Kommuner och Landsting 2014).

Ungas mående och psykiska ohälsa måste därmed förstås och problematiseras i relation till de normsystem som på olika sätt formar och påverkar ungas handlingsutrymme utifrån kön och sexualitet. De många gånger skilda förväntningar som ställs på unga utifrån kön kan i stor utsträckning såväl antas forma hur tjejer, killar och transpersoner mår psykiskt som hur detta tar sig uttryck (Hammarström & Hensing 2008, Sveriges Kommuner och Landsting 2014).

Genuskodade uttryck för psykisk ohälsa leder till underdiagnostisering

Att mäns depressioner många gånger är osynliggjorda och underdiagnostiserade är något som återkommande lyfts upp när temat män och hälsa behandlas (SOU 2014:6, Sveriges Kommuner och Landsting 2014). En förklaring kan vara att depression ses som en *"feminiserad sjukdom"* och att män därför tenderar att tona ned eller dölja sina depressioner för att inte behöva uppvisa maktlöshet och brist på kontroll (Courtenay 2000). Viljan att framstå som oberoende och självbehärskad, och visa att man inte styrs av sina känslor, tycks även påverka benägenheten att söka stöd (European Commission 2011).

Det kan även handla om att uttryck för psykisk ohälsa i stor utsträckning är genuskodade, vilket bland annat innebär att mäns psykiska ohälsa i större utsträckning tar sig uttryck genom aggressivitet, utåtagerande beteende och missbruk av droger och alkohol. Dessa uttryck har dock förbisetts som symtom för depression och leder till underdiagnostisering av mäns psykiska ohälsa, något som påpekas i såväl nationella som internationella studier (Hilte 2012, SOU 2014:6, Sveriges Kommuner och Landsting 2014).

I Ulla Danielssons kvalitativa forskning med primärvårdspatienter har det framkommit att män med depression i högre grad rapporterade kroppsliga symtom som bröstsmärtor och problem med andning, hjärta eller högt blodtryck, medan kvinnor snarare beskrev depression i termer av känslomässiga uttryck och återkom till känslor av skam och skuld. De genuskodade uttrycken märktes även i hur kvinnor och män beskrev sina känslor och orsakerna till hur de mådde. Medan kvinnor uttryckte känslor av ångest och oro uttryckte männen oftare aggressiva känslor och beskrev hur de kämpade för att nå upp till maskulina normer om att vara hårda och för att dölja känslor av sorgsenhet och sårbarhet (Danielsson & Johansson 2005).

Duktiga flickor och stökiga killar – genusnormer i skolan

I rapporten *Fokus 13 – Unga och jämställdhet* (Ungdomsstyrelsen 2013a) berättar unga om erfarenheter av lärares och andra vuxnas stereotypa förväntningar på ”duktiga flickor” och ”stökiga killar”. I samma rapport redovisas också resultat från den nationella ungdomsenkäten 2012, där nio av tio unga uppger att de upplever att det finns förväntningar på hur de ska vara som tjej eller kille. Enligt samma enkätundersökning uppger en större andel unga att personer i deras umgänge eller omgivning tycker det är viktigt att killar är ”manliga” jämfört med andelen som uppger att de själva tycker att det är viktigt. Det tycks alltså finnas ett starkt socialt tryck på unga att leva upp till omgivningens könsbaserade förväntningar (Ungdomsstyrelsen 2013a).

I skolan lever starka normer där tjejer ses som de ansvarstagande och prestationsinriktade och killar ses som de som inte pluggar samt ”stör” på lektioner och i korridorer.

Detta betyder inte att alla unga människor låter dessa normer styra beteenden och ageranden i sin vardag. Men det betyder att alla unga har att förhålla sig till dessa normer. Antingen genom att de blir bemötta utifrån dessa normer i möten med både jämnåriga och vuxensamhället, eller genom att de aktivt måste välja bort dessa normer i sitt ”görande” av kön.

En stor del av de trakasserier som drabbar unga i skolan tar sin utgångspunkt i en heteronormativ kontext. Unga tjejer drabbas i stor utsträckning av sexuella trakasserier, medan killar i större utsträckning drabbas av kränkningar av homofob karaktär (Diskrimineringsombudsmannen 2012, Pettersson 2014, Skolverket 2009, Witkowska 2005).

Heteronormen påverkar unga hbtq-personer

Heteronormativitet handlar om föreställningen att det enbart finns två kön: kvinnor och män och att kvinnor och män attraheras av och kompletterar varandra. I ett heteronormativt samhälle förväntas man känna sig bekväm med det kön man tilldelades vid födseln och ha ett könsuttryck som överensstämmer med det. Kvinnor förväntas vara feminina och män förväntas vara maskulina. Kön betraktas också som något konstant, inte som något föränderligt. Enligt normen förväntas människor vara antingen tjej eller kille, och man talar om dessa två som motsatta kön. Alla förväntas vara heterosexuella och eftersträva monogama parförhållanden (Ungdomsstyrelsen 2012b).

Att avvika från heteronormen medför en ökad risk för kränkningar, trakasserier och våld. Unga homo- och bisexuella samt transpersoner uppger i högre grad än befolkningen i sin helhet att de utsatts för kränkande behandling eller bemötande och har generellt i högre grad erfarenheter av våld och hot om våld. De uppger också i större utsträckning otrygghet, avsaknad av emotionellt stöd och brist på tillit till andra människor. Utsatthet för diskriminering och trakasserier till följd av sexuell läggning eller könsuttryck/könsidentitet var också vanligt förekommande (Ungdomsstyrelsen 2010).

Unga som är homosexuella, bisexuella eller transpersoner blir därmed en riskgrupp för andra problem. Inte på grund av sin sexualitet och könsidentitet i sig, utan på grund av en dålig psykosocial livssituation där de utsätts för föräldrarnas och samhällets osynliggörande (Ungdomsstyrelsen 2010).

Hedersnormer påverkar även i skolan

Heder handlar om att individen är underordnad ett kollektiv och delaktig i detta. Unga i en hederskontext lever enligt ett normsystem eller traditioner som tvingar den unga personen att begränsa sitt liv. Unga som växer upp inom en hederskontext upplever mer eller mindre starka regler som handlar om respektabilitet, kontroll av sexualitet, oskuldsnormer för flickor samt om korrekt manligt och kvinnligt beteende.

Kontrollen av ungas beteende omfattar även skolan. Enligt Sara Högdins (2007) avhandling i socialt arbete finns det mycket tydliga skillnader i restriktioner för att delta i skolaktiviteter, aktiviteter arrangerade av skolan på fritiden och andra sociala aktiviteter, utifrån elevernas etniska bakgrund. Unga med utländsk bakgrund hade betydligt fler restriktioner. Killarna med utländsk bakgrund tilläts delta i fler aktiviteter med stigande ålder, men inte tjejerna. Det var mest familjer där föräldrarna var lågutbildade eller religiösa som kontrollerade sina tjejer. Tjejer med svensk bakgrund i religiösa familjer kontrollerades dock inte mer än andra, däremot kontrollerades tjejer med lågutbildade föräldrar i högre grad (Högdin 2007).

Hedersrelaterat våld och förtryck kan leda till att unga lever dubbelliv

Begreppet hedersrelaterat våld och förtryck är ett paraplybegrepp för våldshandlingar mot och förtryck av framför allt tjejers och kvinnors liv och hälsa där brotten syftar till att kontrollera kvinnors sexualitet för att inte familjen, eller släkten, ska förlora sitt anseende inför andra i släkten eller i relation till andra familjer. Fäder, mödrar, syskon och nära släktingar kan vara de som hotar och utövar våld. Hoten behöver inte alltid verkställas, men kan vara högst närvarande som potentiellt våld i ungas liv. Unga kan leva i ett gränsland mellan att vara hårt kontrollerade hemma och att i skolan möta en helt annan värld (Ungdomsstyrelsen 2010).

Den normkonflikt som finns mellan det svenska samhället och familjen blir i sådana fall en stor och svårhanterad del av de ungas vardag. Det blir stora kollisioner mellan vad de får lära sig i skolan om ungas rättigheter och deras egna erfarenheter. Att få höra att det är förbjudet att slå barn, men sedan ändå bli slagen hemma leder till frustration och en känsla av att dessa rättigheter inte når fram till dem. Detta blir svårt för unga att förhålla sig till (Ungdomsstyrelsen 2012c).

Det har generellt sett varit svårt att uppskatta hur många unga som blir utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck eller hur det påverkar deras psykiska hälsa. Det vi vet är att unga hbt-personer som lever i en hederskontext är särskilt utsatta eftersom deras sexuella identitet eller läggning sällan accepteras av familjen. Det innebär att de helt saknar stöd från familjen om de till exempel skulle utsättas för hatbrott eller trakasserier i skolan. Den kontroll som oftast drabbar tjejer i familjer som lever enligt hedersnormer drabbar ofta även killar som inte är heterosexuella. Många unga hbt-personer i familjer som lever enligt hedersnormer drabbas av försök till omvändelse samt av hot om våld och våld när deras sexuella läggning kommer till familjens kännedom. Därför är det relativt vanligt att unga håller sin läggning hemligt från familjen och lever ett dubbelliv (Darj & Nathorst-Böös 2011).

Unga med funktionsnedsättning har sämre levnadsvillkor

Ungdomsstyrelsens rapport *Fokus 12 – om unga med funktionsnedsättning* slår fast att unga med funktionsnedsättning har tydligt sämre levnadsvillkor än unga utan funktionsnedsättning. Inom områdena utbildning, arbetsmarknad och hälsa är skillnaderna särskilt stora (Ungdomsstyrelsen 2012a).

En annan aspekt som rapporten tar upp är den sociala konstruktion där människor utan funktionsnedsättning betecknas som normala och människor med funktionsnedsättning som avvikande. Å ena sidan har samhällsutvecklingen medfört att gränserna mellan det som anses som normalt och avvikande till synes blivit mindre skarpa. Men å andra sidan finns det en motsatt utvecklingstendens, nämligen att med nya och förfinade metoder diagnostisera människor och sortera dem i kategorier som normala eller onormala. Genom detta konstrueras samtidigt en annorlunda kring dem (Ungdomsstyrelsen 2012a).

Andelen bland unga med funktionsnedsättning som angett magont, huvudvärk eller problem med sömnen är dubbelt så hög jämfört med bland unga utan funktionsnedsättning enligt Ungdomsstyrelsens ungdomsenkät 2012. Sammantaget led 55 procent av unga med funktionsnedsättning av psykosomatiska besvär några gånger i veckan eller varje dag. Den motsvarande andelen bland unga utan funktionsnedsättning är sammantaget drygt 30 procent, även det en hög andel (Ungdomsstyrelsen 2012a).

Barn med funktionsnedsättning löper större risk än andra barn för våld och kränkningar hemma. Studien *Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige* (Janson, Jembro & Långberg 2011) visar att drygt 20 procent av barnen med kroniska sjukdomar eller funktionsnedsättning har utsatts för våld av sina föräldrar i någon form. Motsvarande siffra för barn i allmänhet är 10 procent. Mest utsatta är barn med ADHD. Av dessa uppger 26 procent att de har upplevt våld mellan vuxna i familjen och 44 procent uppger att de själva har blivit slagna. Ett undantag i sammanhanget är barn och unga med rörelsehinder som enligt studien inte löper signifikant större risk än andra barn att utsättas för våld från sina föräldrar.

Orsaker till våld mot barn med funktionsnedsättning kan vara fysisk och psykisk utmattning hos föräldrarna. Barn med funktionsnedsättning är mer beroende av sina föräldrar och detta betyder att föräldraskapet ofta blir mycket krävande (Socialstyrelsen 2014).

Social bakgrund påverkar psykisk hälsa

Tidigare forskning har visat på vikten av en bra psykosocial hemmiljö. Fungerande relationer till familjen i tidig ålder är en viktig faktor både för barns välmående och för deras framgång i vuxenlivet (Socialstyrelsen 2006).

Det finns idag stora skillnader i ungas psykiska hälsa utifrån deras sociala bakgrund, till skillnad från för 20 år sedan. Enligt Socialstyrelsen var skillnaden mellan unga utifrån social bakgrund liten eller obefintlig i början av 1990-talet för diagnoser som missbruk, ångest, depressioner, bipolär sjukdom, autism och ADHD. Idag finns dock tydliga skillnader. Ju lägre utbildningsnivå mamman har, desto vanligare är det att få vård för missbruk, ångest, depressioner, psykoser och ADHD bland unga. Däremot är det vanligare med bipolär sjukdom och ätstörningar bland unga till välutbildade mödrar. Beträffande vård för autism ses inga sociala skillnader (Socialstyrelsen 2013).

Bilden bekräftas och nyanseras av en studie från Studieförbundet Näringsliv och Samhälle, SNS, *Hellre rik och frisk – om familjebakgrund och barns hälsa* som visar ett starkt samband mellan föräldrars ekonomi och barns hälsa (Mörk, Sjögren & Svaleryd 2014). Särskilt utsatta är barn till föräldrar som får ekonomiskt bistånd från kommunen. De löper nästan tre gånger så stor risk för att bli inskrivna på sjukhus på grund av psykisk ohälsa under barndomsåren. Forskarna fann även att hälsan under barndomen har stor betydelse för skolresultat och om man hamnar i bidragsberoende som vuxen. Bland dem som varit inskrivna på sjukhus på grund av psykisk ohälsa under sin uppväxt är det fyra gånger så vanligt att vara beroende av ekonomiskt bistånd vid 23 års ålder (Mörk et al. 2014).

Föräldrarnas sociala problem påverkar barnens hälsa

Många barn och unga växer upp i familjer där en eller båda föräldrarna har långvariga problem med till exempel arbetslöshet, missbruk, aggressivt och våldsamt beteende eller med depression och andra former av psykisk ohälsa. Familjer som har drabbats av allvarliga sociala problem får ofta ekonomiskt bistånd från kommunen. Studieförbundet Näringsliv och Samhälles studie *Hellre rik och frisk* visar den tydliga negativa påverkan som föräldrarnas sociala problem har på barns hälsa och deras möjligheter till ett bra liv (Mörk et al. 2014).

Barn i familjer där en förälder eller båda föräldrarna har stora problem med missbruk eller med psykisk hälsa är dubbelt drabbade. Dels riskerar de att inte få sina grundläggande behov av omvårdnad och trygghet tillgodosedda, dels måste de anpassa sin vardag efter de särskilda omständigheter som föräldrarnas problem ger upphov till.

Våld inom familjen sätter barnet i en utsatt position

Barn kan inte välja vilken familj de föds in i eller tillhör. Om föräldrar eller vårdnadshavare är de som kränker och hotar barnen skapar det en mycket utsatt position. Om ett barn blir kränkt i en nära relation, som i det här fallet av vuxna som ska älska och skydda barnet, så påverkas barnets grundinställning till livet. Det utrymme där barn och unga kan vara sig själva och vara älskade som de är minskar drastiskt om inte hemmet är en trygg plats att vara på (Lewis Herman 2007, Ungdomsstyrelsen 2010).

Omkring 6 procent av elever i årskurs 9 angav 2011 att det har förekommit våld mellan de vuxna i hemmet, och en majoritet av dessa elever angav att de själva har bevittnat våld inom familjen. Andelen som själva någon gång blivit slagna av sina föräldrar eller någon annan vuxen i hemmet var högre, nästan 14 procent, enligt studien *Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige* (Janson et al. 2011).

En liknande bild, fast med en något lägre nivå av utsatthet, framträder när man frågar en äldre grupp unga om deras efterfarenheter av våld från nära anhöriga. Ungdomsstyrelsen ställde i sin ungdomsenkät 2009 frågan om utsatthet för hot och våld från föräldrar eller andra vuxna. Enkäten besvarades av cirka 3 000 unga mellan 16 och 25 år. Ungas svar visar att 9 procent av unga män och 10 procent av unga kvinnor hade blivit utsatta för hot om våld. Andelen som angav att föräldrar eller någon annan vuxen hade gjort dem fysiskt illa var 9 procent av de unga männen och 13 procent av de unga kvinnorna (Ungdomsstyrelsen 2010).

Unga hbtq-personer är oftare utsatta för våld från anhöriga. Av de unga icke-heterosexuella⁸ var det 17 procent som uppgav att de hade blivit utsatta för hot om fysiskt våld och 19 procent att de hade blivit utsatta för fysiskt våld av någon vuxen i familjen, vilket är en betydligt högre nivå av utsatthet jämfört med bland heterosexuella unga (10 procent) (Ungdomsstyrelsen 2010).

Orsaker till våld inom familjen

Vad är det då som gör att våld av olika slag mot barn fortfarande äger rum? En delförklaring kan vara att det förekommer våld i de vuxnas relation. Våld mellan föräldrarna är den allvarligaste riskfaktorn för våld mot barnet. Det är drygt 50 procent risk att även barnen blivit slagna om modern misshandlas i hemmet. Att föräldrarna är påverkade av alkohol eller droger medför också en betydligt ökad risk för barnet att bli slaget (Janson et al. 2011). Forskning har visat en hög stressnivå hos mammor som har utsatts för våld i nära relationer och att de själva har en ökad risk för att använda fysiskt och psykiskt våld mot sina barn eller för att försumma dem (Grip 2012).

En annan utlösande faktor som kan drabba barn i alla samhällsklasser är när föräldrarna drivs hårt av stress och svårigheter att få ihop sin vardag. Föräldrar med bristande impulskontroll och orealistiska förväntningar på sitt barn har ökad risk för att utöva våld eller försumma barnet i perioder med ökad stress eller ohälsa (Janson 2010, Lagerberg & Sundelin 2000, Socialstyrelsen 2014).

Effekter av våld inom familjen

Både fysiskt och psykiskt våld kan leda till psykisk ohälsa hos det utsatta barnet. *Kommittén mot barnmisshandel* genomförde en enkätstudie med ett urval av 2 500 slumpmässigt utvalda 20-åringar i hela landet. I slutet av enkäten fanns en öppen fråga där de svarande ombads att uttrycka sina tankar och åsikter kring barnmisshandel. Frågan fick svar från 358 av 20-åringarna.⁹

⁸ Majoriteten av de unga i Ungdomsstyrelsens studie svarade att de är heterosexuella, en minoritet att de är homosexuella, bisexuella, transexuella, osäkra på sin sexuella läggning eller annat (vet inte).

⁹ Resultaten redovisades i utredningen *Barn och misshandel* (SOU 2001:18).

Det insamlade materialet har därefter analyserats av forskarna Carolina Jernbro, Ulla-Britt Eriksson och Staffan Janson och resultaten publicerats i *Nordic Journal of Social Research* (Jernbro, Eriksson & Janson 2010).

Både unga som själva hade utsatts för fysiska, psykiska eller sexuella övergrepp och unga som inte hade utsatts för övergrepp hade lämnat svar på den öppna frågan om hur de såg på barnmisshandel. Ett av resultaten var att många av de unga som blivit utsatta för övergrepp som barn – oavsett vilken typ av övergrepp – upplevde att de hade drabbats av psykisk skada på grund av detta.

Studien visade vidare att psykisk misshandel under uppväxtåren kan vålla lika stor skada som fysisk misshandel. En del av de svarande uppgav att de hade upplevt både fysisk och psykisk misshandel, men att den psykiska misshandeln hade drabbat dem hårdast. Enligt forskarna har psykisk misshandel, inklusive försummelse, inte uppmärksamats på liknande sätt som andra former av övergrepp, trots att det finns bevis för att psykisk misshandel i barndomen är relaterad till känslomässiga problem senare i livet, till exempel ångest, depression och psykosomatiska besvär (Jernbro et al. 2010).

De som var offer för sexuella övergrepp beskrev ofta känslor av skam och skuld, särskilt de utsatta killarna. Enligt forskarna finns ett stort behov bland unga som blivit utsatta för sexuella övergrepp att få berätta om vad de varit med om. Den gruppen representerade hälften av de svarande i undersökningen. Det är möjligt att det var första gången för många av respondenterna att kunna dela med sig av sina erfarenheter av övergrepp (Jernbro et al. 2010).

Skyddsfaktorer på individnivå

Även om riskerna är förhöjda så drabbas inte alla barn som växer upp under missgynnsamma familjeförhållanden. En hel del forskning har ägnats åt att identifiera varför vissa barn drabbas och andra inte. Ett viktigt begrepp i sammanhanget är begreppet skyddsfaktor.

- Skyddsfaktorer för det individuella barnet kan vara god social kompetens, hög begåvning, ett gott självförtroende och intern locus of control. Locus of control innebär att barnet upplever sig kunna styra det viktiga som sker i dess omgivning och på så sätt kunna hantera sin situation. I detta ligger även förmågan att kunna sätta upp mål i livet (Lagerberg & Sundelin 2000).
- Skyddsfaktorer i en familjekontext kan vara trygg anknytning mellan barn och föräldrar samt god hälsa hos modern, familjesammanhållning och tillgång till ett socialt nätverk samt god utbildning hos föräldrarna (Janson 2010, Lagerberg & Sundelin 2000, Socialstyrelsen 2014).
- Skyddsfaktorer i omgivningen är en god och kontinuerlig kontakt med grannar, lärare, fritidsledare, positiv tillvaro i förskola och skola, att barnet får hjälp att bearbeta smärtsamma upplevelser, att barnet får hjälp med att hantera sin aktuella situation så bra som möjligt och att barnet upplever kontinuitet och sammanhang i livet (Janson 2010, Lagerberg & Sundelin 2000, Socialstyrelsen 2014).

Arbetsmiljö och sociala relationer i skolan

Skolmiljön är den miljö som alla barn i Sverige vistas i mellan 6 och 15 års ålder. Många går sedan vidare till gymnasium och de flesta lämnar inte skolmiljön förrän i 19-

årsåldern. Att den psykosociala miljön i skolan påverkar unga i stor utsträckning vittnar en rad studier om. Sven Bremberg skriver bland annat att barn, när de börjar skolan, har mer lika villkor än när de avslutar sin skolgång och att detta till viss del beror på skolsystemet som bidrar till skiktningen av psykisk ohälsa bland barn och unga (Bremberg 1998).

I en av utredningarna inom Delegationen för jämställdhet i skolan (DEJA) refereras till en studie om elevers upplevelse av skolan som arbetsmiljö:

”Elever med krävande arbetsförhållanden, det vill säga de som upplevde höga krav och låg nivå av kontroll hade sämre hälsa än de elever vars situation skattats som mindre krävande. Särskilt dåligt för hälsan var när en låg känsla av sammanhang adderades till den grupp som hade villkor som angavs som krävande.”

(SOU 2010:80, s.38)

Mobbning och kränkande behandling påverkar hälsan mest

Skolmiljön och skolans struktur kan ha gynnsam påverkan på ungas hälsa. Tyvärr är det alltför ofta som skolmiljön i stället skapar ogynnsamma förhållanden för unga att må bra i. Mobbning och kränkande behandling är de aspekter i skolmiljön som har de mest negativa effekterna på hälsan (SOU 2010:80).¹⁰

I utredningen *Skolan och ungdomars psykosociala hälsa* (SOU 2010:80) understryks att skolan måste erbjuda en miljö där eleverna känner sig trygga. Forskningen om den psykosociala skolmiljön är på framväxt. Bland annat har Skolverket publicerat en forskningsantologi, *Kränkningar i skolan – analyser av problem och lösningar* (Skolverket 2013). I antologin förs diskussioner om skolmiljön och dess konsekvenser för ungas hälsa.

Ett perspektiv som tas upp i antologin är att hälsogrundande insatser i skolan måste ta hänsyn till relationer och makthierarkier som finns inom elevgruppen. I forskning om mobbning har fokus skiftat från att tidigare ha handlat om enskilda elevers aggressiva eller asociala beteende till att ses som ett problem som uppstår i mellanmänskliga relationer (Söderström 2013).

Åsa Söderström beskriver elevernas sociala tillvaro i skolmiljön utifrån annan forskning och understryker att eleverna för en ständig kamp om tillhörighet i kamratgruppen, ju lägre tillit i kamratgruppen, desto större utrymme för maktspel.

¹⁰ Kränkningar kan handla om allt från fysiskt våld och utfrysning till orättvis behandling och glåpord, men där det inte finns koppling till diskrimineringsgrunderna.

Mobbningsbeteenden beror på kön

Mobbningsforskningen fokuserade länge på *”den aggressiva pojken”* som symbol för mobbaren. Mobbning definierades som fysisk mobbning, vilket är vanligare bland killar (Frånberg 2013). I senare forskning har också social mobbning uppmärksammats. Tjejers och killars mobbningsbeteenden är ofta olika och de reagerar också olika på mobbning (Frånberg 2013).

När det gäller tjejers mobbning sinsemellan ägnar sig tjejer ofta åt social mobbning som är svårare att upptäcka. Social mobbning påbörjas och upprätthålls många gånger av en kompisgrupp. Tjejer ger interaktion och nära relationer stor betydelse. Därför blir också hotet om att förlora sin gruppstillhörighet i större utsträckning en stressfaktor för tjejer än för killar (Frånberg 2013).

Om vi utgår från könsstereotypa mönster använder tjejer den vardagliga interaktionen till att utveckla vänskapsrelationer medan killar använder vardagliga interaktioner för att stärka sin egen position i den sociala hierarkin. Skolpersonal och omgivande strukturer måste därför arbeta för att utveckla gynnsamma kamratrelationer och bra relationer mellan lärare och elever.

Sexuella trakasserier vanliga i skolan

Vi vet också, utifrån en forskningsöversikt från Diskrimineringsombudsmannen 2012, att sexuella trakasserier är en del av skolans vardag.¹¹ Vilka konsekvenser som sexuella trakasserier i skolan får finns väldigt lite forskning om. I en artikel om psykisk hälsa bland elever i årskurs 9 refererar författarna till en av de få studier som finns inom ämnet och menar att tjejer som uppger att de blivit sexuellt trakasserade i högre grad rapporterade psykisk ohälsa och självmordshandlingar i jämförelse med tjejer som i mindre grad eller inte alls blivit trakasserade (Gillander Gådin & Hammarström 2005).

Vidare skriver artikelförfattarna att många studier visar att negativa uppfattningar om det egna utseendet leder till dåligt mående, speciellt bland tonårstjejer. En negativ kroppsuppfattning kan delvis komma från negativa erfarenheter som är kopplade till den egna kroppen, till exempel sexuella trakasserier. Ökad sårbarhet hos tonårstjejer, på grund av kroppslig förändring och utveckling i puberteten, tillsammans med negativa erfarenheter som sexuella trakasserier kan vara en del av förklaringen till att tjejer i årskurs 9 mår psykiskt sämre än killar (Gillander Gådin & Hammarström 2005).

Några av de konsekvenser som nämns för tjejer är lågt självförtroende samt låg tilltro till sig själv och den egna förmågan att till exempel prata i klassrumssituationer. I artikeln nämns också att en aspekt som ofta förbises när det gäller trakasserier är det generellt mer fientliga skolklimat som utvecklas i samband med trakasserier (Gillander Gådin & Hammarström 2005).

¹¹ Sexuella trakasserier är en särskild form av diskriminering som innebär ett uppträdande av sexuell natur som kränker någons värdighet.

Ungas arbetslöshet kan påverka hälsan i framtiden

För de flesta som går från arbete till arbetslöshet ökar den psykiska ohälsan i ett kort perspektiv. Därefter återhämtar man sig ofta, om än i varierande grad (Arbetslivsinstitutet 2006). Unga vuxna är extra utsatta för arbetslöshet och därmed den ohälsa som arbetslöshet kan medföra (Oscarsson 2013). I en avhandling har det även visat sig att arbetslöshet och bristande möjligheter att etablera sig på arbetsmarknaden i större utsträckning påverkar ungas hälsa än äldres (Reine 2009).

I Ungdomsstyrelsens rapport *Unga med attityd* (2013b) påpekas att konsekvenserna av arbetslöshet aldrig ska underskattas. Unga som varit arbetslösa uppger att de oroar sig för den egna hälsan, arbetslöshet, för att inte duga och för familjens ekonomi i större utsträckning än unga som aldrig varit arbetslösa. De har även i betydligt högre grad besvär med sömnen.

Även unga som haft en kort period av arbetslöshet uppger i högre grad oro och en högre förekomst av besvär än unga som aldrig varit arbetslösa. Att vara arbetslös som ung, även under kortare perioder, kan alltså påverka hälsan i framtiden (Ungdomsstyrelsen 2013b).

Orsakssambandet mellan arbetslöshet och ohälsa

Orsakssambandet mellan arbetslöshet och ohälsa är ännu inte klarlagt. Arbetslöshet kan skapa ohälsa och ohälsa kan, som en selektionsmekanism, skapa arbetslöshet (Arbetslivsinstitutet 2006). Det kan vara så att en lägre grad av välbefinnande och hälsa bland arbetslösa beror på en ”arbetslöshetseffekt”, det vill säga en faktisk konsekvens av arbetslösheten. Men det kan också vara så att individer med sämre hälsa i högre grad drabbas av arbetslöshet, och arbetslösas sämre hälsa förklaras då i större eller mindre utsträckning av ”selektionseffekter”.

Sådan selektion kan för övrigt ske både genom att nedsatt hälsa ökar risken för utstötning till arbetslöshet och att nedsatt hälsa ökar risken för utestängning i arbetslöshet. Verkan kan också vara dubbelriktad, så att lägre grad av välbefinnande och hälsa bland arbetslösa är en konsekvens av att både arbetslöshetseffekter och selektionseffekter är verksamma. I så fall kan arbetslösheten ha negativa effekter på hälsan och sämre hälsa i sin tur öka sannolikheten för framtida arbetslöshet (Arbetsmiljöverket 2011a).

Enligt SOU 2013:74, *Unga som varken arbetar eller studerar – statistik, stöd och samverkan*, finns det också långsiktiga samband mellan sjukdom och att varken arbeta eller studera som ung vuxen. Psykiska besvär och sjukdomsfall vid olika tillfällen under hela barndomen samvarierar med att varken arbeta eller studera vid 22 års ålder. Särskilt allvarliga är konsekvenserna för individer som blir psykiskt sjuka i senare delen av tonåren. Bland dem är det mer än en fjärdedel som inte har fullföljt gymnasieutbildningen. Vidare framkommer att en femtedel av unga som har drabbats av en psykisk sjukdom i barndomen varken arbetar eller studerar vid 22 års ålder (SOU 2013:74).

Även arbete kan leda till ohälsa

När frågor kring unga, hälsa och arbete diskuteras läggs ofta fokus på arbetslöshet. Men det finns även faktorer i arbetsmiljön som påverkar ungas hälsa. Arbetsmiljöverkets rapport (2011a) visar att det finns ett brett vetenskapligt stöd för att psykosociala faktorer i arbetet bidrar till förekomsten av psykisk ohälsa. Enligt Arbetsmiljöverket är det flera faktorer i arbetet som kan orsaka påfrestningar som kan leda till ohälsa, till exempel högt arbetstempo, monotont arbete, oklara förväntningar på arbetsinsats, ständiga förändringar, risker för hot och våld, konflikter och trakasserier.

Unga kvinnors arbetssituation sämre än ungas mäns

Arbetsmiljöverket (2012) beskriver en ålderssegregerad arbetsmarknad där unga under 30 år inte är med och bestämmer om upplägget av arbetet. Rapporten visar också att kvinnor under 30 år i högre grad känner sig trötta och håglösa jämfört med kvinnor över 30 år och även jämfört med män i samma ålder. För män är det ingen skillnad mellan de olika åldersgrupperna avseende i vilken omfattning de känner sig trötta och håglösa.

Att kvinnor är mer utsatta för ohälsa än män, och att ohälsan ökar bland yngre kvinnor och män i arbetslivet, är något som även framkommer i den årliga *Jobbhälsobarometern* (Sveriges företagshälsor 2013). Enligt undersökningen har 42 procent av tjejerna och 39 procent av killarna under 30 år känt psykiskt obehag över att gå till jobbet det senaste året (Sveriges företagshälsor 2013).

Undersökningen visar även att kvinnor i större utsträckning än män upplever att balansen mellan arbete och privatliv är mindre bra. Sämst är det för kvinnor under 30 år där var fjärde kvinna upplever obalans. Unga är också i större utsträckning missnöjda med den fysiska arbetsmiljön. På denna fråga svarar 38 procent av kvinnorna i åldern 20–30 år och 33 procent av killarna i samma ålder att de inte är nöjda med den fysiska arbetsmiljön (Sveriges företagshälsor 2013).

Sexuella trakasserier på jobbet drabbar främst unga kvinnor

Enligt Arbetsmiljöverkets rapport (2014) har 14 procent av de unga kvinnorna (16–29 år) i arbetaryrken utsatts för sexuella trakasserier av kunder, gäster, brukare med flera. Ytterligare 3 procent uppger att de blivit sexuellt trakasserade av chefer eller arbetskamrater. Motsvarande för unga kvinnor i tjänstemannaryrken är 12 respektive 6 procent.

Andelen unga kvinnor som utsätts för trakasserier grundat på kön från chefer eller arbetskamrater har ökat markant mellan 2011 och 2013, från 15 procent till 19 procent. Samtidigt har andelen unga män som utsätts minskat med två procentenheter, från 6 till 4 procent (Arbetsmiljöverket 2014).

Negativa beteenden som till exempel mobbning eller sexuella trakasserier kan betraktas som en *stressor*¹². Ett stort antal studier har funnit samband mellan att en individ utsätts för någon form av aggressivt beteende och ohälsa (Arbetsmiljöverket 2011b). Rapporten lyfter fram studier som indikerar att sexuella trakasserier kan leda till symtom på depression och post-traumatisk stress. De sexuella trakasserier tycks också kunna påverka individens självkänsla och självförtroende och kan hänga samman med ökad alkoholkonsumtion och användning av droger samt ätstörningar. Grövre mobbning, våld eller sexuella trakasserier ger generellt en större och allvarligare reaktion. De som hade de svåraste upplevelserna av trakasserier har också de mest negativa effekterna avseende depression, ångest, somatisering¹³, fobisk ångest, paranoida tankar och även symtom på posttraumatisk stress.

Bra bemötande som framgångsfaktor

För att erbjuda fler unga stöd och hjälp i svåra situationer behövs ett utökat stöd till unga utifrån kommunikationsarenor där samtalet kan ske på ett sätt som upplevs som tryggt för den som söker stöd. Unga som på ett eller annat sätt bryter mot de rådande normerna för till exempel kön, funktionalitet eller sexualitet behöver ett bemötande där de slipper uppleva sig som annorlunda, eller som den ”andra”. Ansvar för att skapa ett möte där det normala inte sätts i kontrast med den ”andra” ligger alltid hos den som följer normen.

Tidigare studier har visat att en betydligt större andel unga hbt-personer och unga med funktionsnedsättning jämfört med övriga unga har avstått från att besöka eller delta i någon fritidsverksamhet på grund av rädsla för att bli dåligt bemött eller illa behandlad. Det är en ungefär lika stor andel, cirka 30 procent, unga med funktionsnedsättning som unga hbt-personer som angett att de avstått (Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor 2014, Ungdomsstyrelsen 2012a).

Temagruppen Unga i arbetslivet har studerat vilken roll bemötandet har i arbetsmarknadsprojekt för unga. Rapporten *Möt mig där jag är* redogör bland annat för vad unga anser att ett bra bemötande handlar om. Resultaten visar att det centrala för att bemötandet ska bli en framgångsfaktor i projekten är att individer möts där de är. Det handlar bland annat om att bli lyssnad till utan att bli dömd, se framåt istället för att fokusera på det som varit samt att bli behandlad som en människa och inte endast som en siffra eller ett ärende. Förutsättningarna i form av tid, tillgänglighet och flexibilitet bör finnas i projekten för att ett anpassat och unikt bemötande ska kunna äga rum (Temagruppen Unga i arbetslivet 2014).

¹² En stressor är en fysisk eller mental påfrestning som utlöser upplevelsen av stress.

¹³ Med somatisering menas processen genom vilken känslor tar sig uttryck i kroppsliga symtom.

Lyhördhet hos omgivningen och upplevelse av egenmakt är viktiga för hälsan

Barn och unga har olika förutsättningar att klara av påfrestningar i form av situationer som skapar stress och är riskfyllda. Om unga kommer att utveckla psykisk ohälsa beror på hur den omgivande miljön kan möta ungas behov av stabilitet och vara lyhörd för just den ungas behov (BRIS 2012).

Yttre påfrestningar, uteblivet stöd och utebliven bearbetning av det som upplevts är miljöfaktorer som BRIS pekar på som orsaker till att barn och unga utvecklar psykisk ohälsa. Miljöfaktorerna är något som ofta underskattas i möten med unga med psykisk ohälsa:

”I stället för att betrakta barnets psykiska ohälsa som en naturlig reaktion på påfrestningar som har varit för höga för barnet, betraktar man barnet eller dess psykiska ohälsa som problemet.”
(BRIS 2012, s. 73)

Goda sociala relationer och upplevelsen av egenmakt är betydelsefulla för psykisk hälsa. Få studier finns idag om hur unga hanterar situationer där de känner sig kränkta eller mobbade eller om när, om eller hur de väljer att söka hjälp. Att vara utsatt för mobbning sammanhänger enligt ett flertal studier bland annat med ångestkänslor, depression, oro och förlorad tillit till omgivningen. Däremot finns liten kunskap om hur olika individer tolkar och reagerar på olika situationer och handlingar som är kränkande. Det finns till exempel inga studier där man har frågat elever som blivit mobbade om varför eller i vilka situationer de väljer att anförtro sin situation till någon utomstående (Flygare & Johansson 2013).

Alternativa sätt att samtala om svåra upplevelser

Många barn och unga upplever att det är svårt att tala med en vuxen om det de upplever som problem i sitt eget liv (BRIS 2012, Löfberg & Aspán 2013). Webbaserad kommunikation har visat sig vara en form av stöd som unga uppskattar (Löfberg & Aspán 2013). Den mest framträdande anledningen till att unga väljer att söka stöd från vuxna via nätet är att kommunikationen erbjuder ett fysiskt avstånd där unga uppfattar att de kan samtala på ett sätt som möjliggör upplevelse av närhet och synlighet i relation till den vuxna (Löfberg & Aspán 2013). Att bli sedd och hörd men också att se och höra andra blir av värde för förståelsen av sig själv och sin livssituation.

Referenser

Arbetslivsinstitutet (2006). *Uppsagdas och arbetslösas villkor och hälsa – en översikt av forskningen 1995–2005*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Arbetsmiljöverket (2011a). *Hälsokonsekvenser av arbetslöshet, personalneddragningar och arbetsbelastning relaterade till ekonomisk nedgång*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Arbetsmiljöverket (2011b). *Psykologiska perspektiv på hot och våld i arbetslivet*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Arbetsmiljöverket (2012). *Arbetsmiljön 2011. Arbetsmiljöstatistik Rapport 2012:4*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Arbetsmiljöverket (2014). *Arbetsmiljön 2013. Arbetsmiljöstatistik. Rapport 2014:3*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Bremberg, S. (1998). *Barnrapporten. Kunskapsbaserat folkhälsoarbete för barn och ungdom i Stockholms län Stockholm*. Stockholm: Stockholms läns landsting.

BRIS (2012). *Se hela mig! om psykisk ohälsa*. Stockholm: BRIS.

Bromseth, J. C. H. & Darj, F. (2010). *Normkritisk pedagogik : makt, lärande och strategier för förändring*. Uppsala universitet: Centrum för genusvetenskap.

Butler, J. (2005). *Könet brinner*. Stockholm: Natur och kultur.

Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science and medicine*, 50, 1385–1401.

Danielsson, U. & Johansson, E. E. (2005). Beyond weeping and crying: a gender analysis of expressions of depression. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, 171–177.

Darj, F. & Nathorst-Böös, H. (2011). *Hbt & heder. En intervjustudie om unga hbt-personer som lever i familjer med hedersnormer*. Stockholm: ALMAeuropa och RFSL Ungdom.

Diskrimineringsombudsmannen (2012). *Forskningsöversikt om trakasserier inom utbildning och arbetsliv - Forskning publicerad vid svenska universitet och högskolor sedan år 2000*. Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen.

European Commission (2011). *The state of men's health in Europe*. DG Health and Consumers: The European Commission.

Flygare, E. & Johansson, B. (2013). Långvarig utsatthet drabbar hårt. I Skolverket (Red.) *Kränkningar i skolan - analyser av problem och lösningar*. Stockholm: Skolverket.

Forsman, M. (2014). *Duckface/Stoneface. Sociala medier, onlinespel och bildkommunikation bland killar och tjejer i årskurs 4 och 7*. Stockholm: Statens medieråd.

Frånberg, G.-M. (2013). Flickor, pojkar och kränkningar. I Skolverket (Red.) *Kränkningar i skolan - analyser av problem och lösningar*. Stockholm: Skolverket.

Gillander Gådin, K. & Hammarström, A. (2005). Youth Health. A possible contributor to the higher degree of girls reporting psychological symptoms compared with boys in grade nine? *European Journal of Public Health*, Vol. 15, No 4, 380-385.

- Grip, K. (2012). *The damage done. Children exposed to intimate partner violence and their mothers. Towards empirically based interventions in order to reduce health effects in children.* Psykologiska institutionen: Göteborgs universitet.
- Hammarström, A. & Hensing, G. (2008). *Folkhälsofrågor ur ett genusperspektiv. Arbetsmarknad, maskuliniteter, medikalisering och könsrelaterat våld.* Östersund Statens folkhälsoinstitut.
- Hilte, M. (2012). Om depression och manlighet. *Psykisk hälsa*, 53(4), 25–30.
- Hirdman, Y. (2003). *Genus : om det stablas föränderliga former.* Malmö: Liber.
- Högdin, S. (2007). *Utbildning på (o)lika villkor – om kön och etnisk bakgrund i grundskolan.* Stockholms universitet: Institutionen för social arbete.
- Janson, S. (2010). *Barn som utsätts för fysiska övergrepp.* Socialstyrelsen.
- Janson, S., Jembro, C. & Långberg, B. (2011). *Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige – en nationell kartläggning 2011.* Stockholm: Allmänna barnhusen.
- Jernbro, C., Eriksson, U.-B. & Janson, S. (2010). Young adults' personal views on child abuse. *Nordic Journal of Social Research*, Vol. 1 2010.
- Lagerberg, D. & Sundelin, C. (2000). *Risk och prognos i socialt arbete med barn.* Centrum för utvärdering av socialt arbete. Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- Lewis Herman, J. (2007). *Trauma och tillfrisknande.* Göteborgs psykoterapiinstitut.
- Löfberg, C. & Aspán, M. (2013). *Känsliga frågor Om stöd till unga via nätet.* Stockholm: Liber.
- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2014). *Fokus 14 – Om ungas fritid och organisering.* Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor.
- Mörk, E., Sjögren, A. & Svaleryd, H. (2014). *Hellre rik och frisk – om familjebakgrund och barns hälsa.* Stockholm: SNS.
- Oscarsson, E. (2013). *Ungdomsarbetslöshet. Mått, orsaker och politik.* Stockholm: SACO.
- Pettersson, T. (2014). *Grupper, maskuliniteter och våld* Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Reine, I. (2009). *From Young to Adult: Health Consequences of Unemployment from a Gender Perspective.* Medicinska fakulteten: Umeå Universitet.
- Skolverket (2009). *Diskriminerad, trakasserad, kränkt – barns, elevers och studerandes uppfattningar om diskriminering och trakasserier.* Stockholm Skolverket.
- Skolverket (2013). *Kränkningar i skolan - analyser av problem och lösningar.* Stockholm: Fritzes.
- Socialstyrelsen (2006). *Social rapport 2006.* Stockholm: Socialstyrelsen: Epidemiologiskt centrum.
- Socialstyrelsen (2013). *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014). *Barn som far illa eller riskerar att fara illa.* Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2015). *Samordnad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa*. Delrapport av ett regeringsuppdrag. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2001:18 *Barn och misshandel. En rapport om kroppslig bestraffning och annan misshandel i Sverige vid slutet av 1900-talet*. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2010:80 *Skolan och ungdomars psykosociala hälsa*. Rapport från Delegationen för jämställdhet i skolan. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2013:74 *Unga som varken arbetar eller studerar – statistik, stöd och samverkan*.
- SOU 2014:6 *Män och jämställdhet*. Betänkande av Utredningen om män och jämställdhet. Stockholm: Fritzes.
- Sveriges företagshälsor (2013). *Jobbhälsobarometern. Delrapport 2013:1*. Stockholm: Sveriges företagshälsor.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2014). *(O)jämställdhet i hälsa och vård. Reviderad upplaga 2014*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Söderström, Å. (2013). Vi vill ju så väl och ändå kan det bli så fel. I Skolverket (Red.) *Kränkningar i skolan - analyser av problem och lösningar*. Stockholm: Skolverket.
- Temagruppen Unga i arbetslivet (2014). *Möt mig där jag är. Bemötande som framgångsfaktor i arbetsmarknadsprojekt för unga*. Stockholm: Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor.
- Ungdomsstyrelsen (2010). *Hon hen han. En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Ungdomsstyrelsen (2011). *Öppna verksamheten – Ett metodmaterial om normer och inkludering i öppen ungdomsverksamhet*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Ungdomsstyrelsen (2012a). *Fokus 12 – Om unga med funktionsnedsättning*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Ungdomsstyrelsen (2012b). *Om unga hbtq-personer. Hälsa*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Ungdomsstyrelsen (2012c). *Äkta makar*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Ungdomsstyrelsen (2013a). *Fokus 13 – Unga och jämställdhet*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Ungdomsstyrelsen (2013b). *Unga med attityd 2013*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Witkowska, E. (2005). *Sexual harassment in schools : prevalence, structure and perceptions*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Psykisk hälsa hos unga som tillhör de nationella minoriteterna

Enligt regeringens uppdrag ska vi särskilt uppmärksamma situationen för unga som tillhör de nationella minoriteterna¹⁴ eftersom psykisk ohälsa i större utsträckning förekommer i dessa grupper än i övriga befolkningsgrupper (regeringsbeslut 2013). Den delen av uppdraget har varit svår att genomföra eftersom det är få tidigare studier där detta lyfts. Det saknas också statistiska underlag i form av enkät- eller registerdata som omfattar uppgiften om tillhörighet till de nationella minoriteterna.

Vi har tagit del av den litteraturgenomgång avseende hälsa och nationella minoritetet som Mälardalens högskola har genomfört för Folkhälsomyndighetens räkning i samband med rapporten *Samråd med Sveriges nationella minoriteter* (2014). Vi utgår från valda studier i den genomgången samt från Statens folkhälsoinstituts rapport *Hur mår Sveriges nationella minoriteter?* (2010) i den första delen av kapitlet. I den andra delen finns intervjuer med representanter för svenska samernas riksungdomsförbund Sáminuorra och Romska Ungdomsförbundet.

Nationella minoriteter

Svårigheten att beskriva hälsosituationen bland de nationella minoriteterna har uppmärksammats av Statens folkhälsoinstitut som 2008 fick i uppdrag av regeringen att kartlägga hälsosituationen bland samer, sverigefinnar, romer, judar och tornedalingar. Resultaten presenteras i rapporten *Hur mår Sveriges nationella minoriteter?* (Statens folkhälsoinstitut 2010).

I rapporten framkommer att det finns brist på data kring hälsa och levnadsvillkor för personer som tillhör någon av de fem minoritetsgrupperna. Även svårigheterna med att genomföra nya undersökningar om de nationella minoriteternas situation beskrivs i rapporten eftersom uppgifter om tillhörighet i nationella minoriteter inte ingår i officiell statistik i Sverige.

¹⁴ I december 1999 beslutade riksdagen att Sverige skulle ansluta sig till Europarådets ramkonvention om skydd för nationella minoriteter och den europeiska stadgan om landsdels- eller minoritetsspråk. Riksdagen fattade också beslut om en minoritetspolitik och ett erkännande av fem nationella minoriteter och deras språk (alla varieteter). Gemensamt för minoritetsgrupperna är att de har befolkat Sverige under lång tid samt att de bildar grupper med en uttalad samhörighet. De har även en egen religiös, språklig eller kulturell tillhörighet och en vilja att behålla sin identitet. Under 2009 presenterade regeringen en ny minoritetspolitisk strategi med åtgärder för att ytterligare stärka de nationella minoriteternas rättigheter. Som en del i regeringens strategi gäller också från den 1 januari 2010 lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk.

- Uppskattningsvis anser drygt en halv miljon personer att de tillhör en nationell minoritet:
- Den största gruppen är sverigefinnar, cirka 450 000.
 - Antalet tornedalingar uppskattas vara cirka 50 000.
 - Även romerna uppskattas vara ungefär 50 000 indelat i följande grupper (ungefärliga siffror): 2 500 svenska romer, 3 200 finska romer, 10 000 utomnordiska romer och 20 000 resande romer. Därutöver finns också ett okänt antal mer nyligen anlända romer från Polen och andra länder i Östeuropa.
 - Det finns olika uppfattningar om hur många samer som bor i Sverige i dag. Enligt Södra Lapplands forskningsenhet finns det cirka 36 000 samer i Sverige. Officiella siffror från regeringen säger att det finns cirka 20 000 samer i Sverige.
 - I dag lever cirka 25 000 judar i Sverige, om man inkluderar både de som har två föräldrar med judisk börd och de som har en mamma eller en pappa av judisk börd (prop. 1998/99:143, prop. 2007/08:110, prop. 2008/09:158, Statens folkhälsoinstitut 2010, Södra Lapplands forskningsenhet 2009).

Blandad bild av psykisk ohälsa

Sverigefinnar, tornedalingar och judar

I rapporten *Hur mår Sveriges nationella minoriteter?* (Statens folkhälsoinstitut 2010) görs beskrivningar, baserade på den nationella folkhälsoenkäten, av den psykiska hälsan för finlandsfödda, boende i Tornedalen och den judiska minoriteten i jämförelse med för övriga befolkningsgrupper. Unga lyfts inte fram särskilt på grund av det låga antalet unga som ingick i underlaget.¹⁵

Resultaten visar att den psykiska hälsan generellt inte är sämre hos dessa tre nationella minoriteter jämfört med hos befolkningen i övrigt. Bilden är dock blandad och nivåerna för de olika undersökta besvären skiljer sig både mellan de olika minoritetsgrupperna och mellan kvinnor och män.

- Bland finlandsfödda män och bland kvinnor boende i Tornedalen uppgav en större andel att de hade ett nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med hela befolkningen.
-
- Finlandsfödda kvinnor och män av judisk härkomst uppgav däremot i mindre utsträckning att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande jämfört med hela befolkningen.

¹⁵ Uppgifterna baseras på Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät. För sverigefinnar och tornedalingar har data från fem år slagits samman i syfte att skapa ett tillräckligt stort material. Materialet har metodologiska begränsningar: gruppen sverigefinnar omfattar endast personer som är födda i Finland, vilket innebär att personer som är födda i Sverige och som tillhör gruppen sverigefinnar inte har inkluderats i urvalet. Gruppen tornedalingar omfattar endast personer födda i Sverige och boende i kommunerna Kiruna, Pajala, Övertorneå, Haparanda och Gällivare. Tornedalingar som bor utanför dessa kommuner inkluderades därmed inte. Judar har i denna kartläggning valts ut genom Judiska församlingens medlemsregister i Stockholm, Malmö och Göteborg. De fick under hösten 2009 möjlighet att besvara den nationella folkhälsoenkäten samt ytterligare tilläggsfrågor, bland annat om hälsa och sjukdom.

- Finlandsfödda män och män boende i Tornedalen uppgav i mindre utsträckning att de hade svåra besvär av ängslan, oro eller ångest jämfört med män i hela befolkningen.
- Både män och kvinnor boende i Tornedalen uppgav att de i mindre utsträckning än befolkningen i stort hade problem med svår trötthet.
- Finlandsfödda kvinnor och både män och kvinnor boende i Tornedalen uppgav att de i mindre utsträckning än hela befolkningen kände sig mycket stressade.
- Finlandsfödda män uppgav i större utsträckning än befolkningen i stort att de någon gång haft självmordstankar.
- För män boende i Tornedalen var resultatet det omvända – där var det en mindre andel män som haft självmordstankar jämfört med befolkningen i stort (Statens folkhälsoinstitut 2010).

Statens folkhälsoinstitut, sedermera Folkhälsomyndigheten, har under 2013–2014 genomfört samråd med företrädare för judarna, romerna, samerna, sverigefinnarna och tornedalingarna för att undersöka vilka behov och förutsättningar som finns för att hämta in data om hälsosituationen samt vilka metoder som i sådana fall är lämpliga för respektive grupp (Folkhälsomyndigheten 2014).

Folkhälsomyndigheten bedömer att det konkreta arbetet framöver kommer att variera för de olika nationella minoriteterna. För samer och sverigefinnar finns vissa möjligheter att hämta in data på individnivå för att beskriva hälsosituationen. För judar, romer och tornedalingar behöver däremot andra metoder användas för att få kunskap om hälsosituationen (Folkhälsomyndigheten 2014).

Det framkom också vid samrådet att för gruppen judar är faktorer som rör hot, säkerhet och hur individen själv upplever otrygghet eller trygghet av stor betydelse och bör prioriteras. Detta har stark påverkan på många judars välbefinnande och hälsa (Folkhälsomyndigheten 2014).

Samer

Beskrivningen av samers hälsa i rapporten *Hur mår Sveriges nationella minoriteter?* (2010) baserades på två källor. Den ena är en sammanfattning ur rapporten *Samernas hälsosituation i Sverige – en kunskapsöversikt* (Södra Lapplands forskningsenhet 2009) och den andra är en sammanfattande text kring samernas psykiska hälsa, skriven av professor Lars Jacobsson vid psykiatriska enheten vid Umeå universitet. Vi har här ersatt den senare källan med resultat från de avhandlingar som Jacobssons sammanfattning byggde på och som publicerades efter att Folkhälsoinstitutets rapport hade getts ut.

Resultat från Södra Lapplands forskningsenhet visar att samernas hälsosituation inte i någon större utsträckning skiljer sig från majoritetsbefolkningens. I en vetenskaplig artikel framkommer dock att den samiska gruppen rapporterar signifikant högre värden för både depression och ångest jämfört med en referensgrupp bestående av personer boende i samma del av landet. Arbetsrelaterad stress var tydligt kopplad till båda dessa variabler (Kaiser, Nordström, Jacobsson & Renberg 2011).

Framförallt tycks psykisk ohälsa i form av ångest och depression drabba renskötande samer och vara kopplad till upplevd belastning i arbetet. Detta tycks dock framförallt gälla äldre samer. Bland unga vuxna (18–28 år) fanns enligt Statens folkhälsoinstitut inget som, när rapporten skrevs, tydde på sämre psykisk ohälsa än bland motsvarande ålderskategori i befolkningen i stort (Statens folkhälsoinstitut 2010).

Psykologen Lotta Omma belyser i sin avhandling *Ung same i Sverige – Livsvillkor, självvärdering och hälsa* (2013) den psykiska hälsan hos unga samer, både skolbarn i åldern 13–18 år och unga samiska vuxna i åldern 18–28 år. De samiska ungdomarna har enligt Omma en ganska god hälsa, kanske till och med något bättre än andra svenska ungdomar i norra Sverige. Likväl framkom det i hennes avhandling att bekymmer och stress var vanligare bland de samiska ungdomarna. Kränkande behandling på grund av samisk härkomst kan vara en delförklaring till den höga graden av stress och bekymmer som framkommit i den samiska gruppen (Omma 2013).

De samiska ungdomarna har som grupp betraktad en något lägre förekomst av självmordsförsök jämfört med andra svenska ungdomar, även om skillnaden inte är signifikant. Emellertid rapporterade subgrupper bland samiska ungdomar om en större erfarenhet av självmordsplaner och om fler självmordsförsök. Det kan indikera att etnisk diskriminering och svåra levnadsförhållanden för renskötare och samer boende i Västerbottens, Jämtlands och Västernorrlands län kan bidra till dessa förhöjda nivåer (Omma 2013).

Samerna är en liten folkgrupp med starka släktskapsband och stark gemenskap inom gruppen. Detta innebär att så fort ett självmord inträffar bland samer så är det snart känt i stora delar av den samiska befolkningen. I den samiska gruppen var det mer vanligt med erfarenhet av dödsönskningar, självmordstankar och livströtthet än i den svenska jämförelsegruppen. Detta kan vara uttryck för ett existentiellt problemkomplex som kan ha olika ursprung. Det kan härstamma från individen själv i form av en stark press att bevara det samiska språket och rädda den samiska kulturen från att dö ut. Ungdomarna rapporterar också om en utifrån kommande press – att vara tvungna att försvara den samiska kulturen när den blir ifrågasatt och attackerad (Omma 2013).

Romer

Eftersom romerna visade skepsis mot en kartläggning med hjälp av enkäter beslutade Statens Folkhälsoinstitut i samband med rapporten *Hur mår Sveriges nationella minoriteter?* (2010) att inhämta kunskap om romers hälsosituation genom diskussioner i fokusgrupper och med hjälp av individuella intervjuer. Framträdande i intervjuerna med romer är talet om stress, kopplat till deras livssituation i sin helhet. Många uppger att de upplever systematisk diskriminering och marginalisering i vardagslivet och samhället i stort, vilket tillsammans med exempelvis hög arbetslöshet, låg utbildningsnivå, ekonomiska svårigheter och dåliga bostadsförhållanden i stor utsträckning leder till stress och oro. Många kvinnor i studien upplevde stress i relation till ett huvudansvar för hem, barnuppfostran och sociala kontaktnät. Utöver olika fysiska sjukdomar lyftes även depression fram som vanligt förekommande bland romer i hela landet (Statens folkhälsoinstitut 2010).

Samtidigt uppgav många en stor medvetenhet om olika hälsorisker. Informanterna lyfte bland annat risken med att många använder sig av alkohol och cigaretter som strategi för att hantera stress och andra svårigheter. Det fanns en oro för ökat spelberoende och ökad alkoholkonsumtion bland yngre romer och då framförallt bland killar. Statens folkhälsoinstitut lyfter att det samtidigt tycks ske en förändring av bland annat könsroller och "*levnadsvanerelaterade normer*" i yngre generationer (Statens folkhälsoinstitut 2010).

Samtal med Svenska Samernas Riksungdomsförbund Sáminuorra

Per Jonas Partapuoli, ordförande i Sáminuorra, berättar att då en person i styrelsen valde att begå självmord så blev det en väckarklocka. Det var då förbundet, på allvar, startade sitt arbete med mental hälsa och med att stärka den psykiska hälsan hos unga samer.

Sáminuorra är idag den största organisationen i Sápmi¹⁶ och även den enda riksorganisationen som samlar unga samer i Sverige. Cirka 200 unga mellan 6 och 25 år är medlemmar och totalt är det 300–400 medlemmar i Sáminuorra. Ungdomsförbundet bildades 1963 som en del av Svenska Samernas Riksförbund (SSR) och blev tio år senare en fristående organisation.

Förbundet arbetar med att tillvarata unga samers intressen och rättigheter. Eftersom de bor utspridda, med långa avstånd mellan sig, är en av förbundets största uppgifter att skapa mötesplatser där samiska ungdomar kan träffas.

Varje år har förbundet en större sammankomst med workshoppar och föreläsningar för sina medlemmar, men de bjuder även in andra gäster som politiker och statliga tjänstemän. Målsättningen är att alla samiska ungdomar ska känna en stark samisk identitet och tillhörighet. Förbundet har nått en stark legitimitet i sin målgrupp och inom politiken. Följande avsnitt bygger på ett samtal med Per Jonas Partapuoli, ordförande i Sáminuorra.

Sáminuorras arbete med unga samers psykiska ohälsa

I perioder har självmordsfrekvensen ökat bland samer. År 2009 då en person i styrelsen valde att begå självmord startade förbundet sitt arbete med mental hälsa och att stärka den psykiska hälsan hos unga samer. Även om antalet som begått självmord inte är stort så påverkar det hela det samiska samhället då många känner varandra och då samer är i minoritet i det svenska samhället.

– Det finns flera orsaker till att unga samer mår psykiskt dåligt. Vi har främst arbetat politiskt för att förbättra unga samers generella livssituation och för att få hjälp med den psykiska ohälsan som vi ser nu. Det handlar om att arbeta både förebyggande och med behandling av den psykiska ohälsan, säger Per Jonas.

Per Jonas berättar att de förra året lyfte den psykiska ohälsan som ett tema på förbundsmötet. Petter Stoor som är psykolog och arbetar med samers psykiska ohälsa föreläste. Dessutom var det en person som berättade om sin erfarenhet av psykisk ohälsa och tankar på självmord.

¹⁶ Landområde där samer bor som innefattar Sverige, Norge, Finland och Ryssland.

– Det var flera av deltagarna som blev berörda då de kände någon som mått dåligt eller att de själva hade mått dåligt. Det väckte känslor, säger Per Jonas. Vi visste om behovet. Men vi insåg att vi inte arbetat tillräckligt med problemet rent politiskt. Bristen är påtaglig då vi är en av få aktörer på svensk sida av Sápmi som arbetar med frågan. Därför har vi under det senaste året uppmärksammat frågan i högre grad. Vårt förebyggande arbete handlar om att informera politiker, myndigheter och landsting om unga samers psykiska ohälsa och vilken konkret hjälp de är i behov av. Bland annat har vi arbetat med att upplysa regeringen om att det krävs större insatser för att få bukt med den psykiska ohälsan. Vi har även fört dialoger med olika landsting. Jämtlands läns landsting är ett av dessa landsting.

Per Jonas påpekar att många samer i området har sökt hjälp, men inte kunnat få den hjälp de har rätt till. Nu har Landstinget insett att de behöver arbeta mer effektivt för att kunna säkerställa det behov som samer, och fram för allt unga samer, har när det gäller mental hälsa.

– I dag ger Jämtlands läns landsting sin personal kompetensutveckling om samer. Men helhetsbilden är dock dyster då det hittills inte har skett några konkreta förändringar, menar Per Jonas.

Per Jonas berättar att förbundet arbetar aktivt med att på olika sätt förbättra ungas psykiska ohälsa.

– Till exempel startade vi, efter förbundsmötet 2009, kören *Vaajmoe* för att förbättra den psykiska hälsan hos unga. *Vaajmoe* betyder hjärta på sydsamiska och de sjunger för livet, säger han.

Kören har blivit en plattform och mötesplats för att stärka ungdomar och jobba för och med de som mår dåligt. Kören har fungerat väldigt bra och kommer att släppa en skiva under våren 2015.

– De pengar vi får in ska användas i vårt arbete. Vi har pratat om att starta en fond för de som är i behov av stöd, fortsätter Per Jonas. Under tre år har vi också i ett projekt arbetat med synliggöra gruppen hbtq-personer genom att samla in livsberättelser, ha utställningar och skriva en bok. Det samiska samhället liksom många andra samhällen, och inte minst det svenska, är rätt konservativt när det gäller hbtq-frågor, menar Per Jonas. Många har svårt att bli accepterade på grund av sin sexuella läggning och det kan i sin tur leda till psykisk ohälsa. Vi ser att projektet varit framgångsrikt och att vi, till viss del, lyckats förändra attityder och normer. Förhoppningsvis har detta förbättrat situationen för några individer. Vi ser dock att vi har stora hinder kvar att ta oss över och det understryker också vikten av vårt arbete.

Renskötare är en speciellt utsatt grupp

– Det har bedrivits en del forskning om renskötande samer då det under åren har varit vågor av självmord i framför allt den gruppen, säger Per Jonas.

Historiskt sett så har fler män än kvinnor begått självmord och det kan hänga ihop med att det är fler män som har varit renskötare. I dag är det svårt att få ekonomisk vinning i rennäringsen. Flera renskötare är tvungna att ha jobb vid sidan om för att det ska gå runt och det är en situation som är psykiskt påfrestande. Rennäringsen är dessutom en stark familjeangelägenhet där medlemskapet till en sameby ger renskötselrätt, vilket betyder rätt att nyttja mark och vatten för näringsen. När föräldrarna trappar ner så tar ofta barnen över. Det blir en livsstil som man ofta föds in i och lever med hela livet.

– Män är kanske i större utsträckning i riskzonen för psykisk ohälsa då de, i många fall, bär ansvaret och ser de direkta negativa effekterna inom renskötseln. Men om pappan mår dåligt och familjen får det svårt ekonomiskt så påverkar det alla i familjen. Det är viktigt att komma ihåg att det är en minoritet av samer som är renskötare. Den begränsade forskningen som genomförts om samer generellt visar att de inte mår sämre än andra svenskar, säger Per Jonas.

– Det finns tendenser som visar att den psykiska ohälsan bland kvinnor och även hos samer i allmänhet ökar, menar Per Jonas. Under de senaste trettio åren har kvinnor i högre grad blivit aktiva renskötare och det kan vara en förklaring.

– Det vi uppmärksammat är att många unga samer känner att de mist sin identitet. Många föräldrar har under årens lopp valt att överge den samiska traditionen och har därmed inte överfört den samiska kulturen och språket till sina barn. Anledningarna till detta har varit minskade möjligheter att försörja sig på renskötsel, diskriminering och att det var och är ”fult” att vara same ända in i våra dagar. Det vi ser idag är att många unga har en önskan om att återupptäcka sin kultur och lära sig sitt språk, men det är inte helt enkelt säger Per Jonas.

Exempelvis är det inte lätt att som utomstående same bli inkluderad i en sameby och få renskötselrättigheter. I och med att mark och vatten exploateras så innebär det att färre kan arbeta med renskötsel och då uppstår det konkurrens. Det är främst de samer som redan finns i samebyn som får möjlighet att arbeta med renskötsel.

– För de unga samerna som vill syssla med renskötsel och vars föräldrar lämnat rennäringsen är chanserna minimala. Många unga samer känner att de är i kläm mellan den samiska och den svenska kulturen, vilket kan leda till psykisk ohälsa, säger Per Jonas.

Avsaknad av makt att forma sin framtid

– En källa till den psykiska ohälsan bland samer, men främst hos renskötare, handlar om förlorade mark- och vattenrättigheter, säger Per Jonas. Dessa rättigheter är avgörande för att samer ska kunna livnära sig på renskötsel. Tyvärr upplever många samer att de är maktlösa att forma sin egen framtid. Minerallagen som kom 1991 gav i större utsträckning möjlighet att mer aggressivt kunna prospektera och exploatera mark och vatten.

– Vi upplever att staten fortsätter med sin hänsynslösa koloniseringspolitik, vilket betyder att någon annan bestämmer över våra marker och vatten. Det är väldigt frustrerande för många samer. Till sist orkar vi inte ”bråka” mer och vara på vår vakt för att inte förlora våra rättigheter, säger Per Jonas.

– Det har kommit olika vågor där många unga renskötare funderat på och även begått självmord då framtidsutsikterna känts mörka. De känner sig maktlösa, säger Per Jonas.

Sverige får stöd från Norge

– Vi upplever att det saknas både kunskap och förståelse för samers situation inom den svenska vården. För en ung same som mår psykiskt dåligt kan det få motsatt effekt att uppsöka vård då han eller hon först måste berätta eller snarare utbilda personal om samernas situation. Unga svenska samer som mår dåligt söker sig hellre till *Samisk nasjonalt kompetensesenter*, SANKS, i Norge för att få vård, berättar Per Jonas.

På centret finns cirka 100 anställda som har både kunskap och förståelse för samers livssituation, vilket underlättar vården. Det bedrivs även forskning vid centret för att öka kunskapen. Det finns ingen motsvarighet i Sverige. Det norska centret har identifierat att det finns ett behov i Sverige och har därför erbjudit vård även till svenska samer.

– Vi tror att ett kompetenscentrum som de har i Norge vore bra att ha även i Sverige för att komma till bukt med den psykiska ohälsan, säger Per Jonas.

Om framtiden

Sáminuorras erfarenhet är att unga samers psykiska ohälsa är en komplex fråga.

– Det är viktigt att arbeta förebyggande med frågorna kring mark- och vattenrättigheter, men även kring utbildning av samer, dess historia och livssituation i dag inom vården och skolan, säger Per Jonas.

– Som same blir du ofta en informationspelare, en representant för hela det samiska folket och får försvara den samiska kulturen. Det tas för små steg framåt, vi står på randen till att försvinna. Det är påfrestande och kan leda till psykisk ohälsa.

Per Jonas understryker att samhället måste ta sitt ansvar för att stödja och möjliggöra för den samiska kulturen att fortleva.

– Vår upplevelse är att den politiska viljan är avgörande för den psykiska hälsan hos unga samer, menar han. Om viljan finns kan mycket göras åt de unga samernas psykiska ohälsa. Ett förslag är att investera i ett kompetenscentrum likt det i Norge för att behandla de som lider av psykisk ohälsa men också för att ta fram och förmedla kunskap om samernas livssituation.

Samtal med Romska Ungdomsförbundet

– I och med att vi är aktiva och syns väcker det känslor, berättar Erland Kaldaras Nikolizsson, ordförande i Romska Ungdomsförbundet och Mario Asp, socialsekreterare i Uppsala kommun. Många ger oss sitt stöd men tyvärr förekommer det även hot mot oss. Det vi ser är att vårt arbete har betydelse för framför allt unga romers livssituation och psykiska hälsa.

Romska ungdomsförbundet grundades 2000. I dag har förbundet cirka 4 500 medlemmar varav 3 500 är barn och unga mellan 6 och 25 år. I södra och mellersta Sverige finns 34 lokalavdelningar som varierar i storlek från cirka 10 medlemmar till uppemot 200 medlemmar. I förbundets lokalavdelningar bedrivs en bred verksamhet för barn och unga från samtliga romska grupper i syfte att skapa nya förutsättningar och ökade möjligheter för romer att bli integrerade och delaktiga i samhället. Verksamheten ute i lokalavdelningarna handlar om allt ifrån idrott, kulturella arrangemang med dans och musik till sociala frågor, till exempel att förebygga drog-, alkohol- och spelberoende.

Förutom att Romska Ungdomsförbundet ansvarar för och genomför större projekt arbetar de opinionsbildande och har kontakt med bland annat politiker. Förbundet verkar och driver sina frågor lokalt, regionalt och nationellt men även internationellt.

Vi har samtalat med Erland Kaldaras Nikolizsson som är ordförande i Romska Ungdomsförbundet och Mario Asp som är socialsekreterare i Uppsala kommun. Mario har arbetat med romska ungdomar och har erfarenhet av bland annat ungas missbruk, våld och psykiska ohälsa. Så här berättar de om unga romers livssituation:

Det handlar om de unga

De flesta medlemmarna i Romska Ungdomsförbundet är unga vuxna mellan 14 och 22 år medan ledarna är mellan 25 och 35 år. Sedan organisationen grundades har den sakta men säkert vuxit. Den främsta anledningen till varför vi lyckats så väl med att få fler medlemmar är för att ungdomarna har sett att vi i vår verksamhet är till för dem. Våra ledare har bidragit mycket till denna utveckling då de har förståelse för hur det är att vara ung då de själva inte är så gamla. Vi har även arbetat aktivt med att föra en nära dialog med våra medlemmar och ge de unga inflytande. Exempelvis har förbundet ett nationellt ungdomsråd där unga runt om i landets lokalavdelningar har möjlighet att ge förslag på vad de vill göra. Ungdomarna har gett många förslag och vi har försökt att skapa möjligheter för dem att genomföra dessa. Åtta av tio förslag som vi fått in har vi också genomfört, vilket gör att ungdomarna, ännu mer, upplever att vi är till för dem. Vi har aldrig behöver rekrytera medlemmar utan de kommer till oss.

Förutom att vi som förbund har stor legitimitet bland unga romer så är vi en stark röst i samhällsdebatten. Vi är väldigt aktiva och arbetar med dagsaktuella frågor som rör våra medlemmar. Exempelvis var vi drivande och ställde krav när polisens register av romer blev känt. En stor del av våra medlemmar var registrerade och därför blev det en extra viktig fråga. Just nu får vi många frågor om de rumänska tiggarna och vi har startat ett samarbete med bland annat Crossroads och Göteborgs räddningsmission. Vi har även bjudit in Rumäniens ambassadör till dialog.

Identitet, kultur och psykisk ohälsa

Många unga romer upplever att de varken kan vara sig själva eller uttrycka sin kultur. Vissa blonderar sitt hår, sätter in linser, byter namn eller klädstil för att passa in i det svenska samhället. Föräldrar vill kanske inte att deras barn ska visa att de är romer för att det känns otryggt. Föräldrarna kanske inte säger det rakt ut, men barn och unga förstår.

Tyvärr diskrimineras romer i dagens samhälle. Exempelvis, om en finsk rom går på en jobbintervju i sin romska kjol så får hon inte jobb. Om däremot samma person går dit i andra kläder kan hon få jobbet. Förutom diskriminering på arbetsmarknaden finns det en rädsla bland romer. Det går en högerextrem våg över hela Europa och tillsammans med polisregister över romer skapar det oro och rädsla.

Det finns många unga romer i Europa som lever i ett utanförskap och flera av dessa kommer till Sverige och efter ett tag kommer de till våra arrangemang. Dessa unga romer lever under hemska förhållanden och ofta på gatan. Unga romer i Sverige påverkas väldigt mycket av den bild som framställs i medierna. De vill inte bli associerade till gruppen rumänska romer. Det skapas en bild av och fördomar om romer som vi försöker arbeta med och nyansera.

Det är inte enkelt att hantera dubbelheten i att vara rom och samtidigt försöka dölja, ompröva eller kompromissa sin identitet och kultur i syfte att komma in i det svenska samhället. Vi tror att det är en anledning till unga romers psykiska ohälsa.

Missbruk och psykisk ohälsa går hand i hand

I slutet av 1980-talet och i början av 1990-talet var det många romer som hade ett alkohol- eller drogmissbruk och det var då våra organisationer kom till. Hela grunden för vårt förbund var det drogförebyggande arbetet som skedde tillsammans med Folkhälsoinstitutet. Det har gjort att vi arbetat med missbruksfrågor hela tiden. Det vi ser dagligen är att unga romer som kommer hem fria från sitt missbruk efter att de varit på behandlingshem faller tillbaka i sina gamla vanor igen. Samhället är dåligt på att fånga upp de här missbrukande ungdomarna. Lika viktigt är det att förändra situationen för de som kommer från ett fängelsestraff eller befinner sig utanför samhället. Det gäller att ta tag i dessa ungdomar direkt. Ett jobb, en lön och att komma bort från sitt tidigare umgänge kan vara vägen till förändring. Vi samarbetar med kyrkor och andra frivilliga organisationer i dessa frågor.

Vi har genom en kartläggning i våra egna lokalavdelningar upptäckt att andelen unga romer som har problem med spel om pengar har ökat. Flickorna spelar mycket hemma medan pojkarna spelar i olika lokaler. Vi har inom förbundet arbetat med frågan där vi bland annat har erbjudit alla föreningar utbildning och stöd. Psykisk ohälsa och missbruk går ofta hand i hand. Om vi hade haft mer resurser hade vi kunnat arbeta mer ute på fältet och mer förebyggande. Vi hade även kunnat ha uppsökande verksamhet för att finna och stödja unga romer som har ett missbruk och samarbeta mer med exempelvis behandlingshem och kriminalvården för att kunna vara ett bättre stöd.

Det krävs mod för att söka vård

Romer drar sig för att uppsöka läkare och det kan därför gå lång tid innan de får den vård de är i behov av. Romers förtroende för vården är lågt. Detta grundar sig på att romer historiskt sett blivit steriliserade mot sin vilja, barn har inte fått vaccinationer och kvinnor har fått föda hemma. Det är bara 50 år sedan vi kom in i samhället. Det finns generellt en rädsla för myndighetspersoner. Dessutom finns det en kultur av att när man mår psykiskt dåligt ska det lösas inom familjen. Det är skamligt att söka hjälp. När man väl kommer till sjukvården så kan det ha gått långt och då förväntar man sig en mirakelkur från läkaren.

Förbundet fungerar som medmänniska, rådgivare, vägledare och medlare i olika sammanhang. Vi kan till exempel informera, följa med och se till att ordna rätt stöd för romer som mår dåligt. Det är viktigt med någon som kan den romska kulturen samtidigt som det kan vara bra med någon utanför familjen som inte är känslomässigt involverad. Vi är inte utbildade experter men vi kan hjälpa unga romer genom vårt stora kontaktnät.

Förebyggande arbete – hälsoinspiratörer, mötesplatser och förebilder

Region Skåne och länsstyrelsen kommer att bekosta och utbilda tio romer (fem kvinnor och fem män) till att bli hälsoinspiratörer. Tanken är att de ska arbeta med att förbättra hälsan bland unga romer. Inspirera dem att leva ett hälsosamt liv. Det kan handla om att röra på sig, dricka mindre alkohol och äta rätt men också om att arbeta med den psykiska hälsan. Förbundet menar att detta är ett steg i rätt riktning och vår ambition är att föra vidare konceptet till Stockholm och Göteborg.

De senaste åren har vi arrangerat en konferens, Ternenge Djesa, där romska ungdomar får möjligheten att träffas och diskutera viktiga frågor. Vi hade 120 deltagare på konferensen 2014. Oftast är det 1–2 personer från varje lokalavdelning så det är bra geografisk spridning bland deltagarna. Vi ser nya ansikten varje år och intresset är stort. Nästan på varje träff har vi haft med en minister. Det ger större dignitet åt konferensen och de unga romerna lyfts upp. De kan tänka att ”här sitter en tung person som vill lyssna på mig” och det får dem att känna sig betydelsefulla. Vi har även märkt att konferensen får uppmärksamhet och visar att unga romer har ambitioner och att de vill bli en del av samhället. Samtidigt får de unga också en möjlighet att bevara och vårda sin romska identitet.

Romska Ungdomsförbundet menar att förebilder är viktiga och därför utser vi bland annat årets romska ungdom. Vinnaren får ett pris bestående av ett diplom och 10 000 kronor. Vem som helst kan nominera. Dessutom har vi en studiefond som går till unga romer för högre studier. Den senaste tiden har vi sett en utveckling där romska pojkar och flickor går ut gymnasiet och sedan gifter sig. Vår förhoppning är att fonden kan leda till att unga romer först går ut högskola eller universitet och sedan gifter sig. Denna utveckling kanske vi ser om sju år. Det är också viktigt att unga romer ser att andra romer arbetar som handläggare på en myndighet, som jurist eller som läkare. Allting tar sin tid – vi vill inte påskynda utan arbeta långsiktigt med att förbättra situationen för unga romer och deras psykiska hälsa.

Viktigt med långsiktighet i arbetet med psykisk ohälsa

Vår erfarenhet är att det tar tid att lösa problem som funnits under lång tid. Det räcker inte med att arbeta i ett projekt under ett år och sedan tro att det har löst sig. Att bygga upp ett förtroende bland unga romer tar minst ett år. Det är viktigt med stabila ekonomiska förutsättningar och ett långsiktigt arbete för att nå en förändring.

Referenser

Folkhälsomyndigheten (2014). *Samråd med Sveriges nationella minoriteter. Behov, förutsättningar och metoder för datainhämtning om hälsosituationen bland Sveriges nationella minoriteter och urfolk*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Kaiser, N., Nordström, A., Jacobsson, L. & Renberg, E. S. (2011). Hazardous Drinking and Drinking Patterns Among the Reindeer-Herding Sami Population in Sweden. *Substance Use & Misuse*, 46:10.

Omma, L. (2013). *Ung same i Sverige. Livsvillkor, självvärdering och hälsa*. Institutionen för klinisk vetenskap. Psykiatri: Umeå universitet.

Regeringens proposition 1998/99:143 *Nationella minoriteter i Sverige*.

Regeringens proposition 2007/08:110 *En förnyad folkhälsopolitik*.

Regeringens proposition 2008/09:158 *Från erkännande till egenmakt: Regeringens strategi för de nationella minoriteterna*.

Regeringsbeslut (2013). *Uppdrag angående ungdomars upplevda psykiska ohälsa*. S2013/6261/FS (delvis): Socialdepartementet.

Statens folkhälsoinstitut (2010). *Hur mår Sveriges nationella minoriteter?*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Södra Lapplands forskningsenhet (2009). *Samernas hälsosituation i Sverige – en kunskapsöversikt*. Sametinget.

Lagar

Lag (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk.

Minerallag (1991:45).

Unga hbt-personers psykiska hälsa

Utsatt hälsosituation

Homosexuella, bisexuella, transpersoner samt personer som är osäkra på sin sexuella läggning eller könsidentitet har sammantaget en betydligt sämre hälsa i jämförelse med befolkningen i sin helhet. Det handlar i stor utsträckning om den psykiska hälsan samt om riskbruk av alkohol, droger och tobak. Hbt-personer utsätts i högre grad än heterosexuella för kränkande behandling samt våld och hot om våld. Det är också betydligt vanligare att unga som inte är heterosexuella utsätts för våld eller hot om våld i den egna familjen än heterosexuella unga (Ungdomsstyrelsen 2012b).

Transpersoner har en mycket utsatt hälsosituation och unga transpersoner är särskilt utsatta. Detta gäller till exempel upplevelsen av att ha blivit utsatt för kränkande behandling eller bemötande, andel med riskabla alkoholvanor, nedsatt psykiskt välbefinnande och dåligt allmänt hälsotillstånd (Ungdomsstyrelsen 2012b).

Det finns en problematik förknippad med att jämföra en hälsosituation utifrån könsidentitet med en hälsosituation utifrån sexuell läggning. Om man jämför grupperna homo- och bisexuella med gruppen transpersoner osynliggörs att transpersoner har en sexuell läggning. Exempelvis vet vi i dagsläget inte om hälsan är sämre bland unga transpersoner som identifierar sig som homo- eller bisexuella än bland de som identifierar sig som heterosexuella (Ungdomsstyrelsen 2012b).

Stigmatisering och diskriminering bidrar till psykisk ohälsa

Rapporten *Hon hen han. En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner* (Ungdomsstyrelsen 2010) beskriver och nyanserar bilden av unga hbt-personers hälsa. De kvantitativa resultaten i rapporten bygger i stor utsträckning på en sammanslagning av resultaten från två nationella folkhälsoenkäter som genomfördes 2005 respektive 2008. Senare uppföljningar visar att situationen för unga homo- och bisexuella personer är fortsatt negativ och det finns inga statistiskt säkerställda förändringar rörande hälsosituationen inom någon grupp av sexuell läggning mellan 2005 och 2012 (Folkhälsomyndigheten 2014).

Bilden av den negativa hälsosituationen bekräftas i stället i Folkhälsomyndighetens rapport *Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer* (2014). Där framkommer fortsatt stora skillnader i den psykiska hälsan bland heterosexuella kvinnor och män jämfört med dem som är bi- eller homosexuella.

Statens folkhälsoinstituts undersökningar och internationell forskning på området talar för att det framför allt är strukturella faktorer som stigmatisering och diskriminering som bidrar till att homo- och bisexuella samt transpersoner har sämre hälsa jämfört med den övriga befolkningen (Folkhälsomyndigheten 2014). I 2005 års befolkningsundersökningar identifierades ett antal bestämningsfaktorer för hbt-personers sämre psykiska hälsa jämfört med majoritetsbefolkningens psykiska hälsa: diskriminering (inklusive kränkningar och dåligt bemötande), utsatthet för våld (inklusive hot, trakasserier och rädsla), brist på tillit till andra människor, avsaknad av emotionellt stöd samt alkohol-, tobaks- och cannabiskonsumtion.

Bisexuella tjejer särskilt utsatta

Homo- och bisexuella tjejer och killar uppger i högre grad än jämnåriga heterosexuella nedsatt välbefinnande samt svåra besvär av ångslan, oro eller ångest. Andelen unga, 16–29 år, som uppger att de är mycket stressade, har svåra sömnbesvär eller att de haft självmordstankar de senaste 12 månaderna är betydligt högre bland homo- och bisexuella jämfört med bland heterosexuella. Det var även betydligt vanligare bland homo- och bisexuella personer att ha försökt ta sitt liv under de senaste 12 månaderna. Skillnaden mellan grupperna utifrån sexualitet är som störst just bland unga (Folkhälsomyndigheten 2014).

Unga bisexuella kvinnor är den grupp som i allra störst utsträckning anger nedsatt psykiskt välbefinnande, självmordstankar och svåra besvär av ångslan, oro och ångest. Det är även den grupp som har minst tillit till andra människor, uppvisar mest ohälsa, upplever mest våld och har mest självdestruktivt beteende. En potentiell förklaring som lyfts fram är att identiteten som bisexuell inte varit lika självklart identitetsskapande som den som homosexuell (Folkhälsomyndigheten 2014).

Svårt att synliggöra unga transpersoners hälsosituation

Gruppen transpersoner¹⁷ är ofta för liten för att kunna urskiljas i statistiska undersökningar och deras hälsosituation synliggörs därmed inte i den nationella folkhälsoenkäten. I Ungdomsstyrelsens studier *Hon hen han* (2010) och *Om unga hbtq-personer – fritid* (Ungdomsstyrelsen 2012a) genomfördes därför särskilda studier där unga transpersoner djupintervjuades. De berättade bland annat om upplevelser av systematisk stigmatisering och osynliggörande, erfarenheter av ett heteronormativt samhälle, svårigheter att utveckla och bejaka sin identitet samt brist på förebilder.

Orsakerna till den psykiska ohälsan kan även variera beroende på var i processen personen befinner sig. Innan en ung person kommit till insikt om sin transidentitet kan den psykiska ohälsan till stor del bero på just svårigheter i identitetsprocessen och att inte veta vem man är. De unga personer som är öppna med sin transidentitet berättar istället om erfarenheter av kränkande behandling och dåligt bemötande från yrkesverksamma inom vård och skola, konflikter med familjen, en oförstående omgivning, bristande socialt stöd, lång väntan på vård och flera andra aspekter som i sig riskerar att leda till psykisk ohälsa (Ungdomsstyrelsen 2010, 2012a).

Behov av bättre bemötande

Många unga hbt-personer ger uttryck för en vilja att få vara delaktiga och bemötas med respekt. Det upplevs som besvärande att ständigt behöva ”komma ut” i nya sammanhang och flera unga berättade hur de gjordes till ”levande reklampelare” som ständigt var tvungna att informera sin omgivning. De unga som intervjuades uppgav att de ofta saknade förebilder, lättillgänglig information och kunskap bland vuxna i sin omgivning.

Detta kan i sin tur antas bidra till att försvåra möjligheterna till (sexuell) identitetsutveckling för denna grupp unga (Ungdomsstyrelsen 2010, 2012a). Bilden bekräftas i stor utsträckning i de olika fokusgrupper och orienterande samtal som vi gjort på en mötesplats inriktad mot homo- och bisexuella, transpersoner och queera ungdomar i samband med detta uppdrag (se kapitel ”*Självklart vill man känna sig viktig*”. *Ungas berättelser om psykisk ohälsa, stöd och strategier*).

¹⁷ Trans är latin för att överskrida. En transperson är en person vars könsidentitet inte stämmer överens med det biologiska och/eller juridiska kön denne blev tilldelad vid födseln. En transperson kan till exempel vara en person som biologiskt och juridiskt är ”kille” men som definierar sig som någonting annat än det. Transpersoner är ett paraplybegrepp med många undergrupper och det går att vara transperson på många olika sätt. Begreppet rör könsidentitet och könsuttryck och har inte med sexuell läggning att göra.

Samtal med RFSL Ungdom

En av Europas i särklass största och mest inflytelserika hbtq-ungdomsorganisationer är RFSL Ungdom med cirka 2 000 medlemmar fördelade på sju distrikt. Rikskansliet är förlagt till Stockholm och har elva anställda. Gisela Janis är förbundsordförande.

RFSL Ungdom är ungdomförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners och queeras rättigheter. Det bildades 1999 som en avdelning under RFSL och blev eget förbund 2003. I varje distrikt finns en styrelse och oftast en eller flera grupper som arrangerar olika aktiviteter, från sociala aktiviteter till politisk påverkan på lokal, nationell och internationell nivå.

Förbundets högsta beslutande organ är kongressen som sammanträder en gång om året. Mellan årsmötena är förbundsstyrelsen det högsta beslutande organet. Deras vision är en värld fylld av kärlek och respekt där alla hbtq-ungdomar är, lever och uttrycker sig som de själva vill. RFSL Ungdom har ett principprogram som beskriver förbundets utgångspunkter, vad de önskar uppnå och vad de arbetar för.¹⁸ I programmet redogörs för förbundets politiska åsikter som rör unga hbtq-personer.

Vi träffade Gisela Janis som är förbundsordförande i RFSL Ungdom för att få bättre kännedom om deras arbete med att förbättra den psykiska hälsan för hbtq-ungdomar.

Förebyggande arbete med att förändra attityder

– Generellt har det hänt mycket de senaste tio åren i samhället då hbtq-frågorna på ett tydligt sätt har satts upp på dagordningen, menar Gisela. Idag har vi stor legitimitet och en möjlighet att påverka beslutsfattare i frågor som rör unga hbtq-personer.

Exempelvis fungerar de som remissinstans i olika sammanhang. Organisationen arbetar en hel del med att förändra attityder och förbättra bemötandet inom olika former av samhällsservice som vård och skola.

– Många unga hbtq-personer upplever att de blir dåligt bemötta och det är en källa till psykisk ohälsa. Till skillnad från lagändringar så är det svårare och tar längre tid att förändra attityder. Vårt arbete med att förändra attityder och bemötande handlar om allt från att argumentera för att rätt pronomen ska användas om personer, att lyfta problematiken med att ta för givet vilka sexuella preferenser eller praktiker någon har, till att arbeta för en jämlik vård och att unga som vill göra en könsutredning inte ska falla mellan stolarna, säger Gisela.

Mycket handlar om att påverka negativa eller hämmande attityder som förekommer i samhället på olika nivåer. RFSL Ungdom stödjer även ungas egen organisering av trygga mötesplatser och aktiviteter för hbtq-personer.

– Denna verksamhet sker i de olika distrikten och det vi märkt är att var det än i landet anordnas en mötesplats så kommer unga dit. Resurserna är begränsade så därför är vi beroende av ideella eldsjälar och samarbetspartner för att skapa trygga mötesplatser, säger Gisela.

¹⁸ Principprogrammet finns på <http://wiki.rfslungdom.se/index.php?title=Principprogram>.

Gisela upplever att RFSL Ungdoms arbete med att påverka beslutsfattare och lyfta bemötandeproblematik är organisationens främsta bidrag för att förebygga och minska den psykiska ohälsan hos målgruppen.

– Det är också viktigt att stärka unga hbtq-personer genom organisering av mötesplatser för att skapa en känsla av sammanhang och lyfta fram starka förebilder, där spelar organisationen en viktig roll.

Att berätta om unga hbtq-personers upplevelser är viktigt

– Det normkritiska perspektivet genomsyrar hela vår verksamhet och där handlar det om att synliggöra och ifrågasätta befintliga normer samtidigt som man inte får glömma bort normbrytarnas livsvillkor, menar Gisela. Det är därför viktigt att synliggöra strukturerna bakom begränsande normer, men samtidigt också lyfta fram unga hbtq-personers egna erfarenheter och berättelser.

RFSL Ungdom arbetar med att ta fram kunskap som de förmedlar i rapporter och utbildningar.

– Vi har bland annat gjort en studie som handlar om unga hbtq-personers erfarenheter av att besöka en ungdomsmottagning¹⁹ (Due & Gäredal 2014). I rapporten försöker vi lyfta exempel på vad ett bra bemötande är, men också visa vad som händer när det går fel och vad ungdomsmottagningar bör tänka på i bemötandesituationen. Förutom att kunskap är viktig för vår målgrupp upplever de ett behov av att träffa andra som har förståelse för deras situation. Det är därför vi vill att unga hbtq-personer ska organisera andra hbtq-personer och att våra ledare har en liknande erfarenhet. Ökad kunskap i samhället i stort, och att unga hbtq-personer möter andra som har förståelse för deras situation, leder till en bättre psykisk hälsa för vår målgrupp, menar Gisela.

Många har behov av direkt stöd

RFSL Ungdom får samtal och mejl från olika personer som önskar stöd. Många unga som tar kontakt har frågor om sin identitet och hur de ska förhålla sig till den.

– Det kan även vara kuratorer som ringer och som träffat en ung hbtq-person som har frågor om vart personer kan vända sig för att få stöd eller var det finns trygga mötesplatser lokalt. Vissa samtal är svårare än andra. När en förälder ringer och är orolig för sitt barn som är självmordsbenäget är det inte alltid helt enkelt att ge stöd, menar Gisela.

Det finns ett stort behov av direkt stöd via telefon men främst via nätet hos målgruppen.

– Tyvärr kan vi inte ge stöd i den utsträckning vi hade önskat. Det finns kuratorer ute på skolor som unga hbtq-personer kan prata med, men de har inte den specifika kompetens som krävs. Vi har den kompetensen och vi är experter på att möta unga hbtq-personers behov, däremot saknar vi de personella resurser som krävs samt de erfarenheter av stödjande karaktär som en kurator har. Optimalt vore om vi kunde ha en kurator eller psykolog anställd hos oss som har hbtq-kompetens. Sen märker vi att unga hbtq-personer snarare har behov av stödverksamhet via nätet än via telefonen. Det finns mycket att utveckla här – behovet av direkt stöd finns, säger Gisela.

¹⁹ Går att ladda ned på: www.rfslungdom.se/material/bra-bemott.

Utmaningen är att nå alla i målgruppen

– RFSL Ungdom delar ett problem med de flesta ungdomsförbund och det är att vi i stort sett består av vit medelklass utan synliga funktionsnedsättningar. Vi har lätt att nå unga i storstäder men svårare i förorter och på landsbygden. Det är något vi arbetar med utifrån ett intersektionellt perspektiv, menar Gisela. Vi försöker synas och marknadsföra oss i olika forum där vi inte funnits tidigare för att nå fler i vår målgrupp. Forskning har visat att det är viktigt att finnas och synas lokalt och att ställa frågan till unga om de är intresserade av att bli medlemmar.

Gisela menar att en nyckel för organisationen att nå fler är ekonomiska och personella resurser till att befinna sig på olika platser och i olika sammanhang.

– Den grupp som är mest utsatt är unga hbtq-personer som är asylsökande i Sverige. I den gruppen finns ett enormt behov av stöd, trygga mötesplatser och juridisk kompetens, säger Gisela.

RFSL driver Newcomers som har aktiviteter och juridisk rådgivning för asylsökande hbtq-personer. De ser att det finns ytterligare behov för ungas specifika förutsättningar i asylutredningar men det är resurskrävande att nå denna målgrupp.

Samhälleliga strukturer påverkar psykisk hälsa

– Det finns många strukturer i samhället som påverkar den psykiska hälsan och jag vet inte riktigt var jag ska börja, säger Gisela. Strukturer kring juridiskt kön hindrar oss i vissa fall. I nuläget kan vi inte starta studiecirkel för unga hbtq-personer för det kräver att vi redovisar juridiskt kön på deltagarna, vilket vi som organisation beslutat att inte göra då det kan exkludera transpersoner. Det gäller även bidragsansökningar till Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor där vi förväntas registrera juridiskt kön men har fått undantag från att göra det.

Strukturella hinder kan även handla om saker i vardagen som att det bör finnas könsneutrala toaletter på skolorna.

– Det kan främja personers psykiska välmående väldigt mycket. Att inte ens kunna gå på toaletten i skolan och bli avvisad från olika offentliga rum på grund av en binär könsuppdelning skapar en enorm otrygghet och psykisk ohälsa. Ett liknande exempel är om vi vill organisera en aktivitet som att bada i en simhall, då måste vi hyra hela simhallen och se till att omklädningsrummen för oss då är könsneutrala, säger Gisela.

Motivationen för unga hbtq-personer att anmäla diskriminering och kränkningar är liten enligt Gisela.

– Det samhälle som vi befinner oss i nu, där vi har högerextrema partier och grupper som blir allt starkare, skapar en större otrygghet i att anordna olika typer av läger och liknande.

RFSL Ungdoms studier visar att unga hbtq-personer har ett lågt förtroende för polis och andra stödverksamheter i samhället för att de har upplevt ett dåligt bemötande. Dessutom finns en upplevelse av att de anmälningar som görs till Diskrimineringsombudsmannen (DO) inte tas på allvar.

– Vi hade önskat att DO drev fler ärenden som rör unga hbtq-personer eftersom det finns anmälningar, säger Gisela.

Projekt på gott och ont

Den nationella verksamheten består till största delen av projekt. Webbplatsen *hbtqkojan.se* är ett projekt som drivs av RFSL Stockholm där unga hbtq-personer erbjuds att få stöd via chatt från en mentor. Projektet har varit framgångsrikt, men det är inte säkert att det får fortsätta på grund av att finansiering saknas.

Detsamma gäller RFSL Ungdoms webbsida *transformering.se* där det finns möjlighet att få stöd som ung transperson eller som närstående till en ung transperson.

– Detta projekt löper ut under 2015 och vi hoppas verkligen att vi ska få bidrag för att fortsätta verksamheten. Finansieringen är det största problemet med projekt och det kan få förödande konsekvenser för unga hbtq-personer som under en viss tid får det stöd de är i behov av – ett stöd som sedan försvinner helt. Det är viktigt med långsiktighet för att förbättra den psykiska hälsan i målgruppen, avslutar Gisela.

Referenser

Due, A. & Gäredal, M. (2014). *Bra bemött? Unga hbtq-personers erfarenheter av att besöka ungdomsmottagningen*. Stockholm: RFSL Ungdom.

Folkhälsomyndigheten (2014). *Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer. Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Ungdomsstyrelsen (2010). *Hon hen han. En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Ungdomsstyrelsen (2012a). *Om unga hbtq-personer – Fritid*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Ungdomsstyrelsen (2012b). *Om unga hbtq-personer – Hälsa*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Elektroniska källor

<http://wiki.rfslungdom.se/index.php?title=Principprogram>

www.hbtqkojan.se

www.rfslungdom.se/material/bra-bemott

www.transformering.se

Statistik kring ungas psykiska hälsa och ohälsa

I detta kapitel belyser vi ungas psykiska hälsa och ohälsa utifrån olika statistiska undersökningar. Vi inleder beskrivningen med hjälp av den ungdomspolitiska indikatorn²⁰ som belyser självskattad psykisk ohälsa. Därför kompletterar vi bilden med hjälp av två återkommande komparativa studier, *Skolbarns hälsovanor* och *European Quality of Life*, som hjälper oss att tolka utvecklingen i Sverige utifrån ett jämförande europeiskt perspektiv.

Avslutningsvis sätter vi ungas självskattade psykiska ohälsa i samband med andra egenskaper och erfarenheter hos unga, med hjälp av två återkommande enkäter som Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, MUCF, genomför.

Självskattad psykisk ohälsa

Indikatorn för ungas självskattade psykiska ohälsa omfattar självrapporterade psykosomatiska besvär i form av huvudvärk, ont i magen och svårt att somna minst en gång i veckan, samt psykiska besvär i form av ängslan, oro eller ångest. Källan är Statistiska centralbyråns återkommande *ULF/SILC-undersökning (Undersökningarna av levnadsförhållanden)* samt *Barn-ULF (Undersökningarna av barns levnadsförhållanden)*.

År 2012/2013²¹ var andelen med psykosomatiska symtom (huvudvärk, magont eller svårt att somna minst en gång i veckan) 63 procent bland tjejerna i åldern 13–18 år, vilket var högre jämfört med bland killarna i samma ålder, 45 procent. Andelarna ligger relativt stabilt på dessa nivåer sedan 2008/2009.

Det är vanligare att unga kvinnor än unga män i åldern 16–24 år har besvär av ängslan, oro eller ångest. År 2012/2013 hade 27 procent av de unga kvinnorna besvär av ängslan, oro eller ångest. Det kan jämföras med 15 procent bland unga män i samma ålder. Andelarna ligger relativt stabilt på dessa nivåer sedan 2008/2009.

²⁰ I Sverige följs utvecklingen av ungas levnadsvillkor bland annat upp med ungdomspolitiska indikatorer sedan 2000. Uppföljningssystemet reviderades senast 2013 av Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, MUCF, tillsammans med andra berörda myndigheter och den Ungdomspolitiska enheten på Utbildningsdepartementet. De ungdomspolitiska indikatorerna har fram till 2013 redovisats i rapportserien *Ung idag*. Rapportserien ska ersättas med en webbplats, också den med namnet *Ung idag*, under hösten 2015. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor är den ansvariga myndigheten för koordinering och redovisning av indikatorerna.

²¹ Statistiska centralbyrån redovisar ULF/SILC för ungdomsgruppen med hjälp av data från två sammanslagda undersökningsår på grund av det låga antalet unga som ingår i undersökningen.

Dessa nyckeltal är i dagens läge inte jämförbara med övriga länder eftersom de bygger på nationella enkätstudier. Men i framtiden kommer vi att kunna jämföra situationen i Sverige med situationen i andra EU-länder. Sverige ska under 2015 för första gången delta i *European Health Interview Survey (EHIS)* som Eurostat genomför vart femte år. I den ingår fem frågor om psykisk påfrestning de senaste fyra veckorna.²² Hur stor del av tiden under den senaste månaden har du:

- varit glad?
- känt dig lugn och harmonisk?
- varit väldigt nervös?
- känt dig nedstämd?
- känt dig så nedstämd att ingenting kunnat muntra upp dig?

Komparativa återkommande studier

Skolbarns hälsa och hälsovanor

Sverige ingår sedan 1985/1986 i det internationella forskningsprojektet *Skolbarns hälsovanor* som är ett WHO-samarbete. Folkhälsomyndigheten ansvarar för genomförandet och analysen av den svenska delen. Syftet med projektet är att öka kunskapen om de levnadsvanor och levnadsförhållanden som anses viktiga för barns hälsa, följa utvecklingen över tid samt att jämföra resultaten med andra länder. Studien belyser både psykiska och fysiska aspekter på hälsa samt den sociala miljön som barnen befinner sig i. Under 2013/2014 genomfördes den åttonde datainsamlingen. Sammanlagt deltog drygt 7 800 elever i årskurserna 5, 7 och 9 i den svenska delen av undersökningen. Dessa var i genomsnitt 11, 13 respektive 15 år gamla. Svarsfrekvensen var 69 procent (Folkhälsomyndigheten 2014).

Vi beskriver här några intressanta svenska resultat från den senaste undersökningen utifrån Folkhälsomyndighetens rapport *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14* (Folkhälsomyndigheten 2014). Samtliga jämförelser med andra länder baseras dock på den internationella komparativa rapporten från den föregående undersökningen 2009/2010 (Currie et al. 2012) eftersom rapporten från den senaste undersökningen inte är publicerad ännu (avser januari 2015).

Självskattad hälsa

En stor majoritet bland svenska 11-åringar uppger att det har bra eller mycket bra hälsa. Andelen som hade god hälsa 2009/2010 var något högre än genomsnittet för de i undersökningen deltagande 43 länderna i Europa och i Nordamerika.²³ Däremot är 13- och 15-åringars självskattade hälsa i nivå med genomsnittet (Currie et al. 2012). I den senaste undersökningen 2013/2014 svarade 85 procent av de 15-åriga tjejerna och 91 procent av de 15-åriga killarna att de har bra eller mycket bra hälsa (Folkhälsomyndigheten 2014).

²² Frågorna bygger på Mental Health Inventory, MHI-5 som belyser centrala teman, som ofta förekommer vid ångest och depression, och som används för att skatta hälsorelaterad livskvalitet.

²³ I den internationella rapporten redovisas bland annat ett samlat medelvärde för de deltagande länderna (HBSC average).

Nöjd med livet

Att vara nöjd med livet är en viktig aspekt av välbefinnande och begreppet är nära kopplat till självskattad hälsa. Som barn är att vara nöjd med livet förknippat med social kompetens och förmåga att hantera stressfyllda och känslomässigt krävande situationer, något som gynnar psykisk hälsa även längre fram i livet. Att vara nöjd med livet under ungdomsåren är starkt förknippat med individens erfarenheter och relationer. Nyckelfaktorer är support och god kommunikation med minst en närstående vuxen. Skolmiljön är också mycket viktig. Att kunna uppnå skolans kunskapsmål har en stark positiv effekt på upplevelsen av att vara nöjd med livet. Mobbning och dåliga skolresultat motverkar däremot detta (Currie et al. 2012, Rask, Astedt-Kurki & Tarkka 2002).

Nöjdhet med livet mäts med hjälp av en skala från 0–10 där 10 motsvarar det bästa liv man kan tänka sig och 0 det sämsta. I *Skolbarns hälsa* används värden 6 och högre för att beteckna ett högt välbefinnande. Bland svenska 15-åringar uppgav 85 procent av killarna och 73 procent av tjejerna ett högt välbefinnande 2013/14, vilket motsvarar resultaten från tidigare undersökningsår (Folkhälsomyndigheten 2014). I 2009/2010 års undersökning placerade sig de svenska eleverna över de internationella medelvärdena, med undantag för de 15-åriga tjejerna vars placering fanns strax under medel (Currie et al. 2012).

Psykosomatiska besvär

Undersökningen om skolbarns hälsovanor innehåller frågor om självupplevda symtom som speglar två dimensioner av hälsobesvär. Den ena dimensionen omfattar psykiska besvär som sömnsvårigheter, nedstämdhet, irritation och nervositet. Den andra dimensionen omfattar psykosomatiska besvär som huvudvärk, ont i magen, ont i ryggen och yrsel. Besvären hänger ofta ihop – det vill säga att en individ har flera symtom samtidigt. Måttet som används är andelen som rapporterar att de har minst två besvär per vecka. Besvären ökar med stigande ålder bland tjejerna men ligger stabilt på samma nivå bland killarna. I samtliga länder är besvären också vanligare bland tjejer redan i 11-årsåldern (Currie et al. 2012).

Den senaste datainsamlingen visar att den psykosomatiska ohälsan ökar bland svenska skolelever. Bland de 15-åriga tjejerna i den senaste mätningen hade 57 procent minst två besvär per vecka. Bland killarna var andelen 31 procent. De motsvarande andelarna 2009/2010 var 48 procent bland tjejerna och 24 procent bland killarna (Folkhälsomyndigheten 2014).

Ökningen är stor även bland 13-åringarna. Bland eleverna i 11-årsåldern ses däremot inga liknande trender med ökande ohälsa över tid (Folkhälsomyndigheten 2014).

Det är intressant att notera det motsägelsefulla med att så pass många skolelever har regelbundna psykosomatiska hälsobesvär samtidigt som den överväldigande majoriteten anser att de har bra eller mycket bra hälsa och är nöjda med livet i sin helhet.

Skolstress

Att känna sig pressad eller stressad på grund av skolarbetet tycks inverka negativt på elevernas lärande och deras välbefinnande, beteende och upplevda hälsa. Elever som upplever hög stress och press har generellt sett oftare psykosomatiska besvär som ont i magen eller huvudvärk, psykiska besvär som nervositet, ångslan och nedstämdhet samt lägger sig till med ohälsosamma vanor som att röka eller dricka alkohol. Även lägre grad av självupplevd hälsa samt lägre grad av nöjdhet med livet har visats samvariera med upplevd skolstress (Currie et al. 2012).

Enligt 2009/2010 års studie upplever svenska elever exceptionellt låg grad av press i skolan fram till 13-årsåldern.²⁴ Sverige visar lägst nivå av upplevd skolstress bland 11- och 13-åringar. Men bilden är påtagligt annorlunda när elever i årskurs 9 jämförs med elever i andra deltagande länder, de svenska 15-åringarnas upplevelse av skolstress ligger över medel (Currie et al. 2012). En så kraftig skillnad i upplevd stress i skolan mellan elever i olika årskurser är unikt för Sverige och har ingen motsvarighet bland de övriga länderna i undersökningen.

Den senaste datainsamlingen visar att upplevd skolstress bland svenska skolelever fortsätter att öka i alla åldersgrupper. Andelen 13-åriga tjejer som är stressade över sitt skolarbete ökade kraftigt i den senaste mätningen till 36 procent, vilket är nästan en fördubbling jämfört med 2009/2010. Bland killar i samma ålder var andelen 22 procent, vilket också innebär en fördubbling jämfört med den föregående mätningen.

Skolstressen är störst bland 15-åringarna, men den har ökat i mycket lägre takt jämfört med bland 13-åringarna. Andelen som är stressade över sitt skolarbete bland 15-åringarna var 60 procent bland tjejerna och 34 procent bland killarna 2013/2014 (Folkhälsomyndigheten 2014).

Klassrumsklimatet

Klassrumsklimatet är mycket viktigt för hur unga utvecklas under tonåren. En välfungerande psykosocial miljö i skolan har identifierats som en skyddande faktor mot flera hälsoproblem. Vänlig och stödjande stämning i klassen gynnar känslan av att höra till en social grupp och ett sammanhang, medan avsaknaden av en sådan miljö kan vara en stark påfrestning. Elever som upplever att de har lågt stöd av sina klasskamrater har oftare besvär som ont i huvudet, ont i magen eller nedstämdhet. Det är också vanligare med att röka eller dricka alkohol bland elever som upplever lågt kamratstöd i klassen. Elever som upplever ett starkt stöd i klassen kännetecknas av en högre upplevd livskvalitet, av starkare självkänsla och av att de i större utsträckning håller på med fysisk aktivitet (Currie et al. 2012, Danielsen, Samdal, Hetland & Wold 2009, De Wit, Karioja, Rye & Shain 2011, Martin, McCaughy, Flory, Murphy & Wisdom 2011, Vieno, Santinello, Pastore & Perkins 2007).

²⁴ Betyg från årskurs 6 infördes 2012, vilket innebär att eleverna i årskurs 7 inte betygsattes när undersökningen genomfördes 2009/2010.

Svenska elever har en mycket positiv bild av stämningen i klassen. Sverige toppar den internationella jämförelsen bland 11- och 13-åringar. De svenska 15-åringarna har däremot inte bedömt klassrumsklimatet fullt lika positivt i de tidigare studierna (Currie et al. 2012). Andelen som håller med om att eleverna i klassen trivs tillsammans har dock ökat bland 15-åringarna i de senaste mätningarna och nått samma höga nivåer som bland 11-åringarna. Den senaste undersökningen visar dessutom att andelen som tycker mycket bra om skolan har ökat i alla åldrar i de senaste mätningarna och är historiskt stor bland 15-åringarna i Sverige (Folkhälsomyndigheten 2014).

European Quality of Life Survey

Undersökningen *European Quality of Life* genomförs vart fjärde år av European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound).²⁵ Undersökningen omfattar frågor om livsvillkoren i befolkningen från 18 år och uppåt samt hur de svarande ser på sina villkor och hur de uppfattar sitt liv i allmänhet. Undersökningen mäter även upplevd livskvalitet. I studien ingår samtliga EU-medlemsländer samt Kroatien, Island, Makedonien, Montenegro, Serbien, Turkiet och Kosovo.

Det psykiska välbefinnandet mäts med hjälp av fem påståenden från WHO:s skala för mentalt välbefinnande, WHO-5.²⁶

1. Jag har känt mig glad och på gott humör.
2. Jag har känt mig lugn och avslappnad.
3. Jag har känt mig aktiv och kraftfull.
4. Jag har känt mig piggt och utvilad när jag vaknat.
5. Mitt vardagsliv har varit fyllt av sådant som intresserar mig.

Unga vuxna, 18–29 år, i Europa upplever i allmänhet något bättre psykiskt välbefinnande jämfört med äldre åldersgrupper. Ett undantag är Sverige där unga vuxnas psykiska välbefinnande är lägre jämfört med äldres (Eurofound 2014).²⁷

På EU-nivå har ungas psykiska välbefinnande inte förändrats nämnvärt sedan 2007. Men på Irland och i Sverige har det skett en minskning av psykiskt välbefinnande samtidigt som det har ökat i Italien och Danmark (Eurofound 2014).

²⁵ Eurofound har sedan 1975 i uppgift att tillhandahålla kunskap på området social- och arbetsmarknadspolitik inom EU.

²⁶ Se till exempel <http://www.psykiatri-regionh.dk/who5/menu/> för mer information om WHO:s skala för mentalt välbefinnande, WHO-5.

²⁷ Undersökningen visade ett generellt mönster där de yngre, 18–29 år, hade värdet på 66 på skalan, för de som var 30 år eller äldre var värdet 62. I Sverige skattade dock de yngre sitt psykiska välbefinnande sex poäng lägre än den genomsnittliga befolkningen.

Situationen för unga med psykosomatiska besvär

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor ställer frågor om psykosomatiska besvär i sina två återkommande enkäter, attityd- och värderingsstudien som riktas både till gruppen 16–29 år och till gruppen 35–74 år och ungdomsenkäten som riktas till gruppen 16–25 år.

Dessa enkäter erbjuder goda möjligheter att sätta upplevd psykisk hälsa i samband med andra egenskaper eller erfarenheter hos unga. Vi har därför gjort en särskild analys utifrån de frågor som regeringen ställer i uppdraget till myndigheten (regeringsbeslut 2013).

Utöver utveckling och omfattning av psykosomatiska besvär bland unga kommer vi att analysera frågor som kan belysa hur unga uppfattar sin hälsa, vad det är som oroar och bekymrar dem samt hur de hanterar sina problem och var de söker stöd.

Båda enkäterna omfattar identiska frågor kring psykosomatiska besvär som huvudvärk, ont i magen, svårt att somna och att känna sig stressad. Analysen i *Unga med attityd* (Ungdomsstyrelsen 2013) visar att en större andel unga 2013 anger att de har dessa problem varje dag eller flera gånger i veckan jämfört med unga 2002 och 2007. Att ha frekventa psykosomatiska besvär är vanligare bland unga än bland äldre och bland unga är det betydligt vanligare bland tjejer än bland killar.

Detta stämmer väl överens med att unga vuxna, 18–29 år, i Europa i allmänhet upplever något bättre psykiskt välbefinnande jämfört med äldre åldersgrupper, med ett undantag för Sverige där unga vuxnas psykiska välbefinnande är lägre jämfört med äldres (Eurofound 2014).

Psykosomatiska besvär utifrån enkätstudierna

Avsikten med vår analys är att utifrån de två enkätstudierna belysa hur unga med självskattad psykisk ohälsa hanterar sin situation och om deras vardag skiljer sig från andra ungas. Vi börjar med att i korthet återge omfattningen av psykosomatiska besvär bland unga utifrån analysen i vår senaste attityd- och värderingsstudie (Ungdomsstyrelsen 2013). Vi har testat alla skillnader med hjälp av konfidensintervaller på 95 procents säkerhetsnivå. Endast statistiskt signifikanta skillnader kommenteras genom att vi anger att omfattningen skiljer sig mellan olika grupper.

Sovit dåligt på natten

I befolkningen, 16–74 år, är det 27 procent som svarar att de sovit dåligt på natten varje natt eller flera gånger i veckan det senaste halvåret. I gruppen 16–29 år är andelen ungefär lika stor, 28 procent, men högre bland tjejer (32 procent) än bland killar (23 procent).

Svårt att somna

Det är 19 procent i befolkningen, 16–74 år, som anger att de haft svårt att somna varje dag eller flera gånger i veckan. Bland unga, 16–29 år, är andelen 23 procent. Tjejer anger i större utsträckning att de har svårt att somna (25 procent) jämfört med killar (20 procent).

Huvudvärk

Totalt i befolkningen, 16–74 år, svarar 11 procent att de haft huvudvärk varje dag eller flera gånger i veckan det senaste halvåret. Bland unga, 16–29 år, är andelen 14 procent, det är en högre andel bland tjejer (20 procent) än bland killar (7 procent).

Ont i magen

I befolkningen, 16–74 år, är det 9 procent som svarar att de haft ont i magen varje dag eller flera gånger i veckan det senaste halvåret. I gruppen 16–29 år är andelen 13 procent och det är en högre andel bland tjejer (18 procent) än bland killar (8 procent).

Unga med psykosomatiska besvär

I syfte att kunna belysa hur psykosomatiska besvär bland unga påverkar deras vardag i övrigt har vi skapat ett samlat mått utifrån antalet besvär som individerna uppger sig lida av flera gånger i veckan eller varje dag.

Detta innebär att besvär som unga lider av en gång i veckan eller mer sällan inte räknats med i vårt index. Vi menar att såväl huvudvärk och ont i magen som dålig nattsömn är något alla kan drabbas av någon gång och kanske oftare i vissa perioder av livet. Att någon gång lida av ett sådant besvär är en del av livet och inte alltid ett tecken på psykisk ohälsa.

Om man flera gånger i veckan har haft huvudvärk, ont i magen eller problem med sömnen²⁸ räknas det som tre besvär. Om man inte haft något av dessa problem så ofta räknas det som inga besvär. Som framgår av tabell 1 visar sig nästan hälften av tjejerna och en tredjedel av killarna lida av minst ett av de tre besvären varje dag eller flera gånger i veckan.

²⁸ Problem med sömnen omfattar att man antingen har haft svårt att somna eller har sovit dåligt på natten, eller både och.

Tabell 1 Förekomst av frekventa psykosomatiska besvär, 16–25 år och 16–29 år, 2012 och 2013. Procent

Antal psykosomatiska besvär efter kön	Attityd- och värderingsstudien 2013 (16-29 år)	Ungdomsenkäten 2012 (16-25 år)
Tjejer		
Inga	51	55
Ett	29	28
Två eller tre	20	17
Samtliga tjejer	100	100
Killar		
Inga	66	70
Ett	26	23
Två eller tre	8	7
Samtliga killar	100	100

Kommentar 1: n=2 599 (Attityd- och värderingsstudien 2013), n=2 225 (Ungdomsstyrelsens ungdomsenkät 2012).

Kommentar 2: Frekventa besvär återkommer varje dag eller flera gånger i veckan. I psykosomatiska besvär här ingår ont i magen, ont i huvudet och sömnsvårigheter. Sömnsvårigheter är en sammanslagning av att ha svårt att somna och att ha sovit dåligt under natten.

Källa: Ungdomsstyrelsens ungdomsenkät 2012 och Attityd- och värderingsstudien 2013.

Vi har valt att belysa utvecklingen av psykosomatiska besvär bland unga med hjälp av gruppen som har ett till tre psykosomatiska besvär, antingen varje dag eller flera gånger i veckan. I fortsättningen benämns gruppen *unga med psykosomatiska besvär*.

När vi analyserar frågor från Attityd- och värderingsstudien 2013 omfattar gruppen unga med psykosomatiska besvär 41 procent av 16–29-åringarna. Vid den senaste mätningen hade 49 procent av tjejerna och 34 procent av killarna regelbundna psykosomatiska besvär utifrån resultaten i attityd- och värderingsstudien.

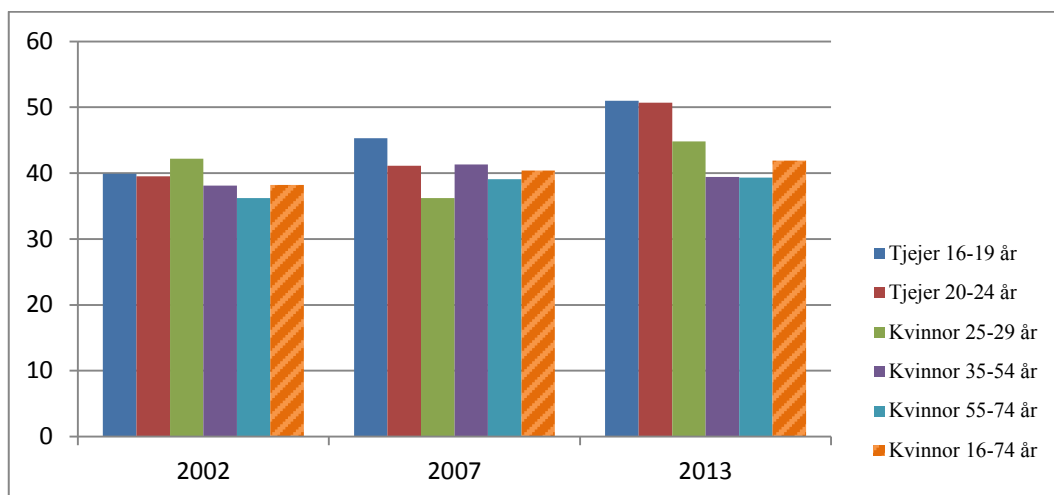
När vi analyserar frågor från Ungdomsstyrelsens ungdomsenkät 2012 omfattar gruppen unga med psykosomatiska besvär 37 procent av 16–25-åringarna. Vid den senaste mätningen hade 45 procent av tjejerna och 29 procent av killarna regelbundna psykosomatiska besvär utifrån resultaten i ungdomsenkäten.

Vår bedömning är att resultaten av dessa två undersökningar i stort sett är samstämmiga, och att de skillnader som finns kan härledas till felmarginaler i samband med enkätundersökningar, till olika undersökningsår samt till viss skillnad i ålder i de undersökta grupperna.

Utveckling över tid

Utifrån attityd- och värderingsstudien har andelen med psykosomatiska besvär sedan 2002 framför allt ökat bland tjejer i åldern 16–19 år och 20–24 år (figur 1). Tjejer i åldern 16–19 år och 20–24 år mår dåligt i störst utsträckning, 51 procent i båda grupperna. Det har skett en ökning i dessa två åldersgrupper med cirka 10 procentenheter sedan 2002. Nivån av psykosomatiska besvär bland kvinnor i övriga åldersgrupper är däremot relativt oförändrad 2013 jämfört med 2002.

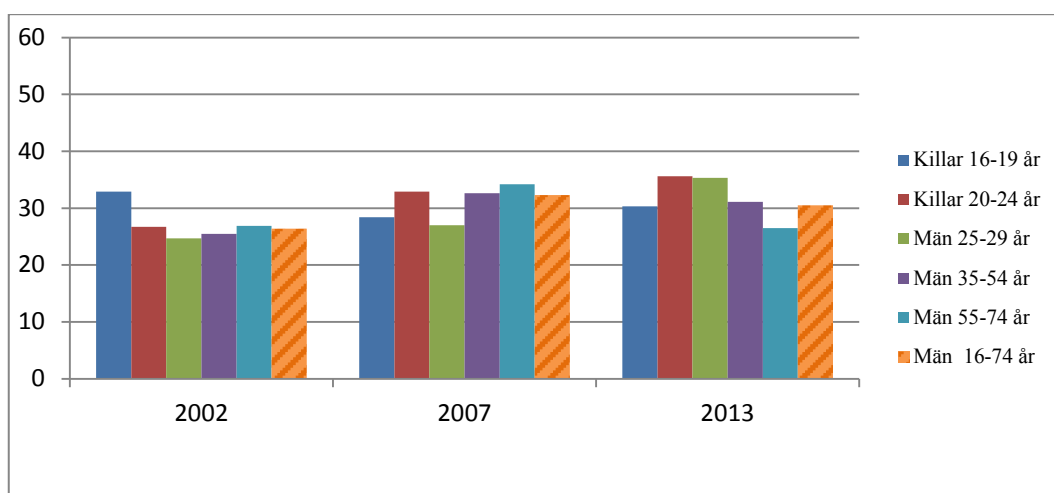
Bland killar, 16–19 år, ligger däremot andelen med psykosomatiska besvär på ungefär samma nivå 2002 och 2013, 33 respektive 30 procent. För grupperna killar och unga män i åldern 20–24 år och 25–29 år har dock andelarna vuxit med 10 procentenheter sedan 2002 och ligger kring 35 procent 2013 jämfört med kring 25 procent 2002. Bland män äldre än 35 år ligger nivåerna någorlunda stabilt kring 30 procent (figur 2).



Källa: Ungdomsstyrelsens attityd- och värderingsstudie 2002, 2007, 2013.

Kommentar: Psykosomatiska besvär innebär att individen har minst ett av följande besvär: ont i magen, ont i huvudet eller sömnsvårigheter som återkommer varje dag eller flera gånger i veckan.

Figur 1 Andel kvinnor med frekventa psykosomatiska besvär, efter åldersgrupp, 16–74 år, 2002, 2007, 2013. Procent.



Källa: Ungdomsstyrelsens attityd- och värderingsstudie 2002, 2007, 2013.

Kommentar: Psykosomatiska besvär innebär att individen har minst ett av följande besvär: ont i magen, ont i huvudet eller sömnsvårigheter som återkommer varje dag eller flera gånger i veckan.

Figur 2 Andel män med frekventa psykosomatiska besvär, efter åldersgrupp, 16-74 år, 2002, 2007, 2013. Procent.

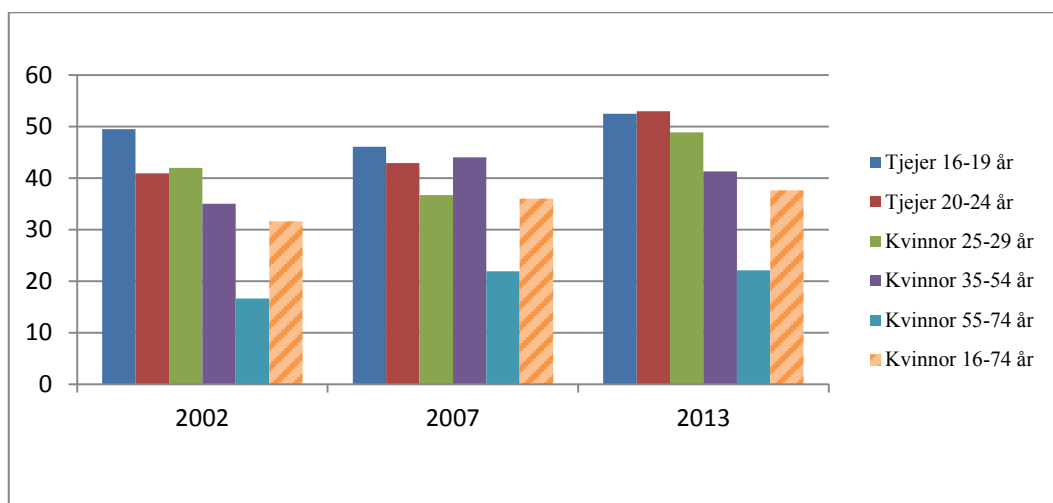
Upplevd stress

Återkommande besvär med magont, huvudvärk och sömnsvårigheter kan också sättas i samband med individens stressnivå, som en indikator för stressrelaterade symtom, se till exempel *Ungdomar, stress och psykisk hälsa* (SOU 2006:77).

Vi har därför även granskat upplevd stress. I den senaste mätningen 2013 var andelen som det senaste halvåret känt sig stressade varje dag eller flera gånger i veckan 31 procent i gruppen 16–74 år, och 40 procent i gruppen 16–29 år. Andelen var tydligt större bland tjejer 16–29 år (51 procent) än bland killar i samma ålder (29 procent). Andelen som känt sig stressade varje dag eller flera gånger i veckan har ökat bland unga sedan 2002 (Ungdomsstyrelsen 2013).

Bland kvinnor har andelen som känt sig stressade ökat främst bland de unga kvinnorna, 20–24 år och 25–29 år. Andelen är kring 50 procent för båda grupperna 2013, jämfört med 40 procent 2002. Den upplevda stressen har även ökat bland de äldre åldersgrupperna, men inte lika påtagligt (figur 3)

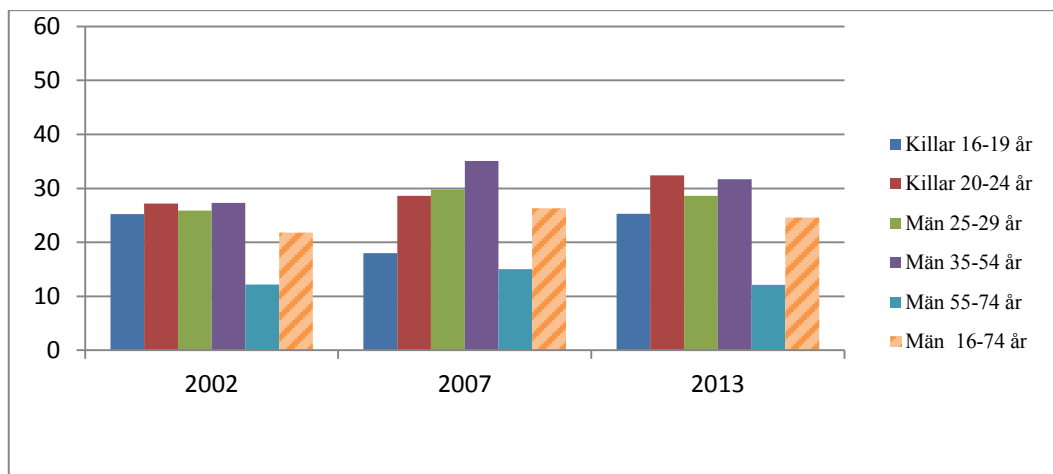
Nivåerna av upplevd stress är både betydligt lägre och mer stabila bland män jämfört med bland kvinnor under perioden 2002–2013. Bland 16–19-åriga killar ligger andelen kring 25 procent både 2002 och 2013, och bland 20–24-åriga och 25–29-åriga män kring 30 procent (figur 4).



Källa: Ungdomsstyrelsens attityd- och värderingsstudie 2002, 2007, 2013.

Kommentar: Frekventa besvär av stress betyder att personen det senaste halvåret känt sig stressad varje dag eller flera gånger i veckan.

Figur 3 Andel kvinnor med frekventa besvär av stress, efter åldersgrupp, 16–74 år, 2002, 2007, 2013. Procent.



Källa: Ungdomsstyrelsens attityd- och värderingsstudie 2002, 2007, 2013.

Kommentar: Frekventa besvär av stress betyder att personen det senaste halvåret känt sig stressad varje dag eller flera gånger i veckan.

Figur 4 Andel män med frekventa besvär av stress, efter åldersgrupp, 16–74 år, 2002, 2007, 2013. Procent.

Uppfattning om den egna hälsan

Attityd- och värderingsstudien omfattar två frågor som belyser synen på den egna hälsan. *Nöjd eller missnöjd med den egna hälsan* mäts med hjälp av en svarsskala från 1–7 där 1 är helt missnöjd och 7 är helt nöjd. För hela gruppen 16–74 år är medelvärdet 5,4 i den senaste mätningen 2013. Bland unga kvinnor är medelvärdet 5,2 och bland unga män 5,4.

Gruppen 16–29 år är därmed inte nöjda i högre grad med sin hälsa jämfört med den äldre gruppen, vilket kan ses som något överraskande om man utgår från antagandet att hälsan försämras något med stigande ålder.

Unga som har psykosomatiska besvär är i mindre utsträckning nöjda med sin hälsa jämfört med andra unga. Bland tjejer med psykosomatiska besvär är medelvärdet 4,8 jämfört med 5,6 bland tjejer utan besvär. Bland killar med psykosomatiska besvär är medelvärdet 4,8 jämfört med 5,7 bland killar utan besvär. Dessa skillnader i medelvärdet kan ses som relativt stora.

Den andra frågan som berör synen på den egna hälsan är om man under den senaste tiden *känt sig orolig för den egna hälsan*, med svarsalternativen *Ja, ofta, Ja, då och då* och *Nej, aldrig*. Andelen som svarat att de ofta oroar sig för den egna hälsan var 12 procent i gruppen 16–74 år 2013. Bland unga kvinnor i åldern 16–29 år var andelen 14 procent och bland unga män i samma ålder 8 procent.

Unga i åldern 16–29 år som har psykosomatiska besvär oroar sig för den egna hälsan i betydligt större omfattning jämfört med unga utan frekventa besvär. Bland tjejer var andelen som oroar sig ofta 22 procent, jämfört med 7 procent bland tjejer utan besvär. Bland killar var andelarna 14 procent respektive 4 procent.

Oro och osäkerhet

I attityd- och värderingsstudien ställs sammanlagt 13 olika frågor om förhållanden eller situationer som kan upplevas som oroande eller skrämmande.²⁹ Vi har redan beskrivit huruvida unga oroar sig för den egna hälsan. De vanligaste sakerna att oroa sig för i gruppen 16–29 år är att bli arbetslös, att inte duga och vikten. Det är ungefär 18 procent som oroar sig för minst någon av dessa saker. Minst vanligt är det att oroa sig för krig och terror (4 procent) och att bli smittad av hiv/aids (2 procent) (Ungdomsstyrelsen 2013).

Vi har här analyserat frågorna om man känt sig orolig för att bli arbetslös, att inte duga, sin vikt, den egna eller familjens ekonomi, sitt utseende och att inte hitta en partner. Tjejer och killar med psykosomatiska besvär visar större oro för samtliga fenomen som frågorna berör – ju mer besvär, desto större är deras oro. Det går inte att säga om det är så att de har det mer besvärligt med till exempel sin ekonomi och sina relationer och därför mår sämre, eller om det är så att de inte orkar ta tag i olika saker i livet på grund av att de mår dåligt. Förmodligen är det en negativ spiral där påverkan går i båda riktningarna.

Arbetslöshet och egen ekonomi

Bland samtliga unga, 16–29 år, är det 18 procent som oroar sig för att bli arbetslösa och 16 procent som oroar sig för sin egen eller familjens ekonomi. Oro över att bli arbetslös och oro över den egna eller familjens ekonomi är tydligt vanligare bland unga med besvär.

Bland tjejer med psykosomatiska besvär är andelen som oroar sig för att bli arbetslösa 28 procent. Bland killar med besvär är oron nästan lika stor, 26 procent. Detta kan jämföras med 11 procent bland tjejer och 9 procent bland killar som inte har frekventa besvär.

Andelen som oroar sig för sin egen eller för familjens ekonomi är 29 procent bland tjejer och 34 procent bland killar som har psykosomatiska besvär. Det är mycket högre jämfört med tjejer (11 procent) och killar (10 procent) som inte har frekventa psykosomatiska besvär.

Att inte duga

Bland samtliga unga, 16–29 år, är det 18 procent som oroar sig för att inte duga. Svag självkänsla är mycket vanligt bland unga med psykosomatiska besvär och framför allt bland tjejerna, 45 procent. Bland tjejerna utan frekventa besvär är andelen 16 procent. Bland killarna är andelarna 31 procent respektive 6 procent.

²⁹ Har du känt dig orolig för att bli arbetslös, att inte duga, din vikt, miljön, egen/familjens ekonomi, ditt utseende, den egna hälsan, att inte hitta en partner, skilsmässa eller uppbrott i egen eller föräldrars relation, inbrott, att bli utsatt för fysiskt eller psykiskt våld, krig och terror samt få hiv/aids.

Oro över vikt och utseende

Bland samtliga unga, 16–29 år, är det 14 procent som oroar sig för sitt utseende och 18 procent som oroar sig för sin vikt, tjejer oroar sig för dessa egenskaper i betydligt större utsträckning än killar.

Det är mycket vanligt att oro sig över det egna utseendet bland tjejer med psykosomatiska besvär, andelen är 41 procent jämfört med 15 procent bland tjejer utan frekventa besvär. Det är också vanligt bland killar med besvär, men nivån är lägre, 24 procent. Bland killar utan frekventa besvär är det bara 3 procent som oroar sig för sitt utseende.

Det är också mycket vanligt att oro sig över den egna vikten. Bland tjejer med psykosomatiska besvär oroar sig 48 procent över sin vikt jämfört med 19 procent bland tjejer utan frekventa besvär. Bland killar med besvär är nivån 24 procent. Bland killar utan frekventa besvär är det endast 5 procent som oroar sig för sin vikt.

Hitta en partner

Det är inte så vanligt att unga oroar sig för att inte hitta en partner, andelen är 7 procent bland unga i åldern 16–29 år. Andelen som oroar sig är dock större bland killar och tjejer som har psykosomatiska besvär, 14 procent bland tjejerna och 20 procent bland killarna. Bland tjejerna utan besvär var andelen 8 procent och bland killarna 6 procent.

Hantera sin situation

I detta avsnitt används ungdomsenkäten från 2012 med svar från unga i åldern 16–25 år.

Prata med närstående och andra som kan ge stöd

I ungdomsenkäten ställs frågan med vem man brukar prata, eller skulle vilja prata med, när man är bekymrad eller oroar sig för något. Även kontakt med någon via webben ingår. Totalt tolv olika alternativ anges³⁰, och de svarande ombeds att för varje alternativ antingen kryssa för *Brukar jag prata med*, *Brukar jag inte prata med*, *men skulle gärna vilja* eller att inte kryssa alls.

Bland samtliga unga, 16–25 år, är det vanligaste alternativet att prata med en kompis (79 procent), mamma (78 procent), pappa (59 procent), syskon (57 procent) och pojkvän/flickvän (52 procent). Men för unga som har psykosomatiska besvär är det i genomsnitt mindre vanligt att prata med sin mamma eller pappa jämfört med för unga utan besvär. Den tydligaste skillnaden är på hela 20 procentenheter, och det är bland killar där 67 procent av dem utan frekventa besvär brukar prata med sin pappa när de är oroade eller bekymrade, jämfört med 47 procent bland killar som lider av psykosomatiska besvär.

³⁰ Alternativerna är mamma, pappa, syskon, annan släkting, lärare eller annan vuxen som arbetar på skolan, kompis, pojkvän/flickvän, fritidsledare, Bris eller annan telefonjour, ungdomsmottagning, präst, imam eller annan religiös ledare samt någon annan.

Jämfört med svarsalternativen familj och vänner så är det relativt få som anger att de brukar prata med sin lärare eller med ungdomsmottagningen när de har bekymmer eller oroar sig för något. Andelen bland tjejer är kring 16 procent för båda dessa alternativ. Vi kan dock se en tendens att tjejer med psykosomatiska besvär vänder sig till dessa yrkesgrupper i större omfattning, men skillnaderna är inte signifikanta när vi jämför tjejer med psykosomatiska besvär med tjejer utan sådana besvär.

Jämfört med tjejer pratar killar i mindre omfattning med andra, till exempel familjemedlemmar, kompisar, sin partner eller professionella, när de har bekymmer. Andelen är lägre bland killar med psykosomatiska besvär, jämfört med bland killar utan frekventa besvär.

Även bland killar är det relativt ovanligt att prata med sin lärare när man är bekymrad, andelen bland samtliga killar är 13 procent. Men tvärtom jämfört med tjejer är tendensen att killar med psykosomatiska besvär pratar i ännu mindre omfattning med sina lärare om sina bekymmer jämfört med andra killar.

Att vända sig till en ungdomsmottagning när man är orolig för något är mer ovanligt bland killarna än bland tjejerna, andelen bland killar är kring 6 procent, oavsett om vi tittar på gruppen killar med psykosomatiska besvär eller på de utan frekventa besvär.

Samtidigt visar svaren att många killar som lider av psykosomatiska besvär önskar att de kunde dela med sig av sina bekymmer till närstående eller till andra vuxna i sin närhet. Killar med besvär svarar att de skulle vilja prata med sin pappa, sin lärare eller annan vuxen som arbetar i skolan i större omfattning jämfört med killar utan frekventa symtom.

Ett ytterligare tecken på att killarnas beteendemönster skiljer sig från tjejernas i att vilja dela med sig av sin oro och sina bekymmer är att en större andel killar än tjejer har låtit bli att svara på dessa frågor.

Råd och stöd utanför familjen

En närliggande fråga i ungdomsenkäten är om man har vänt sig till någon vuxen utanför familjen, till exempel en kurator på en ungdomsmottagning, en tjej- eller killjour eller en socialsekreterare för att få råd och stöd. De svarande ombeds att ange om det skett på grund av oro för någon eller några av följande fem anledningar:

- hälsan
- familjesituationen
- relationen med sin partner
- relationen med kompisar
- utsatthet för hot av jämnåriga.

Relativt stora andelar bland unga vänder sig till någon vuxen utanför familjen för att få råd och stöd. Det vanligaste är att söka hjälp för något hälsorelaterat, drygt 20 procent har gjort det på grund av att de oroar sig för sin hälsa. Kring 15 procent har sökt stöd på grund av familjesituationen, 9 procent på grund av relationen med sin partner, 8 procent på grund av relationen med kompisar och 6 procent på grund av att de varit utsatta för hot av jämnåriga.

Bland unga med psykosomatiska besvär är det mycket vanligare att ha vänt sig till en professionell utanför familjen för att få råd och stöd. Hälsan, familjesituation och relationen med partner eller med kompisar är de vanligaste skälen bland tjejerna med besvär. Omkring 37 procent i den gruppen har sökt stöd på grund av att de oroar sig för sin hälsa, 27 procent på grund av familjesituationen och kring 16 procent på grund av relationen med partner eller med kompisar.

Bland killar är hälsan och familjesituationen de vanligaste anledningarna till att söka stöd. Nivåerna är dock lägre än bland tjejer. Bland killar med psykosomatiska besvär är andelen som sökt stöd på grund av att de oroar sig för sin hälsa 23 procent, på grund av familjesituationen 13 procent och på grund av att de varit utsatta för hot av jämnåriga 9 procent.

Utöva våld

I ungdomsenkäten ställs frågan om man någon gång det senaste året deltagit i någon av följande lindrigare våldshandlingar:

- deltagit i ”lekar” där slag eller liknande är en del av leken
- deltagit aktivt i supporterbråk, på eller utanför en idrottsarena
- skrivit elaka kommentarer om en namngiven kompis eller bekant på webben
- förolämpat, skadat eller försökt skada någon i samband med eget idrottsutövande
- tvingat eller försökt tvinga någon till sexuella handlingar.

De svarande ombads att för varje alternativ antingen kryssa för *Det har jag gjort*, *Det har jag inte gjort men det kan hända i framtiden* eller *Det skulle jag aldrig göra*.

Det vanligaste är att ha deltagit i lekar där slag eller liknande är en del av leken. Bland tjejer är det 10 procent som har gjort det någon gång det senaste året och bland killar 29 procent. Tittar vi på gruppen tjejer respektive gruppen killar med psykosomatiska besvär är andelarna något högre, 12 procent respektive 38 procent. Bland de utan frekventa psykosomatiska besvär är andelarna 9 procent respektive 25 procent.

Att skriva elaka kommentarer om en namngiven kompis på webben har 6 procent av tjejerna och 11 procent av killarna gjort. Bland de med psykosomatiska besvär är andelarna något högre, 8 procent respektive 20 procent. Bland de utan frekventa psykosomatiska besvär är andelarna 4 procent respektive 7 procent.

Att förolämpa, skada eller försökt skada någon i samband med eget idrottsutövande har 2 procent av tjejerna och 11 procent av killarna gjort. Bland de med psykosomatiska besvär är andelarna något högre, 3 procent respektive 16 procent. Bland de utan frekventa psykosomatiska besvär är andelarna 1 procent respektive 9 procent.

Att delta i supporterbråk har endast några enstaka av de svarande unga gjort, de allra flesta är killar, och bland de killar som har frekventa psykosomatiska besvär är andelen 6 procent.

Så få unga har svarat att de tvingat eller försökt tvinga någon till sexuella handlingar att vi väljer att inte kommentera det alls.

Eftersom det är relativt få unga som har svarat att de använt sig av lindrigare våld så är de skillnader som vi har beskrivit för varje våldsform snarare tendenser än statistiskt säkra beskrivningar. När vi slog ihop alla formerna av lindrigt våld blev mönstret dock tydligt och är statistiskt säkerställt – det är vanligare att ha använt sig av någon form av lindrigare våld bland både tjejer och killar med psykosomatiska besvär jämfört med bland dem utan frekventa besvär.

Tabell 2 Andel som det senaste året använt sig av lindrigare våld, indelat efter kön och antalet frekventa psykosomatiska besvär, 2012. Procent

Kön	Antal psykosomatiska besvär			Totalt
	Inga	Ett	Två eller tre	
Tjejer	12	17	24	15
Killar	31	49	48	36

Källa: Ungdomsstyrelsens ungdomsenkät 2012.

Kommentar: Följande handlingar ingår: Deltagit i "lekar" där slag eller liknande är en del av leken, Deltagit aktivt i supporterbråk i eller utanför en idrottsarena, Skrivit elaka kommentarer om en namngiven kompis eller bekant på webben, Förolämpat, skadat eller försökt skada någon i samband med eget idrottsutövande, Tvingat eller försökt tvinga någon till sexuella handlingar.

Tabell 2 visar att benägenheten att använda sig av lindrigare våld ökar i takt med upplevda frekventa psykosomatiska besvär. Bland tjejer ökar andelen från 12 procent bland de utan besvär till 24 procent bland dem med två eller tre. Det innebär en ökning med 100 procent. Andelen som använt sig av lindrigare våld är högre bland killar. Bland de utan besvär är andelen 31 procent jämfört med 48 procent bland dem med två eller tre psykosomatiska besvär. Det innebär en ökning med 55 procent.

Reflektion

Vår genomgång av ungas psykiska ohälsa utifrån SCB:s statistik och två internationella jämförande studier visar att situationen bland svenska ungdomar och unga vuxna har fortsatt att försämrats, samt att den i viss mån är unik i ett europeiskt perspektiv. Oavsett om man mäter graden av psykiskt välbefinnande, som Eurofound gör i *European Quality of Life Survey*, eller förekomsten av psykosomatiska besvär som i vår attityd- och värderingsstudie så visar resultaten att de unga i Sverige mår sämre jämfört med den vuxna befolkningen. Det går emot bilden av att dagens unga i Europa i allmänhet har bättre psykisk hälsa än äldre åldersgrupper (Eurofound 2014).

Även den andra komparativa studien som vi har använt oss av, *Skolbarns hälsovanor*, visar att de svenska 15-åringarna avviker åt det negativa hållet när man mäter skolrelaterad stress och psykosomatisk ohälsa. De svenska 15-åringarnas upplevelse av skolrelaterad stress låg över medelvärdet för de deltagande länderna 2009/2010 och andelen har ökat betydligt sedan dess. Det mest oroväckande är dock att den skolrelaterade stressen i 2014 års undersökning har fördubblats bland svenska 13-åringar jämfört med i den förra undersökningen fyra år tidigare.

Men Skolbarns hälsovanor visar också en positiv bild – den självskattade hälsan bland svenska 13- och 15-åringar ligger i nivå med genomsnittet för de 43 länderna i Europa och Nordamerika som ingick i studien 2009/2010. Bilden är också positiv för att vara nöjd med livet och att trivas i skolan och klassrummet. Den senaste undersökningen från 2014 visar till exempel att andelen som tycker mycket bra om skolan har ökat i alla åldrar i de senaste mätningarna och är nu högre än någonsin tidigare bland 15-åringarna i Sverige.

Vår uppfattning är att det är just detta att eleverna å ena sidan trivs bra med sina skolkamrater och med sina lärare, och å andra sidan upplever allt större stress kring skolarbetet som gör att större fokus bör läggas på att minska stressen kring skolarbetet och annat som relaterar till det.

Analysen av Ungdomsstyrelsens enkätdata visar att unga som lider av psykisk ohälsa ofta har en mer besvärlig livssituation än andra unga. Betydligt fler i den gruppen oroar sig för att inte duga jämfört med andra unga. Att inte duga kan innebära att man bekymrar sig för sådant som har att göra med utseende eller vikt, men också med möjligheten att få ett jobb. Det som verkar vålla mest bekymmer är dock den ekonomiska situationen. Nästan en tredjedel av dem som har psykosomatiska besvär oroar sig för sin eller för familjens ekonomi, vilket är en mycket högre andel jämfört med för unga utan besvär (10 procent).

Svag självkänsla är mycket vanligt bland unga med psykosomatiska besvär, framför allt bland tjejerna, närmare hälften oroar sig för att inte duga. Bland killarna med besvär är det nästan en tredjedel som oroar sig för att inte duga. Att det handlar om mycket höga nivåer blir uppenbart när vi jämför med unga utan psykosomatiska besvär. Bland tjejerna oroar sig 16 procent för att inte duga och bland killarna 6 procent.

Det är mycket vanligt att oroa sig för det egna utseendet bland tjejer med psykosomatiska besvär, andelen är 41 procent jämfört med 15 procent bland tjejer utan frekventa besvär. Bland killar med besvär är nivån lägre, 24 procent. Bland killar utan besvär är det bara 3 procent som oroar sig för sitt utseende. Bilden ser ungefär likadan ut för oron över den egna vikten.

Vi kan också se att det oftare finns problem inom familjen eller i andra nära relationer bland unga som inte mår bra. Andelen som vänt sig till en professionell utanför familjen för att få hjälp och stöd på grund av familje- eller relationsproblem är ungefär dubbelt så stor jämfört med unga generellt.

Vi kan också se en tendens att unga som mår dåligt psykiskt i mindre omfattning än unga generellt pratar med sin mamma och pappa om det som oroar dem. Vi kan dock inte säga om unga isolerar sig från de som står dem närmast på grund av det dåliga måendet, eller om det är på grund av att de närstående vuxna inte förmår att stötta de unga på ett adekvat sätt.

Vi kan även se en tendens att tjejer som inte mår bra i större omfattning söker stöd från andra vuxna och professionella utanför familjen än andra tjejer, medan killar som inte mår bra däremot i mindre omfattning söker stöd än andra killar.

Det är också uppenbart att många unga som har frekventa psykosomatiska besvär ger utlopp för sitt dåliga mående genom att agera utåt. De är mer sårbara men också mer benägna att såra andra utifrån svaren på våra frågor om att ha använt sig av lindrigare våld. Benägenheten att använda sig av lindrigare våld visar sig öka mycket påtagligt i takt med upplevda frekventa psykosomatiska besvär.

Referenser

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O. R. F. & Barnekow, V. (Eds.) (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study : international report from the 2009/2010 survey*. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe.

Danielsen, A. G., Samdal, O., Hetland, J. & Wold, B. (2009). School-related social support and students' perceived life satisfaction. *The Journal of Educational Research*, 102:303–318.

De Wit, D. J., Karioja, K., Rye, B. J. & Shain, M. (2011). Perception of declining classmate and teacher support following the transition to high school: potential correlates of increasing student mental health difficulties. *Psychology in the Schools*, 48:556–572.

Eurofound (2014). *Social situation of young people in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Folkhälsomyndigheten (2014). *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Martin, J. J., McCaughy, N., Flory, S., Murphy, A. & Wisdom, K. (2011). Using social cognitive theory to predict physical activity and fitness in underserved middle school children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 82(2):247–255.

Rask, K., Astedt-Kurki, P. & Tarkka, M.-T. (2002). Relationships among adolescent subjective well-being, health behavior, and school satisfaction. *The Journal of School Health*, 72(6):243–249.

Regeringsbeslut (2013). *Uppdrag angående ungdomars upplevda psykiska ohälsa*. S2013/6261/FS (delvis): Socialdepartementet.

SOU 2006:77 *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa – Analyser och förslag till åtgärder. Slutbetänkande av Utredningen om ungdomars psykiska hälsa*. Stockholm: Fritzes.

Ungdomsstyrelsen (2013). *Unga med attityd 2013. Ungdomsstyrelsens attityd- och värderingsstudie*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Vieno, A., Santinello, M., Pastore, M. & Perkins, D. (2007). Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *American Journal of Community Psychology*, 39(1–2):177–190.

Elektronisk källa

www.psykiatri-regionh.dk/who5/menu/

The Psychiatric Research Unit at the Mental Health Centre. WHO-Five Well-being Index (WHO-5). 2015-02-03.

”Självklart vill man känna sig viktig”

Ungas berättelser om psykisk ohälsa, stöd och strategier

I detta kapitel utgår vi från ungas egna berättelser om psykisk ohälsa, hur de vill ha stöd och vilka strategier de själva har för att hantera sin psykiska hälsa. Myndigheten har haft dialog med unga i fokusgrupper och via ett digitalt frågeformulär. All dialog vi haft med unga bygger på att unga själva har valt att delta. Sammantaget ingår 760–770 unga i åldern 13–25 år i vårt underlag.

Utifrån vår dialog med unga framträder en komplex och mångfacetterad bild av deras självupplevda psykiska ohälsa. Nästan alla unga vi har haft kontakt med har sådana erfarenheter. Psykisk ohälsa är, utifrån ungas perspektiv, ett skeende på många olika nivåer och med många bottenar. En del unga beskriver dåligt mående som ett övergående tillstånd som avhjälps med ett samtal eller en promenad. Det finns också unga som beskriver att de upplever stor psykisk smärta och att de mår dåligt förhållandevis konstant. De här två utgångspunkterna kan ses som beskrivningar av psykisk ohälsa längst ut i vardera änden av en linje. I vår studie finns mellan dem en mängd variationsrika beskrivningar som unga gett oss om hur de ser på sin psykiska ohälsa och hur de ser på sina möjligheter att ta hand om densamma.

Vissa unga berättar om ett samhälle som inte hör eller förstår deras behov av stöd. Andra, visade det sig, har haft kontakt med skolkuratorer, sociala myndigheter eller BUP. Trots att vi inte sökte dialog med unga som hade en uttalad eller diagnostiserad psykisk ohälsa vittnar många om en psykisk ohälsa som, vid en första anblick, skulle kunna definieras som ”lätt” men som ofta dolde djupare eller komplexa svårigheter. Det kunde handla om svårigheter i familjen, hög stressnivå och höga prestationskrav, social utsatthet, en diagnos, press att leva upp till vissa samhällsideal eller upplevelse av utanförskap. Ofta beskrevs flera av dessa aspekter samtidigt.

I regeringsuppdraget (regeringsbeslut 2013) anges att vi ska beskriva ungas ”lättare” psykiska ohälsa. I vår dialog med unga blev dock benämningen lättare problematisk att förhålla sig till. Psykisk ohälsa, ur ungas perspektiv, visade sig ha många olika nivåer. Till exempel berättade vissa unga om hur de klarade av sin vardag medan de inom sig kunde uppleva både stress och ångest. Vi har inte sökt dialog med unga utifrån att de har någon form av psykisk sjukdom. Däremot visade det sig i vår dialog med unga att flera varit i kontakt med vården på grund av sin psykiska ohälsa. Utifrån ungas olika berättelser av psykisk ohälsa på olika nivåer har vi valt att inte tala om eller definiera lättare psykisk ohälsa i det här kapitlet. I stället presenterar vi de olika sammanhang och strategier som de unga vi haft dialog med beskriver som relevanta för deras psykiska hälsa så som de själva definierar det.

Vi har inte möjlighet att återge den variationsrikedom som finns i vårt material i sin helhet. I stället diskuterar vi vissa teman som tydligt framträder i materialet och som är relevanta för vårt uppdrag. Unga själva använder inte begreppet psykisk ohälsa utan uttrycker att de ”mår” på ett visst sätt. Vi har därför valt att i detta kapitel diskutera hur unga mår snarare än deras psykiska ohälsa. Områden som vi kommer att belysa utifrån ungas egna perspektiv är:

- Hur unga beskriver vad stress är för dem.
- Hur unga uppfattar olika stöd.
- Vilka strategier unga beskriver att de använder sig av när de mår dåligt.

Detta är en orienterande (explorativ) studie där vi intresserar oss för perspektiv på ungas självupplevda psykiska ohälsa med fokus på sammanhang och strategier.

Psykisk ohälsa, ett individuellt projekt?

De flesta av de förhållningssätt unga beskriver fokuserar på att må bättre *i sig själv*. De beskriver olika förhållningssätt som ska förändra de inre upplevelserna. Även om många identifierar problemet som något som ligger utanför dem själva är det få som ser möjligheter att själva bli delaktiga i aktioner för att förändra miljö eller omständigheter.

Vi ser att unga beskriver en vardag som de inte uppfattar att de kan påverka. De beskriver vuxna som inte lyssnar eller inte ger unga det respektfulla bemötande de önskar. För många av de unga vi samtalat med tycks det finnas en svårighet att hitta en balans i tillvaron och att navigera mellan å ena sidan den egna viljan och den egna kapaciteten och å andra sidan omgivningens krav eller samhällets förväntningar. Det kan delvis handla om svårigheter i vardagen med att rent praktiskt få tiden att räcka till för skola, vardagssysslor, vänner, familj och fritid.

Det är framförallt tjejer som ger uttryck för en känsla av att samhället och omgivning ställer höga krav på dem. De förmedlar en medvetenhet om att detta leder till kompromisser med den egna viljan och utmanar den egna kapaciteten. I vår dialog med unga blir det påtagligt att ungas mående och självkänsla i stor utsträckning formas i relation till andra och till de ideal och mediebilder som produceras i samhället. Känslan av krav tycks många gånger diffus och upplevs inte endast som krav inifrån, utan även i form av mer eller mindre uttalade krav från skola, föräldrar, vänner, medier eller reklambudskap.

Studiens genomförande

Vår insamling av data ska ses som en dialog med unga där vi orienterar oss i ungas perspektiv. Vi har valt att inte vända oss speciellt till unga som sökt vård eller samtalsstöd utan till unga i allmänhet, utifrån vårt uppdrag. Det visade sig dock att många av de som vi kom i kontakt med hade erfarenhet av sociala myndigheter eller första linjens vård.

Vår dialog med unga

Vi har haft dialog med unga utifrån fokusgrupper med unga i åldern 13–21 år och utifrån beskrivningar som unga, 13–25 år, gett oss via ett digitalt frågeformulär. All dialog vi haft med unga utgår från ett självselekerat material. Unga har själva valt att delta utifrån eget initiativ. Därför är det rimligt att anta att unga i vårt material har mer reflektioner kring och fler erfarenheter av psykisk ohälsa jämfört med unga i allmänhet. I tre olika ungdomsverksamheter har vi haft samtal i grupp med cirka 30–40 unga mellan 13 och 21 år (cirka 15 tjejer och 20 killar).³¹ Via vårt digitala frågeformulär har 730 unga mellan 13 och 25 år gett oss sina berättelser. Det var 596 tjejer, 126 killar och 8 unga med annan könstillhörighet.

Då de citat vi återger i kapitlet kommer från olika former av dialoger vi haft med unga benämns unga på olika sätt. I de citat som kommer från vårt digitala frågeformulär anger vi det kön och den ålder den unga personen själv angivit när den svarat på frågeformuläret. I citat från våra fokusgrupper anger vi ett fingerat namn som samstämmer med det kön personen har. För att ge våra informanter full anonymitet uppger vi inte ålder för citat från fokusgrupper.

Fokusgrupper

I våra fokusgrupper har vi valt att möta unga i sammanhang där de har sitt vardagliga fritidsumgänge. Där ingen befinner sig för att de, på ett uttalat sätt, mår dåligt. Av den anledningen har vi valt att prata med unga om vad de gör i sin vardag för att må bra. Hur ser unga på den egna psykiska hälsan utifrån ett salutogent perspektiv:

- När mår unga bra?
- Vad behöver de för att må bra?
- Vad gör de för att må bra?

Genom att samla in data om denna fråga kan vi också besvara frågor som:

- När behöver de må bra?
- Vilka svårigheter uppfattar de att de måste hantera för att må bra?
- Hur hanterar de sina svårigheter/problem?

³¹ Vissa av samtalen hade en öppen struktur där unga kunde välja att delta i den omfattning de själva ville. Det betyder att unga kom, samtalade en stund och sedan lämnade samtalet. Vid dessa tillfällen kan vi inte ange exakt antal deltagare.

I två av våra fokusgrupper deltar hbtq-personer. Av de vi pratat med i de här fokusgrupperna uppger en person annan könstillhörighet. Resten uppger inte att de har en annan könstillhörighet än tjej eller kille. De ingår därför i vår diskussion som tjejer och killar men är tydliga med att de är hbtq-personer och därmed befinner sig utanför den normativa heterosexualiteten.

Digitalt frågeformulär

När vi formulerade det digitala frågeformuläret med öppna frågor valde vi att specificera frågor som var riktade mot att beskriva upplevelser som stress, oro eller nedstämdhet. Vi bad också om beskrivningar av förhållningssätt eller strategier som de ansåg vara verkningfulla för att må bättre. Vi hade som mål att försöka få berättelser som handlade om hur unga upplever dessa tillstånd och hur unga upplever att de kan hanteras. Vårt digitala frågeformulär låg uppe på vår webbplats under juni, juli och augusti 2014. Information om att frågeformuläret fanns där spreds via ungdomsorganisationer, verksamheter i civilsamhället som arbetar med stöd till unga med psykisk ohälsa, ungdomar.se samt vår egen Facebooksida.

Informationen om formuläret har sedan spridits till unga via olika medier. När unga svarat på frågeformuläret har de också, förutom de kanaler som vi använt för spridning, uppgett att de fått information om frågeformuläret via någon kompis som hittat det, via någon som lagt upp den på sin Facebook eller fått träff på formuläret via Google av en slump när de googlat efter något annat.

Ungas könstillhörighet

Ibland analyserar vi tjejer och killar var för sig för att visa på likheter och olikheter i hur unga beskriver och förhåller sig till hur de mår beroende på kön. Inom den grupp av unga med annan könstillhörighet som svarat oss via vårt digitala frågeformulär (åtta personer) har vi inte kunnat upptäcka några tydliga förhållningssätt till psykisk ohälsa som är framträdande för just denna grupp. Bland de åtta som svarat finns ett så varierat sätt att förhålla sig till sitt eget mående att det inte blir möjligt att beskriva några grupp-specifika uttryck förutom att flera uttrycker att det är extra viktigt att få stöd av människor som har kunskap om hbtq.

Stress bland unga

Det blir tydligt i vårt material att stress är ett begrepp som väldigt många unga kan relatera till och som är en realitet som påverkar deras liv på olika sätt. I vår dialog med unga dominerar stress i skolan som den främsta orsaken till att de behöver hitta strategier för att må bättre. Det visar sig också att unga förhåller sig på något olika sätt till sin psykiska ohälsa beroende på könstillhörighet.

Det är många som via vårt digitala frågeformulär ger utförliga beskrivningar av vad som orsakar stress, hur stress får dem att känna, både kroppsligt och emotionellt, och hur upplevelsen av att vara stressad på olika sätt påverkar deras vardagsliv och agerande. Erfarenheterna ser dock många gånger olika ut och det finns ingen entydig förståelse av vad stress är eller vilka uttryck stressen resulterar i. Vissa beskriver stress endast i form av fysiska och psykosomatiska symtom, medan andra framförallt pratar om hur stress framkallar olika typer av tankemönster, känslor och sinnesstämningar.

Positiv och negativ stress

Begreppet stress rymmer, som sagt, en mängd olika innebörder för de unga i vårt material. En av de tydligaste distinktionerna som görs är mellan positiv respektive negativ stress. Positiv stress beskrivs som någonting bra och sporrande som gör att man presterar bättre och känner sig ”taggad till att fortsätta”. Det beskrivs som något som gör att man blir effektiv och fokuserad. Negativ stress beskrivs som något som utlöser icke önskvärda känslor och kroppsliga symtom.

Kortvarig och långvarig stress

I flera av de berättelser som unga delat med sig av via det digitala formuläret beskrivs stress även som någonting som både kan vara kortvarigt och långvarigt. Kortvarig stress orsakas av särskilda händelser. Det kan till exempel handla om att försöka hinna med en buss, hinna hem till middagen, försova sig eller glömma något. Det kan också handla om att tillfälligt ha mycket att göra på jobbet eller i skolan, eller att medvetet ha skjutit upp saker till sista minuten. Den kortvariga typen av stress kan upplevas som jobbig, men beskrivs samtidigt som hanterbar utifrån vetskapen om att den är övergående.

Berättelserna som även tar upp stress som någonting långvarigt beskriver ofta mer diffusa anledningar till vad som orsakat stressen. Det kan exempelvis relatera till inre och yttre press, krav på att prestera eller att leva upp till olika sociala normer och förväntningar från omgivningen. De unga som berättar om långvarig och diffus stress beskriver också negativa konsekvenser som stressen har på det egna måendet och på deras livssituation. Stress beskrivs ofta som något jobbigt, ångestfyllt eller påfrestande. Det kan bland annat upplevas som att ”*inte ha någon tid till frihet*”, något ”*enormt plågsamt*”, ”*ingenting fungerar riktigt som det ska då*” eller ”*en obehaglig känsla som man inte riktigt vet hur man ska hantera*”.

Sammanfattande kan sägas att ungas upplevelser av stress skiljer sig åt från person till person och kan ta sig uttryck på en mängd olika sätt. Detta är bland annat beroende av om stressen upplevs som positiv eller negativ samt om den är kortvarig eller långvarig.

Uttryck för ungas stress

Unga, oavsett kön, beskriver på olika sätt hur skolan påverkar deras mående. Beskrivningarna är individuella men vi kan skönja ett genusanpassat mönster när vi utgår från alla beskrivningar. Tjejer är generellt mer utförliga i sina beskrivningar och tycks i större utsträckning även kunna sätta stressmomenten i en vidare kontext och verbalisera för sig själva och andra hur stressen upplevs, vad som orsakar den och hur de reagerar på att vara stressade. De sätter även i större utsträckning ord på de prestationskrav och de förväntningar som de upplever att skolgången ställer på dem. Om vi gör en generell översyn av de beskrivningar vi fått från killar ser vi ett annat fokus. De fokuserar mer på enstaka moment, som exempelvis läxor, att passa inlämningsdatum eller att riskera att komma för sent på morgonen när de beskriver skolan som orsak till stress. Några få unga som vi haft dialog med uppger att de aldrig är stressade på ett negativt sätt. De flesta av dessa är killar.³²

Ont i kroppen

Något av det vanligaste som unga tar upp i sina berättelser är beskrivningar av hur stress på olika sätt innebär att kroppen går på högvarv. Bland annat lyfts andningssvårigheter, högt blodtryck, rastlöshet, svettningar, skakningar, höjd puls och hjärtklappning fram som vanliga psykosomatiska symtom. Många menar att stressen leder till magont eller besvär i form av magsår eller magkatarr. Vissa beskriver också obehagskänslor som ”en klump i magen”. För andra leder stressen i stället till spänningar, svimningar, yrsel eller illamående:

”Nästan som jag håller på att dö. Svettas, skakar, hjärnan slutar fungera och jag får svårt att andas.”
(Tjej, 22år)

”För mig är det en mardröm att vara stressad då jag får fysiska samt psykiska besvär av det, stressmage, migrän, spänningar, lättretlighet, panikattacker, ångest, gråt, trötthet, nedstämdhet m.m. Listan kan göras lång. Är otroligt sårbar för stress.”
(Tjej, 23 år)

Det är även vanligt med beskrivningar som målar upp en mer diffus smärtbild i samband med långvariga perioder av stress. Unga berättar till exempel om krypningar i olika delar av kroppen, tryck över bröstet, klåda, ökad kroppsvärme, muskelspänningar och spända käkar. Även beskrivningar om huvudvärk och värk i axlar, bröst och muskler förekommer. Stressen kan också för vissa unga vara en utlösande faktor för andra sjukdomar som de bär på, till exempel olika mag- och tarmbesvär, herpes, manier eller ångestsymtom. Vissa tjejer berättar även hur stressen har gett fysiska effekter i form av viktnedgång eller påverkan på menscykeln.

³² Liknande beskrivningar om att inte uppleva stress eller att må dåligt finns i kapitel *Samlad kunskap om unga och psykisk ohälsa*, avsnittet *Arbetsmiljö och sociala relationer i skolan*.

Mental obalans

En av de vanligast återkommande beskrivningarna i materialet handlar om känslan av att stress innebär att sakna kontroll, att inte kunna känna sig lugn eller att uppleva att man är otillräcklig och inte duger. Dessa beskrivningar återfinns nästan uteslutande hos tjejer i vårt material. En tjej, 21 år, beskriver exempelvis stress som känslan av ”att jag inte räcker till, att göra folk besvikna” och en annan tjej, 17 år, säger att stress för henne förknippas med ”alla år som jag tvingat mig själv att göra saker som jag inte själv känt mig bekväm med, för att andra velat”. Liknande känslor beskrivs även i följande citat:

”Att ha mycket att göra, mycket att ansvara över, att folk förväntar sig saker av mig som jag inte känner att jag kan leva upp till. Att jag inte kan leva upp till de krav som jag, min vardag eller andra ställer på mig.”

(Tjej, 22 år)

”Illamående och press att prestera. Jag blir väldigt stressad när jag vet att jag inte kommer nå upp till någons förväntningar. Då stänger jag mig bara från omvärlden och får inget gjort. Det vill säga en ond cirkel.”

(Tjej, 16 år)

Likt citaten ovan ger många tjejer i vårt material uttryck för en upplevelse av höga krav och förväntningar. I ett stort antal berättelser beskrivs känslan av att behöva prestera och leva upp till förväntningar som ställs av det egna jaget, skolan, familjen och det kringliggande samhället. Inte sällan rymmer dessa beskrivningar även en upplevd avsaknad av kontroll:

”Stress för mig är som panik. Hälften av livet består av stress. Att inte ha tillräckligt med tid är stressigt. Att vilja göra något men inte lyckas är stressigt. Att sova med tanken på att man är misslyckad som en människa är stressigt. Att vakna dagen efter och inser att exakt samma dag som igår fortsätter i dag är stressigt.”

(Tjej, 23 år)

Den här tjejen ger uttryck för en känsla av att inte ha kontroll över sitt liv och beskriver hur hon upplever tidsbrist, att hon inte lyckas med det hon vill åstadkomma och känner sig misslyckad. Hon ger även uttryck för känslan av att situationen inte förändrar sig och att stressen tycks uppstå på grund av yttre omständigheter som hon själv inte upplever sig ha makt att kunna förändra.

Överdriven trötthet

En av de vanligaste emotionsrelaterade kopplingarna som unga i vårt material gör när de ska associera till begreppet stress är att koppla ihop stress med känslor av ”dåligt mående” eller att känna sig ”låg”. Ord som återkommer i berättelserna vi fått in via nätet är bland annat orkeslöshet, utmattnings- och trötthet. Flera unga, både killar och tjejer, berättar om hur stress leder till att de ”stänger av”, tappar ork och i stället blir sängliggandes, slöa, apatiska eller matta. Stressade situationer slutar för många med att de helt enkelt ”ger upp” eller lägger sig och sover:

”Jag tänker på att man har tusen bollar i luften samtidigt. För mig så blev jag oerhört trött, också blev jag irriterad och grinig. Så la mig och sov i stället. Idag så har jag lärt mig att ta en sak i taget.”

(Kille, 22 år)

”För mig är stress en väldigt plågsamt oro, kroppen blir rädd och ’stänger av känslor’ och jag får en väldig ångest och förvirring som oftast resulterar i att inget bra blir gjort och sen en stor trötthet som faller över mig.”

(Tjej, 21 år)

Likt citaten ovan beskriver många unga hur trötthet kan vara en direkt konsekvens av upplevd stress, men även hur det kan vara en mer eller mindre medveten hanteringsstrategi att ”stänga av” när stressen blir för stor. En kille, 20 år, berättar exempelvis att stress över läxor ”oftast brukar sluta med att jag lägger mig i sängen och bara skärmar av världen fastän jag har jättemycket att göra”. En annan tjej, 14 år, skriver att stressade situationer ”slutar med att jag blir trött och sover bort dagarna och då blir jag bara mer stressad”.

Flera berättelser rymmer även beskrivningar av hur stressen skapar en negativ spiral där att ”stänga av” fungerar för stunden, men på längre sikt bidrar till ännu mer stress.

Dåligt humör

Vissa unga beskriver hur stress leder till överkänslighet som påverkar förmågan att hantera tillvaron och bemöta andra människor som finns runt omkring. En tjej, 21 år, menar att hon ”inte kan sortera tankarna, inte fatta ett beslut, förstorar upp bagateller, blir irriterad på fel personer.” En kille, 16 år, säger att stress leder till ”irrationella beslut, jag börjar fungera på impulser”.

Andra beskriver hur de under påverkan av stress blir världsfrånvända, de blir irriterade, sura, otrevliga, högljudda, aggressiva eller på dåligt humör. Det kan för vissa leda till att saker ”kan gå ut över dom i min omgivning.” En tjej beskriver det så här:

”Att ens ork tar slut väldigt fort. När jag är stressad slutar det ofta med att jag blir väldigt väldigt trött och ofta grinig. Minsta ord eller handling kan göra mig jättearg. Hinner jag inte med det jag måste hinna med blir jag lätt deprimerad och får ångestattacker.”

(Tjej, 16 år)

Precis som i citatet ovan hänger berättelserna om ilska och irritation ofta ihop med berättelser om andra känslor och stressreaktioner i form av ångest, vilshenhet och oro.

Ångest

Bland unga i vårt material finns också de som beskriver en stark koppling mellan att känna sig stressad och att uppleva ångest. Det blir tydligt i såväl de berättelser vi fått in via nätet som i de samtal vi haft med unga i fokusgruppen. En kille, 17 år, beskriver hur stress gör att han *"blir ledsen, får ångest, mår inte bra alls, det förstör mig"*. En tjej, 14 år, beskriver känslan av stress som att *"ångesten drar över en, för att man känner sig meningslös hur mycket man än gör"*. Att stress är det som i sig genererar ångestkänslor är en beskrivning som återkommer hos flera av de unga vi samtalat med. En kille, 24 år, säger exempelvis att stress för honom innebär att *"vara så uppjagad så jag börjar må dåligt psykiskt"* och en annan kille, 18 år, menar att *"panikångest är en bra sammanfattning på ett extremläge"*.

Stress tycks för vissa unga alltså leda till allvarligare former av psykisk ohälsa. En tjej, 18 år, menar att stress är *"en av de sakerna som får mig att må sämst. Jag hatar att vara stressad och jag får ofta ångestattacker eller panikattacker."* Stress påverkar hela livssituationen och många beskriver det som en konsekvens av upplevelsen att inte kunna påverka situationen:

"Jag brukade tro att jag inte kunde bli stressad. Nu kan jag inte riktigt skilja på dålig stress och ångest. Har många olika tankar på en gång, känner mig rastlös och har spring i benen. Oftast. Kan känna mig stressad av att bara ligga ner i sängen också. Det gnager, och alla små bekymmer jag har, blir automatiskt tio gånger större. Känns som att jag inte kan göra något åt det."

(Kille, 21 år)

Killen i citatet ovan ger uttryck för hur stress för honom blivit synonymt med ångest som leder till uppgivenhet. Att tänka och känna efter för mycket riskerar enligt vissa unga ge upphov till ännu sämre mående som gör att man kan fastna i en stress- eller ångestfylld känsla. En ung kvinna, 22 år, beskriver det exempelvis som att *"tankarna snurrar iväg och ger upphov till mer ångest"*. Att unga inte känner att de har makt att påverka eller förändra sin situation kan vara en faktor som bidrar till denna negativa tankespiral. Ångest tycks många gånger bli en konsekvens och ett oönskat utfall av en stressad situation som unga upplever att de inte har kontroll över eller som de inte själva kan påverka.

Tankeförmåga

Utöver att påverkas både kroppsligt och känslomässigt av stress beskriver vissa av de unga i vårt material även hur deras handlingar och vardagsliv på olika sätt påverkas av att vara stressade. En tjej, 25 år, beskriver exempelvis hur stress för henne innebär en *"oförmåga att hantera vardagliga problem"* medan en annan tjej, 21 år, beskriver det som att inte kunna *"organisera vad som händer och sortera ut intrycken jag får"*. Flera av de unga i vårt material beskriver hur stressen påverkar deras tankeförmåga på olika sätt. Det kan handla om att *"hjärnan slutar fungera"*, att *"tappa minnet lite"* eller att *"inte kunna tänka klart"*. Vissa beskriver att stress innebär en oförmåga att fatta beslut eller att inte veta var man ska börja. Andra uppger att stress leder till att de blir ineffektiva, låser sig eller blir helt handlingsförlamade:

”Uppåtjagad, en känsla av panik, fumlighet och virrighet. Glömska. För mig innebär det att jag inte klarar av min vardag, att jag är fumlig och virrig och glömmet bort saker. Det ger mig magkatarr och huvudvärk.”

(Annan könstillhörighet, 21 år)

”Jag tänker sociala sammanhang, det typ låser sig, typ som att som en osynlig mental vägg, och ja kan inte prata eller nånting, nervösa tics, vill bara därifrån.”

(Kille, 19 år)

”Att vara stressad innebär för mig att jag får någon typ av kortslutning i hjärnan, jag kan inte hålla reda på andra saker, blir förvirrad och känner mig som i en dimma.”

(Tjej, 18 år)

Att ”få en kortslutning i hjärnan” i stressade situationer beskrivs även av andra unga som talar om hur de blir förvirrade, klantiga, begår misstag eller förstorar upp bagateller. Stressen kan därmed vara ett hinder i den vardagliga interaktionen med andra och i likhet med vad vi nämnt tidigare förekommer det även att unga beskriver hur stressen leder till att de stänger av sina känslor, blir personlighetsförändrade eller att de inte kan prata eller kommunicera ordentligt.

Upplevelsen av makt och kontroll

Ett flertal unga ger uttryck för svårigheten i att lyckas prioritera och att själva hitta en balans i tillvaron. Kraven utifrån upplevs som allt för höga, samtidigt som de egna ambitionerna blir till malande krav på prestation. Svårigheten att hitta en balans i tillvaron och att känna sig tillräcklig blir än mer påtaglig hos de unga vars stress inte bara relaterar till fördelningen mellan olika vardagliga göromål som tar tid i anspråk (kortvarig stress), utan som även handlar om en mer ”diffus” upplevelse av krav från en mängd håll samtidigt (långvarig stress).

Unga beskriver på olika sätt hur deras erfarenheter av stress och av att må dåligt psykiskt påverkar möjligheten att göra saker de vill eller måste göra i vardagen, vilket gör att de hamnar efter och därmed blir ännu mer stressade eller ångestfyllda. Även dessa berättelser präglas av talet om maktlöshet och bristande kontroll över tillvaron eller hur bristen på utrymme för att faktiskt få må som man mår riskerar att leda till att det dåliga måendet utvecklas eller förvärras.

Det sätt som unga beskriver långvarig stress på kan ses som en konsekvens av att som ung människa inte uppleva sig ha någon möjlighet att påverka eller förändra den livssituation hen befinner sig i.

Stöd till unga

Unga som vi haft dialog med har varierande erfarenheter av stöd från andra. Några berättar hur familjen kan vara ett stöd, många beskriver hur viktiga vänner är. Cirka 20 procent av unga som besvarat vårt digitala frågeformulär nämner att de sökt stöd hos en offentlig vårdaktör.³³ Vissa beskriver stödet som bra och värdefullt medan andra beskriver negativa erfarenheter av sitt möte med den offentliga vården.

Många uttrycker också att de sökt eller söker stöd hos aktörer i civilsamhället. Den organisation som nämns oftast är Bris men också andra verksamheter som tjejjourer, föreningen Tilia och Tjejjonen nämns.

Till skillnad från de som beskriver sina erfarenheter av den offentliga vården är det ingen av de unga som vänt sig till organisationer i civilsamhället som uttrycker att de har negativa erfarenheter av det stöd de fått.

Svårt för unga att veta var stöd finns

De flesta vi har haft dialog med säger att både information om och tillgänglighet till stöd och hjälp behöver utvecklas. En del tar upp det svåra i att lära sig hur de ska ta hand om sig själva och sitt mående. Många saknar andra ställen att vända sig till, utöver skolkuratorn. De beskriver på olika sätt svårigheter. Det som är svårt, och som framträder tydligast i vår dialog med unga, är när de är medvetna om att de mår dåligt, behöver hjälp men inte vet eller vågar fråga om hur eller var de ska söka stöd och vem som ska göra det:

”Gör det enklare att söka stöd. Informera mer om ohälsa i skolor. Jag visste till exempel inte vem skolans kurator var förrän i nian. Då hade jag redan fått klara mig ur både prestationsångest och ätstörningar. Ju mer vi unga får höra om att det inte är så ovanligt med psykiska problem, desto bättre kommer vi att må. Man kan till exempel genomföra fler föreläsningar för ungdomar, ha internetsidor med tips för självhjälp eller bara göra det lite mindre skämmigt att prata om sina känslor.”

(Tjej, 16 år)

”Jag önskar bara att olika jourtelefoner/stömlinjer att ringa till borde ha öppet längre. Ibland när jag behöver ringa och prata på kvällen/natten är alla telefonlinjer stängda och jag ligger och grubblar och har ingen att prata med.”

(Tjej, 16 år)

”Om jag söker stöd vill jag, att vilket problem jag än söker stöd för, bli bemött seriöst och med värdighet. Jag vill inte gå därifrån med känslor om att det var ett fel beslut, jag vill inte känna skam eller som om mina problem inte är väsentliga.”

(Tjej, 21 år)

”Det är ju inte som att man i skolan får lära sig hur man ska göra för att må bra.”

(Thea, fokusgrupp)

³³ Vi skriver cirka då det är en tolkningsfråga vad en offentlig vårdaktör är och vad som är vård.

Bland unga vi haft kontakt med ser vi ett behov att skapa fler ställen dit de kan vända sig när de mår dåligt. En grupp i vårt material som särskilt uppmärksammar svårigheten med att veta vart man ska vända sig är unga vuxna i åldern 18–25 år.

Brister i de vuxnas bemötande

Unga som berättar om att de söker stöd utanför familjen eller vänskapskretsen beskriver ofta brister i sättet de blir bemötta. Det handlar bland annat om en miljö som inte är välkomnande och om vuxna som inte lyssnar eller förstår. Vissa unga uppger att de blivit påtvingade stöd som de inte velat ha:

”När jag gick ut högstadiet var jag väldigt skör. Jag hade blivit ’tvingad’ att gå till kuratorer som mer eller mindre var helt oförstående och snudd på dumma i huvudet, hade även tvingats ha känsliga samtal med lärare och så. Så mitt självförtroende var i botten och min tillit till vuxna i princip noll. Under tiden jag var värst mobbad hade jag både självska debeteende och självmordstankar kan tilläggas.”

(Tjej, 16 år)

I den här tjejens berättelse framkommer att hon inte har fått det stöd hon önskat. I stället uppger hon att hon tvingats prata med vuxna som inte har förstått henne. Utifrån vad den här tjejen uttrycker tydliggörs hur viktigt det är att den unga personen utvecklar ett förtroende för sin vuxna samtalspartner innan ett stödjande samtal kan ske.³⁴ Skillnaden mellan ungas perspektiv på det stöd de behöver och det stöd vuxna ger är ofta stort. Unga berättar också om hur de vuxnas perspektiv många gånger får tolkningsföreträde i mötet med den unga personen. Men det finns undantag:

”Jag tänker såhär med sociala myndigheter att det är exakt samma där som med en skolkurator eller med BUP som vilken annan person som helst. Jag bor i (ort) och för några år sen hade jag också kontakt med sociala, men då var det inte med någon som inte har någon erfarenhet, livserfarenhet av vår situation, som jag snacka med utan det var en medelåldersinvandrargubbe från (ort) och han var stört skön. Han snackade på samma sätt som mig, hade växt upp med samma ungdomssubkultur som jag levde i då. Och då vart det ju plötsligt hur enkelt som helst att förstå, med hans sätt att hjälpa mig, även om han var tvungen att följa socialas ramar och mallar för hur man ska gå tillväga med saker. ... det handlar om hur de kan ge bemötande och den där tillitsfrågan.”

(Victor, fokusgrupp)

³⁴ En utvecklad diskussion om relationen mellan en ung person och en behandlare finns i Åsa Källström Caters artikel *Samtal som behandling av unga som upplevt våld i föräldrarnas parrelation* (se kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*).

Att ta emot stöd ter sig som ett lotteri utifrån de ungas beskrivningar, ibland fungerar det, ibland inte. Den vuxnes förmåga att ta emot och acceptera den unga personens erfarenheter och perspektiv i livet är enligt de unga avgörande för om det fungerar eller inte.

Även stödsökande i skolan ter sig som ett riskprojekt för många unga vi träffat i fokusgrupper. Anledningen till det är, enligt unga, den anmälningsskyldighet till socialtjänsten som personal inom myndigheter, offentlig vård, skola och fritidsverksamhet har om de misstänker att barn far illa. Samtidigt är många unga överens om att vuxna ibland måste anmäla om situationen för den unga är allvarlig. Många unga beskriver att de befinner sig i ett mellanrum, i valet mellan att inte berätta för en vuxen och att berätta men inte veta vad som kommer att hända närmast:

”Vi ungdomar får ingen hjälp, vi blir inlindade i ett otryggt samhälle. Vuxna säger att man ska vända sig till ungdomsmottagningar om man har problem och när man kommer dit på studiebesök så får man veta att de har tystnadsplikt, bra tänker man.

Men sen kommer frågan upp. En av mina klasskamrater frågar på en ungdomsmottagning: 'Du om ni nu har tystnadsplikt då betyder det att man kan fråga vad som helst utan att behöva vara orolig att man ska få ett argt samtal från ens föräldrar?' Svaret löd såhär: såklart att ni kan berätta allt för oss vi är ju här för att hjälpa er genom det svåra. Men om det skulle vara så att ett barn eller ungdom far illa så har vi anmälningsskyldighet, eller om vi är oroliga. Vilket vi alla förstod och tyckte lät som en bra idé. Men när hon sedan säger att de helst har ett samtal med vårdnadshavaren direkt efter ett besök bara för att uppdatera, så att föräldern vet vad det är barnet tänker på, vilket vi alla tycker är idiotiskt, vi alla ungdomar vill kunna ha någon som man kan prata om allt med, även det som är dåligt utan att ha den dåliga känslan i kroppen, att tänk om hon gör så och att mina föräldrar gör så. Vi måste ha en vuxen som vi kan lita på och det har vi inte.”

(Tjej, 16 år)

Tjejen som berättar om studiebesöket på ungdomsmottagningen belyser en ambivalens som den offentliga vården brottas med vid vård av unga under 18 år. De ska erbjuda unga en trygg miljö där unga kan få hjälp och stöd med sådant de upplever som svårt. Samtidigt finns en anmälningsskyldighet och ett ansvar gentemot föräldrarna kring information om den ungas situation om så bedöms nödvändigt. Den här ambivalenta hållningen beskriver många unga under 18 år i vårt material som anledning till en känsla av otrygghet när de söker stöd.

Bli sedd och lyssnad på

Bemötande är en central aspekt i ungas beskrivningar om vad de önskar för stöd. I deras beskrivningar av vilket bemötande de vill ha tydliggörs att det handlar om att de vill bli lyssnade på samt att den de möter har erfarenhet, acceptans och ambition att möta den unga i dennes perspektiv av verkligheten:

”Jag vill känna mig sedd och lyssnad på. Inte dumförklarad eller obekvämt. Miljön ska kännas lugn och privat. Inte fönster där andra kan se in eller dåligt isolerade dörrar så förbigående kan höra det jag berättar. Det är även viktigt att den som jag pratar med ska ha tid för mig och inte bara stressa vidare.”

(Tjej, 16 år)

Den här tjejen önskar ett stöd där den stödjande personen ska vara både villig till ett möte och villig att utforska den unga personens situation tillsammans med denne. Respekt för den andres perspektiv kan också handla om att bli respektfullt mottagen om en befinner sig utanför samhällsliga normer om vad som är ”normalt”.

”Vill understryka vikten av att det ska kännas tryggt att söka stöd om en inte infaller i normen, det vill säga om en till exempel är homosexuell, bisexuell, transperson (binär som icke-binär) eller queer. Eller om en är rasifierad eller arbetarklass, att en ska vara trygg i att en inte kommer få ett ignorant bemötande.”

(Annan könstillhörighet, 21 år)

I citatet ovan återkommer ett genomgående tema i vår dialog med unga. Att stöd ska ges utifrån en respektfull hållning, oberoende av föreställningar om vilka svårigheter personer i en viss ålder ”ska” ha, sexuell läggning, etnicitet, klass eller annat som kan innebära att den unga personen avviker från normen.

Det som karaktäriserar ett respektfullt bemötande är att den vuxna lyssnar till och visar respekt för den ungas gränser och önskemål och att den vuxnas förhållningssätt är förstående och icke-dömande samt uppsökande men inte uppfordrande.

Utifrån vår dialog med unga blir det också tydligt att förtroende och tillit behöver etableras innan unga kan ta emot stöd. Så mycket som möjligt bör också göras för att minska uppkomsten av stress under mötet. Många unga uttrycker tydligt att de är känsliga för social stress och behöver känna social tillhörighet.

Alternativa stödformer

Samtalsstöd är en vanlig stödform som riktas till unga som behöver hjälp. Men de unga vi pratat med i fokusgrupperna menar att samtal inte alltid är vad de behöver. Vissa föreslår andra sätt att hitta fram till ett bättre mående:

”Musik, vilrum och katter alltså, det tror jag på, det är riktigt bra former för stresshantering. Nej, men vilrum är nog rätt viktigt i skolan ... Nej, men bara så att det kan vara tyst, det kan vara låst och ingen håller på på dörren och ... det är skönt liksom ... och där ska man kunna gå in i princip närsomhelst nästan ... så här...”

(Tim, fokusgrupp)

Tim tar upp förändringar i skolmiljön som ett sätt att må bättre. Här lyfts möjligheten att kunna gå ifrån och vila, kanske lyssna på musik. I citatet nedan berättar Erik hur han önskar sig en skola där det finns utrymme för att ha en dålig dag:

En grej som jag har tänkt på det är att det nästan aldrig finns utrymme för att må som man mår. De liksom, kommer du till skolan och har haft en skitdag, – Fuck, jag spillde mjölk över hela golvet i morse, jag missa tunnelbanan, en hund kissa på min sko, just nu vill jag inte göra nånting och gråta typ så finns det nästan aldrig utrymme för att göra det. Liksom, Näe men 'bite your lipp' och sätt dig ner och gör nationella typ. Förstår du, det finns liksom aldrig utrymme...

(Erik, fokusgrupp)

I citatet ovan beskrivs skolan som en plats där man som ung måste prestera oavbrutet. Att få ta en paus, må dåligt eller ta hand om det som känns ges, enligt Erik, inget utrymme i den skolsituation han har erfarenhet av. Erik efterlyser möjligheter att få gå ifrån skolarbetet när han inte orkar. Han önskar få göra någon aktivitet en stund, till exempel skejta. Andra unga har andra berättelser om hur de återhämtar sig:

”Jag tycker så här att mår man dåligt behöver man lätta på trycket och det behöver inte alltid vara i form av samtal. Man kan uttrycka sig i form av konst eller musikaliskt och det behöver man inte göra inför någon, det kan man göra för sig själv också. Så att liksom att man får ut allt på nåt sätt.” (Victor, fokusgrupp)

”Men jag tycker att man kan få utlopp för det när man gör något kreativt som att så här teckna eller skriva eller få utlopp för nått ... då känns det ju roligt också. På så sätt kan man ju också komma på en annan plats i sina egna tankar liksom. Paus. Så nått kreativt.”

(My, fokusgrupp)

Victor och My beskriver handlingar som kan tolkas som kreativa för att ”lätta på trycket”. De beskriver de här sätten att ta hand om sig själva när de mår dåligt som ett alternativ till samtal om hur de mår.

Vi får också signaler om att miljön har stor betydelse när unga befinner sig i en situation där de ska få stöd. Vissa tycker att den miljö som är anpassad för stöd och hjälp är för ”steril”, de unga saknar en mer hemtrevlig miljö där man kan känna sig bekväm: ”*varför inte boka en fika liksom*”. Andra ingångar är kroppslig omsorg: ”*ta en massage då och då och bara lägga sig ner och bara ...*”.

När de unga behöver stöd eller mår dåligt är det bemötandet i kombination med den miljö de befinner sig i som de uttrycker är centralt för hur de interagerar med andra. I exemplen ovan tydliggörs miljö och omsorg om kroppen som en väg till att må bättre.

Trivsamt och trygg miljö

Vad unga kan göra och hur de blir bemötta är viktigt. Ytterligare en dimension av ungas psykiska hälsa är att få vara på trygga platser där de blir bra bemötta i kombination med en miljö där de trivs. Nedan ett utdrag ur en fokusgruppsintervju som är gjord på en mötesplats för unga hbtq-personer:

”I: Vad är det dom gör här då, som är annorlunda..?”

Bea: Det är liksom så här, dom bryr sig verkligen! Dom visar att dom bryr sig ... jag menar om ... alltså, om vi säger, det är inte deras ansvar om vi säger att dom ska finnas där för oss, om det är nåt ... om det finns nåt vi mår dåligt över ... liksom ... dom gör det för att dom bryr sig om oss och dom vill att vi ska må bra! Så då finns dom där för oss liksom ...

Vinnie: Frivilligt också! (flera mm:ar instämmande)

Bea: Alltså, för mig är det inte bara (mötesplats), utan det är ju hela (fritidsverksamheten) liksom, det har ju blivit som ett andra hem för mig ... äh ... för att ... jag är här i princip heeela ... alltså varje dag och alltså ... man känner sig bekväm här, jag menar det är ju som ett andra hem, liksom, det enda man gör här ... alltså, jämfört med hemma, det är att man inte sover över här. Annars så ...”

(Fokusgrupp)

Exemplet här visar vilka förutsättningar som dessa unga ser som betydelsefulla för att de ska må bra, känna sig trygga och uppleva gemenskap. De vet att det finns någonstans att gå om de inte mår bra och behöver hjälp och stöd. Tjejerna i den här intervjun beskriver gemenskap, vuxna som möter dem i jämlika relationer och en miljö som är trygg och trivsamt. Även andra unga har lyft hur viktigt det är att få vara i en miljö där de upplever att de blir respekterade, något som alltså är långt ifrån självklart bland de unga vi haft dialog med.

Vi har också i tidigare rapporter betonat hur viktiga riktade mötesplatser är, till exempel för att unga hbtq-personer ska må bra (Ungdomsstyrelsen 2010). I den dialog vi haft med unga för det här uppdraget har det blivit tydligt att trygga mötesplatser är betydelsefulla också i en mer generell bemärkelse. De unga vi haft dialog med understryker vikten av att ha tillgång till mötesplatser där de kan träffa jämnåriga, stressa av och ha roligt. Men för deras egen hälsa är det framförallt betydelsefullt att det finns mötesplatser med engagerade vuxna som kan coacha och vägleda unga utifrån ungas egna individuella utgångspunkter och med respekt för ungas egna perspektiv på sin situation.

Vad unga önskar när de mår dåligt

Unga är förhållandevis samstämmiga när de beskriver vad de önskar ifall de mår dåligt och behöver stöd. Det handlar om att

- respekteras som en person och inte bemötas som ett problem
- någon lyssnar och eventuellt ställer relevanta frågor
- erbjudas en avstressande samtalsmiljö som är tillgänglig och personlig/familjär
- ges tillräckligt mycket tid för att bygga förtroende och möjliggöra samtal kring känsliga ämnen
- ges stöd på annat sätt än att prata
- få tillgång till välkomnande mötesplatser med hemlik miljö utan att det blir privat
- erbjudas olika arenor, både fysiska och digitala
- få tillgång till makt, inflytande och delaktighet.

Att bli lyssnad på betyder att utgå från den ungas perspektiv och position, att behandlaren eller stödpersonen ställer relevanta frågor och lämnar ifrån sig makt. Det vill säga att den vuxne släpper sitt tolkningsföreträde om hur den ungas livssituation är eller bör hanteras och samtalar med den unga personen utifrån en stödjande, nyfiken och utforskande position.

Att inte prata utan att få stöd på andra sätt kan handla om att ta paus när man själv vill. Det kan vara mycket ansträngande för de unga att våga berätta om något känsligt. Möjlighet att gå ifrån en lektion och göra något annat, tillgång till musik (lyssna, spela själv), kreativt skapande eller fysisk aktivitet.

Ungas önskan om mötesplatser handlar specifikt om mötesplatser där de känner sig trygga och välkomna, med vuxna som de på olika sätt känner tillhörighet till.

Unga vill använda sig av olika arenor när de söker stöd. Vissa vill möta någon personligen, andra trivs bäst med att söka stöd via chatt eller telefon. Det är viktigt med tillgänglighet när det gäller både tid och rum.

Makt, inflytande och delaktighet kan innebära olika saker för unga utifrån deras ålder, kön, etnicitet eller funktionsnedsättning. Unga är sinsemellan olika och deras behov av hur stöd och vård ges varierar. Därför önskar unga stöd som tar hänsyn till deras olika individuella identiteter. Lite mer generellt kan man säga att unga upp till 18 år vill kunna uttrycka sig utan att vara oroliga för att det de berättar förs vidare till vårdnadshavare eller andra vårdinstanser utan deras medgivande. De som är över 18 år vill få tillgång till tydlig information om var de kan söka och få ta del av offentligt stöd utan känslan av att falla mellan stolarna. Alla unga som vi haft dialog med uttrycker tydligt att det är mycket viktigt att de inte blir ”överkörda”. Rädslan för just detta hindrar många från att söka stöd.

Förhållningssätt och strategier för att må bättre

Anledningar som de unga lyfter fram kring varför de behöver strategier för att må bättre varierar. Det kan vara skolan (skolprestationer och relationer i skolan), familjer som inte fungerar, bråk i vänskaps- eller kärleksrelationer eller i relationer som brutits eller inte finns, social utsatthet (mobbing, våld och trakasserier), upplevd press över normer och ideal som de ”måste” leva upp till, oro eller ångest som bara finns där, psykisk sjukdom och oro inför framtiden. Många gånger berättar de om flera olika anledningar som samverkar.

När unga som vi har varit i dialog med beskriver sina sätt att må bättre beskriver de strategier som kan förstås som funktionella eller dysfunktionella. Med *funktionella strategier* menar vi strategier som, utifrån WHO:s definition av hälsa (se *Inledning*) kan bidra till att utveckla individens psykiska, fysiska eller sociala välbefinnande. Med *dysfunktionella strategier* menar vi strategier som däremot på något sätt bidrar till att bryta ned individens fortsatta psykiska, fysiska eller sociala tillstånd/hälsa. Exempel på en funktionell strategi utifrån detta resonemang är till exempel att ta en promenad för att få ny energi medan exempel på en dysfunktionell strategi är att skada den egna kroppen.

De strategier som unga beskriver varierar mellan olika individer. De här variationerna kan förstås som individuellt utarbetade repertoarer av handlingar, tankemönster och beteenden som på olika sätt kan kombineras för att de ska må bättre. Så här skriver en tjej om sin repertoar:

”Distraherar mig med musik, tv-spel eller slösurfing på internet, skriver eller väntar ut nedstämdheten: accepterar att den finns där och låter den passera.”
(Tjej, 19 år)

Den här tjejen beskriver ett antal olika strategier som hon använder sig av. I hennes beskrivning framgår inte hur hon kombinerar olika strategier och det går inte att göra någon tolkning kring vad dessa betyder för hennes välmående. Det skulle kunna vara funktionellt respektive dysfunktionellt mer beroende på sammanhanget än på det hon gör.

Andra beskriver mer tydligt hur de utvecklat en repertoar som förhåller sig till olika omständigheter:

”Beror på många olika faktorer, till exempel, vad orsaken är, vilket humör jag är på, var jag är någonstans, vilka som är i närheten med mera.

Några saker är:

- 1. 'Flyr' in på mitt rum, (det är som min säkerhetszon, inget kan göra mig något där. Ibland stänger jag in mig där).*
- 2. Pratar ibland med pappa eller/och mamma om vad det är som orsakat det.*
- 3. Sätter mig framför datorn och skriver på någon av mina berättelser eller spelar dataspel.*
- 4. Musik.*
- 5. Dagdrömmande.*
- 6. Anti-ångest tabletter ibland (fast jag avskyr och är motvillig att ta tabletter).*
- 7. Pratar med en kompis.*
- 8. Pratar med mamma eller/och pappa.*
- 9. Försöker tänka ut hur jag kommer ur situationen.*
- 10. Skär mig.*
- 11. Slänger saker i väggen.*
- 12. Slår och sparkar på väggen.*

Med andra ord, gör jag saker som kan få bort mig från verkligheten och försöker komma bort från situationen.”

(Tjej, 20 år)

”Äter mat, pratar med kompisar eller kollar på film. Om jag mår dåligt tycker jag om att vara själv. Jag försöker isolera mig från omvärlden så mycket som möjligt och den enda kontakt jag känner mig bekväm med att ha är via sms eller Facebook. Oftast brukar ångest/stress/oro känslorna gå bort efter ett par dagar av isolering men om inte så kan jag till exempel ta en cigg för att lindra ångesten. Eller supa mig full. Om känslorna går för långt så kan mer drastiska åtgärder tas till hands.”

(Kille, 15 år)

*”Självdestruktiva beteenden: ätstörningar, övertränar
Konstruktiva beteenden: försöker finna orsaken och få bort den.”*

(Annan könstillhörighet, 24 år)

Ovan beskriver tre unga sina repertoarer. Tjejen är tydlig med att olika strategier används vid olika omständigheter, men att alla strategier används för att ”få bort mig från verkligheten”. I hennes repertoar finns både funktionella och dysfunktionella strategier. Killen beskriver att han använder olika strategier beroende på ”grad” av dåligt mående. Ju sämre han mår, desto mer dysfunktionell blir hans strategi. Den unga personen med annan könstillhörighet skiljer tydligt mellan konstruktiva och destruktiva beteenden.

Andra beskriver strategier som är förhållandevis vardagligt funktionella. Det kan tolkas som att den unga personen ser möjligheter att ta hand om sitt mående och att självomsorg är integrerat i den ungas vardag:

”Jag gråter ibland om det behövs, det kan vara skönt att få gråta ut. Sen brukar jag lyssna på glad, positiv, bra musik som får mig på lite bättre humör. Ibland så tittar jag också på någon riktigt bra film eller läser någon riktigt bra bok för att komma bort från mina jobbiga tankar, känslor för ett tag. Sen brukar jag också gosa/mysa med mina husdjur, för då brukar jag känna mig lite lugnare.”

(Tjej, 18 år)

”Lyssnar på musik, pratar med mina vänner, pratar med mina föräldrar, kollar på youtube.”

(Kille, 20 år)

I de två ovanstående beskrivningarna nämns vardagliga handlingar och umgängen. Här beskrivs umgänget med husdjur som något att må bra av eller med. Att lyssna på musik är också något som de allra flesta tar upp som ett sätt att må bättre på.

En förhållandevis stor grupp unga i materialet (cirka 140) beskriver att de använder sig av dysfunktionella och självskadande handlingar för att hantera stress, oro eller ångest (främst tjejer, men även killar). Det finns också unga som skriver att de inte visar för andra hur de mår, eller är uppgivna och menar att det ändå inte finns någon mottagare så det är ingen idé att uttrycka något (främst killar, men även tjejer). Det finns beskrivningar från unga som berättar att de försökt signalera att de behöver hjälp, men blivit illa behandlade av skolhälsovården och andra vårdinstanser. Det finns också unga som är enormt tacksamma för det stöd de får från lärare, mentorer, kuratorer, psykologer eller terapeuter inom skola och vård.

Unga uppger att de har strategier för att må bättre när de känner oro, nedstämdhet eller stress. De strategier de beskriver skiljer sig dock åt för på vilket sätt dessa kan förstås som funktionella eller dysfunktionella i relation till den ungas väg till psykisk hälsa. De beskrivningar vi har fått och de samtal vi har haft innehåller också önskingar om ett bättre stöd från samhället.

Tjejer beskrivningar av strategier för att må bra

När vi i fokusgrupperna pratar med tjejer om hur de ser på sitt eget mående kretsar samtalen kring just måendet och upplevelser relaterade till deras psykiska hälsa. Många tjejer beskriver också tydligt hur de mår, både i fokusgrupperna och i de digitala frågeformulären. Beskrivningarna är olika och berättelserna ger olika infallsvinklar. Citatet nedan är ett exempel på en sådan beskrivning:

”Förra året var det värsta i mitt liv, jag var stressad, pressad, upptagen, nervös och gud vet vad. Det var en lång evig spiral, alla krav från skolan, vänner och jobbet, förenades med pressen att prestera bra på alla punkter. När det var som värst fanns det inget sätt att må bättre. Det var först för några månader sedan jag började inse vad som krävdes för att jag skulle må bra. Jag var tvungen att säga nej, säga att jag inte vill jobba helger och kvällar under skolveckorna, säga nej till att vara med mina vänner och bara stanna hemma och sova och vila. Det jag behövde var en paus, jag behövde vila och jag behövde vara ifred, utan att någon ville ha något av mig. Det är inte så lätt som alla fick det att låta. Nu vet jag att om jag ska undvika att hamna i samma helvete igen måste jag säga nej till i stort sett allt som jag känner mig tveksam till tidsmässigt och energimässigt. Och stanna hemma hellre än att riskera att väcka stresskänslan. Men det jag vill få fram är att när man är som mest stressad, orolig och allmänt ledsen har man känslan av att det inte finns något man själv kan göra för att ändra på saker och ting. Man är i ett mörkt hål och det enda man vill göra är att gömma sig i ett hörn och försvinna från världen.”

(Tjej, 18 år)

Flera av de tjejer vi pratat med, och de som svarat på vårt frågeformulär, uttrycker sig utförligt om hur de mår och beskriver någon form av konstruktiv handlingsplan för att hantera detta. Den här gruppen tjejer, som i vårt material är förhållandevis stor, förmedlar en berättelse där känslor och tankar kan beskrivas och relateras till vad som händer i kroppen. Många gånger relaterar de också till händelser och situationer som har lett till att de mår dåligt. Här finns också kunskap om olika sätt att hantera detta kombinerat med beskrivningar av hur starka känslor kan ta över och skapa handlingsförlamning när de mår dåligt.

Vad vi kan se är att en övervägande stor grupp tjejer som vi pratat med, och tjejer som svarat på vårt frågeformulär, på ett medvetet sätt beskriver hur de mår och de visar att de har en språklig kompetens inom områden som psykisk ohälsa, dess utlösande faktorer och dess konsekvenser. Det är vanligt att de beskriver många olika strategier som hjälper dem när de mår dåligt.

Den medvetenhet som ofta kommer till uttryck bland tjejer vi haft dialog med är inte alltid kopplad till att de har funktionella sätt att hantera hur de mår. Tjejernas beskrivningar handlar också om svårigheter att hitta rätt form för självomsorg. De beskriver ofta en förmåga att relatera kroppsligt och emotionellt till att de mår dåligt, har kunskap om sitt tillstånd och förstår vilka konsekvenserna är. Men trots det beskriver cirka en fjärdedel av de tjejer vi haft dialog med dysfunktionella strategier för att ta hand sig själva.

Killars beskrivningar av strategier för att må bra

Många killar som vi har kontaktat beskriver det problematiska i att förstå eller ta hand om hur de mår. Vi ser att många av de unga som i frågeformulären uttrycker pessimism, är arga på samhället, inte pratar med någon och håller sitt mående för sig själva, är killar. Vi ser samtidigt att de få unga som säger att de aldrig har några problem med stress eller att må dåligt också är killar. Bland de killar vi har haft dialog med finns tydliga grupperingar utifrån erfarenheter av hur man mår. En grupp killar beskriver att de mår dåligt utan att berätta om detta för andra, en annan grupp beskriver sina erfarenheter av hur de mår och hur de tar hand om det på ett medvetet sätt och en tredje grupp killar hävdar att de aldrig är stressade (på ett negativt sätt) eller mår dåligt.

När killarna pratar med oss om "hur man mår" är det inte bara att må dåligt som står i fokus. Hur man ska vara och bete sig som kille blir centralt. De killar som vi haft dialog med beskriver hur de behöver fundera på hur de vill framstå i sin maskulinitet *innan* de börjar uttrycka hur de mår. Så här säger några killar i en av fokusgrupperna:

"Jag tänker på ideal asså, som typ så här mansidealen för många ungdomar, särskilt killar, det är att man ska vara hård och ihärdig, man får inte vara för känslig och ..."

(Victor)

"... Mesig."

(Izmael)

"Ja, mesig precis, för då blir man ju, ... man blir klassad som en fjant ifall man visar känslor och liksom säger jag mår inte bra, då liksom bara 'man up'"

(Victor)

"Det gör det också. Men majoriteten har fått in det här med coolhet i huvudet, så dom bara, jaha, typ så här, bög, typ så ..."

(Eza)

I den här sekvensen menar Victor att risken är att uttalanden om att man som kille inte mår bra bemöts med disciplinering i form av tillsägelse om att inrätta sig i en maskulin norm (man up). Vem Victor menar står för disciplineringen är oklart. Han beskriver det som en allmän regel att förhålla sig till. Man kan tänka sig att det är normer som finns både på samhällsnivå och på lokal nivå bland jämnåriga. Eza förstärker Victors uttalande genom att tydliggöra risken för att man blir benämnd som bög av sina vänner om man visar känslor (svaghet) utanför familjen. Killarna i gruppen uppfattar tydliga svårigheter som de behöver överbrygga för att uttrycka känslor utanför normen om heterosexuell maskulinitet.³⁵

³⁵ En mer ingående diskussion om konstruktion av maskulinitet och dess konsekvenser finns i *Hjältar och monster*, Ungdomsstyrelsens rapport om teoretiska perspektiv på maskuliniteter (Ungdomsstyrelsen 2013).

Att ”göra” sig själv till kille kan utifrån citatet förstås som att distansera sig från behovet att ventileras eller på andra sätt uttrycka oro, otrygghet eller andra känslomässiga upplevelser som inte kan associeras till heterosexuell maskulinitet. Det visar på normer och ideal kring heterosexuell maskulinitet som killarna i större eller mindre utsträckning förhåller sig till när de ska prata om hur de mår. Ännu tydligare framträder konsekvenserna av det här sättet att konstruera maskulinitet i killarnas svar på vårt webbfrågeformulär:

”Ingenstans. Jag håller inne alla känslor för jag vet inte om någon kan förstå mig och jag vill inte att någon ska tycka jag är ’fjantig’ för att jag mår på ett speciellt sätt. Samhällets normer håller både mig och andra från att öppna upp sig och prata om sina känslor. Att öppna sig är viktigt för om man inte gör det börjar man tänka mer och övertänkande leder till dåliga tankar.”

(Kille, 17 år)

Den här killen refererar till samhällseliga normer för vad man kan och inte kan uttrycka som en anledning till att han inte berättar vad han känner. Han poängterar också hur viktigt det är att kunna uttrycka sina känslor för att inte hamna i destruktiva tankemönster. Utifrån den dialog vi haft med killar ser vi att det finns problematiska kopplingar mellan vissa sätt att skapa maskulinitet och möjligheten att tillgodogöra sig funktionella strategier för att ta hand om sig själv och, när man behöver det, be om hjälp. I nästa avsnitt presenterar vi ett sätt att kategorisera de olika strategier som unga uppger att de använder sig av när de vill må bättre.

Distrahera, känna, lösa, tänka eller vänta

Vid en närmare bedömning av ungas beskrivningar av vad de gör när de känner sig stressade, oroliga eller nedstämda framträder olika områden för strategier. De områden vi förtydligat ur de ungas beskrivningar är att

- *distrahera* sig
- *känna*, uppleva, beskriva och kommunicera sina känslor
- *lösa* problemet genom att göra konkreta förändringar
- *tänka* på olika sätt
- *vänta* och behålla ”status quo”.

Till varje område kan ett antal olika strategier kopplas som kan vara både funktionella och dysfunktionella. Områdena och de ageranden som kan kopplas till dessa är också i vissa fall kopplade till kön. Vi kommer att tydliggöra detta närmare i diskussionen inom varje område.

För att klargöra för läsaren vilka olika strategiområden som blivit synliga i vår dialog med unga presenterar vi här olika strategier i en statisk struktur. Vi vill dock poängtera att ungas sätt att använda sig av strategier är en föränderlig process. Unga skiftar mellan olika strategier beroende på sammanhang, upplevelse och hur de mår för stunden. De använder många olika strategier från olika strategiområden och blandar funktionella och dysfunktionella strategier på olika sätt. Varje individ beskriver en egen repertoar av strategier. De områden vi presenterar nedan är en renodling av en mängd olika områden som vi analyserat fram.

Vi har valt att använda begrepp som ligger nära ungas egna uttryck när vi analyserat materialet då syftet med artikeln främst är att belysa ungas egna perspektiv på sina strategier för att hantera hur de mår. Därför har vedertagna begrepp och teorier om hanteringsstrategier liksom indelningen i emotionsfokuserade och problemfokuserade strategier (se Lazarus & Folkman 1984) valts bort för att få en mer öppen explorativ ansats.³⁶

Distrahera

*”Jag ritar eller ser en film och spelar.
Eller i stora fall pratar jag med en kompis.”*
(Tjej, 15 år)

”Drar mig undan, klappar min katt, ritar, förtränger.”
(Tjej, 22 år)

”Spelar tv-spel. Lyssnar på musik.”
(Kille, 16 år)

”Kollar youtube antagligen.”
(Kille, 19 år)

Inom det här området av strategier har vi placerat sådana som unga beskrivit att de använder för att ”*tänka på annat*” eller ”*bli på bra humör*”. De beskriver det också som sätt att ”*glömma*” eller ”*fly*” sin oro, stress eller nedstämdhet. Det kan också vara strategier som ger energi eller lugnar.

Unga beskriver långt fler distraherande strategier än de vi tar upp här. Vi har valt att lyfta fram de som var mest förekommande i ungas beskrivningar. Exempel på andra distraherande strategier är att läsa en bok, onanera (bara killar), duscha (bara tjejer), bada varmt (bara tjejer), köra motorfordon, bråka, meditera, göra yoga, städa eller ta medicin.

³⁶ I rapporten finns också Linda Hiltunens artikel *Psykisk ohälsa i skolan* (se kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*) som använder emotionsfokuserade och problemfokuserade strategier som en utgångspunkt för sin analys.

Samma handling kan vara funktionell eller dysfunktionell beroende på sammanhang och hur intensivt agerandet är. Till exempel kan handlingar som äta, sova, träna eller titta på serier vara ageranden i både funktionella och dysfunktionella strategier beroende på hur de utövas, i vilket sammanhang och med vilken intensitet handlingen utförs.

I vårt material ser vi könsskillnader i hur tjejer och killar använder sig av olika strategier. Till exempel beskriver tjejer att de använder självskada i ungefär lika stor utsträckning som de beskriver att de använder fysisk aktivitet. Vi ser också att fler killar beskriver att de ser på film etcetera än att de umgås med andra som ett sätt att distrahera sig för att må bättre. Detta är dock resultat som måste sättas i relation till att det material vi har är självselektivt och enbart säger något om den grupp som vi haft dialog med och inget om unga som grupp generellt.

Lyssna på musik

Den absolut vanligaste formen av självhjälp som både tjejer och killar beskriver är att lyssna på musik. Att lyssna på musik beskrivs på olika sätt ge ett skydd mot obehagliga eller stressande känslor, musiken distraherar och ger möjlighet att *"koppla bort"* oönskade tankar och känslor.

Ägna sig åt film, serier, datorer, sociala medier

Andra sätt att *"komma på andra tankar"* eller lindra sin oro som unga beskriver är att titta på serier eller filmer. De här strategierna beskrivs som sätt att, för en stund, slippa obehagliga känslor eller för att upphäva ett stresstillstånd. Att ta fram datorn och surfa eller spela är också strategier som unga använder sig av. Några beskriver också hur de använder musik och filmer för att komma i starkare kontakt med den sorg de känner. I de sammanhangen blir musik och film en strategi för att få gråta snarare än för att distrahera.

Umgås med andra (familj, vänner, djur)

Umgänge med någon som står personen nära (familj eller vänner) är också en strategi som många använder. Inom det här strategiområdet handlar det om umgängen som distraherar snarare än att prata eller berätta om sina svårigheter. Att umgås med andra (familj eller vänner) beskrivs som ett sätt att få tillbaka sin glädje, känna sig uppskattad och ha roligt tillsammans med andra. En grupp tjejer (cirka 50 tjejer) beskriver umgänge med husdjur eller hästar som ett sätt att må bättre. Umgänge med husdjur ter sig som en könsspecifik strategi då endast två killar i vårt material uppger detta.

Syssla med fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet, till exempel promenad, träning eller någon mer specificerad fysisk aktivitet, beskrivs som en möjlighet att få ny energi, *"ny input"*, kontakt med endorfiner eller att ta hand om sin kropp som en självomsorgshandling (tjejer). Några av killarna beskriver också hur träningen är ett sätt att få ur sig ilska och aggressivitet. Att träna beskrivs bland några av tjejerna som en press att *"överträna"* eller att förhålla sig till träning på ett sätt som skapar stress. Stressen försvinner under själva träningen men kommer sedan tillbaka.

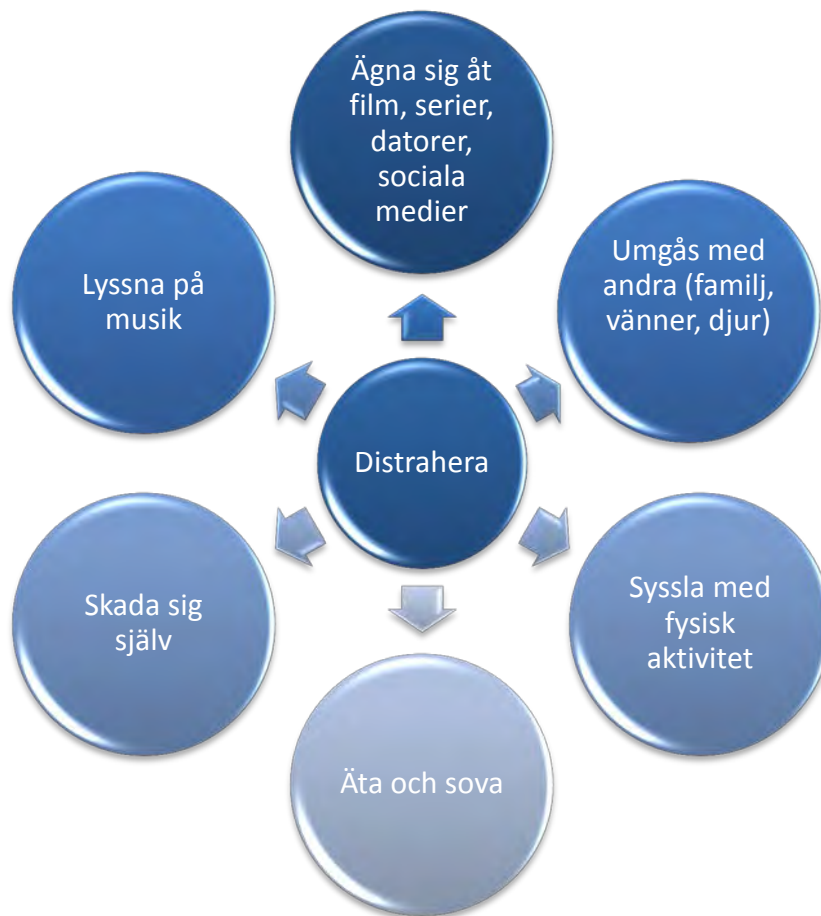
Skada sig själv

I vissa beskrivningar vi har fått in, främst från tjejer men också från en del killar, blir det tydligt hur distraktionsstrategier kan handla om skadlig kontroll och manipulation av kroppen för att hantera oro, nedstämdhet och stress. Både i våra fokusgrupper och via vårt frågeformulär kommer självskadebeteende upp som ett alternativ för att försöka hantera sin oro, stress eller nedstämdhet. Detta trots att vi inte formulerat några frågor kring självskada. Självskadande strategier som unga beskriver är bland andra att röka, använda alkohol, äta eller inte äta på ett dysfunktionellt sätt, skära sig, sex som självskada samt att använda cannabis och andra droger. Vissa unga berättar att de skadar sig själva men ger inga mer ingående beskrivningar av hur de går till väga.

Äta och sova

Äta är den strategi som beskrivs mest variationsrikt beroende på sammanhang. Äta kan vara en funktionell strategi när den beskrivs som ett sätt att ta hand om sig själv, till exempel *"äta nyttigt"*, *"äta god mat"* eller *"äter"* för att det dåliga humöret beror på lågt blodsocker. Det beskrivs också som en dysfunktionell strategi till exempel när unga beskriver att de *"tröstäter"*, *"slänger i mig socker"*, *"äter och spy"* eller *"svälter"*. Ätandet (eller att inte äta) som en handling kan alltså utvecklas på många olika sätt och fungera som både funktionell och dysfunktionell strategi som unga använder sig av när de vill hantera upplevelser av oro, nedstämdhet eller stress.

Sova beskrivs som en strategi för att hämta igen ork och kraft, till exempel *"sova ordentligt"* eller att *"sova ut"*. Ibland beskrivs sova också som en sista utväg när inget annat hjälper. Att lägga sig ned och till exempel *"sova bort"* sina problem eller svårigheter.



Figur 1 Modell av förhållningssätt inom området distrahera.

Känna

*”Då brukar jag sätta mig och lyssna på musik
och skriva ner allt som jag känner.”*

(Tjej, 13 år)

Inom det här området har vi placerat ungas beskrivningar av hur de förhåller sig till att uppleva vad de känner när de mår dåligt. Genom att vara ledsen, skriva ned vad de känner, prata med någon som lyssnar, vara kvar i obehagliga känslor och bara andas hanterar de sitt dåliga mående. I den dialog vi haft med unga är det vanligare att tjejer berättar om strategier inom detta område. Återigen vill vi dock påminna om att materialet är självselektivt och att de skillnader som finns mellan hur tjejer och killar beskriver sina strategier ska hanteras med försiktighet.

Prata om vad man känner

Även här är relationer viktiga men på ett annat sätt än inom området distrahera. Inom det här området handlar det om att prata för att reflektera över, eller delge andra, sina upplevelser. Det kan handla om att prata med någon i familjen, med vänner, flickvän eller pojkvän, det kan även vara professionellt eller ideellt stöd. Unga beskriver olika platser för samtal, det kan vara fysiskt eller virtuellt. Även om en stor grupp unga använder sig av strategin *”prata om vad och hur de känner”* blir det tydligt att det finns en mängd olika intentioner som den unga kan ha för att gå in i ett samtal. Ibland beskriver de att det viktiga är att *”få ur sig saker”* och ibland är det *”att någon lyssnar och förstår”* som är det viktiga med strategin. Vilken intention den unga har med sitt ”prat” spelar också roll för vem den unga väljer att prata med. Utifrån de beskrivningar vi fått från unga förstår vi också att en ung person som har en viss intention med att prata och inte får gehör för detta i sitt möte med andra inte känner sig respekterad.

Skriva om sina upplevelser

Att skriva är en handling som ingår i flera strategier som unga använder. Det handlar om att *”skriva dagbok”*, *”skriva vad jag känner”*, *”skriva ut all skit”*. Det kan också handla om att skriva till andra, till exempel *”skriva och berätta på en chatt”* eller *”skriva till BRIS”*. När skrivandet används som en strategi inom det här området handlar det om, att på olika sätt, beskriva och berätta om känslor. Ett fåtal skriver berättelser (noveller) för att tänka på annat. Att skriva kan också användas i andra former av strategier. Det återkommer vi till inom området *tänka*.

Gråta för att må bättre

En strategi som beskrivs för att lätta på jobbiga känslor är att gråta. Gråta beskrivs som ett sätt att ”släppa på spänningar”, ”få ny energi”, ”lägga det bakom mig” eller ”få en ny start”. Andra berättar om hur gråtandet blir ett sätt att tömma kropp och sinne på det som är dåligt eller obehagligt. Många berättar att de gråter ensamma ”i duschen”, eller ”när ingen ser”. Vissa beskriver hur de använder sorglig musik eller filmer för att få gråta. Att använda sig av strategin gråta för att må bättre ter sig som en könsspecifik strategi då det är betydligt fler tjejer än killar som beskriver att de gråter för att må bättre.

Andas för att lugna sig

En del unga berättar att de använder andningen som strategi för att komma igenom känslotillstånd som är obehagliga. Det kan handla om att komma i kontakt med en känsla, som ett sätt att ”lugna mig” eller ”hitta fokus”. Vi har placerat denna strategi inom området *känna*. Strategin beskrivs i vissa fall som en möjlighet att komma i kontakt med känslor. Men det kan också vara en strategi för att lugna ned kroppens fysiska och mentala reaktioner på en obehaglig upplevelse.



Figur 2 Modell av förhållningssätt inom området känna.

Lösa

”Om jag är orolig eller nere på grund av en kompisrelation brukar jag försöka ta tag i den direkt, för då sitter allt färskt i hjärnan och man hinner inte tänka en massa konstiga tankar och få en massa förutfattade meningar innan man pratar.”

(Kille, 16 år)

Det här är ett område som innefattar strategier som är lösningsfokuserade. Unga använder sig av dem för att påverka eller skapa förändringar i mellanmännsliga relationer eller i sin yttre verklighet. I relation till andra strategiområden är det förhållandevis få unga som beskriver att de har strategier inom detta område.

Prioritera eller välja bort

Det är få unga som beskriver att de prioriterar eller väljer bort saker. Vi har ändå valt att ha med detta som en möjlig strategi. Det säger också något om vad de unga vi har haft dialog med inte ser som en möjlighet när de behöver må bättre.

Strukturera

En liten grupp unga berättar hur de på olika sätt försöker ordna upp sin tillvaro när de vill må bättre. En strategi som några unga beskriver är att skriva listor som hjälper dem att hålla reda på vad som behöver göras. De bockar sedan av saker allteftersom. Ett annat sätt är att skriva lappar för att komma ihåg vad som ska göras. *”En sak i taget”* och *”det viktigaste först”* nämns i de ungas beskrivningar när de pratar om denna strategi.

Ta tag i ”saken”

En del uttrycker att de *”tar tag i saken”*. Vi har inte fått så många konkreta beskrivningar av vad unga egentligen gör när de *”tar tag”*. Utifrån de beskrivningar vi har fått kan vi dock se att de flesta menar ett förhållningssätt där det handlar om att a) våga se det som gör ont och b) där man gör något åt detta. Det som beskrivs är alltså en strategi där det som är kärnan till det dåliga måendet lyfts upp i ljuset och att den unga, utifrån detta klarläggande, agerar på ett sätt som har direkt inverkan på denna kärna genom att göra något i sin yttre verklighet eller med sin situation.

Söka stöd i civilsamhället eller i offentlig vård

Att lösa, eller försöka lösa, något kan också handla om att söka professionellt stöd i offentlig eller ideell form. De beskrivningar vi fått från unga som har eller har sökt stöd är mycket olika. Vissa säger sig ha professionellt stöd och kommenterar inte detta vidare. Andra har stöd och uttrycker att de är nöjda med det stöd de får. De professionella stödpersoner de tar upp är psykologer, kuratorer, ungdomsmottagningar, BUP, mentorer och i vissa fall lärare. De nämner också organisationer i civilsamhället som BRIS, kvinnojourer och chattstöd via olika stödorganisationer.

En del unga beskriver hur de försökt söka stöd eller hjälp i den offentliga vården, men misslyckats då de uppfattar att de inte fått stöd, blivit missförstådda, inte blivit lyssnade på eller inte blivit respektfullt behandlade.



Figur 3 Modell av förhållningssätt inom området lösa.

Tänka

”Uppehåller hjärnan så mycket att det inte får plats att tänka på det ledsna och jobbiga.”

(Tjej, 19 år)

Många menar att en fälla när man mår dåligt är att tänka för mycket på hur man mår. Ju mer tankar kring den ”dåliga” situationen, desto sämre mående. En del av de som hört av sig till oss beskriver hur de genom att på något sätt kontrollera sin tankeverksamhet hanterar sitt dåliga mående.

Tänka positivt

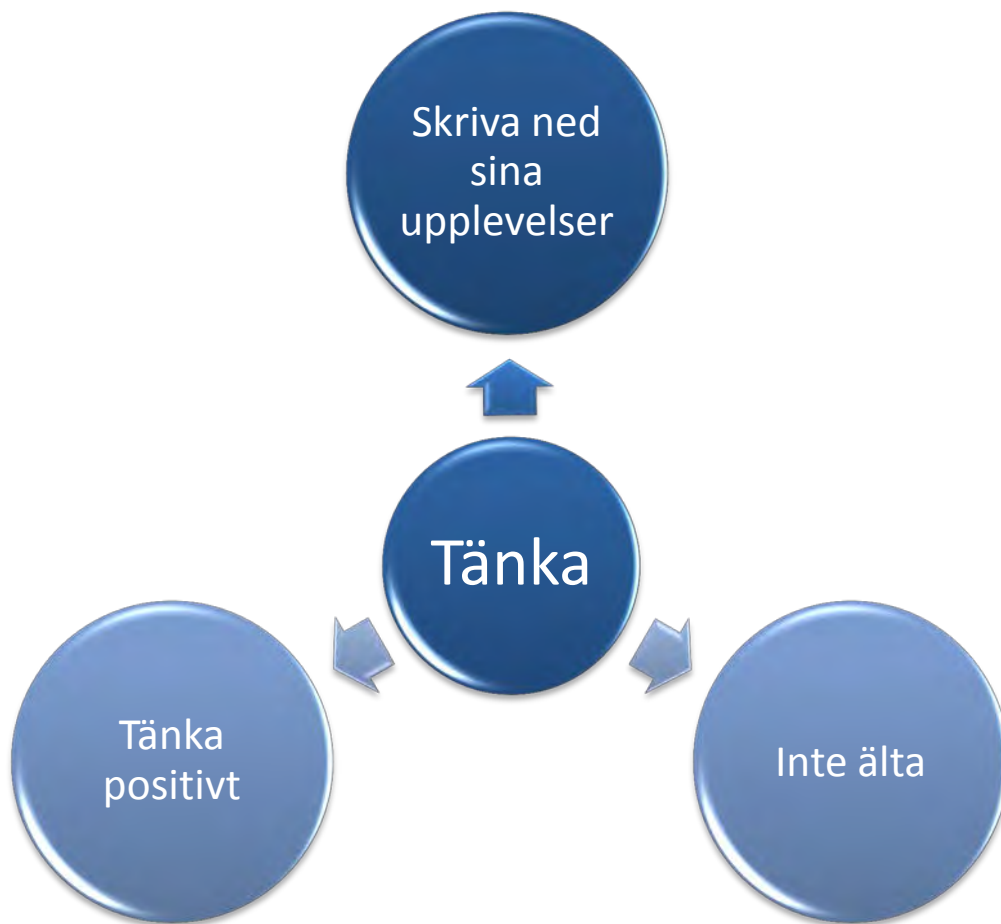
Positivt tänkande handlar om att rikta sin tankeverksamhet mot tankar som får en att uppleva någon sorts välbehag, till exempel tänka på positiva minnen, vad som är bra i livet just nu eller att det kommer bättre dagar. Beskrivningarna har gemensamt att de handlar om ett medvetet beslut att tänka på ett visst sätt.

Inte älta

En grupp unga beskriver att det är viktigt för dem att inte älta det dåliga. Här beskrivs strategier som att blockera vissa tankar och inte ”gräva ner sig” i oönskade tankar. Vissa menar också att de på olika sätt ”tänker bort” eller tänker sig igenom det dåliga måendet. Ett annat sätt som detta beskrivs på är att ”rensa tankarna”. Dessa beskrivningar har sin utgångspunkt i att det är de tankar som man tänker som är orsak till att man mår dåligt.

Skriva ned sina upplevelser

Många beskriver hur de skriver ned sina upplevelser. Att skriva kan vara en strategi för att ta tillbaka kontrollen över sina tankar men det kan, som vi tidigare tagit upp, också handla om att beskriva sina känslor. Inom områdesstrategin *tänka* används skriva som en strategi för att skriva ned ”sina tankar”, ”få klarhet”, en hjälp för att kunna tänka klarare, eller ”få perspektiv”.



Figur 4 Modell av förhållningssätt inom området tänka.

Vänta

*”Pratar inte med någon om mina
problem å hur piss man mår.”*
(Kille, 17 år)

Vissa unga beskriver att de *inte gör* någonting för att må bättre när de inte mår så bra. Utifrån deras beskrivningar har vi valt att se på olika sätt att *göra ingenting* som ett sätt att agera på en viss situation eller ett visst känslotillstånd. Det vill säga strategier för att hantera sitt mående. Strategier inom det här området har vi benämnt som beskrivningar på att man väntar.

Vara ensam

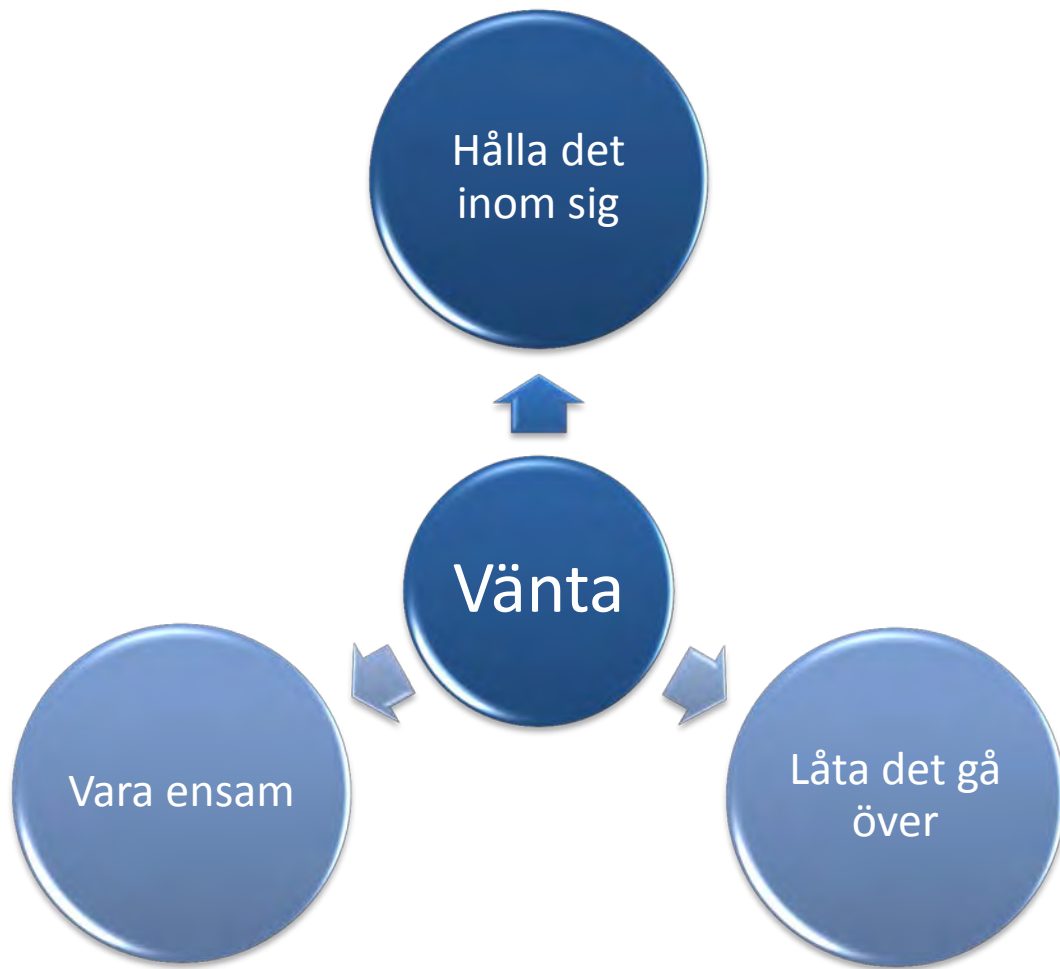
Unga som beskriver att de är ensamma gör det på olika sätt. Vissa berättar att de låser in sig på sitt rum några timmar, andra beskriver att de befinner sig i en verklighet där de upplever att de är ensamma. Inom den här strategin menar vi de personer som beskriver att de väljer att vara ensamma som en strategi för att må bättre. Här ingår inte de unga som beskriver upplevelse av ensamhet som ett tillstånd i vardagen. Att vara ensam när det beskrivs som en strategi handlar om att välja ensamhet för att må bättre när man mår dåligt. Ofta kombineras ensamheten med en egen aktivitet, till exempel lyssna på musik.

Hålla det inom sig

Att hålla sitt dåliga mående inom sig eller att inte berätta för någon om hur man mår är strategier som beskrivs av fler killar än tjejer. Ofta kombineras den här strategin med beskrivningar av uppgivenhet, en besvikelse över samhällsstrukturen eller förhållandet inom vårdsektorn. Att hålla sitt mående inom sig kan förstås som en ofrivillig strategi som utvecklats utifrån en föreställning om (eller erfarenhet av) att det inte finns något eller någon som skulle kunna bidra till att situationen förändras.

Låta det gå över

Väntandet är ibland frivilligt. I vissa fall beskrivs en tillit till att det dåliga måendet går över av sig själv och att man inte behöver anstränga sig nämnvärt för att det ska bli så. Det finns också berättelser där unga beskriver att de ser sitt dåliga mående som en del av livet som måste accepteras, ibland mår man bra och ibland mår man dåligt.



Figur 5 Modell av förhållningssätt inom området vänta.

Ungas beskrivningar av sina strategier

Alla unga i det material vi har samlat in berättar att de gör olika saker för att må bättre när de mår dåligt. Många beskriver handlingar som stärker dem. Vänner är enormt viktiga för att må bra, de nämns i nästan alla beskrivningar vi har tagit del av. Även nära anhöriga nämns ofta som viktiga stöd. Vissa beskriver hur de får hjälp i skolan, av vårdsektorn eller av civilsamhället.

Den stora gruppen unga i vårt material uppger distraktion som det främsta området inom vilket de väljer strategier för att hantera hur de mår. Ny energi kan hämtas och ett nytt perspektiv på situationen utvecklas som får den unga personen att må bättre. Ibland är det bara en distraktion som gör att obehagliga känslor dövas för tillfället. Ibland är distraktionen skadlig. Variationerna ligger utspridda däremellan.

Många beskrivningar innehåller en kombination av strategier från olika områden. Andra innehåller bara en eller två strategier. Många gånger beskrivs både funktionella och dysfunktionella strategier när de berättar vad de gör för att hantera oro, stress eller nedstämdhet. Sammantaget kan man förstå deras beskrivningar som tillgång till en mer eller mindre utvecklad repertoar av ett antal olika strategier (funktionella och dysfunktionella) som används på olika sätt beroende på sammanhang, hur de upplever stödet runtomkring sig och hur deras välbefinnande ser ut för stunden.

Två av de strategiområden vi tydliggjort är könade. Det är området *känna* som främst tjejerna beskriver strategier utifrån och området *vänta* som rymmer fler av killarnas beskrivningar. Det är viktigt att komma ihåg att detta är ett kvalitativt material. Skillnaderna mellan hur tjejerna och killarna väljer strategier kan ge oss en fingervisning om hur vi kan gå vidare med mer fördjupande studier, men de säger ingenting om generella skillnader i de val som tjejer och killar gör.

Unga ställs dagligen inför olika situationer som skapar olika spänningstillstånd. Att i vardagen ha flexibilitet i sin användning av strategier är en nyckelfråga menar bland andra Antonovsky (2005).

Vi kan utifrån de beskrivningar vi fått från unga se att de flesta strategier unga använder sig av handlar om att hantera upplevelser och känslor på ett individuellt plan. Att hantera sitt dåliga mående genom att möta, påverka och förändra genom delaktighet i sin yttre verklighet är långt mer ovanliga strategier i deras beskrivningar. Utifrån detta menar vi att det är relevant att vidare undersöka hur miljöer (skola, arbetsmarknad, ekonomi etcetera) och sammanhang (sociala relationer, normerande krav etcetera) där unga befinner sig får betydelse för hur unga handlar och utvecklar strategier för att må bra. Utifrån kunskap om och förståelse för detta finns möjlighet att utveckla miljöer och bemötanden som främjar ungas välmående och möjligheter att utveckla breda repertoarer av handlingar och strategier för att hantera sitt mående. Repertoarer som till lika delar innehåller strategier för att hantera psykisk ohälsa på ett individuellt plan som strategier för att hantera och påverka sin hälsa på ett strukturellt plan.

Referenser

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans Mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Regeringsbeslut (2013). *Uppdrag angående ungdomars upplevda psykiska ohälsa*. S2013/6261/FS (delvis): Socialdepartementet.

Ungdomsstyrelsen (2010). *Hon hen han. En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Ungdomsstyrelsen (2013). *Hjältar och monster Samhällsvetenskapliga perspektiv på maskulinitet och våld*. Stockholm: Fritzes.

Samtal med experter och med det civila samhället

Wolfgang Rutz är honorarprofessor i socialpsykiatri och var mellan 1998 och 2005 WHO European Regional Advisor for Mental Health. Han har även arbetat som chef för psykiatrin på Gotland. Under 1980-talet arbetade han med att kartlägga och försöka minska den höga andelen självmord på Gotland. Här berättar han om killars och mäns psykiska ohälsa utifrån sina erfarenheter som rådgivare i WHO och med utgångspunkt i arbetet med deprimerade män.

Wolfgang Rutz om unga män och psykisk ohälsa

Arbetet på Gotland – ”Gotlandstudien”

Gotlandstudien började med att vi inom psykiatrin utbildade primärvården på Gotland i hur man kan känna igen personer med depressioner. Vi följde upp arbetet för att utesluta att det utökade ansvaret hos primärvården skulle leda till högre suicidsiffror.

Uppföljningen visade – till vår förvåning – att antalet självmord gick ned markant, från att ha legat bland de högsta i landet till att ligga bland de lägsta. Men endast bland kvinnorna! Männens självmordstal påverkades inte alls och var fortsatt mycket högt.

Då frågade vi oss vad detta berodde på, och gjorde en ”psykologisk obduktion”³⁷ där vi granskade alla manliga självmord de senaste tio åren. Vi märkte då att männen som tagit sitt liv sällan var kända för psykiatrin eller primärvården, med undantag för något enstaka fall. De män som hade haft kontakt med primärvården hade sökt hjälp för något helt annat än för depressioner eller liknande. Hade de sökt sig till primärvården så var det för någon liten krämpa. De allra flesta hade inte haft någon vårdkontakt alls. Vi tog i denna efterstudie kontakt även med socialtjänsten och missbruksvården och fann att många i stället hade haft kontakt med dem, polisen eller skattemyndigheten.

Mäns depressioner – typiska och atypiska beteenden

Vi frågade också familjemedlemmar om hur mannen hade mått och betett sig innan han tog livet av sig. När vi satte ihop allt så framträdde en ganska stereotyp bild av manligt depressivt och suicidalt beteende. Den avvek från den gällande bilden av depressivt beteende, men var typisk för de män vi studerade. De här männen hade börjat dricka, var verbalt och ibland fysiskt aggressiva och utåtagerande, de hade dålig impuls kontroll och kort stubin, de var missnöjda med sig själva och med livet och var ofta självömkande och skyllde på allt och alla. Hade vi kallat dem för depressiva eller frågat om depressionssymtom så hade de med största sannolikhet förnekat. De hade över huvud taget inte kunnat tänka tanken att de var depressiva.

³⁷ Med begreppet *psykologisk obduktion* menas att man går igenom de dödas livssituation innan självmordet med närstående och kontaktpersoner.

Jag tror i dag att mycket av ”familjevåldet” beror på detta typiska, men utifrån läroböckerna atypiska manliga sätt att vara deprimerad.³⁸ När vi såg denna återkommande stereotypa bild så skapade vi Gotlandskalan för skattning av manlig depressivitet³⁹. Den har sedermera validerats och använts i olika delar av världen, framför allt som ett screeningsinstrument för att identifiera de atypiska män som vi vet är väldigt suicidbenägna och depressiva.

Unga män

Att förlora social status har ett bevisat samband med mäns depressioner. Till skillnad från äldre män så förlorar de yngre männen sällan en förvärvad status, däremot så försöker de att uppnå en position. Om inte på ett positivt och konstruktivt sätt så på ett negativt sätt.

Kunskapsläget kring de unga männens psykiska ohälsa och normbrott, till exempel våldsanvändandet, är relativt svagt. Fenomenet är svårt att studera oavsett om man väljer kvalitativa eller kvantitativa forskningsmetoder. Det saknas forskningsresultat i dag som det råder allmän konsensus kring. Enskilda forskare eller grupper av forskare har utvecklat specifika förhållningsregler och förklaringsätt som ifrågasätts av andra forskare.

För oss som är lite äldre var ett jobb och en yrkesidentitet ofta vägen från en turbulent ungdomstid till en mer stabil tillvaro. Men till skillnad från oss kan få av dagens unga, som inte har sin tillvaro helt i balans, vara säkra på och se fram emot ett stabilt vuxenliv.

Vara viktig för någon, ha egen identitet, se livets mening och ha vardagsmakt

Vi fann fyra aspekter i livet som har visat sig ha ett samband med ungas och vuxnas psykiska hälsa:

- Det är viktigt att kunna bestämma och styra över sitt liv – att ha tillgång till vardagsmakt och inflytande, kopplat till förutsägbarhet och att kunna planera sin framtid.
- Det är viktigt att älska och bli älskad, att ha någon att bry sig om och att veta att någon annan bryr sig om oss. Det finns unga som är helt övergivna, även i socioekonomisk välsituerade familjer där unga har allt materiellt sett men saknar omsorg.
- Det är viktigt att livet har mening, att det finns ett existentiellt samband. Existentiella frågor är högaktuella för unga, de är mitt i frågor som ”*vad är meningen med mitt liv, var kommer jag ifrån, vart är jag på väg?*”.
- Det är viktigt att ha identitet, att vara en person med eget värde. Att inte bli förödmjukad eller mobbad, att inte förlora social status, att behandlas med respekt.

³⁸ Vi vill göra läsaren uppmärksam på att mäns våld mot kvinnor utifrån de ojämlika maktförhållanden som råder mellan män och kvinnor på ett strukturellt plan är ett samhällsproblem som Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor har haft både kunskaps- och utbildningsuppdrag kring. Det som dock uppmärksammas i intervjun är ett terapeutiskt perspektiv på orsaker till mäns våld i nära relationer och hur detta kan behandlas individuellt hos/med den enskilde mannen.

³⁹ Artikelns avslutas med en bild med Gotlandskalans 13 frågor, utifrån broschyren ”*Manlig depression*” utgiven av Akademiska sjukhuset, Landstinget i Uppsala län och Enheten för hälsofrämjande psykiatri.

Det vi kan göra i dag är att diskutera dessa frågor med unga i vårt sekulariserade och postmoderna samhälle. Hur uppfattar de sin situation, var har deras liv sina svagheter? Dessa aspekter hänger ihop, det finns inga vattentäta gränser. Men framför allt kan man föra in dessa frågor i individuella samtal, i ett personcentrerat och narrativt arbetssätt när vi möter unga som behöver vårt stöd. Då får man fram en bild av hur den unga personens situation ser ut utifrån dessa viktiga aspekter.

Social tillhörighet

Den sociala tillhörigheten är viktig för både tjejer och killar. Tittar man på "elitskolor", det vill säga skolor där eleverna har allra bäst betyg, så ser man att ungas känsla av att höra till stärks genom att eleverna i till exempel Storbritannien, Tyskland och Schweiz använder skoluniformer. I Indien används skoluniformer främst för att ingen elev ska behöva framstå som extremt fattig. Våra ungdomar agerar på liknande sätt. De är helt upptagna med att se ut och bete sig på rätt sätt, att tillhöra rätt grupp och undvika att bli marginaliserade, vilket ofta resulterar i ett stressande sätt att klä sig rätt och dessutom ofta dyrbart. Skulle samhället kunna avlasta unga från detta – att se rätt ut – skulle vi möjligtvis kunna eliminera en viktig källa till utanförskap och mobbning. Mobbning i sin tur har ett samband med suicid.

Detta med våldsamma gäng har killarna tidigare haft monopol på. Det vi ser i dag är att kvinnors symtom både på sjukdom och på personlighets- och beteendestörning har börjat följa manliga mönster med ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, alkoholmissbruk och så vidare. Men även deras förhållningssätt till våld börjar allt mer efterlikna männens. Gängmentaliteten är inte lika starkt könsspecifik i dag som den var tidigare. En kollega till mig har under en tioårsperiod använt den manliga depressionsskalan för studenter i München, hon har märkt att allt fler kvinnliga studenter uppvisar manliga symtom för depression enligt Gotlandskalan.

Förebygga psykisk ohälsa

De viktiga aspekterna i livet kan även lyftas på gruppnivå när ambitionen är att förbättra ungas villkor lokalt, till exempel för suicidalitet och skola. Lärarna har ibland invändningar mot att lyfta frågan om självmord i klassrummet, "*vi ska inte väcka lejonet som sover*". Både WHO och EU har dock gjort erfarenheten att man utifrån en optimistisk diskussion om den psykiska hälsans positiva förutsättningar även kan ta upp svåra frågor som självmord och att berörda individer då oftast upplever en lättnad. Deras reaktion blir att "*äntligen är det någon som uppmärksammar det som jag bär i mig*".

Att prata om psykisk ohälsa skapar mest positiva reaktioner och ökar möjligheterna till vård och stöd. Men i några enskilda fall kan effekten bli den motsatta. I fråga om suicid och information i skolan bör man inte lyfta frågan om självmord direkt utan i stället diskutera hur livet är utifrån de fyra viktiga aspekterna. Man ställer positiva frågor, uppmärksammar avvikelser och diskuterar problemlösning. När det kommer till ungdomar, depressioner och självmord generellt så tror jag inte på att väja undan. Man ska ta tag i frågan, men ta upp den på ett positivt sätt. Fråga inte om någon mår dåligt, fråga i stället "*vad kan vi göra för att göra ditt liv bättre?*".

Vilka frågor ska ställas till unga män?

Det fungerar inte att ställa frågor om depression till unga män, det leder ofta ingenstans. Men det går att fråga om mindre välmående. Det finns en enkel skala, *WHO-5 Well Being Scale*, som har visat sig vara effektiv för att identifiera deprimerade män. Skalan har rätt hög reliabilitet (tillförlitlighet). Den är enkel att använda, både av männen själva eller av till exempel en socialarbetare.

WHO-5 Well Being Scale omfattar fem enkla påståenden kring välmående⁴⁰, som är vetenskapligt framtagna och kan användas som ett första steg i att förstå hur individen mår. När svaren indikerar en möjlig depression skulle jag rekommendera Gotlandsskalan för skattning av manlig depressivitet. De allra flesta frågorna i den passar även för unga. Eventuellt kan man lägga till någon fråga om skolk och skolfrånvaro.

Se individens hela situation

När vi ska stödja unga som inte mår bra så är det viktigt att tänka på i vilken fas i livet de befinner sig i. Och utöver faktumet att vara ung vuxen bör vi även ta hänsyn till individens kön och sexuella läggning. Hbtq-personer har sina specifika frågor och behov, och dessa behöver man ta upp individuellt. Såväl i det stödjande och salutogena arbetet som i behandlingen behöver man utgå från individen och beakta de riskfaktorer som kan vara aktuella för hen, utifrån ett personcentrerat arbetssätt. Man bör tolka och förstå unga utifrån kön och åldersgrupp samt sexuell läggning och identitet.

I det personcentrerade arbetssättet ingår också att ta hänsyn till individens kulturella bakgrund. Irakiska invandrare kan behöva ett annat bemötande än till exempel chilenska invandrare. Likaså kvinnor som kommer från Kenya och kvinnor som kommer från europeiska länder. Man bör undvika att schablonmässigt dra alla över en kam utifrån kategorier som *kvinnor*, *män*, *invandrare*, *asylsökande* eller *tortyroffer*. Vissa grupper kan behöva andra typer av bemötande. Jag vill inte schablonisera detta, men även på riskgruppsnivå finns det behov för individuella arbetssätt, även om det kan låta lite paradoxalt. Självmordspreventionen i Gotlandstudien kan ses som ett exempel på detta – den var anpassad till Gotland och gotlänningarnas speciella situation, vilket också är en delförklaring till det goda resultatet.

Depressioner och självmord

Vi tror oss veta – jag föredrar att använda det uttrycket – att depression och suicidalitet har ett starkt och frekvent samband. Männen är därtill en underdiagnostiserad grupp när det gäller depression. Forskningen visar att befolkningsgrupper där depression är underdiagnostiserad har en hög suicidalitet, men att situationen kan förbättras genom säkrare diagnostik. Om de atypiska manliga depressiva beteendena skulle diagnostiseras som manlig depression så skulle det förklara paradoxen att männen – som enligt våra konventionella läroböcker och vår konventionella diagnostik – bara hälften så ofta är deprimerade som kvinnor men som i så mycket större omfattning tar livet av sig. Problemet med mäns depressioner förvärras ytterligare av det faktum att män inte söker hjälp när de mår dåligt. Bilden av att depressioner är en kvinnlig sjukdom är enligt min mening grundad på dålig diagnostik och felaktig faktatolkning och är således en artefakt.

⁴⁰ Påståendena är: *Jag har känt mig glad och på gott humör. Jag har känt mig lugn och avslappnad. Jag har känt mig aktiv och kraftfull. Jag har känt mig pigg och utvilad när jag vaknat. Mitt vardagsliv har varit fyllt av sådant som intresserar mig.*

De som inte söker vård

Psykiatrisk vård, liksom annan öppenvård, förutsätter att individen har en vilja till förändring och är motiverad. Den viljan finnas sällan hos killar och män som är deprimerade. De saknar många gånger också förmåga och vilja att verbalisera sitt hjälpbehov och undviker de hjälperbjudanden som vården ger. Det offentliga stödet når inte fram till alla. Suicidpreventivt arbete behöver föras på nya arenor om vi ska nå fram till unga män som inte mår bra, till exempel inom idrotten, i skolor och på arbetsplatser, gärna kopplat till det civila samhällets anhörigarbete och intressegemenskaper.

Även WHO har arbetat med att utveckla metoder att nå ut till individer som inte söker vård. I London fanns till exempel grupper som fokuserade på relativt neutrala frågor som sömnbesvär eller stress eller känslan av ”att gå i väggen”, för att nå ut till män.

Det uppsökande arbete vi pratar om är kultursensitivt och bör anpassas till den kultur som man arbetar i. När vi vill nå ut till unga – och till unga män specifikt – behöver vi ta hänsyn till att ungdomsgrupperna är heterogena, vi måste hitta individualiserade lösningar och komma ihåg vikten av ett individcentrerat arbetssätt.

Konsten att ge ett bra bemötande

För detta behövs ett stort intresse, men också någon slags empati eller ”musikalitet” hos de som möter unga, och alla har inte samma talang för empati. Det går dock i viss mån att lära sig att utveckla den talangen. Jag tänker också att de utsatta ungdomarna ofta diagnostiseras och patologiseras på ett sätt som väcker negativa tankar och förväntningar, som beteendestörda eller bärare av olika personlighetsstörningar. Risken är då att deprimerade individer inte ses eller bemöts riktigt som deprimerade. Många unga får i dag diagnosen ADHD eller annan aktivitetsstörning, en diagnos som enligt WHO och andra troligen är överanvänd. Många med en sådan bokstavsdiagnos behöver säkert behandling för sin depression.

Jag tror att många unga män med negativt satta diagnoser går att jämföra med vuxna eller äldre män som på grund av en svår förlust i form av en skilsmässa, arbetslöshet eller en skattesmäll går in i en depression och i och med detta förvandlas från en social och välfungerande person till en aggressiv ”pseudopsykopat” – avvisande, omotiverad, otrevlig att möta och omöjlig att samarbeta med. En liknande utveckling sker även bland unga, när en välfungerande kille på grund av en personlig förlust – mobbning, föräldrars skilsmässa eller relationsbekymmer – förändrar sitt beteende. Då ska man inte sätta en diagnos utifrån det aggressiva beteendet, utan empatiskt förstå den atypiska depressionen och erbjuda hjälp.

En annan fråga är hur vi kan förmå dessa killar och unga män att söka hjälp och vilja ändra på sitt beteende. Det som underlättar är om terapeuten har den empatiska musikaliteten och kan läsa av och stötta individen. Tanken att männen som super och slåss egentligen kan vara hjälplösa är det inte alla som kan följa eller ens acceptera. Det krävs en speciell vilja och förmåga för att kunna stötta killar och män som alla blir trötta på, och som faktiskt ofta inte är särskilt ”rumsrena” i sina sociala beteenden. De som inte kan förmå sig att se bakom den våldsamma fasaden hos en kille som är verbalt aggressiv och presumtivt våldsam kanske inte ska behandla den kategorin klienter.

Det politiska ansvaret för ungas psykiska ohälsa

En sak vi har gjort i den offentliga diskussionen är att – för att vara lite samhällskritisk – lägga ansvaret för ohälsa genom ”*the Healthy Choice*”, den hälsofrämjande livstilen, främst på den enskilda individen. Vi har väjt undan för samhällets och politikens ansvar. Man ska hellre säga till en ung person som blir mobbad i skolan ”*du kan inte hjälpa det, det är inte ditt fel att du blir mobbad, vad kan jag göra för att hjälpa dig?*”.

Det är viktigt att inte enbart individualisera ansvaret för att någon mår dåligt. Det hälsosamma valet ska inte enbart ligga på individen. Jag vill lägga ansvaret för att fler individer väljer en hälsofrämjande livsstil också på politiker, samhället och samhällets representanter.

Det hälsosamma valet ligger även hos oss som representerar samhällets stöd och kontroll i olika funktioner. På den lilla tid vi har till förfogande när vi möter en klient kan vi bete oss på ett sådant sätt att vi ytterligare förstärker känslan av hjälplöshet, dålig självkänsla och förödmjukelse hos våra klienter. Men vi kan också, med samma tid till förfogande, förmedla en upplevelse av egenmakt, självrespekt, delaktighet, en känsla att bli sedd och trodd på – det kostar inga pengar.

Gotlandskalan för skatting av manlig depressivitet

Wolfgang Rutz, M.D.,
Ph.D.
Psykiater, Visby

Zoltán Rihmer, M.D., Ph.D.
Psykiater, Budapest

Arne Dalteg, Ph.D.
Psykolog, Visby

Har du eller andra hos Dig under den senaste månaden noterat beteendeförändringar som varken Du eller andra känner riktigt igen hos Dig själv och i så fall vilka?
(Inte alls 0, I viss mån 1, Stämmer rätt väl 2, I hög grad 3)

		Inte alls	I viss mån	Stämmer rätt väl	I hög grad
1.	Minskad stresstolerans / mer än vanligt lättstressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ökad aggressivitet, utagerande, svårt med impuls kontroll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Känsla av utbrändhet och tomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	"Kronisk" oförklarlig trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Mer lättirriterad, rastlös, otillfredsställd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Svårt at fatta enkla vardagsbeslut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Sömnrubbningar, sovit för mycket/ litet/ oroligt/ insömningsproblem/ tidigt uppvaknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Morgonoro/ängslan/obehagskänsla främför allt på morgonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Har Du känt Dig beteendeförändrad på ett sätt som gör at varkan Du eller eller andra känner igen Dig/ er omöjlig att ha att göra med?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Har Du känt Dig eller verkat dystert, negativ eller hopplös til sinnes, "set allt i svart"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Har Du känt eller andra noterat okända tendenser till självömkan, klagande, "ynkighet"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Finns i Din ursprungsfamilj anlag för missbruk, depression/nedstäthet, självmordsbeteende eller ökad henägenhet till riskbeteende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Överanvändning av alkohol och tabletter i lugnande och avkopplande syfte. Överaktivitet eller avreagering med hjälp av hetsigt och rastlös arbete, jogging, annan idrott, för mycket/för litet åtande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Poäng

0 - 13 Inga indikationer för föreliggande depressivitet

14 - 26 Depression är möjlig. Specifik,även psykofarmakologisk behandling möjligen indicerad

27 - 39 Klara indikationer för depressivitet. Specifik, även psykofarmakologisk behandling klart indicerat

Mottagning för unga män, Stockholms Stadsmission

Samtal med Jan Löwdin, legitimerad psykoterapeut och teamledare vid Stockholms Stadsmissions Mottagning för unga män. Vi frågade hur de arbetar för att nå unga killar.

Stockholms Stadsmission öppnade 2009 *Mottagning för unga män* som är en terapimottagning riktad till unga män. Mottagningen har enbart manliga terapeuter och är en del av Stadsmissionens verksamhet *Ung Hälsa*⁴¹. Förutom mottagningen för unga män ryms i lokalerna även en ungdomsmottagning och ett terapicenter för unga och unga vuxna. Idag arbetar 9 terapeuter och ungefär 50 volontärer på de båda terapimottagningarna. Killarna som får stöd på mottagningen är mellan 16 och 25 år (genomsnittsålder vid terapistart är 21 år) och ungefär hälften av dessa har erfarenheter från Barn- och ungdomspsykiatri (BUP).

De verksamma vid *Terapicentret för unga* upptäckte att de inte lyckades nå killar som behövde stöd i den ordinarie terapiverksamheten, högst 25 procent av besökarna var killar. Därför ansökte de om medel från Arvsfonden för att kunna starta en riktad terapiverksamhet för killar i behov av stöd och psykoterapeutisk behandling. Satsningen fick inledningsvis ett stort mediegenomslag och verksamheten har varit fullbelagd och haft killar på kö redan från start. Vid mottagningen tar man emot drygt 100 patienter per år, vilket innebär att fördelningen mellan killar och tjejer sammantaget för de båda mottagningarna numera är jämt fördelad.

Hur når ni killar med psykisk ohälsa?

En av nyckelfaktorerna bakom terapimottagningens framgång att nå ut till killar är att vi valt att *uttryckligen* profilera oss specifikt mot killar, en annan är att terapeuterna som arbetar på mottagningen är män, berättar Jan Löwdin. Vi är därmed ett komplement till en i övrigt kvinnodominerad yrkeskår, där unga framförallt möter kvinnlig personal på förskolor och skolor samt på vård- och ungdomsmottagningar. Det är viktigt att killar erbjuds möjlighet att samtala med manliga vuxna. Det krävs både en attityd- och en

⁴¹ *Ung Hälsa*, som invigdes 2013, samlar Stockholms Stadsmissions verksamheter *Terapicenter för unga*, *Mottagning för unga män* och *Ungdomsmottagning* under ett och samma tak. Den sammanhållna verksamheten ger bättre förutsättningar att ta hänsyn till de ungas hela livssituation, möta deras olika vårdbehov och förebygga fysisk och psykisk ohälsa.

Terapicenter för unga är Stockholms största öppna samtalsmottagning för unga i åldern 16–25 år. Mottagningen arbetar utifrån ett psykodynamiskt perspektiv och erbjuder terapi till ett lågt patientarvode. Patienternas vanligaste problem består av oro, ångest och depression, men även relationsproblem, ätstörningar och självskadeproblematik är vanliga. Genom terapin ska unga få ork och mod att själva ta ansvar för sina liv samt ökad förmåga till kärlek och arbete.

Terapicenter verkar i det glapp som i dag existerar mellan ungdoms- och vuxenpsykiatri. Tanken från början var att verksamheten skulle vara ett komplement till den offentliga vården, men Terapicenter har med tiden allt mer kommit att bli ett ersättning för denna. Ett exempel är Mottagningen för unga män som erbjuder individuell terapi och gruppterapi för unga män i åldern 16–25 år. Någon motsvarande mottagning finns inte i dag inom den offentliga ungdoms- och vuxenpsykiatri. Mottagningen erbjuder även en öppen, rådgivande grupp för föräldrar som är oroliga för sitt/sina barn (www.stadsmissionen.se).

politisk förändring, säger Jan Löwdin, för att få fler killar och män att söka sig till vårdande yrken som idag är en kraftigt kvinnodominerad bransch.

Att killar mår dåligt upplevs många gånger som skamfyllt och en stor andel av de killar som mottagningen möter befinner sig varken i skolan eller på arbetsmarknaden utan de har ofta isolerat sig hemma framför sina datorer. Många av dessa unga killar ”göms undan hemma” och en del av mottagningens verksamhet består också av föräldrastöd. Den grupp killar som mottagningen huvudsakligen möter är de som är ”inåtagerande”, många lever med en känsla av att inte duga eller att inte lyckas leva upp till samhällets normer kring maskulinitet. Då kan det vara lättare att ”fly än illa fäkta”, bland annat genom att isolera sig. En större andel killar än tjejer uppger att de inte har tillgång till känslomässigt stöd i sin omgivning. Killar döljer många gånger att de mår dåligt för att depression och känslomässighet enligt maskulinitetsnormer betraktas som feminina uttryck och därmed som skamliga.

Förväntningar kring maskulinitet

Många av dessa killar känner inte igen sig i de enkätstudier som finns om psykisk ohälsa. Dessa fångar exempelvis inte sådant som våldsanvändning och våldsutövning, missbruk, isolering eller aggressiva beteenden som tecken på depression. Vi måste därför bli bättre på att utmana vår bild av vad en depression är och hur den tar sig uttryck – för det kan se olika ut.

Jan hänvisar till Ulla Danielsson vid Umeå universitet som i sin avhandling *Träffad av blixten eller långsam kvävning – genuskodade uttryck för depression i en primärvårdskontext* (2010) visar hur tjejer bildligt föreställer sig depression i form av en ”gråtande flicka som inte kan ta sig ur sängen”, medan killar snarare associerar till en ”Rambo” som ensam ska brottas mot sina inre demoner.

Få verksamheter riktar sig specifikt mot killar som mår dåligt och många av de chattforum och stödfunktioner som finns för unga på nätet har ett feminint kodat tilltal. Det kan vara svårt att nå de killar som inte själva söker stöd eller förmår verbalisera att de mår dåligt. En stor andel av de killar som kommer till Stadsmissionens *Mottagning för unga män* är inåtagerande och de har många gånger skickats dit av oroliga mammor eller vårdnadshavare. Det saknas helt enkelt vårdinstanser för att nå utåtagerande och våldsamma killar.

Hur når ni utåtagerande killar?

Det behövs lokala mottagningar i hela landet, menar Jan Löwdin. De ska vara lättillgängliga utan långa väntetider och med manliga psykoterapeuter. För att få killar att våga söka sig till denna typ av mottagningar krävs en ”manligt kodad” miljö och en mottagning med egen ingång och eget väntrum. Unga killar som mår dåligt och vill söka stöd kommer inte att göra det om de riskerar att hamna bredvid en jämnårig tjej i väntrummet som till exempel hos ungdomsmottagningar. Det kan även vara bra att koppla ihop stödverksamheten med någon annan typ av öppen ungdoms- och fritidsverksamhet som kan hjälpa till att ”slussa in” unga som mår dåligt. Stadsmissionens terapimottagningar har exempelvis nära samarbete med den egna öppna barn- och ungdomsverksamheten *Unga Station*⁴².

⁴² Unga Station är Stockholms Stadsmissions hus för barn och unga.

Bland de killar som *Mottagning för unga män* möter finns ofta ett behov av att få berätta sin historia. Det vanliga är alltså inte att man söker för symtomreduktion utan att man söker för förståelse av sig själv och sin omvärld. Vissa föredrar gruppsamtal medan andra vill ha enskilda samtal. Målet med insatserna är att unga genom terapin ska få ork och mod att själva ta ansvar för sina liv samt en *”ökande förmåga till kärlek och arbete”*.

Förutsättningar för att bedriva verksamheten

Terapiverksamheten finansieras helt av Stadsmissionen, genom gåvomedel och medel från fonder och stiftelser. Verksamheten bedrivs alltså inom civilsamhället och står fri från finansiering och krav från Landstinget. Samma krav gäller dock som för offentlig verksamhet kring exempelvis journalföring. Registrering av personuppgifter kan dock göras under ”friare former”. Mottagningen åtar sig inte att informera föräldrar eller vårdnadshavare om sådant som kommer fram i samtalen med unga under 18 år. Vi säger till de unga att det är bra om de själva meddelar föräldrar eller vårdnadshavare om att de går i terapi. Det är aktuellt i en mycket liten procent av fallen då den övervägande delen av patienterna har fyllt 18 år då de söker. Att verksamheten bedrivs ideellt och inte som myndighetsutövning gör att unga kan söka psykoterapi relativt anonymt och de behöver inte uppge vare sig fullständigt namn eller personnummer.

Detta kan av många unga upplevas som en trygghet i jämförelse med de riktlinjer som finns inom offentliga vård- och stödfunktioner. Mottagningen ska vara en plats för den unge själv och därmed en fristad – föräldrarna ska alltså inte sitta i väntrummet. Däremot erbjuds separat föräldrastöd som en parallell verksamhet. En annan styrka i den ideella verksamheten är att behandlingen tillåts att ta tid. Den genomsnittliga behandlingstiden är cirka 55 samtal, men både mycket längre och kortare terapier förekommer. Det finns ingen övre gräns för hur lång en behandling kan bli, avgörande är åldern då man söker. Att man fyllt 26 år innebär inte att en pågående behandling avbryts.

Mind – Självmordsupplysningen

Självmordsupplysningen är en webbsida som erbjuder medmänskliga samtal via nätet till personer som inte orka leva och har tankar på självmord. Till hösten 2015 planerar man att starta en stödlinje med chatt och telefon som är öppen dygnet runt. Vi träffade Marie-Louise Söderberg, verksamhetsansvarig för Självmordsupplysningen på Mind⁴³.

Verksamheten är ideell och bygger på volontärer. De får kontinuerlig handledning och kommer huvudsakligen från socionom- eller psykologutbildningar. Alla utbildas även i grundläggande suicidologi och motiverande samtal (MI).

Självmordsupplysningen har haft cirka 3 000 stödjande chattkontakter varje år från det de öppnade 2012. Dessutom har det varit omkring 1 500 inlägg på sidans blogg och forum samt via mejl.

Webbsidan självmordsupplysningen är bemannad på vardagar mellan klockan 19 och 22, där finns översiktlig information om psykisk ohälsa och självmord samt möjlighet att ställa frågor via mejl och få svar inom tre arbetsdagar. Där finns forum och möjlighet att skapa en egen blogg.

På Mind arbetar Marie-Louise Söderberg bland annat med *Självmordsupplysningen*. Marie-Louise är beteendevetare och har tidigare arbetat med bland annat suicidprevention inom Stockholms läns landsting och på expertorganet NASP (Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa).

Vilka svårigheter uttrycker de som hör av sig hit?

Marie-Louise berättar att många som hör av sig till dem beskriver känslor av ensamhet och hopplöshet som gör att de inte orkar leva, vilket inte betyder att de vill dö.

– På Självmordsupplysningen pratar vi om syftet och meningen med livet och hur man ska stå ut när livet ser ut som det gör ibland. Vi fokuserar på de problem och svårigheter som de upplever som övermäktiga. Det handlar om att normalisera utan att trivialisera. Vi pratar om vad som kan göras för att ta nästa steg och försöker lyfta personens egna resurser. Att de hör av sig hit betyder att de vill ha hjälp och söker vägledning. Det är själva hoppet. De behöver någon att samtala med som lyssnar och har tid, erfarenhet och kunskap, säger Marie-Louise.

Ibland har de en ”bärande roll”, till exempel när en person har en tid hos en psykiatriker eller psykolog om tre veckor. Att vänta tre veckor är väldigt lång tid för en ung person som mår dålig. Då kan de stötta över tid så att hen kan ta sig igenom de här tre veckorna.

⁴³Mind (tidigare Föreningen för psykisk hälsa) är en ideell förening som arbetat med att främja psykisk hälsa sedan 1931. Mind uppmärksammar speciellt frågan om självmord. Sedan 2012 finns, inom ramen för webbplatsen mind.se, en sida som kallas självmordsupplysningen. Det är de digitala funktioner som finns på denna sida som beskrivs i intervjun.

– Sen har vi personer med psykisk ohälsa som svår ångest, borderline (instabil personlighetsstörning), depression, bipolaritet, ätstörningar eller självskadebeteende som har en vårdkontakt och går i behandling. När de chattar med oss kommer det ofta fram att de inte säger något till sin vårdkontakt om sina tankar och känslor som handlar om att inte orka leva. Det finns många olika anledningar till att de inte säger något, till exempel att det finns en ambition att vara en duktig patient, att de inte vill besvära, skapa oro eller göra någon rädd säger Marie-Louise.

– Vi har också personer med en livslång psykiatrisk problematik och som är på väg att ge upp. De går ut och googlar på självmord och det är många som berättar att det är så de har hittat oss. Ofta i syfte att hitta någon metod eller någon som kan hjälpa dem. Dessa samtal handlar om att påverka dem till ytterligare ambivalens i sina tankar om att ta livet av sig. Det är bättre att de är ambivalenta än att de blir mer beslutsamma kring sina planer, förklarar Marie-Louise.

De riskfaktorer som tas upp inom suicidologin möter Självordsupplysningen i chatten. Personer som söker stöd berättar bland annat om svåra förluster, separationer, misslyckanden, våld, ensamhet, mobbning, psykisk ohälsa och skam.

– De personer som har kommit till ett stadie i livet där de ser självmord som enda utväg söker tyvärr inte hjälp och kommer inte in på självordsupplysningens chatt. De som vänder sig till oss kan vi göra något för. De vill ha stöd och hjälp, annars skulle de inte höra av sig. Ofta vet de inte var hjälp finns och hur den kan fås. Kommunikationen med Självordsupplysningen kan bli en vändpunkt eller en tankeställare, säger Marie-Louise.

Hur uttrycks självmordstankar av de som hör av sig hit?

– Hos de som hör av sig till oss finns en medvetenhet om det tabu som finns kring självmord i samhället, någon slags förståelse för att detta inte ska pratas om. Samtidigt har företeelsen självmord blivit mycket mer ”pratbar” de senaste åren. Tabu har blivit mindre, säger Marie-Louise.

Detta har dock inte lett till färre självmord. I stället har självmord och självmordsförsök ökat bland unga.

– Om det beror på att tabu håller på att försvinna och att idén om självmord av den anledningen har blivit uppenbar för fler är något vi reflekterat över. Men ju mer vi lär oss och förstår om unga som uttrycker att de inte orkar leva, desto säkrare blir vi på att tabu kring självmord är till mer skada än nytta. Däremot behöver vi, i samband med att vi arbetar med att ta bort tabu kring självmord, ifrågasätta hur vi möter människor som börjar prata om och söker hjälp för detta, säger Marie-Louise.

Marie-Louise menar att samhället i dag har svårt att möta det här behovet. Hennes uppfattning är att frågor om hur vården ska arbeta med självmordsnära människor och hur det här ska hanteras till stor del handlar om att utveckla en annan form av bemötande än vad som finns inom vården i dag.

Vad krävs för att kunna prata om självmordstankar?

– De som har vårdkontakter säger ofta att det inte är någon som frågar dem om de har självmordstankar. Därför säger de heller ingenting till sina vårdkontakter. När de hör av sig hit kan de vara anonyma. De uppfattar också att vi är villiga att prata om tankar kring självmord och då berättar de. När vi börjar prata med dem om det här leder det ofta till att vi kan motivera dem till att berätta och prata om sina tankar med sina vårdkontakter. Ibland föreslår vi att de ska skriva ut chatten och ta med och visa eftersom många säger att det är lättare att skriva om detta än att prata om det, säger Marie-Louise.

Hur ser du på självmordstankar och psykisk ohälsa

– Att ta livet av sig är inte rationellt, det är ett uttryck för förtvivlan och att man inte fått det stöd och den hjälp som man behövt. Min uppfattning är att självmord kan vara en existentiell fråga, allmängiltig att tänka. Det kan till och med vara ett skydd, att kunna tänka att det här är möjligt. Jag skulle vilja öppna för att känslan av att inte orka leva, självmord, inte bara handlar om psykisk ohälsa som ångest, depression och personlighetsstörning. Utan tankar på självmord och känslan av att inte orka leva finns även med i kriser, sorg och förlust av närstående, förtydligar Marie-Louise.

Hur ser fördelningen mellan tjejer och killar ut?

– När vi startade så var vår förhoppning att nå unga killar eftersom självmord är den vanligaste dödsorsaken bland unga män. Men, i och med att de som hör av sig hit på chatten kan vara anonyma så vet vi inte alltid om de identifierar sig som killar, tjejer eller med annan könstillhörighet. Ibland är det inte heller intressant för oss, det är andra saker som är mer relevanta att prata om. Ibland kommer vi ändå in på deras könstillhörighet av olika anledningar. För många killar framstår det som ett svårare och större steg att söka stöd och hjälp än det verkar vara för tjejer. Det är dock svårt att säga något generellt om de som hör av sig hit med utgångspunkt i deras könstillhörighet, säger Marie-Louise.

Finns det typiska berättelser?

– Unga som hör av sig hit för att de inte orkar leva har alla sin egen historia. Vissa saker är dock återkommande. Till exempel att de ser sina självmordstankar som ”dumma” och att de skäms för att de har de här tankarna. Det finns de som berättar att de är i en pågående behandling, till exempel för ätstörningar, och inte kan uttrycka självmordstankar eftersom de då inte får gå kvar i sin behandling. Trots självmordsförsök uppger många att de inte får vård eller behandling. Många vill ha hjälp och stöd men vet inte vart de ska vända sig, därför skriver de till oss, berättar Marie-Louise.

– Vissa kan inte prata om det här, när de försöker kommer inga ord, de kan svara på specifika frågor men kan inte förklara helheten i sin situation genom tal. Det sistnämnda är ett argument för att ge stöd till unga via chatt. En del berättar att de får tankar om att de borde ta livet av sig men att de inte vill det. Ambivalensen gör att de blir rädda för att ”*tappa kontrollen*” och ”*råka*” ta livet av sig. Återkommande för alla dessa grupper av unga som hör av sig till oss är, som sagt, att de på chatten berättar att de inte har någon att vända sig till.

Vad är viktiga bidrag från Självmordupplysningen?

I chatten erbjuder vi stöd till personer som mår dåligt och har funderingar kring livets mening. Jag skulle vilja säga att det handlar om personer som uttrycker att de inte orkar leva snarare än att de uttrycker att de vill dö, det är en viktig ingång för oss. Det bidrag som självmordupplysningen kan ge de som hör av sig hit är ett slags hopp. Hopp om livet, hopp om förändring och att det finns hjälp att få. Att det inte alltid kommer att vara och kännas som det gör just nu, avslutar Marie-Louise.

Riksförbundet Attention

Riksförbundet Attention är en intresseorganisation för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar⁴⁴ (NPF), deras anhöriga och yrkesverksamma inom området. Myndigheten träffade Anna Norrman som arbetar med intressepolitik och Karin Forsberg som är projektledare för projektet *Min skola*.

Attention startade 2000 och har i dag 60 lokalföreningar runt om i landet med närmare 15 000 medlemmar. De har just nu fyra arvsfondsprojekt igång. Bland annat projektet *Min skola* om gruppen skolelever med NPF på högstadiet och gymnasiet. Projektet handlar om delaktighet och att göra elevernas egna röster hörda. Många elever, vars perspektiv projektet tagit del av, har egna uppfattningar om vilket stöd de behöver och vad lärare borde göra för att anpassa undervisningen till deras förutsättningar. I en undersökning som *Min skola* genomförde under hösten var det också tydligt att många elever med NPF önskar att deras lärare lyssnade mer på dem.

Hur skulle ni beskriva lättare psykisk ohälsa?

– Vad som är lätt eller svår psykisk ohälsa för personer med NPF beror ofta på vad personen får för stöd, säger Anna. En person med NPF som inte har tillgång till rätt stöd eller ”rätt verktyg” har ofta svårt att hantera sin vardag. En person med NPF som har tillgång till rätt stöd och rätt verktyg får däremot större möjligheter att hantera sin vardag på ett fungerande sätt.

– Lätt eller svår psykisk ohälsa kan alltså kopplas ihop med vilket stöd personer med NPF får tillgång till, säger Anna.

Hur ser ni på de sammanhang och miljöer som kan bidra med stöd till unga med NPF?

– Unga med NPF har ofta anhöriga som själva har svårigheter. Att till exempel någon av föräldrarna också har NPF gör det än svårare att skapa en struktur i familjens vardag. Ansvaret i föräldrarollen blir också för dessa föräldrar en extra stor utmaning. I vissa fall kanske skolan kommer att vara den miljö där barnets psykiska ohälsa främst kommer att uppmärksammas, menar Anna.

– Vi på Attention skulle därför gärna se att skolan tog sitt kompensatoriska uppdrag mer på allvar. För unga som har en familj som inte är så välfungerande måste det finnas andra institutioner som uppmärksammar barnets eller den unga personens behov av stöd, säger Anna och Karin instämmer

⁴⁴ De vanligaste neuropsykiatriska funktionsnedsättningarna är ADHD, Aspergers syndrom, Tourettes syndrom och Tvångssyndrom – OCD. Även relaterade tillstånd till exempel dyslexi och språkstörningar kan ses som neuropsykiatriska (www.attention-riks.se).

– Vi ser även att socialtjänsten i vissa fall behöver utveckla sin kompetens om barn och unga med NPF. Till exempel kan en familj där det finns NPF behöva föräldrastöd för en funktionsnedsättning hos föräldern samtidigt som stöd ges till barnet. Om orsaken till problemet hos ett barn bedöms handla om relationen mellan barnet och föräldrarna så uppmärksammas inte NPF. Risken är då att socialtjänsten utgår från att föräldern är den som orsakar problemet. Utifrån detta ges inte rätt stöd varken till föräldrarna eller till barnet, säger Anna.

– Om skolsituationen inte fungerar och skolan gör en anmälan till socialtjänsten, som sedan inte tar hänsyn till att barnet är funktionsnedsatt utan sätter in helt annat stöd, då blir det inte rätt och föräldrarna kan kanske inte heller ta till sig det som händer och sen kan det bli fråga om omhändertagande. Den slutsatsen delar vi med Autism- och Aspergerförbundet, säger Anna.

Hur ser ni på att färre tjejer än killar blir diagnostiserade med NPF?

– Vi vet att det är färre tjejer än killar som blir diagnostiserade med NPF och de får dessutom sina diagnoser senare. Socialstyrelsen uppger dock att det inte finns någon skillnad mellan tjejer och killar, säger Anna. Det finns olika idéer om varför det är så. En idé är att diagnoskriterierna inte är lika tydliga för tjejer.

– Tjejer har ofta inte lika utåtagerande beteende och är inte lika hyperaktiva som killar kan vara. Tjejer har lärt sig att inte ta lika mycket plats eller att inte vara lika ”bullriga” som killar. De har andra beteenden. Men över tid blir fler tjejer diagnostiserade, de får sina diagnoser senare i livet än killar. Till exempel finns det tjejer som till en början får behandling för ätstörning eller självskadebeteende och som senare får en ADHD- eller Aspbergerdiagnos, säger Anna och Karin håller med.

Tjejjonen – Tjejjonen.se

Tjejjonen är en stödorganisation för tjejer mellan 12 och 25 år som erbjuder fysiska och virtuella möten. Den övergripande målsättningen är att förebygga psykisk ohälsa hos tjejer, under 2014 tog Tjejjonen emot cirka 10 000 samtal från hela landet.

På Tjejjonen träffade vi Maria Munkesjö som är verksamhetsansvarig för stödverksamheten. Maria har arbetat som projektledare på Tjejjonen sedan 2006.

På vilka sätt erbjuder Tjejjonen stöd till tjejer?

– Stöd ges till tjejer både individuellt och i grupp samt i form av fysiska och virtuella möten. Det individuella stödet i fysisk miljö bygger på en verksamhet som vi kallar *Storasyster live* och som riktar sig till tjejer i Stockholmsområdet, säger Maria.

En volontär, en storasyster, träffar en cirka tio år yngre tjej, en lillasyster, vid ett tillfälle varannan vecka i upp till ett år. De umgås, går på promenad, fikar, går på bio och liknande.

– Vissa av de tjejer som söker det här stödet och blir lillasystrar kommer från en socioekonomiskt utsatt grupp. Den lilla summa pengar som vi har för aktiviteter i den här stödprocessen är betydelsefull för dem. Det betyder att de kan göra saker som de annars kanske inte har råd med, säger Maria. Via nätet erbjuder vi också *Storasyster online*.

Det är en verksamhet som utgår från samma sociala princip, men där nästan all kontakt mellan storasystern och lillasystern sker via nätet. Det är det stöd som flest tjejer som hör av sig till Tjejjonen önskar. De har tjejer på kö som på grund av bristande ekonomiska resurser inte kommer att kunna få en storasyster förrän om ett år. I den här stödformen kan tjejerna växla mellan olika digitala kommunikationsverktyg som chatt, webbkamera och skype.

– I chatten får den tjej som söker stöd chatta med en volontär. Tjejjonen har två olika chattar, berättar Maria. En öppen chatt där temat helt väljs av tjejen som hör av sig och söker stöd. Vi har också en chatt vi kallar *Åtstörningszonen* som riktar sig till tjejer med åtstörningsproblematik. Nytt är att vi också erbjuder en gruppchatt. Cirka tio tjejer och två samtalsledare chattar i grupp utifrån det tema som tjejerna önskar sig.

Gruppen är öppen och tjejerna väljer att delta från tillfälle till tillfälle i mån av plats. Tjejjonen har också en sluten chattgrupp om åtstörning där det är samma deltagare och samma samtalsledare vid varje tillfälle.

Hur ser ni på psykisk ohälsa?

– Vi förstår psykisk ohälsa som ett psykiskt mående som påverkar livet och vardagen så mycket att personen inte kan leva som vanligt i samhället. Kanske är tjejen suicidnära, skär sig eller tar till andra strategier som är destruktiva. En stor del av de tjejer som vi möter är i livskris eller har utvecklat psykisk ohälsa. Livskriser drabbar alla på olika sätt i olika åldrar. När barn och unga går igenom livskriser behöver de hjälp och stöd med att ta hand om de känslor och upplevelser som livskrisen aktualiserar. Får inte den unga personen hjälp med att ta hand om och härbärgera livskrisen så kan den väldigt lätt utvecklas till psykisk ohälsa.

I Tjejjonens målgrupp är det vanligt med problem i relationer, ångest, panikångest och depression.

– Svårigheter kan utvecklas till psykisk ohälsa efter att ha varit en livskris från början. Att deras nära omgivning och familjesituation inte fungerar är ofta anledningen till att livskrisen har utvecklats till psykisk ohälsa, menar hon.

Vad är det för psykisk ohälsa som de tjejer som hör av sig hit berättar om?

När de startade sin chattverksamhet för åtta år sedan handlade det mycket om stress och skola.

– Det var inte så många som hörde av sig och ville prata om självmord eller självskadeproblem. Idag får vi många samtal som handlar just om självskadebeteende och tankar på självmord. I vår statistik från 2014 är det dessutom 15–20 procent av våra samtal som handlar om att vara utsatt för incest.

Tjejer som hör av sig och berättar att de har blivit utsatta även för andra former av sexuellt våld har också ökat. Som en följd av detta framträder också svårigheter som tjejerna har i samband med den traumatisering som det innebär att vara brottsoffer.

– Min uppfattning är att den förändring av teman som skett över tid har flera orsaker. Dels handlar det om att vår information om de stödformer vi erbjuder har utvecklats och blivit tydligare genom åren. Dels handlar det om att unga är mer vana att ta stöd via nätet nu, de har lättare att hitta fram till det stöd som vi erbjuder, menar Maria.

– Vi har också en grupp unga tjejer med mycket skam, speciellt på ätstörningszonen. De pratar inte om sina svårigheter med sin omgivning. För oss är det en stor uppgift att lära oss hur vi får de här tjejerna att söka stöd ”hemmavid”. Det behöver inte vara att de ska ta kontakt med vården utan bara ta hjälp av sin familj, vänner, släkt eller skola. Det är en balansgång att kärleksfullt ”mota iväg dem till annat stöd” utan att de för den skull ska känna sig bortskickade, säger Maria.

Vad är viktiga aspekter i det stöd Tjejjonen erbjuder?

– Tjejjonen kan ses som en verksamhet som ”täcker upp” ett mellanområde i samhället, sluter upp där det finns ett ”tomrum”. Vi kan se att Tjejjonen mer och mer har blivit ett stabilt, kontinuerligt stöd som finns i samhället när den offentliga vården inte räcker till. Det har varit stora nedskärningar inom psykiatrin och vilken vård man får beror också på var man bor. Vi fyller ut det tomrummet, förtydligar Maria.

– Vi gör detta genom att via Tjejjonen erbjuda människor som lyssnar, säger hon. Att vara en lyssnande medmänniska är kärnan i vår verksamhet. Vi har tillit till lyssnandet och den process som lyssnandet sätter igång. Det påminner om en terapeutisk process men det är varken metodiskt, teoretiskt eller professionellt. Min uppfattning är också att det är genom lyssnandet som unga ges makten över sin egen situation, säger Maria.

Genom att lyssna på hur unga berättar om sitt sätt att se på en situation och om sitt sätt att se på sig själva ger Tjejjonen dem möjlighet att vara aktörer i sina egna liv.

– Vi menar att det är viktigt att lyssna i stället för att försöka lösa problem. Sedan finns naturligtvis gradskillnader i detta men som utgångspunkt är det så vi arbetar, tillägger Maria.

Det är många gymnasietjejer och unga vuxna tjejer som hör av sig till Tjejjonen och beskriver ett traumatiserat liv beroende på kriser de har varit, och är, i. Att de får en *Storasyster online* ett år kan hjälpa dem att komma vidare och söka sig fram till den hjälp som ändå finns i deras lokala miljö. En storasyster finns där, lyssnar, tar en på allvar, speglar och reagerar personligt. De träffas en gång varannan vecka. Som storasyster har stödtjejen handledning från Tjejjonen under hela processen. Handledaren är uppdaterad på vad som händer i relationen och kan ge stödtjejen den hjälp hon behöver.

– En stödrelation i form av Tjejjonens storasyster- och lillasysterverksamhet ger den tjej som söker stöd kontinuitet och trygghet utifrån medmänsklighet och det räcker långt, understryker Maria.

Tjejjonens verksamhet förändras också hela tiden eftersom tjejernas behov av vilket stöd de önskar förändras. Just nu arbetar de främst med prevention. I första hand arbetar de med sekundär prevention, vilket innebär arbete med specifika grupper som har större sårbarhet för psykisk ohälsa, till exempel unga i socioekonomiskt utsatta områden. De arbetar också med tertiär prevention som riktar sig mot de som redan har utvecklat psykisk ohälsa och behöver stöd för att inte återfalla.

– Vi följer tjejerna och anpassar vår verksamhet till hur de vill bli mötta och hur de vill bli lyssnade på, säger Maria.

Vilka svårigheter beskriver tjejer att de upplever i sitt sökande efter stöd?

– Många tjejer som vi har kontakt med berättar att de på till exempel socialkontoren får byta handläggare flera gånger per år. Att få ha en storasyster ett år är ett unikum av kontinuitet och långsiktighet i det här sammanhanget, menar Maria. Ofta berättar de tjejer som hör av sig att det är täta personalbyten även inom elevhälsa och psykiatri.

– Det blir förstås särskilt problematiskt när olika instanser ska samverka kring stöd till en ung person. Det går inte att ha samverkan om det inte finns kontinuitet, långsiktighet och stabilitet. De tjejer som kontaktar oss beskriver att de upplever de här problemen när de söker stöd för sin psykiska ohälsa. Sedan finns det säkert en stor grupp tjejer som får ett kontinuerligt stabilt stöd, men de hör inte av sig hit, tillägger Maria.

– Många gånger börjar en stödprocess med att den ungas situation problematiseras och metodiseras. Inom den offentliga vården är det sedan experter som ska vårda och ge stöd, vilket gör att resurserna bara räcker en liten, liten bit. Vi tror att det är viktigt att det stöd som erbjuds den unga personen erbjuds utifrån kontinuitet. Vuxenvärlden behöver bli bättre på att finnas, lyssna och hjälpa tjejer att ta hand om sina kriser, säger Maria.

Stockholms tjejjour

Malin Jenstav och Tove Wählstrand är båda samordnare och projektledare på Stockholms tjejjour. De möter i sin verksamhet allt från upplevd stress, ätstörningar självmordsförsök, sexuellt våld, ångest, depression och magont till självskadebeteende.

Stockholms tjejjour har funnits sedan 1996 och är en ideell feministisk förening som är politiskt och religiöst oberoende. Arbetet drivs med verksamhetsbidrag och projektmedel. Basen är stöd- och jourverksamhet som vänder sig till alla som definierar sig som tjejer mellan 12 och 25 år. Åldersspannet ska inte ses som exakt utan mer som en riktlinje för målgruppen.

Jouren är tillgänglig för tjejer via chatt, mejl, fysiska besök och telefon och de får samtal från hela landet. De driver också ett projekt för tjejer som har sex som självskadebeteende. Tjejjouren har cirka 60 volontärer (jourtjejer) som är aktiva i olika delar av verksamheten. Stockholms tjejjour har också annan verksamhet beroende på vilka projektmedel de får.

Vilka svårigheter uttrycks bland de tjejer som vänder sig till er?

– Det är alltid helt upp till tjejen själv vad hon vill prata om, säger Tove. En grundläggande förutsättning som Malin och Tove tar upp är att alla tjejer kan vara helt anonyma och att tjejjouren har tystnadsplikt. Det betyder att det är många tjejer som vänder sig till dem och berättar något för första gången. Ofta pratar de om svåra upplevelser.

– Vi möter alltså mycket utsatthet bland de tjejer som hör av sig till oss, säger Malin.

Hur tjejer uttrycker sina svårigheter är också kopplat till på vilket sätt de kontaktar tjejjouren. I mejl är tjejerna ofta mycket specifika både när det gäller vilken fråga de har och när det gäller vilken situation de befinner sig i. I chatt och telefon menar Tove och Malin att det, till en början, kan vara lite mer oklart vad tjejen vill ha hjälp med. Det kan börja med att de ringer och har en allmänt olustig känsla och sedan, efter att samtalet pågått en tid, får vi reda på bakomliggande orsaker. Det beror alltså på.

I deras statistik över jourverksamheten 2014 är psykisk ohälsa (självskadebeteende, självmordsförsök, ångest, depression, magont och upplevd stress) de vanligaste temana för tjejers kontakt med dem, därefter kommer sexuellt våld. Även ätstörningar är ett återkommande tema. Både Malin och Tove menar att de svårigheter tjejer beskriver många gånger beror på hur länge kommunikationen mellan tjejen och jourtjejen pågår. Ju längre kommunikationen pågår, desto mer tydligt blir det att den psykiska ohälsan ofta är konsekvenser av en tidigare svår upplevelse eller traumatisering.

Hur vill ni beskriva de villkor för stöd som ni erbjuder?

– Centralt för verksamheten är att arbeta generellt utifrån de frågor som tjejer som hör av sig hit lyfter samt de brister i samhället som de påtalar, säger Malin.

På sin hemsida är de tydliga med information om vad de arbetar med, vad de kan och vet. De är tillgängliga för kontakt via olika kommunikationskanaler och har inte anmälningsskyldighet. Det är ”vanliga” tjejer som tar emot, vilket betyder att det inte handlar om terapeutiska samtal. De är också tydliga med att de lyssnar mycket.

– Vi försöker inte lösa tjejens situation åt henne utan arbetar väldigt mycket med hennes egenmakt. Med egenmakt menar vi att stärka tjejen i den situation hon är i. Det handlar om tjejens villkor och hennes rätt att själv bestämma över sina handlingar.

– Hela vårt arbete handlar alltså om att stärka henne så att hon ska kunna göra sina egna förändringar. Hon väljer när hon ska prata med oss, på vilket sätt, hur länge, vad hon vill berätta om, hur samtalet ska se ut, om hon ska kontakta oss igen, hur mycket hon vill berätta om sin identitet och sin bostadsort och om vi ska gå vidare med en polis- eller orosanmälan samt när och hur. Det finns inga krav, hon måste ingenting.

Malin och Tove menar att för mycket fokus på en anmälan, oavsett vilket slag, får tjejen att tystna snarare än att öppna sig och fortsätta ta emot stöd.

– En anmälan görs därför när tjejen själv anser sig redo, även om det innebär att vi får vänta så länge som sex månader ibland, säger de.

Tjejjouren arbetar aktivt med att tjejen som söker stöd inte ska uppleva att det finns en maktobalans mellan henne och jourtjejen.

Hur viktigt är det med stöd via olika kommunikationskanaler?

– Det är jätteviktigt att kunna ge stöd via olika kommunikationssätt. Det får vi också höra av de som hör av sig hit. Vissa kanske inte vill chatta, andra kan bara kommunicera via nätet. För en tjej med dyslexi fungerar till exempel telefonsamtal bättre än att chatta, men för en tjej som bor med sin förövare är det nödvändigt med en hemlig mejlkonversation så att denne inte upptäcker hennes kontakt med oss, säger Malin.

– Andra vill komma hit och prata och då erbjuder vi kontakt under en längre tid eller vid flera tillfällen. De flesta tjejer hör av sig till oss via chatten men de olika sätten att kommunicera som vi erbjuder gör att tjejen kan kontakta oss på ett sätt som fungerar för henne, förklarar Tove

Det finns också en stor efterfrågan bland tjejer som hör av sig att få en stödperson under längre tid. I dag kan tjejjouren inte möta det behovet men ambitionen är att utveckla den delen av verksamheten.

Hur ser ni på kopplingarna mellan sexuellt våld och psykisk ohälsa?

– Sexuellt våld är något vi i stor utsträckning möter i våra kontakter med tjejer som hör av sig hit. Med sexuellt våld menar vi till exempel sexuella övergrepp som våldtäkt och incest, grooming⁴⁵ och sexuella trakasserier. Psykisk ohälsa kan ha många förklaringar. Hos vår målgrupp kan det vara en konsekvens av sexuellt våld. Många tjejer har svårt att se kopplingarna mellan allmän psykisk ohälsa och det sexuella våld de blivit utsatta för. Det blir svårare att sätta ord på eller förstå sambandet för de tjejer som är utsatta av någon i familjen eller när tjejen själv tar på sig ansvaret och känner sig delaktig, fast hon inte är det, säger Malin.

De berättar att incest, med den egna pappan som förövare, är en av de mest vanligt förekommande formerna av sexuellt våld en tjej kontaktar tjejjouren om. Bland annat har de arbetat med incest i projektform och gjort en kunskapsinsamling som publicerats.

– Att vi arbetat med det här syns på vår hemsida och därmed har vi också blivit ett forum för att prata om det. Om vi jämför vår statistik med andra tjejjourers så har vi en högre andel tjejer som hör av sig hit och vill prata om incest, säger Malin.

Hur arbetar ni med sex som självskadebeteende?

– Just nu arbetar vi med ett projekt om sex som självskadebeteende med ekonomiskt stöd från Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) sedan ett år tillbaka. Vi menar att det finns en oroväckande stor kunskapsbrist i samhället om sex som självskadebeteende och sexuellt våld, säger Tove.

– En konsekvens av kunskapsbristen blir, för de här tjejerna, att de inte får någon hjälp. Det får inget stöd att ta sig ur sin svåra situation och de får ingen rättslig upprättelse för de brott de många gånger utsätts för i och med att de skadar sig genom sex. Många som vi har pratat med har sökt hjälp inom den offentliga vården tidigt i utvecklingen av ett destruktivt beteende. De har då fått ett dåligt bemötande. I många fall vittnar tjejerna om att de har fått ett rent kränkande bemötande, vilket leder till att det tar lång tid innan de vågar berätta igen – om de vågar berätta igen, menar Malin.

Tjejer som hör av sig till jouren och berättar att de har ett sexuellt självskadebeteende har många gånger svårt att förhålla sig till vad de gör. Det finns så mycket skam, skuld och frågetecken kring varför de gör som de gör när de egentligen inte vill. Många förstår inte heller varför de inte kan sluta. Många av de här tjejerna upplever en lättnad när de får veta av tjejjouren att det de berättar är något som även andra har upplevt eller satt ord på.

– Rättsväsendet brister också i att uppmärksamma att många tjejer utsätts för brott inom ramen för sexuellt självskadebeteende, säger Malin. Även om tjejen initierat kontakten med en förövare eller gått till en avtalad plats för att träffa denne kan hon utsättas för brott.

⁴⁵ Grooming innebär att någon tar kontakt med andra för att längre fram begå övergrepp. I de flesta fall handlar det om män som söker kontakt med unga flickor. Vid grooming sker oftast den första kontakten på ett chattforum eller en sida för kontaktannonser.

– Vissa av de tjejer som har sex som självskadebeteende blir väldigt grovt utsatta och behöver uppsöka läkare. Då är det viktigt med ett bra bemötande, menar Tove. Om tjejen blir ifrågasatt utifrån att hon själv sökt upp förövaren, eller om hon får kommentarer om att hon kanske gillar det våld och övergrepp hon utsatts för, så kan självskadebeteendet triggas igång på nytt. De här tjejerna mår dåligt och deras rättigheter tillgodoses inte.

I den statistik som tjejjouren har från tjejer som hört av sig och som har sex som självskadebeteende finns många som har blivit utsatta för sexuellt våld tidigare.

– Sex som självskadebeteende kan på så sätt förstås som en dysfunktionell strategi för att hantera tidigare svåra upplevelser, säger Malin.

Vad skulle ni säga är ert viktigaste bidrag till er målgrupp?

– Att vi arbetar med att stärka tjejens egen makt i sitt liv. Vi erbjuder också möjligheten att vara anonym, vi har tystnadsplikt och ingen anmälningsskyldighet. Stödet fortgår utifrån de villkor som den specifika tjejen sätter upp. Tjejerna behöver ges mer tilltro när de söker stöd och vård. De har ofta väldigt kloka tankar om vad de behöver och under vilka omständigheter. De är verkligen experter på sina egna liv, avslutar Malin.

Samtal med föreningen Frisk & Fri

Föreningen Frisk & Fri arbetar med att ge stöd till personer med ätstörningar och deras närstående via chatt, stödtelefon, stödgrupper, mammastöd och mentorer för unga. Vi pratade med Catherine Koff, Elina Johansson, Hanna Kihlander, Helena Forsman och Nike Linn Säfwenberg som arbetar vid rikskansliet.

Föreningen Frisk & Fri bildades 1983 och 20 år senare blev den definierad som en riksförening. Föreningens vision är *”ett samhälle utan ätstörningar där alla är fria att vara sig själva”*. Verksamheten bygger på att sprida och genomföra aktiviteter för att stödja personer med ätstörningar och deras anhöriga, arbeta förebyggande inom området och verka för bättre vård. Idag finns det 18 lokala avdelningar runt om i landet medan rikskansliet är förlagt till Stockholm. Det är cirka 200 volontärer runt om i landet som möjliggör föreningens verksamhet.

Följande avsnitt bygger på ett gruppsamtal med Catherine Koff (utbildningsansvarig), Elina Johansson (ansvarig för idrottsarbeten), Hanna Kihlander (pressansvarig), Helena Forsman (stöd- och lokalavdelningsansvarig i Stockholm) och Nike Linn Säfwenberg (redaktör för tidningen *Insikt*).

Ätstörningar – en farlig psykisk sjukdom

Ätstörningar är en psykisk sjukdom som innebär att personer har svårigheter med mat och hur kroppen upplevs. Om tankarna på mat och vikt tar över en person så att den har svårt att klara av sitt vardagliga liv med studier, jobb eller andra aktiviteter så kan det vara ett tecken på en ätstörning. Ätstörningar kan yttra sig på olika vis – det kan handla om att låta bli att äta, överäta, kräkas och/eller att träna hårt. Det finns olika sorters diagnoser som läkare kan ge: anorexi, bulimi, ätstörning utan närmare specifikation eller hetsättningsstörning. Ortorexi och idrottsanorexi är inga vedertagna diagnoser men är specifika ätstörningar som också kan nämnas i detta sammanhang.

Till grund för att ätstörningar utvecklas ligger ofta dålig självkänsla och höga prestationskrav. Unga i åldern 14–25 år är en särskild riskgrupp. Det mest vanligt förekommande startskottet för en ätstörning är att en person går på någon slags diet eller bantar. Det är oftast kombinationer av faktorer som gör att någon drabbas. Personer som lider av ätstörningar kan även ha andra sorters sjukdomar och vissa av dessa ingår i själva diagnosen. Det kan handla om depression, ångest, tvångstankar och tvångshandlingar. Självskadebeteende kan förekomma bland personer som är drabbade av ätstörningar, liksom social isolering. Ätstörningar är en av de psykiska sjukdomar som har den högsta dödligheten.

Allt fler yngre söker stöd hos Frisk & Fri

För att nå vår vision och vårt syfte arbetar vi med flera olika sorters aktivitet. Främst arbetar vi med att ge stöd till personer med ätstörningar och deras närstående via chatt, stödtelefon, stödgrupper, mammastöd och mentorer för unga som är minst 15 år. De allra flesta som söker stöd och vård hos oss är 14–24 år. De som kontaktar oss via mejl och telefon är huvudsakligen över 25 år. På våra öppna träffar möter vi oftast personer som är kring 20 år medan det är flest som är under 25 år på chatten. När vi är ute och träffar ätstörningsenheter är det ungdomar från 15–16 år och uppåt. Ofta tar det ett tag innan personer som lider av ätstörning tar kontakt med oss. Vår totala verksamhet under 2014 kan beskrivas på följande vis i siffror:

- gruppträffar: 66
- öppna träffar: 58
- *Uppdrag: Självkänsla*⁴⁶: 1 620 deltagande unga
- telefonsamtal: 110 per månad
- chattkonversationer: 37 per månad
- mottagna mejl: 400 per månad.

Inom vår mentorverksamhet tar vi dessutom, under en genomsnittlig månad, emot 279 mejl, 221 sms, 41 telefonsamtal och har 43 personliga träffar.

Det vi ser i vår verksamhet är att ätstörningar kryper allt längre ner i åldrarna. Speciellt blir vi kontaktade av yngre via vår chatt som vill diskutera ätstörningar och som söker stöd. Det visar på vikten av vår verksamhet och att arbeta mer med förebyggande verksamheter som till exempel vårt projekt *Uppdrag: Självkänsla*.

Viktigt med en jämlik och vårdsäker behandling

Genom att besöka ätstörningsenheter där vi träffar både patienter och personal försöker vi förbättra vården. Vi arbetar för att primärvården på ett bättre sätt ska bemöta personer med ätstörningar. Det vi har sett är att vården ser olika ut i olika delar av landet. En anledning till detta är skillnader i personalens kunskap om ätstörningar men även att vårdköerna är olika långa. Exempelvis har vi hört från personer med ätstörningar att de mötts av att de inte anses vara ”tillräckligt smala” eller ”tillräckligt sjuka” av personal inom primärvården.

Med tanke på resurser tvingas vården att prioritera de mest akut sjuka. Forskning visar dock att tidiga insatser skulle leda till att ätstörningen lättare kan behandlas. Den tuffa prioriteringen kan även få en oväntad effekt, nämligen att personer inte vill slutföra en behandling eller bli bättre på grund av rädsla för att då förlora stöd och vård.

Vi har dessutom fått höra från killar att de fått information om att de inte kan ha en ätstörning då det är en tjejsjukdom. Det finns även skillnader i hur snabbt en person kan få vård, vilken hjälp som ges och hur uppföljningen ser ut. Så här ska det inte behöva vara inom vården – alla med ätstörning ska tas på allvar och det ska inte spela någon roll var i Sverige du bor för att få den vård du behöver. Det är därför den information, de utbildningar och de workshoppar som vi ger är viktiga.

⁴⁶ Utbildningar och workshoppar för skolelever.

Ökad självkänsla leder till sundare syn på mat och vikt

Vårt förebyggande arbete består till största delen av insatsen *Uppdrag: Självkänsla* som innebär att vi i en workshop möter unga skolelever och tar upp teman som självkänsla och självförtroende, media och skönhetsideal samt ordets makt. Insatsen riktar sig till elever som går från årskurs 6 till tredje året på gymnasiet. Vi har ett jättebra material och insatsen är populär. De skolor som vi besökt vill ofta att vi kommer tillbaka. Det är däremot inte helt enkelt att få komma ut till skolorna. Genom sponsorer kommer vi under 2015 att träffa runt 10 000 elever och genomföra *Uppdrag: Självkänsla*. Vi skulle kunna göra mycket mer här men det är en fråga om ekonomi och om skolors intresse och möjlighet att ta emot oss.

Kunskapen om ätstörningar behöver förbättras

Anorexi är den form av ätstörning som flest har kunskap om och som uppmärksammas mest, men den är inte den vanligaste. Bilden av ätstörningar är starkt kopplad till tjejer och kvinnor som har anorexi, vilket innebär att varken personer med annan ätstörningsproblematik eller killar och män känner igen sig och därför inte söker stöd och vård. Vi försöker bidra till att öka kunskapen genom att föreläsa på till exempel skolor, gym eller vårdenheter. *Uppdrag: Frisk* är en utbildning som vänder sig till vuxna som arbetar med unga.

Unga män drabbas av ätstörningar även om de inte syns

Det är främst tjejer och kvinnor som söker vård för ätstörningar men cirka 10 procent av de som behandlas är killar eller män. De flesta av oss som arbetar i föreningen har erfarenhet av ätstörningar, antingen som drabbad eller som närstående. Det innebär att vi ger hopp till de som är drabbade genom att visa att det går att förändra sin livssituation. Vi har hört från personer som vi har kontakt med att de känner en trygghet i att vi har denna erfarenhet. De känner att vi kan förstå dem och deras situation bättre.

Det är också en övervägande del kvinnor som söker stöd på Frisk och Fri. Något som vi vill utveckla och förändra är att få fler män engagerade då det är flest kvinnor i vår organisation. Det kan påverka i vilken utsträckning som unga män vänder sig till oss, även om det på senare tid blivit fler killar och män med ätstörningar som tar kontakt med oss. Bland anhöriga är det fler män än de 10 procent som är drabbade. På vår Facebooksida är det ganska många pappor som hör av sig. Sedan beror det på vad vi speglar utåt. Vi märkte till exempel att när en av våra manliga mentorer var med i Dagens Nyheter så hörde fler män av sig till oss.

En anledning till varför det är färre killar och män som hör av sig kan vara att det finns så mycket skuld och skam kopplat till ätstörning. Det finns fördomar om att det är tjejer som har ätstörningar, vilket gör att det blir ett större steg för killar att ta kontakt. Det handlar om normer. Maskulinitetsnormen är att ha en stor och stark kropp. Vi har startat ett idrottsprojekt och det kan innebära att det blir fler killar som hör av sig. Idrottsprojektet vänder sig till ledare och föreningar och ska pågå i två år. Förutom utbildning så handlar det om att se över föreningarnas policydokument och arbete med ätstörningar. Föreningarna ska kunna bli certifierade för att visa att de arbetar aktivt med frågan.

Förhoppningar inför framtiden

Förhoppningen är att vi ska ha ett samhälle utan ätstörningar där alla är fria att vara sig själva – det är vår vision. Vi önskar att det satsas tillräckliga resurser på psykisk ohälsa. Det ska finnas möjlighet till vård för alla som behöver det. Genom vår verksamhet och våra aktiviteter vill vi bidra till detta. Helst vill vi nå ut ännu mer, runt om i landet, med *Uppdrag: Självkänsla* för att förebygga ätstörningar. Vi vill vara med i det förebyggande arbetet och fungera som stöd för de som vill bli fria från ätstörningar. Bland annat vill vi ordna mötesplatser där man kan diskutera friskhet, utbilda primärvårdspersonal men även andra.

Det skulle vara kul om vår upplaga av *Insikt* blir så pass stor så att den finns på alla skolor, bibliotek och vårdcentraler – på så många relevanta platser som möjligt. Den lyfter upp ätstörningar på ett bra sätt. Sen är det klart att vi önskar att det nya idrottsprojektet ska leda till att alla ledare i idrottsföreningar får utbildning om ätstörningar och att alla idrottare med ätstörningar kan få stöd. Vår förhoppning är att vi ska vara en självklar part när ämnet ätstörningar lyfts – alla ska veta att vi finns.

Referens

Danielsson U. (2010). *Träffad av blixten eller långsam kvävning – genuskodade uttryck för depression i en primärvårdskontext*. Umeå: Umeå universitet.

Elektroniska källor

www.attention-riks.se

www.stadsmissionen.se

<https://polisen.se/>

Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa

Dissonanser och möjligheter – i ljuset av genus, normativitet och samhällets individualisering

Maria Wiklund, Ulla Danielsson, Maria Strömbäck och Carita Bengs

Inledning

Ungas psykiska ohälsa har idag kommit att bli en högaktuell folkhälsofråga. Ett sätt att fördjupa förståelsen av ungas psykiska hälsa är att relatera till det samhälle och den kultur som de lever i. På ett mer generellt plan kan samhällstrender, livsvärden, könade normer och ideal som unga influeras av i sitt dagliga liv, och som de själva är med och skapar, knyts till deras hälsa och välbefinnande. Emellertid har ungas psykiska hälsa inte fått särskilt mycket uppmärksamhet vare sig inom sociokulturellt inriktad ungdomsforskning eller inom genusforskning.

I denna fördjupande artikel riktar vi därför blickarna mer specifikt mot ungas psykiska ohälsa – dissonanser och möjligheter – i förhållande till genuskonstruktioner, normativitet och inflytelserika samhällstrender som individualisering. Vi inleder med en presentation av övergripande tolkningsramar och teoretiska perspektiv. Därefter går vi närmare in på två olika intervjustudier med unga om deras erfarenheter av psykisk ohälsa, med depression och stress i fokus – *Drömmen om att vara normal* och *Livet på gränsen*.

Könade komplexiteter och paradoxer

En av våra bärande utgångspunkter är att ungas psykiska ohälsa bör förklaras och förstås utifrån komplexa och genusrelaterade orsakssamband på flera nivåer snarare än utifrån enskilda individuella faktorer. Även symtombilder och uttryck för psykisk ohälsa visar på komplexitet (Strömbäck, Wiklund, Salander Renberg & Malmgren-Olsson 2014).

Professionella och forskare ställer ofta frågor om varför unga mår dåligt och varför den psykiska ohälsan tenderar att öka (Ungdomsstyrelsen 2007). I boken med den något uppfordrande titeln *Välfärdslandets gåta. Varför mår barnen inte lika bra som de har det?* diskuteras bland annat paradoxen i att svenska barn och ungdomar som i ett globalt perspektiv lever under goda förhållanden samtidigt rapporterar så hög grad av psykiska besvär (Lindblad & Lindgren 2010). Ungas psykiska ohälsa har också problematiserats utifrån varierande perspektiv på medikalisering, det vill säga hur psykosociala påfrestningar tenderar att definieras som medicinska eller psykiatriska problem (Danielsson 2014, Johannisson 2014).

Självmoordsförsök och självmord hos unga är ett av de områden som uppmärksammats, inte minst för dess uppenbara könsparadox. Statistiken påvisar tydliga könsskillnader där fler unga kvinnor rapporterar psykisk ohälsa som exempelvis depression, självmordsförsök och vård inom psykiatri – samtidigt som det är fler unga män som genomför självmord. På senare tid har genuskonstruktioner lyfts fram som möjliga förklaringar till denna könsparadox. I en debattartikel pekar en rad forskare på maskulinitetskonstruktioner som en bidragande orsak till unga mäns dominans i självmordsstatistiken och argumenterar för att mäns ”sårbarhet” bör uppmärksammas i det förebyggande arbetet (Modig et al. 2014). I intervjuer med unga kvinnor har vi sett att traditionella femininitetsideal som ansvarstagande och omsorg om andra till en del verkar kunna fungera skyddande i situationer med självmordstankar (se artikel ”*Jag skakar*” tjejeers uttryck för psykisk ohälsa av Strömbäck, Wiklund, Bengs och Danielsson i kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*).

Orsakerna till ungas höga självrapporterade stress och psykiska ohälsa är således fortfarande omdebatterade och delvis utforskade. De olika förklaringar som studerats finns på såväl samhällelig som individuell nivå. Ungdomsarbetslösheten och ungas svårigheter att komma in på arbetsmarknaden är faktorer på strukturell och samhällelig nivå som förts fram med stöd i forskning (Lager & Bremberg 2009, Strandh, Winefield, Nilsson & Hammarström 2014). Även föräldrars utbildningsnivå och socioekonomiska situation (Hagquist 2007), liksom den psykosociala miljön i skolan har visat sig samspela med ungas stress och hälsa (Modin, Östberg, Toivanen & Sundell 2011, Schraml, Perski, Grossi & Simonsson-Sarnecki 2011).

På grupp- och individnivå har exempelvis mobbning och rang i kamratgruppen knutits till psykosomatiska symtom (Almquist & Brännström 2014, Hjern, Alfven & Östberg 2008, Plenty, Östberg, Almquist, Augustine & Modin 2014). Kropps- och utseendeideal är andra faktorer som tenderar att pressa unga – särskilt tjejer (Frisén, Holmqvist Gattario & Lunde 2014, Wiklund, Bengs, Malmgren-Olsson & Öhman 2010). De möjliga förklaringar som vi särskilt kommer att ta fasta på i denna artikel är de genusrelaterade faktorer och den mer övergripande samhällsförändring relaterad till individualisering som på senare tid lyfts fram som betydelsefulla (SOU 2006:77, Wiklund et al. 2010).

Teoretisk tolkningsram

Sociala, historiska och könade konstruktioner

Våra teoretiska tolkningsramar utgår från ett tvärvetenskapligt och socialkonstruktionistiskt synsätt (Burr 2003, Lupton 2000). En sådan ansats innebär att vi ser på ungdomstid, hälsa, stress, känslor, kropp, kön och genus som föränderliga och beroende av tid och rum. Uppdelningen mellan kön och genus är ett tydligt exempel på denna föränderlighet där kön ofta betraktas som en biologisk och relativt oföränderlig kategori, medan genus ses som en social kategori under ständig förändring och omförhandling (Johansson & Hovelius 2004).

I texten använder vi oss av båda begreppen och gör ingen strikt åtskillnad mellan dem, men vi kommer i huvudsak att använda oss av begreppet genus för att betona det föränderliga och vår socialkonstruktionistiska utgångspunkt. Ordet kön kan i det svenska språket användas för både det biologiska och det sociala könet (jfr könsroll).

Även begrepp och fenomen som psykisk ohälsa och stress kan alltså betraktas som sociala, historiska och genusrelaterade konstruktioner med varierande innebörder och uttryck i olika kontexter och tidsepoker (Wiklund 2010, Wiklund, Strömbäck & Bengs 2013). Utifrån idéhistoriska och sociokulturella perspektiv på psykisk ohälsa och diagnoser som utmattningsdepression, konstaterar Johannisson (2002) att likheten mellan de senaste sekelskiftena är slående i relation till upplevelsen av växande psykisk ohälsa:

”Bägge tidpunkterna [1900- och 2000-talet] definierar samtiden som präglad av stark förändring, intensifierat informationsflöde, snabba kommunikationer och stora krav på den urbana människan – allt i en snurrande marknadskultur. Vid bägge tidpunkter uppstår nya diagnoser som namnger och legitimerar de symtom på inre vantrivsel som samtidsmänniskan visar i en starkt konkurrens-, prestations- och tempopräglad kultur.
(Johannisson 2002, s. 13)

Diagnoser speglar, enligt Johannisson, mer än fysiologiska och biokemiska processer i kroppen. Nya former av ohälsa, otillräcklighetskänslor, trötthet och stress kan samtidigt betraktas som *”samsällsdiagnoser”* (Johannisson 2002, s. 27), och bör därför inte ses enbart som medicinska angelägenheter, utan även som politiska och mellanmänniskliga ansvarsområden.

Historiska studier av så kallad *flicksjuklighet* har också synliggjort hur olika sjukdomsdiagnoser konstruerats i förhållande till föreställningar om kropp, kön och genus i olika tider och kontexter (Frih 2007). Diagnosbeteckningar som utbrändhet och utmattningsdepression, och unga tjejers ätstörningar eller självskador, kan vara några nutida exempel på hur konstruktioner av hälsa även samspelar med genus (Björk 2011, Hammarlin 2008, Johannisson 2010). Femininitet har genom historien förknippats med biologi samt med fysisk och emotionell svaghet (Annandale 2009, Frih 2007, Johannisson 2002).

Tjejers och kvinnors kroppar och hälsa har följaktligen konstruerats som *”problem”* (Annandale 2009), medan maskulinitet i högre grad har konstruerats i relation till intellekt, fysisk styrka, risktagande och dominans (Connell 2005). Via begrepp som hegemonisk maskulinitet, en traditionell och högt värderad form av maskulinitet, kan vi få insyn i hur konstruktioner av maskulinitet påverkar mäns hälsa och hälsorelaterade beteenden exempelvis i kontakter med sjukvården (Courtenay 2000). Att inte visa sig svag eller sårbar utan istället visa kontroll, styrka och makt är exempel på hegemonisk maskulinitet, vilket kan förhindra män att söka hjälp vid sjukdom. Genuskonstruktioner är därmed väsentliga att beakta i förhållande till ungas psykiska ohälsa och mönster för hjälpsökande (Danielsson 2010, Landstedt & Gillander Gådin 2012, Salmela-Aro & Tynkkynen 2012, Strömbäck 2014, Wiklund 2010).

Även definitionen av ungdom och föreställningarna om vad ungdomstiden innebär, inklusive *”pojkskap”* och *”flickskap”*, har varierat genom historien och mellan olika vetenskapliga discipliner (Ambjörnsson 2004, Frih 2007, Frih & Söderberg 2010). I den industrialiserade världens medelklass beskrivs ungdomstiden ofta som en *”övergångsfas”* mellan barndom och vuxenhet. En period fylld av starka känslor och tvivel på sin förmåga att skapa en egen identitet. Dock är den gängse föreställningen om ungdomstiden som stormig, stressig och kaosartad omdebatterad (Arnett 1999). Oavsett synsätt kan det ibland, när unga mår psykiskt dåligt, vara svårt att avgöra skillnaden mellan övergående krisreaktioner och allvarligare tillstånd (Erikson 1968, Wrangsjö & Winberg-Salomonsson 2006).

Individualistiska strömningar och diskurser

Generella samhällstrender och så kallade samhällsdiskurser varierar även de historiskt och kulturellt. Diskurser kan beskrivas som de underliggande eller genomsyrande tankegodar, idéströmningar, värderingar och grundantaganden som karaktäriserar en viss social kontext eller tid (Fruh 2007, Magnusson & Marecek 2010). Som exempel är den individualistiska diskursen inflytelserik i många västerländska samhällen idag.

Giddens (1996) är en av de samhällsteoretiker som försökt formulera vad som kännetecknar moderniteten som diskurs, den så kallade senmoderniteten. Giddens lyfter fram individens ökade frihet och valmöjligheter i ett samhälle som blivit osäkrare och mindre förutsägbart. I detta osäkra landskap betonas individens självständighet och handlingskraft alltmer. Giddens (1996) menar att modernitetens extrema förändringstakt är ångestskapande och skapar spänningar mellan känslor av *tillit* och *säkerhet* kontra *fara* och *risk*. Moderniteten karaktäriseras alltså av individualisering och föränderlighet i motsats till de tidigare så fasta och kollektiva traditionerna. Globalisering och framtidsorientering är andra kännetecken.

Också svenska forskare, som Bäck-Wiklund och Bergsten (2003), frågar sig vilken typ av samhälle som barn och föräldrar lever i och vilka värden som präglar vår samtid. Även de pekar på en trend mot en mer oförutsägbar tillvaro med ökad individualitet och autonomi som kan bidra till osäkerhet och ambivalens. De menar att människors identitet och den samtida kulturen formas ”i mötet och reflektionen mellan det prövade och oprövade” (Bäck-Wiklund & Bergsten 2003, s. 28). Dagens unga kan därmed sägas växa upp i en individualistisk tid som är både trygg och osäker på samma gång, och där bland annat populärkulturen och ”nätet” bildar norm för ungas socialisering i ett mindre traditionsbundet samhälle (Claesdotter 2011, Ziehe 1993).

Modernitetens betoning på ungas frihet parallellt med ansvar kan också ses som en del av en neoliberal diskurs där ”allt är möjligt” under förutsättning att individen gör goda och strategiska val. För unga kan detta bli en källa till oro och ångslan genom att de ständigt uppmuntras till att göra ”rätt val” och att ”arbeta med” och framhäva sin identitet och kompetens (Wiklund et al. 2010). Den neoliberal diskursen har emellertid kritiserats för att förbise ojämlikheter i de faktiska förutsättningarna som unga har att själva forma sin framtid (Harris 2004). McRobbie (2009) och Harris (2004), som båda har studerat utvecklingen mot en alltmer *individualiserad ung femininitet*, betonar att tjejer och unga kvinnor ofta framställs som ansvarstagande, framgångsrika och lyckade ”vinnare” i konkurrensinriktade och individcentrerade (neoliberal) samhällsdiskurser – men att en sådan framgång i realiteten bara är tillgänglig och möjlig att uppnå för ett fåtal.

Utbildning och arbetsmarknad är möjliga karriärvägar för unga. I en svensk och internationell kontext kan framgång i skolan exemplifiera sammanhang där tjejerna betraktas som särskilt lyckade (Nielsen 2010, O'Flynn & Petersen 2007). Fenomenet illustreras genom tidningsrubriker som *Flickor får toppbetyg – och erövrar arbetsmarknaden* (Eriksson 2012). Killar pekades däremot ofta ut som ”förlorare” i utbildningssammanhang.

Kropps- och hälsofixering

Den nutida kropps- och hälsofixeringen, delvis speglad via en framväxande *fitnesskultur* och *makeovermani*, är ett annat exempel på en trend mot individualisering och prestation (Johansson 2006, Wright, O'Flynn & Macdonald 2006). Denna diskurs reproducerar en del av de historiskt förankrade genuskonstruktioner som vi tidigare pekat på. Exempelvis belyser studier av ungas inställning till kropp och träning (så kallad *fitness*) hur unga kvinnor genom träning och matvanor framför allt fokuserar på utseende, smalhet och en "tight" kropp – medan jämnåriga män fokuserar på funktion, kapacitet och starka muskler (Wright et al. 2006).

Dock verkar det både för kvinnor och män ske glidningar mot hegemoniska och maskulina kroppsideal där extrem styrka och kapacitet idealiseras, något som ses i uttryck som *strong is the new skinny* (Jonsson & Wiklund 2014). En vältränad och perfekt kropp och god hälsa kan ses som livsmål och "projekt" (Shilling 2003). Det kan även ses som uttryck för tävlingsinriktade och maskulint dominerade normer som betonar individen som stark, autonom och konkurrenskraftig (Frisén et al. 2014, Wiklund 2010). Crawford (1980, 2006) benämner framväxten av den individorienterade hälsodiskursen som *healthism*. Hälsodiskursen karaktäriseras av tankar om hälsa som *livsmening* och hälsa som *individens ansvar*.

Genus och normativitet

Som vi antytt ovan tar vår tolkningsram avstamp i grundantagandet att genusskapande processer, hur unga tänker och agerar utifrån sitt sociala och biologiska kön, har betydelse för de höga krav de upplever och hur de mår. Utifrån ett socialkonstruktionistiskt synsätt konstrueras såväl hälsa som genus i nära samspel med sociala omgivningsfaktorer. Det innebär att genus *görs*, skapas och återskapas, i dagliga handlingar och relationer (Connell 2005, West & Zimmerman 1987). Utifrån detta synsätt kan enskilda individer även betraktas som aktiva aktörer i sina liv. Samtidigt utgör de större sociala sammanhangen, samhällsdiskurserna, de strukturella villkoren och genusordningarna⁴⁷ varierande förutsättningar och handlingsutrymmen för den enskilda. På så sätt tar unga själva i sina dagliga handlingar – men också omgivningen – aktiv del i producerandet och reproducerandet av föreställningar om exempelvis genus och psykisk ohälsa.

Genus skapas också i förhållande till föreställningar, normer och ideal om vilka egenskaper eller handlingar som förknippas med maskulinitet respektive femininitet i en specifik kultur och kontext. Traditionell och normativ femininitet konstrueras i många kontexter utifrån omsorgsinriktning, anpassning och underordning (Ambjörnsson 2004, Skeggs 1997), medan normativ eller hegemonisk maskulinitet konstrueras genom dominans och autonomi (Connell 2005, Johansson 2006, Kimmel 2009). På strukturell gruppnivå utgör maskulinitet och manligt kön ofta normen, vilket innebär makt, dominans och överordning.

⁴⁷ Historiskt refererar det västerländska samhällets genusordning till kvinnors strukturella underordning och mäns överordning samt till särhållande av kön i kategorierna man och kvinna. Konkret kan den strukturella genusordningen (underordning/överordning) påverka den sociala positionen och aspekter som löne- och arbetsvillkor eller tillgång till utbildning samt hälso- och sjukvård. Perspektiv på makt och hierarkier är därför centrala att studera i relation till genus, hälsa och livsvillkor (Hammarström & Ripper 1999).

Normer är styrande utifrån vad som anses rätt och riktigt i förhållande till rådande värderingar, ideal och samhällstrender. Normer och *normativitet* fungerar därför som sociala regelsystem, tätt knutna till makt och hierarkier samt till de egenskaper och handlingar som anses som ”normala” och ger social status i en given kontext. Normer och normsystem kan förmedlas öppet men även som svårkodade eller underliggande budskap.

Enligt Rosenberg (2002) synliggörs normerna först när någon bryter mot dem. Normer och normalitet existerar därför endast i relation till en avvikelse. Relationen mellan vad som uppfattas som normalt eller onormalt måste på så sätt ständigt omförhandlas. Butler (2007) menar därför att normer har en inneboende instabilitet som gör att de är föränderliga. Normativitet är i förhållande till kön inte enbart regler för *hur* man ska vara utan också *att* man ska vara exempelvis ”pojke” eller ”flicka” (Butler 2007).

Heteronormativitet

Den så polariserade uppdelningen av kön i två kategorier är alltså problematisk, och många unga känner sig inte alls hemma i en sådan uppdelning, därav utvecklingen mot begreppet *hen* (Ungdomsstyrelsen 2010). Ett viktigt nutida teoretiskt utvecklingsspår är därför det queerfeministiska. *Queer* markerar ett kritiskt förhållningssätt till den normativa tvåkönsmodellen och kan beskrivas som en ”*dissonans*” eller en ”*möjligheternas zon*” (Rosenberg 2002, s. 12). Perspektivet skapar spänning och banar väg för nya sätt att tänka och handla utifrån en mer öppen och föränderlig syn på kön, genus och sexualitet (Butler 2007).

Queerteorin använder begreppet *heteronormativitet* för att benämna de normativa processer som upprätthåller och återskapar heterosexualiteten som den enda ”naturliga” och begripliga sexualiteten (Butler 2007, Rosenberg 2002). Rosenberg (2002) menar att heteronormativitetens två bärande principer är *inkludering* och *exkludering*, vilka markerar normativitetens potentiella makt och länk till förtryck. Utifrån dessa principer kan avvikelser från det ”normala” bestraffas genom våld, men även genom mer sublima former av marginalisering, osynliggörande, stereotypisering, kulturell dominans eller homofobi.

Pettersson (2013) beskriver hur killar kan skolas och disciplineras in i maskulinitet via kamratgruppens exkluderande och inkluderande normer. De killar som inte vill följa maskulinitetens normer, och istället öppet bejakar sina känslor av svaghet och sårbarhet, riskerar själva att bli retade och utfrysas av andra killar. Tjejer som bryter normerna för femininitet och till exempel mer öppet bejakar sin sexualitet eller visar aggressivitet kan på liknande sätt riskera marginalisering. På så sätt kan unga som inte faller inom ramarna för det tvåkönade kategoritänkandet, antingen befinna sig i *dissonans* med rådande normer eller i en *möjligheternas zon* där normer kan brytas och förändras. Det är bland annat något vi kommer att problematisera i relation till de två intervjustudier som presenteras nedan.

Två intervjustudier

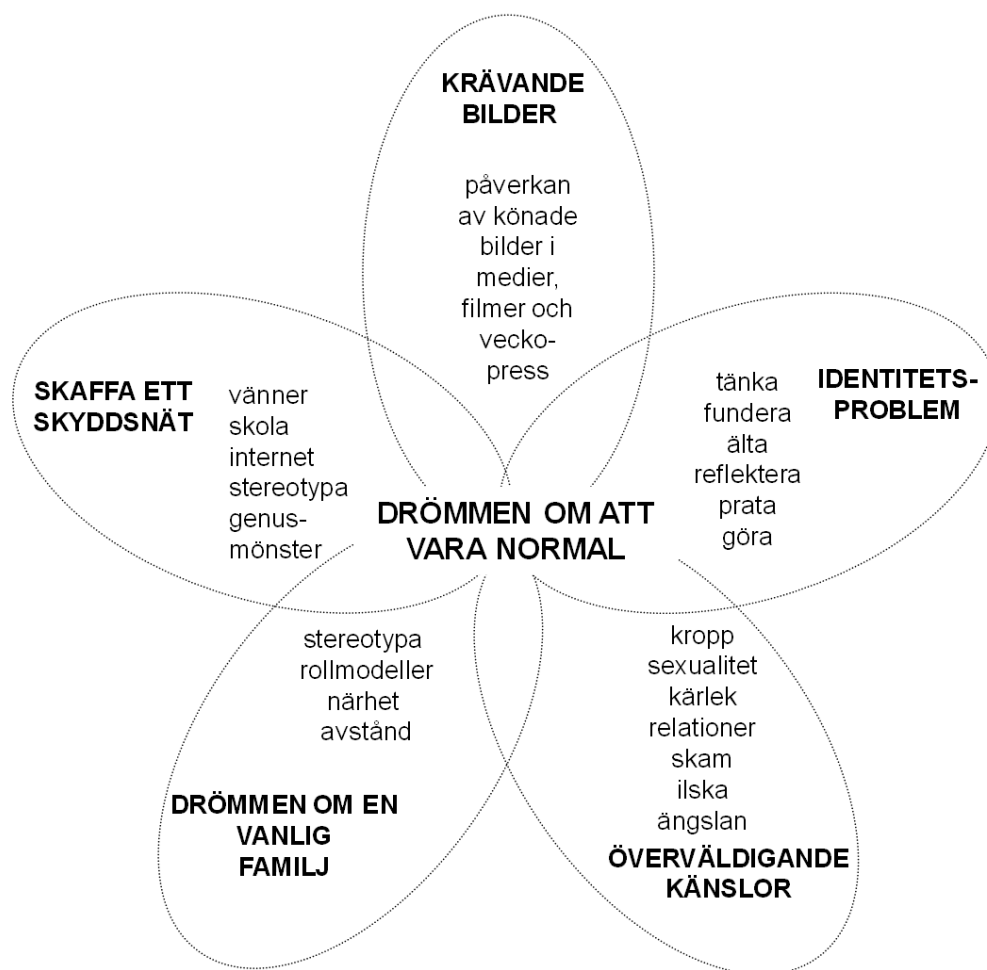
De empiriska exempel som vi presenterar nedan är hämtade dels från en studie om depression där vi intervjuade 12 kvinnor och 11 män i åldern 17–25 år (Danielsson, Bengs, Samuelsson & Johansson 2011), dels från en studie med 40 unga kvinnor i åldern 16–25 år om deras stressrelaterade problem (Wiklund 2010). Båda studierna är tidigare publicerade. Genom analyserna konkretiserar vi hur normativitet och senmodernt genusskapande kan se ut hos unga med psykisk ohälsa. I fokus för vår analys är hur de unga tolkar och upplever sitt kön och sin hälsa i förhållande till de normer och regler som de uppfattar. Vi synliggör också samspelet med omgivande faktorer och nutida samhällsströmningar.

De intervjuades uttryck för psykisk ohälsa representerar ett kontinuum av lindrigare psykiska besvär i form av ångslan, oro eller stress till perioder av mer svårartat lidande med ångest, depression, utmattning eller självmordstankar. Dessa svårigheter innebär för en del av dem perioder av sjukskrivning. Deras erfarenheter innefattar även kroppsligt förankrade uttryck i form av exempelvis sömnsvårigheter, andningssvårigheter, hjärtklappning, muskelspänningar, magont eller huvudvärk (se Danielsson 2010, Wiklund, Öhman, Bengs & Malmgren-Olsson 2014).

Drömmen om att vara normal

Att bryta sig loss och utmana rådande normer beskrivs som kännetecknande för unga människors övergång från barndom till vuxenhet (Erikson 1968, Wrangsjö & Winberg-Salomonsson 2006). Det som överraskar i våra intervjuer med nedstämda och deprimerade unga kvinnor och män mellan 17 och 25 år är inte att de utmanar normerna, utan deras dagliga strävan efter ”att vara normala” och att passa in i rådande normsystem. Gemensamt för alla är att de befinner sig i en övergångsperiod av livet. Mycket av deras tankar och reflektioner handlar om identitet, kontroll, beroende och oberoende. Vid intervjutillfället är de i olika faser av nedstämdhet och deras problem varierar i svårighetsgrad. De intervjuades i samband med besök på antingen vårdcentral eller ungdomshälsomottagning (se Danielsson 2010, Danielsson et al. 2011).

Normalitet och *normativitet* är alltså framträdande teman i de ungas berättelser om depression. Deras erfarenheter av att vara deprimerade involverar inte bara dem själva utan även familj och vänner och knyter an till normer och förväntningar. ”*Drömmen om att vara normal*” och att ”*passa in*” går som en röd tråd genom deras berättelser. Analyserna belyser hur de är influerade av normerande bilder i medier och populärkultur men även av de sociala nätverk som de ingår i. De grubblar över den egna identiteten och hanterar överväldigande känslor. Olika aspekter av normativ femininitet och maskulinitet kommer till uttryck i de olika teman som lyfts fram. Deras erfarenheter kan förstås i ett socialt och relationellt sammanhang där genusskapande processer får en central betydelse för vad de uppfattar som normalt, styrande och åtråvärt. Nedan presenterar och diskuterar vi några centrala teman närmare (figur 1).



Källa: Danielsson 2010, artikel V, s. 5.

Figur 1 Illustration av intervjuernas huvudkategori *Drömmen om att vara normal* och de fem relaterade underkategorierna.

Genusmärkta och normerande mediebilder

För att få en uppfattning av hur de unga kvinnorna och de unga männen tänkte om depression fick de inledningsvis beskriva och reflektera över de associationer och bilder som först dök upp när de hörde ordet *depression*. De återkopplar till bilder och beskrivningar som de sett i medier och reklam men också till egna erfarenheter och känslor. Både likheter och skillnader finns i deras associationer. Delvis speglar de könsstereotypa normer, men en del av dem utmanar också ideal. Flera av de unga kvinnorna refererar till bilder de sett i tidningar eller reklam med gråtande eller nedtyngda kvinnor i mörka, röriga och ostädade miljöer. Beskrivningar av deprimerade kvinnor som passiva, mjuka, sårbara och beroende av andra kan tolkas som uttryck för en problemtyngd och normativ femininitet.

Några av de unga männen beskriver sig, i likhet med de flesta av kvinnorna, som ensamma, förtvivlade och utan kontroll – medan andra associerar till mediebilder som snarare lyfter fram handlingskraftiga och utåtriktade fiktiva karaktärer från filmer som till exempel Rambo eller Rocky. Sådana framställningar fungerar snarare som stärkande för deras självbild och kan jämföras med konstruktioner av en autonom, hegemonisk och handlingskraftig maskulinitet där ”ensam är stark”. En av de unga männen använder också referenser till filmens värld när han beskriver sitt eget förhållningssätt till depressionen:

”Jag har ’die hard-attityden’ att jag tänker att ’det var jag som tog mig in i det här... jag fick inte hjälp av nån att ta mig in i problemet... då ska jag inte ha hjälp av nån att ta mig ur problemet’... sen om det tar mej tio sekunder eller det tar mej [skrattar] tio tusen år... spelar ingen roll... det är jag själv som ska stå och stampa och dunka mitt huvud blodigt i väggen tills jag kommer igenom.”

Medan denna typ av associationer visar på unga män som aktiva och handlingskraftiga, och som trots sin nedstämdhet själva tar på sig ansvar för sin situation, speglar bilden av de deprimerade kvinnorna dem snarare som ”offer” för situationen. Ansvaret för att hantera sin situation placerar dock även de unga kvinnorna på sig själva. Även om de unga kvinnorna till viss del identifierade sig med sådana könsstereotyper motsatte de sig och ryggade även tillbaka för bilden av den deprimerade kvinnan som visas i filmer och i medier. De ansåg sig inte vara lika sjuka och deprimerade. Bilden de beskrev var i stället av en kvinna som var äldre än de själva, ”en medelålders kvinna”. Även några av de unga männen utmanade traditionella stereotyper genom att samtidigt beskriva sig som ensamma, sårbara och utan kontroll. Andra studier har också diskuterat maskulinitetskonstruktioner som betydelsefulla för att förstå och bemöta mäns psykiska ohälsa och depression (se Ridge, Emslie & White 2011).

Generellt ägnar de intervjuade mycket tid och kraft åt funderingar och reflektioner om identitet och självbild. Både de unga kvinnorna och de unga männen har stora krav på sig själva att prestera bra, krav som kommer både från dem själva och från omvärlden. Med utgångspunkt i perspektiv på normativitet beskriver de också olika former av *regler* för vad som av omgivningen uppfattas som normalt beteende, bland annat relaterat till utseende och relationer. Även om dessa beteenderegler inte är direkt uttalade uttrycks en stark medvetenhet om och ett tydligt behov av att följa dem för att passa in och bli accepterad. De beskrivna associationerna till ”aktiva utåtriktade män” och ”passiva introverta kvinnor” reflekterar etablerade könsstereotyper i fråga om föreställningar om egenmakt och handlingskraft i förhållande till depression. Denna typ av könsstereotyper återfinns och reproduceras i medier, dataspel, filmer, veckotidningar och läkemedelsannonser (Fahl 2014, Sandström & Johansson 2004).

Överväldigad av känslor

De unga med depression beskriver hur de överväldigas av starka känslor. Känslor av skam och skuld finns med i alla berättelser, ofta i relation till sexualitet och relationer, men de tar även upp jobbiga erfarenheter av mobbning och övergrepp (se artikel ”*Jag skakar*” tjejjers uttryck för psykisk ohälsa av Strömbäck, Wiklund, Bengs och Danielsson i kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*). Skam beskrivs inom sociologin som ett kraftfullt socialt verktyg i att upprätthålla genusnormer och beteenden (Giddens 1991, Probyn 2005).

Även i förhållande till känslor finns normer att leva upp till, vilket kan jämföras med Hochschilds (2003) begrepp *känsloregler* (eng. *feeling rules*) som anger vilken typ av känslor som är möjliga eller önskvärda att uttrycka i ett visst sammanhang. Känslouttryck kan också betraktas som en integrerad del i görande av femininitet eller maskulinitet. För de unga männen är känslorna främst relaterade till ilska, aggression, tuffhet, utåtagerande och våld. Känslorna är i samklang med maskulinitetsnormer och som inte specifikt knyts till deras depression. Ibland döljer de starka känslorna ledsamhet och sårbarhet som finns där under ytan, eller som en av de unga männen uttrycker det ”*Jag var som ett åskmoln, men egentligen var jag ledsen*”. En annan ung man berättar om hur svårt det är att uttrycka känslor i ord, och hur hans aggressivitet istället tar sig fysiska uttryck:

*”Killar ... svårt det här att man ska vara så macho som möjligt ...
puberteten och så vidare ... gör att du ... kanske har svårt att uttrycka dina
känslor verbalt ... du vet inte riktigt vad som händer ... du slits i stycken och
då blir du fysiskt aggressiv.”*

För kvinnorna är känslorna av skam ofta relaterade till sexualitet och kroppsligt missnöje. Även de unga männen uttrycker skam- och skuld-känslor, men för dem är skam och skuld knutna till känslor av att vara ledsen och känna sig nere. De beskriver maskulinitetsnormer om att behålla känslorna för sig själva för att inte framstå som svaga eller sårbara. Normerna premierar uppvisandet av en hegemonisk maskulinitet där kontroll, styrka och tuffhet eftersträvas och premieras medan svaghet och sårbarhet tonas ned. I görandet av femininitet delar de unga kvinnorna ofta sina erfarenheter och känslor med andra, till exempel föräldrar, vänner och pojkvänner. De unga männens nätverk är däremot mer begränsade, ofta till kvinnliga vänner eller flickvänner. De grubblar istället i sin ensamhet och behåller känslorna inom sig – och gör på så sätt maskulinitet i förhållande till hur de tacklar sina känslor:

*”Jag ’bottla’ upp så jävla mycke saker som jag egentligen skulle ha sagt till ... de
va ju småsaker som hela tiden ... som jag stoppa in i en liten burk och stängde igen
locket på ... till slut ... efter nåt år ... så smäller det ... då blir burken full ...”*

Emellertid utmanar en del av de unga männen normerna och berättar om sin situation, vilket de menar uppfattas som positivt både av dem själva och av omgivningen. En ung man berättar hur han till sist sökte hjälp ”*det hände så mycket att jag lyckades gå och fråga*”. Men han berättar också hur svårt och skamfyllt det var att därmed erkänna både för sig själv och för andra att han inte mådde bra: ”*Jag skämdes ju över att må dåligt ...*

och inte ha nån slags fysisk åkomma utan ... jag hade nån slags skuld ... jag kände nån slags skuld liksom”.

Att vänta med att söka hjälp tills situationen inte längre är hanterbar, och att i det längsta själva ta ansvar för sin situation och att försöka lösa den på egen hand, är också något som Issakainen (2014) lyfter fram på tal om kulturella krav på män att vara starka och inte visa svaghet. Issakainen har i studier av hur unga uppfattar och *förhandlar* stigma förknippade med depression funnit att unga ibland väljer att dölja hur de egentligen mår för att undvika stigmatisering. En ”fasad av normalitet” kan också skapas i interaktion med betydelsefulla vuxna genom att både barnen och de vuxna tenderar att ignorera, minimera eller dölja depressionen (Draucker 2005).

Drömmen om en vanlig familj

Flera av de unga bär på erfarenheter av separation eller dödsfall i familjen och en del av deras föräldrar är själva märkta av psykisk ohälsa eller annan sjukdom. De drömmer om en normal och ”vanlig” familj. I sina beskrivningar av familjens betydelse ger de ofta en relativt traditionell och stereotyp bild av en idealfamilj med normativa rollförväntningar där mammor beskrivs som särskilt betydelsefulla, närvarande och omsorgsrelaterade, medan papporna beskrivs som lugna, starka och trygga, men mer distanserade. Pappor som visar närhet eller osäkerhet ses ibland som svaga eftersom de inte förväntades vara sårbara.

Även om det i några berättelser finns exempel på tendenser till att traditionella könsnormer luckras upp i form av exempelvis fysiskt frånvarande mammor och emotionellt närvarande pappor så dominerar de könsstereotypa berättelserna. Många uttrycker också ett behov att ha någon annan, utöver föräldrar, att tala med. Gemensamt för alla är dock behovet av att ha någon vuxen att prata med (se avsnittet om stöd i artikel ”*Jag skakar” tjejjers uttryck för psykisk ohälsa* av Strömbäck, Wiklund, Bengs och Danielsson i detta kapitel).

Livet på gränsen

Vår studie om unga kvinnors stressrelaterade problem är ett ytterligare exempel på hur ungas psykiska ohälsa kan förstås utifrån genusskapande och normativitet – och som ett hälsorelaterat samhällsfenomen som speglar aktuella samhällstrender. Studien baseras på intervjuer med unga kvinnor mellan 16 och 25 år som på grund av sina problem sökt sig till en stresshanteringskurs på en ungdomshälsomottagning i norra Sverige (Wiklund 2010).

Analyserna belyser hur de förkroppsligar och personifierar samtida samhälleliga förväntningar och ideal. De pressas och pressar sig till det yttersta för att visa sin duglighet och optimera sina chanser i livet. De förhåller sig dessutom till motstridiga och krävande femininitetsideal. ”Livet på gränsen” fungerar därför som en metafor för en kravfylld och övermäktig livssituation där de med vacklande socialt stöd tangerar och balanserar på gränsen till sin egen förmåga, nära fysisk och emotionell utmattning. Ur ett hälsoperspektiv uttrycks det i högt tempo och ständig aktivitet, rastlöshet, sömnsvårigheter, oro och ångest samt mer allmänna känslor av övermäktighet och hopplöshet.

På en existentiell nivå uttrycker de unga kvinnorna tvivel inför meningen med livet inklusive en misstro till tillvaron, samt till sin egen eller andras livsfilosofi och värdegrund (Wiklund et al. 2014). Osäkerheten på sig själva och tillvaron i stort kan förstås som könade modernitetsmarkörer. Nedan kommer vi att lyfta fram några centrala stressfaktorer och belysa dessa utifrån ett genus- och samhällsperspektiv.

Modernitetens och individualiseringens stressorer

I likhet med de inledande teoretiska beskrivningarna av moderniteten och samtida individualistiska diskurser, speglar de unga kvinnornas berättelser deras försök att tackla en oförutsägbar tillvaro och framtid, parallellt med ett starkt personligt ansvarstagande för att forma ett framgångsrikt liv (Bäck-Wiklund & Bergsten 2003). Samtidigt beskriver de tvivel på framtiden och de egna möjligheterna att klara av och orka med alla krav. De kan sägas pendla mellan de poler av *tillit* och *osäkerhet* som Giddens (1996) använder för att förklara modernitetens paradoxer och ambivalenser. Tidspress, parallella krav på olika arenor och brist på stöd löper dessutom genom berättelserna:

”... jag känner att jag har mycket att göra och tänka på ... sen jobbade jag och det gjorde mig mycket stressad. Min chef var väldigt såhär 'vi har deadline, du måste lämna in den' så det var hela tiden 'deadline, deadline' ... och så var hon inte nöjd och gav hon tillbaka den [rapporten] och det sänkte hela ... självkänslan. Allting sjönk ner, 'men gud alltså jag gör det här på bra sätt och hon är inte nöjd' och sen kämpar man på men det blir alltid fel och inte som hon önskar sig. Ja hemma var det jättemycket, och i skolan var det jättemycket och sen fick jag min första tenta och ... det vart ju hur jobbigt som helst och man tänkte 'ja hur ska man skriva en tenta nu då?' Det var ju första gången och ... jag var jätte såhär uppe i luften hela tiden ... det var så mycket annat hela tiden. Hemma var det fastemånad och man skulle fasta men jag fastade inte för jag klarade inte av det ...”

Införlivandet av modernitetens och individualiseringens krav speglas i deras strävan mot effektivitet och rationalitet, i pressen att prestera perfekt för att duga och nå social status, liksom i reflexiviteten och kvaliteten förknippade med att ”välja rätt” i stort och smått. Den ovissa arbetsmarknaden och framtiden bidrar ytterligare till en osäker övergång när de, som en av kvinnorna uttrycker det, snart ska ”ta vuxenklivet”. Ständigt brottas de med mindervärdeskänslor av att ”inte duga”, att ”inte hålla måttet” eller att inte kunna leva upp till ”höga normer”.

”... Men just nu presterar jag för alla andra, för att man ska ligga till lags för alla andra. Att man ska ha ett jobb så man inte behöver bo hemma så mamma och pappa ska behöva betala för en hela livet. Man vill kunna, jag vill kunna stå på mina egna ben ha en egen inkomst såklart, skaffa egen lägenhet förhoppningsvis. Jag vill kunna vara nöjd med precis hur jag ser ut.”

De unga kvinnorna anstränger sig till det yttersta för att skapa ett eget värde, duglighet och social status genom hårt arbete, självdisciplinering och oklanderliga prestationer på parallella arenor. De betraktar sig själva utifrån social rang och vill gärna vara ”nummer 1” i kompisgänget, något som gör att även fritiden tenderar att bli prestationsrelaterad. De höga prestationskraven och det faktum att det finns en ”ribba att nå” (se Wiklund et al. 2013) innebär även ständiga jämförelser med andra.

”Jag har alltid trott att människor ska tycka sämre om mig om jag inte presterar bra eller om jag inte presterar riktigt bra. Och då tror jag att man

bygger upp en känsla inombords för att det är alltid viktigt att prestera och sen så flyter det där på och sen till slut är det, det enda man vet. Det är som enda sättet man kan belöna sig själv på det är att man har presterat mycket eller man har presterat stort. Det är då man duger inför sig själv ...”

Skeggs (2004) relaterar liknande strävanden efter social status genom egna prestationer till individualism, där det är upp till individen att framställa och skapa sig som ett ”värdefullt subjekt” (eng. *subject of value*). I vår studie uttryckt som att vilja bli ”någon” eller ”något”. De unga kvinnornas fokus på effektivitet och rationalitet, prestation och konkurrens speglar värderingar och ideal som traditionellt har förknippats med en normativ och hegemonisk maskulinitet. Att för sig själva erkänna att de inte orkar eller behöver söka hjälp ses följaktligen som svaghet och misslyckande: *”Jag har haft svårt att bara acceptera mig själv som nästan ständigt stressad, det har känts som en svaghet”*.

Genusordningarnas stressorer och den normativa femininitetens krav

Många av modernitetens krav och tillkortakommanden som de unga kvinnorna ger uttryck för kan samtidigt knytas till genusordningar och det faktum att de är ”unga kvinnor” i en specifik samhällskontext. Görande av femininitet reflekteras i de unga kvinnornas dagliga handlingar, deras framtidstankar och drömmar samt deras förhållande till kroppen. Medvetet eller omedvetet förhåller de sig till idealen för en individualiserad ungdomlig femininitet i form av framgång, lycka, kapacitet och ansvar (Harris 2004, McRobbie 2009, Wiklund et al. 2010).

Det traditionellt normativa ses tydligast i de unga kvinnornas relationsinriktning och omsorg om andra samt i ansvarstagande och anpassning, exempelvis uttryckt som *”Jag har svårt att säga nej och vill att alla ska tycka att jag är en trevlig person”*. För en del innebär den starka drivkraften att vara ”till lags” en underordnad social position, exempelvis med huvudansvar för merparten av hemarbetet eller för grupparbeten i skolan. Ansvarstygda och konfliktfyllda feminina positioner förhandlas i det dagliga livet och uttrycks bland annat via farhågor och hopplöshet inför framtiden – men även genom ilska:

”... alltså framtiden är att man ska vara den perfekta sambon eller frun, man ska vara den perfekta mamman. Man ska hinna med att typ laga mat och man ska hinna med att ... Alltså jag bodde nyligen ihop med min pojkvän som jag hade förut, vi är inte tillsammans längre. Och, då var jag jättestressad i det förhållandet för att jag skulle, jag skulle liksom tvätta, jag skulle liksom laga mat, jag skulle göra allting, jag skulle städa hemma. Han var inte så speciellt hjälpsam i hemmet och då kände jag verkligen att jag stressade nästan ihjäl mig och han, jag kan inte bara låta det se stökigt ut jag måste göra det. Och sen samtidigt så kanske jag ska göra andra saker så att jag håller igång hela tiden och på kvällarna är jag ju trött och då förstår inte han varför jag är trött. Så det är ju, det blir ju att det förstör och jag blir ju grinig och jag blir ju less. Det är klart att jag blir arg också då ofta.”

Att vara till lags och ta hand om andra förutsätter lyhördhet, anpassning och undertryckande av egna behov och drömmar – i linje med vad Skeggs (1997) benämner

som respektabel heterosexualitet. En del av de unga kvinnorna kan se att de yttre kraven på dem är orimligt höga och protesterar, medan andra istället förlägger skulden till sig själva och införlivar synen på sig själva som otillräckliga, orkeslösa eller inte duktiga nog (se artikel ”Jag skakar” tjejers uttryck för psykisk ohälsa av Strömbäck, Wiklund, Bengs och Danielsson i detta kapitel). Många lider i tysthet och tar själva ansvar för att hantera sin situation när vuxna eller sjukvården inte tar dem på allvar eller ger bristande stöd (Wiklund & Bengs 2012). Ytterligare andra visar på aktivt och feministiskt motstånd, uttrycker frustration och ilska, och bryter medvetet mot normen om att vara den ”tysta och snälla”.

Kvinnokroppen konstruerad som ”problem”

De historiskt rotade föreställningarna om kvinnors kroppar som objekt och problem som genomsyrar de unga kvinnornas upplevda stress är ytterligare exempel på genusordningarnas krav. Missnöje med kropp och utseende förknippas ofta med nutida femininitet och vad det innebär att vara en ”normal tjej” i dag (Ambjörnsson 2004). De unga kvinnorna berättar om motsägelsefulla krav på att vara som alla andra men samtidigt perfekta och unika. Detta resulterar i konstant missnöje – ett fenomen som kan jämföras med den sociala och nedbrytande konstruktionen av tjejer som ”never-good-enough-girls” (Harris 2004, Wiklund et al. 2014).

Upplevelserna av ofullkomlighet och behov av konstanta förbättringar är också i linje med de diskurser som betonar individens eget ansvar att forma sin identitet och framgång i konkurrens med andra (Wiklund et al. 2010, Wright et al. 2006). I praktiken innebär otillräcklighetskänslorna och det stora ansvaret för den egna kroppen och hälsan en noggrann kontroll av kost, vikt och träning. Det ångestskapande i att kämpa för att realisera ouppnåeliga ideal av perfektion kan ses i de unga kvinnornas reflektioner:

”Alltså det är maten som är problemet inte träningen. Och när jag tränar jättemycket då måste jag tänka jättemycket på maten för att jag ska återhämta mig ordentligt. Måste äta precis perfekt innan och perfekt tid innan, måste äta perfekt efteråt. För att om jag äter, om jag inte äter jättefiberrik mat, eller så där jättemycket proteinmat då går jag omkring och är hungrig sen, hela kvällen fram till jag somnar. Och då måste jag gå och äta hela tiden och det är ju skitjobbigt. Jag tycker inte att det är så himla kul att äta, så jag måste ha sådan himla stenkoll på maten.”

Upptagenheten av kropp, hälsa och träning kan tyda på att diskursen om kropp och hälsa som *individuella projekt* är inflytelserika i de unga kvinnornas liv och identitetsskapande (Crawford 1980, Shilling 2003). Kropps- och hälsofokuseringen kan dessutom betraktas som genusordnad och (hetero)normativ eftersom den samtidigt präglas av upplevd objektifiering och styrande ideal om att vara smal och sexuellt tillgänglig (Wiklund et al. 2010). De unga kvinnorna disciplinerar, kontrollerar och reglerar sig själva för att förverkliga en sund, smal och attraktiv kropp på ytan, samtidigt som de berättar om inre upplevelser av allmänt obehag, oro, rastlöshet, värk eller smärta (Wiklund et al. 2014). Upplevelserna av oöverstigliga krav, utmattning, nedstämdhet och mer generaliserad ångest försvagar deras förmågor och livsglädje och blir för dem ytterligare tecken på att de inte är tillräckligt dugliga och starka utifrån de idealbilder som de kämpar så hårt för att uppnå.

På ett mer generellt plan återspeglar de unga kvinnornas situation aspekter av maktlöshet och begränsade möjligheter att påverka. Maktlöshet uttrycks även genom deras upplevelser av att leva på gränsen till sin förmåga och ork. Konkret underordning uttrycks hos dem som drar ett tungt lass av hemarbetet i familjen, men även hos dem med erfarenheter av mobbning, sexuella trakasserier eller utsatthet för våld. Mer subtila och symboliska uttryck för genusrelaterad underordning och disciplinering formuleras i form av återkommande självkritik och negativa värderingar av den egna kroppen och de egna prestationerna i förhållande till de normer som de uppfattar (Strömbäck, Formark, Wiklund & Malmgren-Olsson 2014, Wiklund et al. 2014).

Reflektioner

Den valda socialkonstruktionistiska tolkningsramen möjliggör en förståelse av ungas psykiska ohälsa som skapad i samklang med omgivningen – och därför som föränderlig och förhandlingsbar. Som vi exemplifierat i anslutning till intervjustudierna kan modernitetens och individualismens tydliga fokus på rationalitet, effektivitet och prestation inte enbart länkas till genus och hegemoniska maskulinitetsideal, utan även till perspektiv på kropp, stress och hälsa. Widerberg (2006) argumenterar för hur nutidsmänniskans förkroppsligande av modernitetens (ekonomiska) drivkrafter och höga tempo kommer till uttryck i känslor som rastlöshet, irritation och trötthet. Liknande uttryck är också centrala i ungas kroppsligt förankrade känslor av stress och övermäktighet (Wiklund et al. 2010, Wiklund et al. 2014).

I relation till den individcentrerade diskursen präglad av effektivitet, individuell kapacitet och perfektion faller psykisk ohälsa eller sårbarheter av andra slag lätt utanför ramen för vad som definieras som det ”normala” och åtråvärda. Inom en sådan diskurs finns också en risk att otillräcklighet och psykisk ohälsa blir en fråga om att ”ta sig samman” istället för att lidandet ses som legitimt (Issakainen 2014).

Normativt genusskapande och psykisk ohälsa

Både intervjustudien med de deprimerade unga männen och kvinnorna och intervjuerna med de stressade unga kvinnorna belyser normativa genusmönster och könsstereotyper. Enligt Butler (2007) och Rosenberg (2002) är det bland annat via stereotyper som normerna och det normativa visar sig. Så trots att många menar att unga växer upp i ett allt mindre traditionsbundet samhälle, indikerar resultaten i våra studier normföljande mönster i förhållande till hur de unga tänker och handlar. För en del av de intervjuade innebär normerna begränsade uttryck och möjligheter i vardagen eller i livet i stort, och att deras aktörskap hålls tillbaka.

Hos de deprimerade fungerade känslor av skam och skuldskänslor som både begränsande och disciplinerande. Skam har definierats som en socialt förankrad känsla med starkt reglerande funktioner i förhållande till olika genusnormer och beteenden (Danielsson et al. 2011, Giddens 1991, Probyn 2005). Det faktum att temana *drömmen om att vara normal* och önskan om att ha en *vanlig familj* var centrala i berättelserna om depression kan tala för att psykisk sjukdom i sig anses falla utanför normernas ramar. Som kontrast konstrueras företeelsen *stress* som en integrerad del av en individualistisk och prestationsinriktad samhällsdiskurs och kan därmed sägas indikera en ideal situation så länge individen själv lyckas ”sätta gränser” och ”hålla balansen” mellan krav och återhämtning eller mellan perfekt prestation och kollaps.

Tjejeers och unga kvinnors självkontroll och upplevelser av begränsade handlingsutrymmen betraktar vi som en del av modernitetens genusordnande, det vill säga som ett nutida exempel på hur en underordnad eller objektifierad ställning i samhället internaliserats och förkroppsligats (Strömbäck, Formark, Wiklund & Malmgren-Olsson 2014, Wiklund et al. 2013, Wiklund et al. 2014). Likaså argumenterar McRobbie (2009) för hur unga kvinnors problem med exempelvis ätstörningar eller nedstämdhet är tecken på införlivade individualiserade ”nygamla” maktordningar och ”postfeministiska problem” (eng. *post-feminist disorders*).

För killar och unga män kan normerande maskulinitetsideal begränsa deras möjligheter och strategier för att hantera psykisk ohälsa. Issakainen (2014) visar till exempel hur unga män med depression upplever att de måste förhålla sig till normer och föreställningar om att agera ut eller skylla sitt mående på faktorer utanför dem själva – och hur det för en del av dem blir ett hinder för att söka hjälp. I sin extrema form uttrycks maskulint utåtagerande i våldshandlingar mot andra.

Dissonanser och möjligheter

Vi vill betona att bägge intervjustudierna också visade på normbrytande och alternativa sätt att förhålla sig till normer, vilket knyter an till Butlers (2007) övertygelse om att genuskonstruktioner är instabila och därför kan ifrågasättas, omförhandlas och förändras. De ungas upplevelser och handlingar i relation till motstridiga normer och diskurser kan därmed tolkas som möjliga *förhandlingsutrymmen* och som genuskonstruktioner i rörelse där både *dissonanser* och zoner av *möjligheter* finns (Rosenberg 2002). Medvetenheten om genusgörandet varierar, liksom strategierna för att försöka bryta mönster och hitta alternativa sätt att tänka och agera.

Hos de deprimerade sågs normbrytande framförallt i relation till deras dagliga handlingar. De unga männen tog till exempel steget och sökte hjälp och vågade därmed erkänna både för sig själva och för andra att de hade svårigheter. De ifrågasatte och utmanade därmed hegemoniska maskulinitetsnormer förknippade med hjälpsökande. Formuleringarna av tankar och känslor vände skammen och rädslan för svaghet till en styrka. Likaså visar Norman (2011) hur unga män aktivt förhandlar motstridiga maskulinitetsdiskurser som betonar engagemang kontra en mer distanserad attityd till kropp och hälsa.

För de unga kvinnorna med stress stod dels det egna jaget i centrum för deras individualistiska värdeskapande med hegemonisk maskulinitet som norm, dels skapade de individuellt värde utifrån en kollektivt inriktad normativ och ”respektabel” femininitet (Skeggs 1997, Wiklund et al. 2010, Wiklund et al. 2013). En ytterligare spänning i deras genusskapande var deras medvetenhet om jämställdhetsdiskursen eller agerande utifrån feministiska motstånd och övertygelser. En del bröt aktivt och medvetet mot normer och berättade hur de gick på tvären mot omgivningens förväntningar, men var på samma gång frustrerade över att de blev socialt marginaliserade då de inte följde strömmen.

Ambivalensen mellan att hålla sig tillbaka och träda fram, ”sitta tyst i ett hörn” eller ”stå upp” och bli ”den där jobbiga” uttrycktes också (Wiklund et al. 2010, Wiklund et al. 2013). Motsättningarna förstärktes ytterligare genom beskrivningar av neoliberala samhällsideal om att samhället är till för de starka med ”vassa armbågar”. De stressade unga kvinnorna förhandlade således om handlings- och rörelseutrymme på olika arenor. På en mer abstrakt och teoretisk nivå kan de förstås som reflekterande och moderna subjekt som genom olika individuella strategier försökte manövrera modernitetens osäkerheter. Dessa modernitetens osäkerheter innefattar även genusordningar och förskjutningar av normativa femininitetskonstruktioner.

Att undvika medikalisering genom kontextualisering

Avslutningsvis vill vi betona vikten av att förstå och bemöta ungas komplexa problematik utan att i onödan medikalisera och sjukliggöra deras upplevelser av psykisk ohälsa i form av stress, ångest, utmattning eller depression. Medikalisering hänvisar till en process där känslor och exempelvis psykosociala problem definieras och behandlas som vore de enbart medicinska tillstånd eller sjukdomar (Furedi 2008). Medikalisering av känslor har därför med normalitet att göra eftersom medikaliseringsprocessen begränsar vilka känslor som får uttryckas och visas utan att tolkas som onormala eller som tecken på sjukdom. Om sorg och smärta medikaliseras riskerar vi att krympa gränserna för det normala (Danielsson 2014). Att inte medikalisera betyder dock inte att ungas psykiska lidande ska negligeras – i stället bör det bemötas och tas på allvar. Yttre stressfaktorer, övermäktigt individuellt ansvarstagande och bristfälligt stöd behöver identifieras.

För att undvika onödig medikalisering och sjukliggörande bör ungas upplevelser förstås i ett socialt och kulturellt sammanhang där genusskapande och normativitet är centrala aspekter. Att förstå de samhälleliga strömningar som unga är en del av, modernitetens och individualiseringens krav på framgång och prestation i konkurrens med andra, kan vara en viktig grund i förståelse och bemötande. Genom att betrakta nya former av ohälsa, otillräcklighets- och oduglighetskänslor, trötthet och stress som samhällsdiagnoser kan ansvaret också breddas till att omfatta inte enbart medicinen utan även politiska och mellanmänniska områden (Johannisson 2002). Samhällstrender, normer och ideal som unga influeras av i sitt dagliga liv kan då knytas till deras hälsa och välbefinnande. Genusteoretiska och samhällsvetenskapliga perspektiv kan bidra till sådana vidgade tolkningsramar och nya perspektiv på ungas psykiska hälsa – perspektiv som även kan ge vägledning för framtida interventioner och folkhälsopolitiska insatser.

Referenser

- Almquist, Y. B. & Brännström, L. (2014). Childhood peer status and the clustering of social, economic, and health-related circumstances in adulthood. *Social Science & Medicine*, Vol. 105, s. 67–75.
- Ambjörnsson, F. (2004). *I en klass för sig: genus, klass och sexualitet bland gymnasietjejer*. Stockholm: Stockholms universitet.
- Annandale, E. (2009). *Women's health and social change*. London: Routledge.
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *Am Psychol*, Vol. 54 No 5, s. 317–326.
- Björk, M. (2011). *Problemet utan namn?: neuroser, stress och kön i Sverige från 1950 till 1980*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Burr, V. (2003). *Social constructionism*. London: Routledge.
- Butler, J. (2007). *Genustrubbel: feminism och identitetens subversion*. Göteborg: Daidalos.
- Bäck-Wiklund, M. & Bergsten, B. (2003). *Det moderna föräldraskapet. En studie av familj och kön i förändring*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Claesdotter, A. (2011). Vill utmana ungas världar. *Slöjdforum*. Hämtad från <http://www.lararnasnyheter.se>
<http://www.lararnasnyheter.se/slojdforum/2011/05/11/vill-utmana-ungas-varldar>
- Connell, R. W. (2005). *Masculinities*. Cambridge: Polity Press.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine*, Vol. 50, No 10, s. 1 385–1 401.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, Vol. 10, No 3, s. 365.
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*, Vol. 10 No 4, s. 401–420.
- Danielsson, U. (2010). *Träffad av blixten eller långsam kvävning: genuskodade uttryck för depression i en primärvårdskontext*. Umeå: Umeå universitet.
- Danielsson, U. (2014). Träffad av blixten eller långsam kvävning – genuskodade uttryck för depression i en primärvårdskontext. I J. Bäfverfeldt (Red.), *Håller vi på att förvandla livet till en sjukdom?* Stockholm: 8tto/Volante, Kunskapscentrum för jämlik vård.
- Danielsson, U. E., Bengs, C., Samuelsson, E. & Johansson, E. E. (2011). "My greatest dream is to be normal": the impact of gender on the depression narratives of young Swedish men and women. *Qualitative Health Research*, Vol. 21, No 5, s. 612–624.
- Draucker, C. B. (2005). Interaction Patterns of Adolescents With Depression and the Important Adults in Their Lives. *Qualitative Health Research*, Vol. 15, No 7, s. 942–963.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Eriksson, K. (2012). Flickor pluggar – sen blir de chefer. *Västerbottenskuriren* (2012-11-29).
- Fahl, H. (2014). Cool girl – en vinnare som blir förlorare. *Dagens Nyheter* (2014-10-19)
- Frih, A.-K. (2007). *Flickan i medicinen: ungdom, kön och sjuklighet 1870–1930*. Örebro: Örebro universitetsbibliotek.

- Frih, A.-K. & Söderberg, E. (2010). *En bok om flickor och flickforskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Frisén, A., Holmqvist Gattario, K. & Lunde, C. (2014). *Projekt perfekt: om utseendekultur och kroppsuppfattning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Furedi, F. (2008) Medicalisation in a Therapy Culture. In D. Wainwright (Ed.), *A Sociology of Health*. London:Sage.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, A. (1996). *Modernitetens följder*. Lund: Studentlitteratur.
- Hagquist, C. (2007). Health inequalities among adolescents – the impact of academic orientation and parents' education. *European Journal of Public Health*, Vol. 17, No 1, s. 21–26.
- Hammarlin, M.-M. (2008). *Att leva som utbränd. En etnologisk studie av långtidssjukskrivna*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.
- Hammarström, A. & Ripper, M. (1999). What could a feminist perspective on power bring into public health? *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 27, No 4, s. 286–289.
- Harris, A. (2004). *Future girl: young women in the twenty-first century*. New York: Routledge.
- Hjern, A., Alfven, G. & Östberg, V. (2008). School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Pædiatrica*, Vol. 97, No 1, s. 112–117.
- Hochschild, A. R. (2003). *The managed heart:commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Issakainen, M. (2014). Young People Negotiating the Stigma Around their Depression. *Young*, Vol. 22, No 2, s. 171–184.
- Johannisson, K. (2002). Den moderna tröttheten: Historiska perspektiv. I R. Ekman & B. Arnetz (Red.), *Stress: Individens – samhället – organisationen – molekylerna*. Stockholm: Liber.
- Johannisson, K. (2014). Diagnosen: sjukdom och namngivning. I J. Bäfverfäldt (Red.), *Håller vi på att förvandla livet till en sjukdom?* Stockholm: Kunskapscentrum för jämlik vård.
- Johansson, A. (2010) *Självskada: en etnologisk studie av mening och identitet i berättelser om skärande*. Umeå: Bokförlaget h:ström – text och kultur.
- Johansson, E. E. & Hovellius, B. (2004). Begrepp och teorier, I B. Hovellius & E. E. Johanson (Red.), *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, T. (2006). *Makeovermani: om Dr Phil, plastikkirurgi och illusionen om det perfekta jaget*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Jonsson, E. & Wiklund, E. (2014). *”Strong is the new skinny”.* *Gymnasieungdomars uppfattningar om hälsa, kropp och träning – i relation till fenomenet ortorexi*. Examensuppsats, 15 hp. Umeå: Umeå universitet.
- Kimmel, M. S. (2009). *Guyland: the perilous world where boys become men*. New York: Harpercollins.
- Lager, A. & Bremberg, S. (2009). Association between labour market trends and trends in young people's mental health in ten European countries 1983–2005. *BMC Public Health*, Vol 9, No 1, s. 325.
- Landstedt, E. & Gillander Gådin, K. (2012). Seventeen and stressed – Do gender and class matter? *Health Sociology Review*, Vol. 21, No 1, s. 82–89.
- Lindblad, F. & Lindgren, C. (2010). *Välfärdslandets gåta. Varför mår barnen inte lika bra som de har det?* Stockholm: Carlsson.

- Lupton, D. (2000). The social construction of medicine and the body. In G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick & S. Scrimshaw (Eds.), *Handbook of social studies in health and medicine*. London: Sage.
- Magnusson, E. & Maracek, J. (2010). *Genus och kultur i psykologi. Teorier och tillämpningar*. Stockholm: Natur & kultur.
- McRobbie, A. (2009). *The aftermath of feminism: gender, culture and social change*. London: SAGE.
- Modig, C., Jalmert, L., Jacobsson, L., Rutz, W., Åsberg, M., von Essen, C. & Söderberg, M.-L. (2014). Männens sårbarhet måste uppmärksammas. *Svenska Dagbladet* 2014-09-09.
- Modin, B., Östberg, V., Toivanen, S. & Sundell, K. (2011). Psychosocial working conditions, school sense of coherence and subjective health complaints. A multilevel analysis of ninth grade pupils in the Stockholm area. *J Adolesc*, 34(1), 129–139.
- Nielsen, A. (2010). Flickor i skolsvårigheter. I A.-K. Frih & E. Söderberg (Red.), *En bok om flickor och flickforskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Norman, M. E. (2011). Embodying the Double-Bind of Masculinity: Young Men and Discourses of Normalcy, Health, Heterosexuality, and Individualism. *Men and Masculinities*, Vol 14, s. 430–449
- O'Flynn, G. & Petersen, E. B. (2007). The 'good life' and the 'rich portfolio': young women, schooling and neoliberal subjectification. *British Journal of Sociology of Education*, Vol. 28, No 4, s. 459–472.
- Pettersson, T. (2013). Grupper, maskulinitet och våld. *Fokus 13 – Unga och jämställdhet*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Plenty, S., Östberg, V., Almquist, Y. B., Augustine, L. & Modin, B. (2014). Psychosocial working conditions: An analysis of emotional symptoms and conduct problems amongst adolescent students. *Journal of Adolescence*, Vol. 37, No 4, s. 407–417.
- Probyn, E. (2005). *Blush: Faces of shame*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Ridge, D., Emslie, C. & White, A. (2011). Understanding how men experience, express and cope with mental distress: where next? *Sociology of Health & Illness*, Vol. 33, No 1, s. 145–159.
- Rosenberg, T. (2002). *Queerfeministisk agenda*. Stockholm: Atlas.
- Salmela-Aro, K. & Tynkkynen, L. (2012). Gendered pathways in school burnout among adolescents. *J Adolescence*, Vol. 35, No 4, s. 929–939.
- Sandström, L. & Johansson, E. (2004). Depression: En könad sjukdom i läkemedelsreklamerna. *Läkartidningen*, Vol. 101, No 7, s. 582–585.
- Schraml, K., Perski, A., Grossi, G. & Simonsson-Sarnecki, M. (2011). Stress symptoms among adolescents: The role of subjective psychosocial conditions, lifestyle, and self-esteem. *J Adolescence*, Vol. 34, No 5, s. 987–996.
- Shilling, C. (2003). *The body and social theory*. London: Sage.
- Skeggs, B. (1997). *Formations of Class and Gender: Becoming respectable*. London: Sage.
- Skeggs, B. (2004). *Class, self, culture*. London: Routledge.
- SOU 2006:77 *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa: Analyser och förslag till åtgärder. Slutbetänkande. Utredningen om ungdomars psykiska hälsa*. Stockholm: Fritzes.
- Strandh, M., Winefield, A., Nilsson, K. & Hammarström, A. (2014). Unemployment and mental health scarring during the life course. *The European Journal of Public Health*, Vol. 24, No 3, s. 440–445.

- Strömbäck, M. (2014). *Skapa rum. Ung femininitet, kroppslighet och psykisk ohälsa – genusmedveten hälsofrämjande intervention*. Umeå: Umeå universitet.
- Strömbäck, M., Formark, B., Wiklund, M. & Malmgren-Olsson, E.-B. (2014). The corporeality of living stressful femininity – a gender theoretical analysis of young Swedish women's stress experiences. *Young*, Vol. 22, No 3, s. 271–287.
- Strömbäck, M., Wiklund, M., Salander Renberg, E. & Malmgren-Olsson, E.-B. (2014). Complex symptomatology among young women who present with stress-related problems. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Jun 21. doi: 10.1111/scs.12154.
- Ungdomsstyrelsen (2007). *Fokus 07. En analys av ungas hälsa och utsatthet*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Ungdomsstyrelsen (2010). *Hon han hen. En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- West, C. & Zimmerman, D. H. (1987). Doing Gender. *Gender & Society*, Vol. 1, No 2, s. 125–151.
- Widerberg, K. (2006). Embodying Modern Times: Investigating tiredness. *Time & Society*, Vol. 15, No 1, s. 105–120.
- Wiklund, M. (2010). *Close to the Edge: Discursive, Gendered and Embodied Stress in Modern Youth*. Umeå: Umeå University.
- Wiklund, M. & Bengs, C. (2012). Working hard to create a visible self: social constructions of (in)visibility in relation to girls' stress. In G.-M. Frånberg, H. Camilla & E. Dunkels (Eds.), *Invisible Girl: 'Ceci n'est pas une fille'*. Umeå: Umeå University.
- Wiklund, M., Bengs, C., Malmgren-Olsson, E. B. & Öhman, A. (2010). Young women facing multiple and intersecting stressors of modernity, gender orders and youth. *Soc Sci Med*, Vol. 71, No 9, s. 1 567–1 575.
- Wiklund, M., Strömbäck, M. & Bengs, C. (2013). "En ribba att nå" – Unga kvinnors förkroppsligade stress i en neoliberal och könad kontext. *Tidskrift för genusvetenskap*, Vol 2–3, s. 59–85.
- Wiklund, M., Öhman, A., Bengs, C. & Malmgren-Olsson, E.-B. (2014). Living Close to the Edge: Embodied Dimensions of Distress during Emerging Adulthood. *SAGE Open*, Vol. 4, No. 2, s. 1–17.
- Wrangsjö, B. & Winberg-Salomonsson, M. (2006). *Tonår*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Wright, J., O'Flynn, G. & Macdonald, D. (2006). Being Fit and Looking Healthy: Young Women's and Men's Constructions of Health and Fitness. *Sex Roles*, Vol. 54, No 9, s. 707–716.
- Ziehe, T. (1993). *Kulturanalyser. Ungdom, utbildning, modernitet: essäer*. Stockholm: Stehag.

”Jag skakar” tjejers uttryck för psykisk ohälsa

Maria Strömbäck, Maria Wiklund, Carita Bengs och Ulla Danielsson

Inledning

Under 2000-talet har flera svenska rapporter visat att tonårstjejer och unga kvinnor är de som rapporterar de högsta nivåerna av stress, oro, ångest och psykosomatiska symtom (Folkhälsomyndigheten 2014, Lager, Berlin, Heimerson & Danielsson 2012). Senaste rapporten från Statistiska centralbyrån *På tal om kvinnor och män* visar att en tredjedel av kvinnor i åldern 16–24 år och att en fjärdedel av alla svenska kvinnor upplever sig må psykiskt dåligt (Statistiska centralbyrån 2014). Den självrapporterade psykiska ohälsan verkar därmed ha ökat trefaldigt på 25 år.

Hur tänker unga kvinnor själva om sin psykiska hälsa och hur tar den sig uttryck? För att fördjupa förståelsen för hur tonårstjejer och unga kvinnor uttrycker psykisk ohälsa har vi frågat efter deras egna berättelser. Hur de har det hemma och i skolan, vilka livsplaner de har samt vilket stöd de önskat sig och vad som har varit till hjälp för dem är några teman i intervjuerna. De berättar bland annat om stress, oro, ångest, deppighet och olika kroppsliga uttryck för psykisk ohälsa. Ofta använder de bildspråk, liknelser och metaforer för att förklara och begripliggöra hur de mår och hur de har det i livet. Avslutningsvis diskuterar vi de unga kvinnornas erfarenheter utifrån genus- och maktperspektiv (se artikel *Dissonanser och möjligheter – i ljuset av genus, normativitet och samhällets individualisering* av Wiklund, Danielsson, Strömbäck & Bengs i kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa* för en närmare beskrivning av de teoretiska aspekterna).

Definitioner av psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa beskrivs ofta i termer av frånvaro av psykiskt välbefinnande och oförmåga att hantera vardagen. Begreppet innefattar såväl lättare former av psykisk ohälsa som svårare psykisk sjukdom (Socialstyrelsen 2013). Psykisk ohälsa definieras således utifrån ett kontinuum. Graden av funktionsnedsättning och subjektivt upplevt obehag avgör när psykisk ohälsa övergår till en psykisk sjukdom. Olika former av psykisk ohälsa är även nära sammanlänkade varför de kan vara svåra att avgränsa från varandra. Exempelvis kan stress och oro övergå till ångest eller depression. Vad som uppfattas som psykisk ohälsa och vilken innebörd som ges ord och uttryck förändras över tid och är beroende av vilket sammanhang och vilken situation de används i. Olika föreställningar om vad psykisk ohälsa är och vilka som drabbas har också betydelse för den enskildas upplevelse.

Ångest och depression

Hos unga är det något vanligare med ångest än med depression. Det finns också markanta könsskillnader i förekomsten av depression och ångest där tjejer och unga kvinnor har tre gånger så stor risk att drabbas som killar och unga män (Statistiska centralbyrån 2014). Könsskillnaderna debuterar ofta i tidiga tonår medan fördelningen under barnaåren är tämligen lika (Jarbin, von Knorring & Zetterqvist 2014).

Känslor av ångslan och oro är nödvändiga för vår överlevnad genom att de skärper sinnena och uppmärksamheten, exempelvis i krissituationer. Men när känslor av ångslan, oro och rädsla tar överhanden eller uppstår i situationer som egentligen inte är farliga (men tolkas så) kan de göra oss vanmäktiga och handlingsförlamade.

Ångest beskrivs som en inre stress och oro som kan ta såväl känslomässiga (rädsla, oro, ilska eller irritation) som tankemässiga (katastroftankar eller negativa tankar) och kroppsliga (hjärtklappning, andningssvårigheter eller muskelspänning) uttryck. Dessa starka uttryck kan leda till att det ångestframkallande undviks eller genomförs under stort lidande. Ångest som pågår länge kan till slut övergå i en depression. Ofta förekommer både ångest och depressivitet samtidigt (Jarbin et al. 2014, Strömbäck, Wiklund, Salander Renberg & Malmgren-Olsson 2014, Wiklund, Malmgren-Olsson, Öhman, Bergström & Fjellman-Wiklund 2012).

Depression är ett genomgripande sjukdomstillstånd som kan leda till att hela tillvaron färgas i gråskala. Lust och energi går förlorad och sömnen blir störd. Hopplöshetstankar gör att lusten att leva kan minska. Tankar på att vilja försvinna och att ta sitt eget liv kan dyka upp, som om hjälp inte fås i tid kan sluta i självmordsförsök eller självmord. Självmord är den vanligaste dödsorsaken i åldersgruppen 15–24 år (Ungdomsstyrelsen 2013a).

Stress

Unga kvinnor i åldern 16–25 år är även den grupp som rapporterar de högsta nivåerna av stressrelaterade besvär (Lager et al. 2012). En vanligt förekommande förklaring och definition av stress är att den uppstår när yttre krav och påfrestningar överskrider individens förmåga att kunna hantera dem (Lazarus & Folkman 1984). Denna stressmodell förklarar samspelet mellan stressfaktorer i omgivningen, individens uppfattning om sina möjligheter att kunna hantera situationen samt kroppens varierande sätt att reagera. Stressreaktioner kan definieras som fysiologiska och hormonella svar på olika påfrestningar. De uppkommer ofta till följd av en förhöjd beredskap och aktivitet i det autonoma nervsystemet i samband med yttre påfrestningar eller upplevda hot (Ekman & Arnetz 2005).

Tillfälliga stressreaktioner som hör till anspänningar i det vardagliga livet är ofta snabbt övergående och visar sig exempelvis som hjärtklappning, muskelspänning eller nervös mage (Alfvén 1999). Långvarig stress utan möjlighet till återhämtning har däremot visat sig vara negativ för hälsan och kan leda till utmattningstillstånd som innefattar fysiska, känslomässiga och kognitiva problem (Jonsdottir et al. 2013).

Olika studier visar samband mellan ungas upplevelser av tidspress, höga krav och psykisk ohälsa i form av ångest eller depression samt olika symtom på stress som sömn- och smärtproblem (Schraml, Perski, Grossi & Simonsson-Sarnecki 2011, Wiklund et al. 2012).

Psykosomatiska besvär

Psykisk ohälsa hos barn och unga tar sig ofta fysiska eller kroppsliga uttryck, i medicinsk terminologi kallas detta psykosomatiska besvär. Huvudvärk, magproblem, ont i ryggen, muskelspänningar och sömnsvårigheter är exempel på sådana besvär. Begreppet *psykosomatik* kan härledas till grekiskan där *psyke* betyder själ och *soma* betyder kropp. Benämningen används när de kroppsliga symtomen inte går att förklara enbart utifrån en fysisk skada eller sjukdom utan i stället har utlösts av en psykisk eller social påfrestning (Alfvén 1999).

Ofta samverkar genetiska, biologiska, psykologiska och sociala faktorer. För att klargöra om besvären är av psykosomatisk natur behöver man först utesluta fysisk sjukdom genom en grundlig medicinsk undersökning för att därefter ta reda på mer om hur livet i stort ser ut. Långvarig och negativ stress är ofta en utlösande faktor för psykosomatiska besvär (Alfvén 1999).

De unga kvinnornas egna berättelser

Den empiriska delen i artikeln är baserad på intervjuer som gjorts inom ramen för forskningsprojektet Stress and Health in Youth (Umeå SHY). Empirin baserar sig på olika intervjumaterial och tidigare publicerade analyser med gymnasietjejer (16–18 år) och unga kvinnor (19–25 år) med stressrelaterade problem (se Strömbäck 2014, Strömbäck, Formark, Wiklund, & Malmgren-Olsson 2014, Strömbäck, Wiklund & Malmgren-Olsson 2013, Wiklund 2010, Wiklund, Bengs, Malmgren-Olsson & Öhman 2010, Wiklund, Öhman, Bengs & Malmgren-Olsson 2014) samt med unga kvinnor (18–25 år) med psykisk ohälsa och depression (se Danielsson 2010, Danielsson, Bengs, Samuelsson & Johansson 2011).

I de delar som handlar om stöd har vi dessutom inkluderat unga kvinnor (18–25 år) med psykisk ohälsa varav en del har erfarenhet från psykiatrisk behandling (Näslund 2014). Deltagarna i samtliga material har sökt till en ungdomshälsomottagning, skolhälsovård eller studenthälsa. I några fall har kontakt tagits via internetforum (Näslund 2014). Om inte annat anges benämner vi i artikeln samtliga deltagare för unga kvinnor oavsett ålder.

Bland deltagarna i de olika materialen finns en variation i graden av psykisk ohälsa. Det finns även en stor samvariation mellan till exempel upplevelser av ångest, depression och kroppsliga symtom (Strömbäck, Wiklund, Salander Renberg & Malmgren-Olsson 2014). När intervjuerna gjordes studerade eller arbetade de flesta av de unga kvinnorna hel- eller deltid. En mindre andel var arbetssökande eller sjukskrivna. Av de som studerade på gymnasiet bodde de flesta hemma medan de som var äldre hade flyttat hemifrån, bodde själva eller delade boende med partner eller vän. Ingen av deltagarna hade barn. Majoriteten var född i Sverige.

I våra analyser har vi tagit hänsyn till aktuell livssituation. Intervjuerna utgick delvis från olika forskningsfrågor. Gymnasietjejeerna svarade på den inledande frågan *vad betyder stress för dig?* De unga kvinnorna med stress fick frågan *kan du berätta om varför du sökt till Ungdomshälsan?* De som sökt för depression och psykisk ohälsa svarade på frågan *vilken bild kommer spontant för dig när du hör ordet depression?* Intervjuerna av Näslund (2014) fokuserade främst på erfarenheter av att söka hjälp och stöd.

Påfrestningar under skollåren

De unga kvinnorna beskriver yttre krav och påfrestningar som ofta började under högstadiet och gymnasiet. Skolan och skolans miljö är följaktligen ett återkommande tema i deras berättelser. Utöver de mer prestationsbaserade erfarenheterna berörs även könsrelaterade och sociala aspekter som mobbning och utsatthet i kompisgruppen.

Tidspress och höga krav

För de unga kvinnor som vid intervju tillfället går i gymnasiet är skolan en särskilt framträdande orsak till deras upplevelser av stress. Även de som gått ut skolan minns hur stressen ökade i gymnasiet. För de allra flesta började skolstressen under högstadiet, men för en del redan under mellanstadiet eller ännu tidigare. Stressen handlar ofta om upplevelser av tidspress i kombination med höga prestationskrav.

De unga kvinnorna beskriver att *"allt går så fort"*, *"mycket ska hinnas med"* och *"mycket ska bli bra på kort tid"*. Det är bråttom och känslan av att det är för mycket på en gång skapar *"stressmoln"* och känslor av *"kaos"*. På frågan om vad stress är för Emma svarar hon att: *"man får alldeles för mycket att göra och man känner att man inte får tid med allt. Man måste skynda på saker och man mår inte bra av det"*. Stress är alltså något som de unga kvinnorna mår dåligt av och som uppfattas vara en integrerad del av skolmiljön som inte går att undvika:

"Stress är jäktande, alltså man har väldigt fullt upp. Man fokuserar inte så mycket utan man bara gör saker. Man är ganska ofokuserad på något sätt samtidigt som man är fokuserad. Man lever fast man lever ändå inte på något sätt, ibland är det väldigt jobbigt. Och man vet inte riktigt heller när man stressar utan man bara gör det. Och det finns överallt och man ser det hela tiden".

De beskriver hur stressen ökar allteftersom. Flera av dem berättar hur *"små saker blir stora"* eller som Sofie säger: *"jag kanske har åtta saker jag ska göra och sen blir det som att jag har en miljon saker jag ska göra"*. Känslan av att tiden inte räcker till bidrar i sin tur till att allt *"klumpar ihop sig"* eller att *"allt blir som en stor deg ... allting samtidigt"*. Vid sådana tillfällen är strategin att skriva upp saker på *"att-göra-listor"* för att hålla struktur, annars *"håller hjärnan på att kollapsa, typ"*. De känner sig jagade och pressade i en kombination av tidsbrist och höga yttre och inre krav på sig själva. Deras upplevelser överensstämmer med andra undersökningar där skolan och skolans miljö framställs som en inkörsport för stress och psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten 2014).

Prestationsångest och könsrelaterade mönster

Tydliga stressfaktorer i skolmiljön är prov, läxor, inlämningsuppgifter och betygsättning. De intervjuade beskriver hur sådana uppgifter skapar nervositet, oro och prestationsångest samt en rädsla för att förlora kontrollen. Ibland är det själva situationen i sig som framkallar upplevelser av stress, till exempel när uppgifter ska lämnas in eller när prov ska skrivas. För Johanna är provsituationen väldigt stressande eftersom hon har koncentrationssvårigheter:

”Jag blir väldigt lättstressad om jag ska skriva typ nåt prov och så sitter alla i klassen i samma sal. Sen börjar folk gå. Då kan inte jag koncentrera mig utan då ger jag upp och lämnar in provet. Jag får som en blackout och då är det liksom som när jag ska sitta och skriva, då sitter jag och skakar för att jag blir så nervös och så sitter jag så här (knackar i bordet med pennan) och gör tics med bläckpennan och så där. Alltså det är såna saker som jag knappt kan kontrollera själv.”

Flera av dem upplever alltså att prov utlöser prestationsångest. De säger att kravet att göra bra ifrån sig på prov och att vara ”duktig” ofta kommer från dem själva, men en del upplever också höga krav från familjen. De jämför sig med varandra och med syskon. Kajsas prestationsångest orsakas till exempel av att hon känner krav på sig att uppnå lika höga betyg som sina två äldre syskon: ”... dom har så där jättebra betyg så nu känner jag att jag måste vara lika bra som dom. Fast jag inte är det”. Hon nedvärderar sig själv och sina förmågor: ”... dom är som mer duktiga på att plugga och sånt och jag är inte. Jag har svårt att lära in saker”. Vidare berättar Kajsa att hon i skolan får höra om undersökningar som visar att ”dagens ungdomar bara blir sämre och sämre i skolan” men hon känner inte igen sig i den uppfattningen eftersom hon själv tycker att hon klarar skolarbetet ”bättre och bättre”.

Studier visar att tjejer i gymnasieåldern upplever höga prestationskrav och har lägre självkänsla jämfört med jämnåriga killar (Schraml et al. 2011). Tjejer förväntas i enlighet med traditionella kvinnlighetsideal att ta ett stort ansvar för skolarbetet men även för kamratrelationer (Gillander Gådin & Hammarström 2005, Salmela-Aro & Tynkkynen 2012, Wiklund, Bengs, Malmgren-Olsson & Öhman 2010). Det verkar dessutom som om föräldrar har högre förväntningar på sina döttrar och att döttrarna anstränger sig mer för att uppfylla föräldrarnas krav jämfört med söner (Renstig & Sandmark 2005).

Sådana könsrelaterade mönster kan ha betydelse för unga kvinnors upplevelser av stress – något som även framkommer i våra analyser. Sammantaget svarar de unga kvinnornas prestationsångest upp mot deras egen, omgivningens och samhälleliga förväntningar, där individualistiska prestationskrav och stark konkurrens är framträdande drag. De unga kvinnorna tar också själva på sig ansvaret för detta arbete (se artikel *Dissonanser och möjligheter – i ljuset av genus, normativitet och samhällets individualisering* av Wiklund, Danielsson, Strömbäck & Bengs i kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*).

Med *normativ femininitet* menar vi de styrande och socialt konstruerade föreställningar, normer och förväntningar som är knutna till att vara en idealtjej eller idealkvinna i ett visst sammanhang (se Ambjörnsson 2004). Det kan handla om normer och ideal knutna till utseende, beteende, attribut och stil. Här har traditionella förväntningar på ansvarstagande, underordning och heterosexualitet betydelse för hur normativ femininitet skapas och upprätthålls. För unga kvinnor kan denna femininitetsposition innebära krav på empati och anpassning samt på att vara andra till lags och sexuellt tillgänglig. Högt ansvarstagande liksom kroppsideal med betoning på perfektion, smalhet och sexighet kan också sägas höra till nutida uttryck för normativ femininitet hos unga (Frisén, Holmqvist, Gattario & Lunde 2014, Wiklund, Bengs, Malmgren-Olsson & Öhman 2010).

Mobbning, utsatthet och rangordning

Skolmiljön kan även innebära upplevelser av otrygghet och utsatthet, trakasserier och kränkningar. Bland de unga kvinnorna i vår studie som varit med om mobbning eller andra kränkningar tar sig stressen uttryck i osäkerhet eller ångest i sociala relationer och situationer. Till exempel berättar Sara att hon blivit mobbad av en kille som gick i hennes klass på högstadiet. Utan förvarning kunde han komma fram till henne för att slå henne i ryggen, skrämma henne eller ge elaka kommentarer:

”Vissa lektioner var jag hur orolig som helst att han skulle komma fram och ge mig kommentarer så att jag skulle bli ledsen eller arg - - - Jag ville inte att han skulle komma nära och jag visste inte riktigt ... jag hade nog inte någon jättebra metod för att hantera det. Jag tog alltid åt mig - - - han var dum med flera men extra mot mig för att jag tror att jag är ganska känslig. Jag tror det var det han gillade, att han fick någon reaktion.”

Sara lägger skulden och ansvaret på sig själv, vilket är ett exempel på hur ett problem som uppstår i skolmiljö kan upplevas som den enskilda tjejens ansvar att lösa. Det är även ett exempel på killars dominans och tjejers underordning i skolmiljö. I en kunskapsöversikt om unga i skolan visar Öhrn (2002) att sådana traditionella könsmonster håller på att förändras och att tjejer i högre grad är mer synliga som aktörer.

I översikten framkommer också att det finns fler variationer av mönster mellan utbildningssammanhang och mellan killar och tjejer med olika social bakgrund. Det kan tyda på könsmonster i förändring och att givna maktpositioner utmanas. I våra intervjuer finns berättelser om mobbning, konkurrens och behov av att positionera sig inom tjejgrupper. Sådana erfarenheter ger en osäkerhet i sociala relationer. Karin, som i högstadiet blev mobbad av ett gäng med tjejer, har förlorat sin tillit till andra och får lätt ångest:

”Jag har aldrig som låtit det påskina utåt eller så, men jag har jättesvårt för att lita på människor. Jag får jätte, jag får ångest när jag ska dela med mig av något av mig själv inför andra, alltså människor som skulle kunna berätta nånting för dom tjejkompisar jag har.”

Erfarenheter av att bli mobbad eller kränkt bidrar till en rädsla för ensamhet och utanförskap som påverkar deras självkänsla negativt. Skolan och skolmiljön är således en arena där rangordning mellan och inom könen samt konstruktioner av feminiteter har betydelse för tjejers identitetsutveckling (Öhrn 2002). Öhrn påtalar att även om könsmonstren i skolan förändras så befinner sig tjejer och unga kvinnor, som på olika sätt gör motstånd och driver på förändring, i en mer utsatt position. Det är därför viktigt att synliggöra att skolan är en plats där många gymnasietjejer upplever otrygghet och är en miljö med betydelse för psykisk och psykosomatisk ohälsa (Ungdomsstyrelsen 2013a). Mobbning och olika former av kränkningar och sexuella trakasserier som sker i skolmiljö kan orsaka långvariga problem (Gillander Gådin & Hammarström 2005, Modin, Östberg, Toivanen & Sundell 2011).

Känslomässiga och kroppliga uttryck

Uttrycken för psykisk och psykosomatisk ohälsa är hos de intervjuade många och varierande. Bildspråk och metaforer används i beskrivningarna. Oro och ångest som känns i kroppen är framträdande tillsammans med upplevelser av trötthet och deppighet. De berättar om kroppsliga reaktioner, obehag och kroppsligt missnöje – liksom hur stressen och skammen sätter sig i kroppen. Självkritiska tankar och underordning är andra framträdande teman i de unga kvinnornas berättelser.

Oro, ångest och panik känns i kroppen

Oro och ångest förknippas av de intervjuade med stress, rastlöshet, spänningar, ostadighet, yrsel, andningssvårigheter och tryck över bröstet. Överlag är insomningssvårigheter och andra sömnproblem vanliga. Ångesten tar sig alltså konkreta fysiska uttryck där kroppen på olika sätt reagerar och ”signalerar” med ett budskap om att något inte är som det ska. Felicia berättar:

Alltså, ja hjärklappning och spänningar i magen och i bröstet, svårt att andas och jag känner liksom en kramp och så hära och att jag lätt får svettningar. Jag spänner mig och att jag hela tiden konstant är spänd i muskler, att jag inte kan slappna av. Det är ju det jag tycker känns jobbigt ...”

Kroppens sätt att reagera upplevs som obehagliga. Rastlöshet, att gå på högvarv och svårigheter att komma till ro uttrycks som att ”jag klättrar på väggarna” eller ”jag får kalla kårar”. Nina berättar hur kroppen irriterar och ställer till problem:

”Jag får en rent fysisk irritation som kryper under skinnet i nacken, det liksom kliar. Axlar, rygg och nacke och även huvudet, spänningshuvudvärk får jag ju i pannan mest. Ja, och så nervös mage eller överhuvudtaget en känsla, en nervös känsla hela tiden. Jag skakar, ja det mesta känns fel i princip”.

Kroppens tydliga reaktioner blir ett hinder för att kunna göra det som de egentligen vill. Till exempel kan Lisa inte vara fysiskt aktivt på samma sätt som tidigare och Klara tror inte att hon kommer att kunna utöva sitt kommande yrke som lärare då hon får ångest och hjärklappning när hon ska prata inför andra. Hon berättar att hon känner sig ”fysiskt handikappad” och att hon ”hindrar sig själv” när hon inte kan hantera situationen. En del upplever ångest som ständigt ”gnagande” medan andra beskriver attacker av stegrande obehag. Ibland övergår oro och ångest till känslor av panik. Marie berättar:

”Jag får en adrenalinrusch liksom, flyktmekanismen slår in direkt. Jag ville ju bara backa därifrån ... men jag brukar bita ihop och sansa mig. Men då blir jag så här självmedveten om hur jag går, ser konstig ut och så där, det blir som en ond cirkel. - - Ibland känns det som att hjärnan nästan slås av ... jag kan få minnesförlust i princip, det är så starkt att det bara brusar i huvudet och jag får gå på nån slags automatik och jag vet inte vad jag har sagt - - Det är en fysisk skräckkänsla, som att åka berg- och dalbana.”

På liknande sätt beskriver de unga kvinnorna skrämmande och obehagliga upplevelser av hur stress, ångest och oro "sätter sig i kroppen". För många av dem leder dessa upplevelser till sömnproblem eftersom oron och rastlösheten blir mer påtaglig när de ska försöka komma ner i varv. Vid läggdags tar malande tankar och grubblerier allt större utrymme. Anna som går på gymnasiet berättar att hon har svårt att somna när tankar om hur många saker som hon "måste göra" börjar snurra i huvudet samtidigt som hon känner att hon inte orkar. Vilma berättar att hon på kvällarna fastnar i tankar där hon målar upp scenarier som förvärrar situationen: "när du kommer in i ett negativt sätt att tänka, då tycker du synd om dig själv och förstorar upp saker och allt blir mycket värre än det är".

Oro och ångest handlar ofta om framtiden. För de unga kvinnorna som slutat gymnasiet eller en universitetsutbildning och är på väg in i arbetslivet uttrycks sådan oro i frågor som "hur ska man få ett jobb?", "hur ska jag klara av ett jobb?" och "oj, oj, hur ska allt gå?" eller "hur ska jag orka?". Oron för framtiden gör att de känner sig osäkra, vanmäktiga och utan kontroll. Det triggas dem till att prestera och ställa än högre krav på sig själva. Ida säger: "ja, men jag känner fortfarande att jag absolut skulle må bättre om jag var bäst på allt". Framtidsoron handlar också om att skapa det "perfekta livet" inom flera olika områden som karriär och framtida familjeliv. Stress över att vara singel kan relateras till normen om att leva i (heterosexuell) tvåsamhet eller som Sandra uttrycker det: "jag måste ju träffa nån, fast samtidigt så känner jag att jag inte orkar med det just nu".

Trötthet, kollaps och deppighet

Långvarig stress, ångest och sömnproblem kan successivt övergå i trötthet och deppighet. Efter långa perioder av övermäktiga krav och påfrestningar följer förlorad ork och energi samt känslor av uppgivenhet och meningslöshet. För sofliga även utmattning. I citatet nedan beskriver Sandra hur hennes höga tempo, kraft och energi numera tar sig uttryck i trötthet och uppgivenhet.

"... före jag blev sjukskriven, då var jag den här Duracellkaninen som sov sex timmar på natten och utan problem, då var det mer den stressen - - då orkade jag med vad som helst liksom. Jag gjorde högar med skolarbeten och så här. Efter det så känns det som att det håller på att ha vänt och nu när jag blir stressad då blir jag mer bara, jag vill bara sova eller om jag mår dåligt eller så, jag vill bara sova, sova, sova. Kan sova i flera dygn ..."

Känslorna och situationerna som kopplas samman med trötthet och depressivitet uttrycks inte sällan som metaforer, exempelvis som om de till slut nått "en gräns", "kollapsat" eller "sprungit in i väggen". Lisa beskriver tydligt hur hennes kropp fysiskt "lagt av" som en konsekvens av långvarig stress:

"Ja, alltså, ju mer känner jag, det känns som jag tappat allting. Det är inte så att jag känner mig jättesvag men det är som att ja, kroppen har bara lagt av, det är som att ingenting fungerar riktigt. Och jag känner mig trött, jag blir trött bara av att gå uppför en trappa. Jag har ju ändå tränat och så, så blir det ju som att man bara, kroppen bara håller på och väntar på att den ska typ ramla ihop ungefär, så känns det. Och det gör att man bara vill gå och lägga sig, man orkar typ ingenting."

Deppigheten beskrivs som att ”gå i mörker”, vara ”utmattad”, som ”ett handikapp, inte fysiskt, men psykiskt”, ”nersparkad, typ” eller som att ”säcka ihop”.

”Ja, och liksom utmattad på det hela, less på det liksom ... så där. Jag vet ju att det egentligen är nåt som jag älskar att göra så att det kan ju vara lite konstigt känner jag, att jag tappar glädjen i det”.

Erika berättar hur hon allteftersom ”bränt sitt krut” och tappat energi för det hon tycker är roligt som för hennes del är att skriva och spela in musik. Förutom tydliga kroppsupplevelser innebär deppigheten att tankarna vänds inåt, blir dömande och självkritiska. Det leder till distansering och en slags slutenhet och beskrivs som att vara innesluten ”i en bubbla”. En skrämmande upplevelse. Ständiga tankar och grubblerier tar all kraft och världen utanför existerar knappt.

Oro, ångest och deppighet gör att det inte går att ”lita på” kroppen längre och att det skapar oro för den egna hälsan. Deppighet upplevs på många sätt skrämmande och ångestkänslor beskrivs ibland av de unga kvinnorna som att de håller på att dö. Ofta vet de unga kvinnorna inte om att det är fråga om ångest och tolkar det därför som att det är en farlig kroppslig sjukdom, till exempel en hjärtinfarkt eller en hjärnblödning eller att de håller på att bli galna (en psykos). Ellen berättar om sin rädsla att hon till slut ska ge upp och bli psykiskt sjuk:

”Jag har varit väldigt framåt, jag har känt mig väldigt liksom ambitiös och duktig och gjort en massa grejer och så nu har jag bara plötsligt tagit ett steg tillbaka och inte orkat längre. Största oron inför framtiden just nu är allmänt bara: tänk ifall jag inte kommer att orka utan sätter mig på en stol och inte ... kunna vara med och kanske åka in bara, bli psykiskt sjuk eller någonting”

Att visa svaghet eller att vara psykiskt sjuk framställs som ett misslyckande. Några av de unga kvinnorna är redan vid intervjutillfället sjukskrivna eftersom de inte fungerar i vardagen.

Självkritik, kroppslig skam och underordning

Berättandet genomsyras av en självmedvetenhet och ett självkritiskt förhållningssätt i förhållande till normer och ideal. De grubblar över hur de ser ut, över vad de gör och på relationer till andra, samtidigt som de hela tiden ifrågasätter sig själva. Elin som nyligen fått diagnosen ADHD berättar att hon ofta brottas med tankar om hur hennes pratsamma och spontana personlighet uppfattas negativt och att hon tar för stor plats:

”Det är klart just när jag är mitt i, kan man säga, centrum, då kan det kännas bra, men det är ju efteråt helst på kvällarna då som man tänker att varför var jag så där och, så att ja, då kommer ju som ångesten att man vet inte varför man var som man var, att man var så där kanske flummig och bara ses som en oseriös person i andras ögon.”

I citatet beskriver Elin hur hon granskar sig själv och att hon oroar sig för hur hon uppfattas av sin omgivning. Vi tolkar det som att hon bryter normen om hur en ideal tjej ska vara och förhandlar med sig själv om det. Konflikten om att ta för stor plats och att inte duga som hon är påverkar hennes möjligheter att komma till ro. De unga kvinnorna anklagar ofta sig själva för att det är deras eget fel att de mår dåligt, och att de borde ha försökt ännu mera och pressat sig själva att prestera ytterligare. En kvinna, Elsa uttrycker till och med att det har med den egna personligheten att göra (Danielsson et al. 2011). Nedvärderande och självkritiska tankar är ett exempel på hur kvinnlighetsideal och normativ femininitet kommer till uttryck och förhandlas i de unga kvinnornas tankar och berättelser arbete (se artikel *Dissonanser och möjligheter – i ljuset av genus, normativitet och samhällets individualisering* av Wiklund, Danielsson, Strömbäck & Bengs i kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*).

Även könade kroppsideal tar stor plats i de unga kvinnornas berättelser. Kroppsligt missnöje och upplevelser av skam framträder ofta när de pratar om hur de mår, om utseende och sexualitet. Vanligt är att de är missnöjda och känner skam för att kroppen inte har de proportioner som de skulle önska:

”Men sen allmänt så tycker jag nog inte så bra om kroppen annars tror jag. Jag tycker att den känns allmänt tung och så, ja men som jag säger så känns det som att magen är alldeles för stor (skratt) och att rumpan är alldeles stor så jag får som ingen, jag känner inte att jag, jag känner mig inte lätt i kroppen. Jag kan fundera mycket på att det är liksom tungt på olika ställen.”

De ger uttryck för en hög medvetenhet om vikten av att träna och äta rätt och beskriver hur de får dåligt samvete när de inte klarar av att leva upp till samhällsidealen och de förväntningar som de har på sig själva. De känner avund för att unga män verkar ha en mer lättsam och ”obrydd” attityd till sitt utseende. Upplevelser av kroppslig skam är också relaterad till sexualiteten. De unga kvinnorna förväntar sig att sex ska vara oproblematiskt och tar för givet att det ska fungera och vara njutningsfyllt från första stund. Men detta verkar inte alltid vara fallet. Daniela som lider av smärta vid samlag (så kallad dyspareuni) anklagar sig själv för att hon inte klarar av att ha sex med sin pojkvän:

För det känns ju som att det är nånting fel på mig och varför kan inte jag klara av det här? Det tar ju hårt på självkänslan att sexualiteten inte fungerar, liksom att man inte är en hel kvinna känns det ju som då.

Daniela uttrycker här känslor av att inte räcka till och att inte duga. Självkänslan blir starkt kopplad till kvinnlighet, kropp och heterosexualitet. Också sexualiteten blir ett sätt att visa duglighet och anpassning. De unga kvinnornas kroppar och sexualitet kan härigenom sägas bli föremål för manliga behov och synliggöra unga kvinnors underordnade position. Någon talar om den ”*manliga blicken*” som gör henne osäker i offentliga sammanhang.

Våld och sexuella övergrepp

Erfarenheter av utsatthet och kränkningar i form av våld och sexuella övergrepp framkommer i en del av intervjuerna. Det kan handla om att vara strängt kontrollerad av familjemedlemmar, vara hotad eller förföljd via sms, ha blivit våldtagen eller vara direkt utsatt för pojkvänners kontroll och våld (se Danielsson 2010, Danielsson et al. 2011, Wiklund, Malmgren-Olsson, Bengs & Öhman 2010, Wiklund, Strömbäck & Bengs 2013).

För en del är intervjusituationen första gången som de berättar om sina upplevelser. Att prata med någon utomstående kan hjälpa den utsatta att se samband mellan kroppsliga uttryck och tidigare händelser. Anna berättar till exempel att hon börjat förstå att hennes kroppsliga spänningar och smärtor vid samlag har att göra med att hon tidigare blivit slagen av den coola och populära killen i klassen på gymnasiet.

”Jag spänner mig och det har nog med mina ryggproblem att göra, och jag spänner mig när jag ska ha sex, och jag har haft jättesvårt att använda Tampax. Jag spänner mig väldigt lätt, och att det skulle ha att göra med att jag blivit slagen ... det har jag aldrig tänkt på ...”

Johanna berättar att hon blivit sexuellt utnyttjad när hon gick i sjuan. Händelsen innebar att hon blev mobbad och att hon i perioder inte kunde vistas på skolan utan i stället hade hemundervisning. Rykten bland eleverna bidrog till att Johanna fick höra nedlåtande kommentarer av både tjejer och killar som *”men det var frivilligt”* och *”du är en hora”*. På grund av händelsen fick hon lov att byta klass och förlorade flera vänner. När hon nu börjat gymnasiet oroar hon sig för hur andra uppfattar henne.

Fanny berättar att hon blev utsatt för ett sexuellt övergrepp när hon var på resa utomlands tillsammans med sin mamma. Fanny vågade varken berätta för mamman eller för någon annan om vad som hänt. Hon höll i stället hemligheten inom sig ända tills hon gick ut gymnasiet då hon sökte hjälp. Hon anklagar sig själv och förminskar samtidigt allvaret i unga kvinnors utsatthet för övergrepp: *”tjejer tar saker på för stort allvar”*. På så sätt medverkar hon till strömningar i samhället som osynliggör könsrelaterat våld (Christianson 2014, Wiklund, Malmgren-Olsson, Bengs & Öhman 2010).

Enligt Lundgren (2000), som studerat ungdomar i gymnasiemiljö, kan användningen av ordet *hora* ses som exempel på traditionell nedvärdering av tjejer. Skolmiljön är också traditionellt en arena där manliga normer, könad rangordning och heterosexuella spelregler upprätthålls (Öhrn 2002).

Unga kvinnor är den grupp som i störst utsträckning utsätts för sexualbrott och där förövaren oftast är en jämnårig eller en något äldre man (Ungdomsstyrelsen 2013b). Vålds- och sexualbrott, både bland unga kvinnor och unga män, behöver därför synliggöras och problematiseras eftersom sådana brott är svåra att prata om. Skamkänslor, som även återfinns i vårt material, är ofta en anledning till att de unga väljer att inte berätta för andra om våld och trakasserier. Här kan kampanjer som *FATTA mot sexuellt våld, för samtycke* som aktivt agerar för att synliggöra sexuellt våld vara ett stöd.

Betydelsen av omgivningens stöd

Att vara ledsen och nedstämd, orolig eller ängslig, hör delvis livet till, men som ung är det viktigt att ha någon att dela sina känslor med. I de unga kvinnornas berättelser är stödet från föräldrar, familj och vänner betydelsefullt. En del upplever att de har ett bra stöd från föräldrar och familj, medan andra menar att vuxna sviker eller är frånvarande. Mammans roll är särskilt framträdande i berättelserna medan pappans roll beskrivs mer sällan. Mamman är den som de oftast vänder sig till för att prata om sin situation, få stöd eller tröst. Mammorna förväntas finnas till när det behövs men fungerar ibland också mer som en kompis.

Men vuxenstödet är inte alltid tillräckligt eller tillgängligt. Flera av de unga kvinnorna beskriver till exempel familjesituationer där även deras föräldrar är pressade och stressade (se Wiklund, Bengs, Malmgren-Olsson & Öhman 2010). Sofie berättar att hon har svårt att lugna ner sin egen stress eftersom hennes mamma är mer stressad än hon själv är. De unga kvinnorna tar därför ett stort ansvar för att hantera pressade familjesituationer. Ansvaret kan handla om att ta hand om syskon eller andra sysslor för att få familjens vardag att fungera.

Johanna berättar till exempel att hon på morgnarna när hon bor hos sin pappa förväntas ta ansvar för sina småsyskon och ge dem frukost. En annan ung kvinna, Anna, berättar att hennes mamma har flera jobb och på flera olika orter. För att hennes stressade mamma ska orka och må bra i stället för att vara irriterad och arg så upplever Anna att hon måste ta ett ökat ansvar i hemmet för att hjälpa henne. Med omtanke om föräldrarna vill de även skydda dem från ytterligare oro och undviker därför att berätta om sina problem. Emma säger:

”Jag pratar nästan ingenting med mina föräldrar om jag mår dåligt. Jag skulle nog kunna prata med dem men jag tror att det är det att jag är rädd att göra dem oroliga och ledsna om dom liksom får reda på att det är något fel.”

Oro över föräldrarnas reaktioner, till exempel att mamma eller pappa skulle reagera med överdriven oro eller ilska, bidrar till att vissa väljer att hålla tyst om verkligt smärtsamma upplevelser och allvarliga problem. En av de unga kvinnorna berättar att hon i perioder mått så dåligt att hon funderat på att ta sitt liv. Eftersom hon tar ett stort ansvar för sina föräldrar och sin närmaste omgivning hindras hennes planer då hon inte kan tänka sig att svika och göra dem så ont som ett självmord skulle innebära. Hennes berättelse är ett exempel på hur görandet av femininitet i form av ansvarstagande och omsorg om andra kan vara skyddande och fungera som en överlevnadsstrategi.

Att inte berätta för andra kan också handla om en önskan om att vara självständig, vilket hindrar Emma från att be sina föräldrar om hjälp: *”Jag skulle nog få stöd om jag frågade. Men jag gör som inte det. Jag försöker klara mig själv”*. Att inte berätta och ta individuellt ansvar är även uttryck för de tabun och stigman som är relaterade till psykisk ohälsa.

Från forskning är det välkänt att socialt stöd främjar hälsan (Thoits 2010). Många av de unga kvinnorna upplever också att de har tillgång till ett fungerande vuxenstöd från föräldrarna. Men som vi sett finns också exempel på både sviktande och delvis svikande socialt stöd (se Wiklund, Strömbäck & Bengs 2013), främst i de fall familjesituationen inte fungerar på grund av konflikter, sjukdomar eller där föräldrarna arbetar mycket. De unga kvinnorna upplevde i dessa fall både egna och omgivningens krav på

ansvarstagande för att hantera såväl familjebestyr som relationer samt egna och andras problem. Ett arbete som oftast varken syntes eller erkändes (se Wiklund & Bengs 2012).

Utöver socialt stöd från föräldrar så var även kamrater, särskilt kompisrelationer med andra unga kvinnor, ett viktigt stöd för de som hade vänner att anförtro sig till.

Vänskapsrelationer har även i andra studier visat sig ha en välgörande effekt för ungas psykiska välbefinnande (Almquist, Östberg, Rostila, Edling & Rydgren 2014). Här kan också olika aktiviteter på sociala medier ha en liknande effekt. Internet nämns till exempel som en möjlighet för att hitta vänner att anförtro sig till.

Ett exempel är att skriva dagbok på nätet som utvalda får läsa. I dessa kan man själv välja vad man vill berätta och slipper frågor som man kanske inte vill ha. Flera berättar även att nätet är en hjälp att våga berätta sin historia. Både att formulera den för sig själv och att berätta för vänner på Facebook eller i en blogg. Nätet används också för att söka information om psykisk ohälsa, men även för att hjälpa andra genom att delta i kampanjer för synliggörande av psykisk ohälsa eller genom att blogga om sina erfarenheter. Kim säger:

”Det är ju nu som jag har börjat våga och jag har ju bloggat också så jag har ju ... Börjat våga öppna mig den vägen. Jag var livrädd för att blogga om det från början men sen så övervann jag det där och kände att det är väldigt viktigt för andra att få ta del av detta. Så att jag kan hjälpa andra, så att andra inte blir lika rädda för att gå och söka hjälp.”

Önskan om att kunna hjälpa andra genom att ”dela med sig” av sin historia via olika former av medier kan ses som del i en läkeprocess och bidra till känslor av att bli bekräftad (Lundén 2007, se Näslund 2014). Det kan även hjälpa till att minska stigman kring psykisk ohälsa och sjukdom (Bengs, Johansson, Danielsson, Lehti & Hammarström 2008).

Internet och sociala medier kan också användas för att förmedla och hämta information om sjukdomar och ohälsa samt för att kommunicera sjukdomsupplevelser och erfarenheter. Sociala medier, särskilt material som användarna själva skapat, ger tillgång till värdefulla och kamratstödande berättelser (Fergie, Hunt & Hilton 2013). Internet kan därför fungera som en plattform för tillfrisknande och psykiskt välmående (Ridge & Ziebland 2006).

Att söka professionell hjälp

De intervjuade berättar om situationer när de sökt professionellt stöd, exempelvis inom skolhälsovården eller på en ungdomshälsomottagning. Flertalet av de som sökte hjälp deltog sedan i en genusmedveten intervention, en stresshanteringskurs för unga kvinnor, där de upplevde att de fick stöd. Bemötandet och kontinuiteten är avgörande för hur de unga kvinnorna uppfattade dessa kontakter.

Att bli lyssnad till och tagen på allvar

Att söka professionell hjälp upplevs ofta som ett stort steg och ibland som ett oöverstigligt hinder. Flera av de unga kvinnorna berättar hur avgörande det är att bli väl mottagen, att bli lyssnad till och tagen på allvar. Ett avvisande bemötande första gången kan hindra en från att våga söka igen. De berättar hur de sökt hjälp för att få prata med någon utomstående om sin situation. Daniela vill träffa *"någon som inte dömer utan kan hjälpa en"* eller önskar *"att man får komma och prata"* och att *"få bekräftelse på hur man känner. Att det är okej att känna så. Att bara få prata"*. Att bli bemött med respekt av en vuxen är centralt som Isabell berättar: *"Jag blev så glad hur som på vilket sätt jag blev bemött. För det var liksom någon som frågade mig liksom hur mår du nu? Hur är det och har du någon att prata med?"*.

Linn som varit mobbad under flera år i grundskolan, uttrycker emellertid en stark besvikelse och kritik mot skolan och psykiatrin i deras bemötande och oförmåga att se hennes behov: *"Jag har haft mycket kontakt med professionella, sedan om jag har fått ett professionellt stöd, det är en annan sak"*.

Också Felicia önskar att någon stöttat henne att söka hjälp tidigare. Hon berättar att även om hon länge insett att hon behöver hjälp så är det ett stort steg att ta sig för att kontakta någon. Betydelsen av att få stöd och att någon "pushar" kan vara avgörande i stället för att ens behov nonchaleras, *"det är inget du behöver ta tag i nu – det kanske tar sin tid"* eller *"det kan du göra sen"*.

En annan ung kvinna, Iris, som plågats av nedstämdhet under lång tid, berättar att hennes anhöriga tyckte att det bara var att *"rycka upp sig"*. Till slut sökte hon ändå hjälp, gick i samtal och tog medicin. Hon inser att hon hela tiden trott att det var hennes fel och känner en stor lättnad nu när hon äntligen mår bra:

*"... att må bra får ju en helt annan betydelse när man mått dåligt.
Kunna njuta av små saker i livet bara liksom, jamen vänner, kunna
umgås helt fritt med vänner utan att gå runt med det där mörkret, som
att man går runt med tegelstenar på ryggen."*

Unga kvinnors uttryck för psykisk ohälsa riskerar att bortförklaras eftersom de ibland tolkas som något "normalt" och övergående. Dessutom kan skammen över att inte må psykiskt bra påverka viljan att berätta om sina egentliga bekymmer. I stället behöver unga kvinnors ohälsa synliggöras och bemötas utan att för den skull sjukliggöras. Genom att sätta deras upplevelser i ett större samhälleligt och könat sammanhang kan medikalisering undvikas (Danielsson et al. 2011, Wiklund et al. 2013).

Medikalisering innebär att man tolkar och åtgärdar problem enbart utifrån medicinska orsaker utan att väga in ytterligare förklaringsfaktorer. Genom att fråga ungdomarna själva om deras livsomständigheter och om hur de har det i livet, framkommer oftast sådant som kan förklara deras situation i ett socialt sammanhang. Perspektiven kan på så sätt vidgas och visar ofta att deras svårigheter kan ha yttre orsaker som de kan behöva hjälp med att förstå och hantera. Orsaker som till exempel beror på rådande samhällsstrukturer och könsnormer kan de själva omöjligen bära skulden för. På så sätt kan behandlare hjälpa till att avlasta den unga från både skuld och skamkänslor med budskapet: det är inte ditt fel!

Att fånga upp komplex problematik

Kontinuitet är en annan viktig faktor för att fånga upp och respektfullt bemöta unga som söker professionell hjälp för psykisk ohälsa och komplex problematik. Det märks extra tydligt hos de som har erfarenhet av en längre tids kontakt med psykiatrin. Att återkommande få träffa samma person ger trygghet. Exempelvis Ingrid som mått dåligt länge med intensiva självmordstankar, tycker att hon *"hamnade mellan stolarna"* när hon strax efter sin 18-årsdag tvingades avsluta en välfungerande kontakt på BUP och blev överförd till vuxenpsykiatrin. Därefter har hon slussats fram och tillbaka och förlorat all tillit. Hon önskar därför att det ska finnas bra *"överslussningssystem"* som kan inge hopp för att orka stå ut.

Behovet av professionellt och lyhört bemötande är därför centralt för att fånga upp den psykiska ohälsans komplexa och varierande uttryck. Exempelvis har analyser av omständigheter i samband med självmord visat att ungefär hälften av de som tagit sitt liv haft kontakt med hälso- och sjukvården under sin sista månad i livet (Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa 2014).

Det är också välkänt att unga som mår psykiskt dåligt ofta söker för psykosomatiska problem, infektioner, ont i magen eller huvudvärk, utan att deras psykologiska och sociala svårigheter som till exempel hög skolfrånvaro uppmärksammas i mötet med vården (Anderson & Lindgren 2011, Jarbin et al. 2014). För att fånga upp denna komplexitet behövs lyhördhet, kompetens och rimlig konsultationstid. Dock visar undersökningar att ungdomar får kortare konsultationstider i vården än både barn och vuxna, vilket gör att de kan bli osynliggjorda (Christie & Viner 2005, Hafting & Garlov 2009, Patton & Viner 2007).

Med kännedom om vad som kan ligga bakom unga kvinnors psykiska ohälsa är det därför viktigt att ge de unga tillräckligt mycket tid och att ställa frågor som även fångar upp psykosociala aspekter, inklusive frågor om utsatthet och våld (Christianson 2014, Danielsson 2014, Wiklund, Malmgren-Olsson, Bengs & Öhman 2010). Att som professionell öka sin egen medvetenhet om könade föreställningar och förväntningar (så kallad genusbias) har också betydelse för bemötande och inriktning på behandling (Andersson 2012). Det är annars lätt hänt att lägga ytterligare ansvar på unga kvinnor att själva lösa sin situation i stället för att avlasta skuld och erbjuda stöd (Wiklund, Malmgren-Olsson, Bengs & Öhman 2010).

Tjejer kan stärka varandra i grupp

Ett flertal av de unga kvinnorna deltog efter intervju tillfället i en stresshanteringskurs inom skolhälsovården på gymnasiet eller på en ungdomshälsomottagning. Kurserna utgick från en genusmedveten och stödjande pedagogik (jfr empowerment). Syftet var att erbjuda en mötesplats för unga kvinnor med stressrelaterade problem där de kunde dela sina erfarenheter, få ökad kunskap om stress samt pröva och utveckla hanteringsstrategier (Strömbäck et al. 2013).

Det konkreta kursinnehållet utgick från en kombination av kroppsorienterade metoder som avspänning och kroppskännedom och reflekterande och medvetandegörande diskussioner på teman med avstamp i stress, könsrelaterade normer och ideal. Utvärdering av kursen visar statistiskt säkerställda minskningar av ångest, depression och kroppsliga besvär (Strömbäck 2014).

I intervjuerna framkommer att deltagarna upplever det stärkande att träffa andra jämnåriga med liknande problem (Strömbäck et al. 2013). De uppger att de fått tillgång till kroppsliga resurser för att hantera stress och att återhämta sig samt utvecklat ett mer tillåtande förhållningssätt till sig själva. De berättar om kursen som en ”social oas” där de i gemenskap med andra tjejer kunnat skapa utrymme för reflektion och återhämtning. Delade erfarenheter och stöd från andra jämnåriga bidrar till känslor av ökad delaktighet och egenmakt. Som exempel berättar Sandra om betydelsen av att både få uttrycka sig och lyssna till andra utan att bli negativt granskad:

”... jag har lärt känna mig själv lite bättre och ja, lärt mig se vad jag har för stress, vad som utlöser min stress och att det blir så när man träffas i en grupp, där alla har samma problem så vågar alla prata om saker. Och det är jätteskönt. Ingen dömer ju nån liksom.”

Deltagarna erbjöds ett forum för att utifrån ett genusperspektiv förstå och förändra sitt självkritiska beteende och uppvärdera sig själv. Camilla upplever att hon numera värderar sig själv högre: ”alltså det har ju vänt jättemycket, det (att nedvärdera sig själv) är ju absolut inte helt borta så klart, men förut var det kanske dagligen, men nu är det kanske en gång i månaden jag tänker så ...”.

I samkönade grupper kan igenkännande och bekräftelse från andra bidra till att individuellt ansvarstagande, skuldbeläggande och skamkänslor problematiseras och på så sätt minskas. Vidare kan könsrelaterade förväntningar och krav diskuteras och ifrågasättas. En sådan grupp kan skapa förutsättningar för en ”kollektiv förståelse” av unga kvinnors situation i förhållande till erfarenheterna av negativ stress och höga krav i stället för att deltagarna förstår problemen som deras eget fel och ansvar (Strömbäck et al. 2013).

Genom att synliggöra och uppmuntra olikheter och variationer inom gruppen är det möjligt att undvika normativa och könsstereotypa processer för att i stället skapa utrymme för utforskande av identiteter där såväl mångsidighet som aktörskap kan integreras (Oinas & Collander 2007). För många av de unga kvinnorna som sökte till stresshanteringskursen vid ungdomshälsomottagningen var det deras första steg i att söka hjälp. För några av dem var deltagandet i kursen den enda kontakt de hade med mottagningen medan det för andra blev en öppning för ytterligare eller fortsatt stöd (Strömbäck 2014). Fler liknande initiativ behöver utvecklas och utvärderas.

Sammanfattande reflektioner

Med tonvikt på tonårstjevers och unga kvinnors berättelser har vi försökt ge en bild av hur de uttrycker psykisk ohälsa och i vilka sociala sammanhang och relationer som ohälsan skapas. Berättelserna visar en komplex bild av såväl deras situation som symtom. Vi kan konstatera att kännedom om psykisk ohälsa och dess varierande uttryck är en viktig start för att fånga upp problemen i tid och för att bemöta unga med respekt.

Precis som i artikeltitelns citat uttryckte de unga kvinnorna ofta sin psykiska ohälsa i form av metaforer och bildspråk. Stress, rastlöshet och ångest beskrevs som att *"klättra på väggarna"*, *"åka berg- och dalbana"* eller att till slut *"gå in i väggen"*. Trötthet, nedstämdhet och depression beskrevs exempelvis som att *"säcka ihop"*, *"gå i mörker"* eller som att *"vara i en bubbla"*. Metaforerna förmedlar hur påfrestade, vilsna, uppgivna eller omskakade de kände sig. De förmedlar även hur stress och påfrestningar manifesterar sig i kroppsliga uttryck. Genom att använda sig av välkända och tydliga metaforer kunde deras upplevelser och känslor göras mer begripliga för dem själva och omgivningen.

Metaforerna förklarar även hur känslor och upplevelser samspelar med omgivningen. Erfarenheterna ges härigenom en vidare betydelse och placeras i ett större sammanhang. Liknande metaforer för kroppsliga manifestationer av känslouttryck används också av vuxna kvinnor med erfarenhet av depression och utbrändhet, exempelvis när de porträtteras i olika tidningsartiklar och medier (Bengs et al. 2008, Lundén 2007). Även de vuxna kvinnorna framställer sig och framställs som självreflekterande och emotionsfokuserade (Bengs et al. 2008, se Lupton 1998).

Som berättelserna vittnar om upplever många av de unga kvinnorna multipla stressfaktorer som till slut blir övermäktiga att hantera (se Wiklund, Bengs, Malmgren-Olsson & Öhman 2010, Wiklund et al. 2014). De unga kvinnorna uttrycker känslor av kaos på många plan i livet. De har hamnat i *"stressfällor"*, upplever *"overload"* och har svårt att strukturera tillvaron. De finner inga utvägar eller strategier för att förändra sin situation, i stället är de rädda att *"tappa greppet"*. Sociala faktorer som familj, skola och ekonomi har betydelse för deras erfarenheter av utsatthet, högt ansvarstagande och höga krav från omgivningen. Utifrån detta menar vi att psykisk ohälsa måste förstås i relation till det sammanhang unga befinner sig i och till rådande normer och inflytelserika samhällsströmningar arbete (se artikel *Dissonanser och möjligheter – i ljuset av genus, normativitet och samhällets individualisering* av Wiklund, Danielsson, Strömbäck & Bengs i kapitel *Forskarperspektiv på ungas psykiska ohälsa*).

Hur de unga kvinnorna använder sig av kroppsliga metaforer speglar dessutom upplevelser av svaghet, begränsning och underordning. De beskriver kroppen som ett *"hinder"* eller att de känner sig *"handikappade"* och ger därmed uttryck för känslor av begränsning och återhållenheter. I dubbel bemärkelse upplever de kroppen som ett problem då den inte är *"stark"* nog att klara de krav som förväntas, till exempel utbildning och arbete, men också att kroppen inte överensstämmer med rådande ideal om perfektion, smalhet och sexuell tillgänglighet (se Frisé et al. 2014, Wiklund, Bengs, Malmgren-Olsson & Öhman 2010).

Rädslan att bli psykisk sjuk är överhängande. Sådana upplevelser av otillräcklighet, begränsning och skörhet kan tolkas som att den normativa femininiteten förkroppsligas i känslor av att inte duga och att inte kunna förändra sin situation. Känslor av mindervärde och begränsat handlingsutrymme utmynnar i upplevelser av meningslöshet och ifrågasättande av den egna existensen – som sammantaget har betydelse för deras välbefinnande och tilltro till den egna förmågan (Strömbäck, Formark, Wiklund & Malmgren-Olsson 2014, Wiklund et al. 2014).

Analyserna åskådliggör också hur de unga kvinnornas kroppar och sexualitet blir föremål för skam, anpassning, tillfredställande av manliga behov och underordning. Deras genomgående uppfattningar om kroppen som ”*ful, fet och fel*” kan jämföras med hur kvinnors kroppar länge ansetts som problematiska, svaga och orena. Liknande fokus på missnöje med kropp och utseende har också uppmärksamats i andra studier och tolkats utifrån genusperspektiv (Bengs 2002, Bordo 2003, Wright, O’Flynn, & Macdonald 2006).

En problemorienterad och negativ syn på menstruation är ett annat tydligt exempel på hur kvinnokroppen och dess funktioner har nedvärderats och objektifierats genom historien och in i nutid (Oinas & Ahlbeck-Rehn 2007). Serietecknaren Liv Strömquist (2014) beskriver i ord och bild hur skammen att vara kvinna grundar sig på mångtusenåriga föreställningar om kvinnan som oren, eftersom hon har mens, en föreställning som återfinns i många religioner.

Även dagens västerländska normer och ideal om ung feminin kroppslighet placerar kvinnokroppen i en underordnad och objektifierad position (Bordo 2003), något som hos de intervjuade unga kvinnorna uttrycktes i kroppsligt missnöje och känslor av oduglighet samt ett kritiskt och distanserat förhållningssätt till sig själva och sina kroppar (se Danielsson et al. 2011, Strömbäck, Formark, Wiklund & Malmgren-Olsson 2014, Wiklund et al. 2014). Objektivering och sexualisering av kvinnokroppen kan öka utsattheten för intrång och kränkningar av den egna identiteten (Bartky 1990). Dessa tankegångar är värda att undersöka närmare i förhållande till unga kvinnors upplevelser av kropp och hälsa.

Erfarenheter av nedvärderande, kontroll och våld är viktiga att fånga upp när unga kvinnor söker hjälp för olika former av psykisk och psykosomatisk ohälsa (Christianson 2014, Wiklund, Malmgren-Olsson, Bengs & Öhman 2010). I intervjuerna framkommer erfarenheter av mobbning och våld parallellt med försök att vara till lags och duga inför det manliga könet, inte minst i sexuella relationer.

Även andra studier bekräftar att psykisk ohälsa kan dölja erfarenheter av sexuella trakasserier, kränkningar, våld och sexuella övergrepp – även på sociala medier (Gillander Gådin & Hammarström 2005, Landstedt & Persson 2014). Ett flertal av de intervjuade lyfter fram hur erfarenheter av utsatthet, kränkningar och våld påverkar självkänslan och tilliten till kroppen negativt (se Wiklund, Malmgren-Olsson, Bengs & Öhman 2010). I dessa berättelser uttrycks utsatthet och mindervärde.

Vidare är skolan och skolmiljön en plats där en del av de unga kvinnorna upplever sig sårbara och utsatta, även i relation till kropp och sexualitet. Skolan kan sägas vara en arena där könade maktkamper pågår. Öhrn (2002) visar i sin kunskapsöversikt om unga i skolan att maktrelationer mellan könen hör samman med rangordningen inom könen. Hon menar att gränsdragningen mot dominerande maskuliniteter markerar avståndet både till tjejer och till killar som inte är heterosexuella eller som visar ”feminina” uttryck.

Homosexualitet och femininitet rankas därmed lägre i den sociala hierarkin (Ungdomsstyrelsen 2010). Så upprätthålls maktrelationer där osäkerhet om att duga i sociala sammanhang och dålig självkänsla befasts hos tjejer och unga kvinnor.

Den oro för framtiden och förväntan om att leva livet på rätt sätt som belystes i intervjuerna visade sig ha betydelse för de unga kvinnornas oro, ångest och upplevelser av övermäktiga krav. Ungdomsforskaren Kåks (2007) menar likaså att unga lever efter föreställningar och normer om vad en ”bra” framtid är och bör vara, så kallade livsmanus. Att skaffa sig en bra utbildning, resa och etablera sig på arbetsmarknaden hör ihop med ett positivt laddat livsmanus. Precis som i våra intervjuer, visar Kåks (2007) att ”ordnade” förhållanden med kärnfamilj och barn enligt heteronormen är framträdande i ungas framtidstankar. Tvåsamheten och heterosexualliteten som norm kan emellertid problematiseras och ifrågasättas (Ungdomsstyrelsen 2010). Även sociologen Harris (2004) talar om de framgångsrika livsval och karriärvägar som speciellt unga kvinnor förväntas göra och följa för att nå framgång, men hur dessa inte självklart är tillgängliga för alla.

Att försöka fånga upp unga kvinnors egna beskrivningar och uttryck för psykisk ohälsa är värdefullt eftersom deras tankar och reflektioner ger viktig vägledning för hur problemen kan förstås och bemötas. Deras tankar om och erfarenheter av stöd kan ge vägledning för hur modeller för bemötande och behandlingsinsatser kan utvecklas och anpassas till deras specifika behov och livsvillkor. Erfarenheter som vi har med oss från kliniskt arbete med unga kvinnor som mår dåligt eller är vilsna i livet är att de behöver stöd att inse att det inte är deras fel för att i stället se sina styrkor och förmågor (Danielsson et al. 2011).

Unga kvinnors ansvarstagande och insatser på olika arenor behöver synliggöras och erkännas. Deras berättelser behöver höras, tas på allvar och debatteras. Inom hälso- och sjukvården, och även inom skolhälsovården, föreslår vi att hälsofrämjande och genusmedvetna interventionsmodeller i grupp kan bidra till att lätta bördan av skuld- och skamkänslor, och till att stärka personligt aktörskap och egenmakt hos unga kvinnor med stressrelaterade problem (Strömbäck et al. 2013).

Avslutningsvis vill vi betona att utvecklingen av genusmedvetna interventionsmodeller och förhållningssätt inom hälso- och sjukvård kan *skapa rum* för att möta och förstå tjejers och unga kvinnors psykiska ohälsa på såväl individuell som kollektiv och organisatorisk nivå (Strömbäck 2014). För en mer genomgripande förändring av tjejers och unga kvinnors hälso- och livsvillkor behöver deras situation emellertid föras upp på den politiska agendan och beaktas inom folkhälsopolitik och jämställdhetsarbete på olika nivåer.

Referenser

Almqvist, Y. B., Östberg, V., Rostila, M., Edling, C. & Rydgren J. (2014). Friendship network characteristics and psychological well-being in late adolescence: exploring differences by gender and gender composition. *Scand J Public Health* 42: 146–154.

Ambjörnsson, F. (2004). *En klass för sig: genus, klass och sexualitet bland gymnasietjejer*. Stockholm: Ordfront.

Anderson, E. & Lindgren, C. (2011). *Suicidprevention. Förslag till handlingsplan för suicidpreventivt arbete i Umeå kommun*. Umeå: Umeå kommun.

Andersson, J. (2012). *Genusgörande och läkarblivande: attityder, föreställningar och förväntningar bland läkarstudenter i Sverige*. Umeå: Umeå universitet.

Alfvén, G. (1999). *Barnpsykosomatik*. Lund: Studentlitteratur.

Bartky, S. L. (1990). *Femininity and Domination: Studies in Phenomenology of Oppression*. New York: Routledge.

Bengs, C. (2002). *Looking good. A study of generated body ideals among young people*. Umeå: Umeå universitet.

Bengs, C., Johansson, E., Danielsson, U., Lehti, A. & Hammarström, A. (2008). Gendered portraits of depression in Swedish newspapers. *Qualitative Health Research* 18: 962–973.

Bordo, S. (2003). *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. Berkeley, California: University of California Press.

Christianson, M. (2014). "Not Used But Almost..." A Gender and Agency Analysis of the Grey Zone Between Consensual and Nonconsensual Sexual Intercourse. *Health Care for Women International*: 14: 1–16.

Christie, D. & Viner, R. (2005). Adolescent development. *British Medical Journal*, 330(7 486): 301–304.

Danielsson, U. (2010). *Träffad av blixten eller långsam kvävning: genuskodade uttryck för depression i en primärvårdskontext*. Umeå: Umeå universitet.

Danielsson, U. (2014). Träffad av blixten eller långsam kvävning – genuskodade uttryck för depression i primärvårdskontext. I J. Bäfverfeldt (Red.), *Håller vi på att förvandla livet till en sjukdom?* Stockholm: Kunskapscentrum för jämlik vård, 66–85.

Danielsson, U. E., Bengs, C., Samuelsson, E. & Johansson, E. E. (2011). "My greatest dream is to be normal": the impact of gender on the depression narratives of young Swedish men and women. *Qualitative Health Research* 21: 612–624.

Ekman, R. & Arnetz, B. (2005) *Stress: Individen – samhället – organisationen – molekylerna*. Stockholm: Liber.

Fergie, G., Hunt, K., Hilton, S. (2013). What young people want from health related online resources: a focus group study. *Journal of Youth Studies*. 16(5): 579–596.

Frisen, A., Holmqvist Gattario, K. & Lunde, C. (2014). *Projekt perfekt: om utseendekultur och kroppsuppfattning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Folkhälsomyndigheten (2014). *Allmänt välbefinnande och självskattad psykisk hälsa bland 11-, 13- och 15-åringar i Sverige*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Gillander Gådin, K. & Hammarström, A. (2005). A possible contributor to the higher degree of girls reporting psychological symptoms compared with boys in grade nine? *European Journal of Public Health* 15: 380–385.

Hafting, M. & Garlov, I. (2009). "You may wade through them without seeing them": general practitioners and their young patients with mental health problems. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(3): 256–259.

Harris, A. (2004). *Future girl: young women in the twenty-first century*. New York: Routledge.

Jarbin, H., von Knorring, A.-L. & Zetterqvist, M. (2014). *Riktlinje depression 2014*. Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri. Stockholm: Svenska föreningen för barn och ungdomspsykiatri.

Jonsdottir, I. H., Nordlund, A., Ellbin, S., Ljung, T., Glise, K., Währborg, P. & Wallin, A. (2013). Cognitive impairment in patients with stress-related exhaustion. *Stress* 16: 181–190.

Kåks, H. (2007). *Mellan erfarenhet och förväntan. Betydelsen av att bli vuxen i ungdomars livberättelser*. Linköping: Linköpings universitet.

Lager, A., Berlin, M., Heimerson, I. & Danielsson, M. (2012). Young people's health: health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 3. *Scan J Publ Health* 40: 42–71.

Landstedt, E. & Persson, S. (2014). Bullying, cyberbullying, and mental health in young people. *Scand J Public Health* 42: 393–399.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lundén, M. (2007). Den kommunicerade utbrändheten: en studie av hur text blir till liv. *Nordicom Information*. 1: 17–29.

Lundgren, A. S. (2000). *Tre år i G. Perspektiv på kropp och kön i skolan*. Stockholm: Brutus Östlings bokförlag Symposium.

Lupton, D. (1998). Going with the flow. Some central discourses in conceptualising and articulating the embodiment of emotional states. In S. Nettleton & J. Watson (Eds.), *The body in everyday life*. London: Routledge, 82–99.

Modin, B., Östberg, V., Toivanen, S. & Sundell, K. (2011). Psychosocial working conditions, school sense of coherence and subjective health complaints. A multilevel analysis of ninth grade pupils in the Stockholm area. *Journal of Adolescence* 34: 129–139.

Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, NASP (2014). *Nyhetsbrev 11*. www.ki.se/nasp.

Näslund, H. (2014). *Berättelsen som en nyckel till förändring. Unga vuxnas upplevelse av psykisk ohälsa och omgivningens stöd*. Kandidatuppsats i sociologi, Sociologiska institutionen. Umeå: Umeå universitet.

Oinas, E. & Ahlebeck-Rehn, J. (2007). Blod, fläsk och performativitet – kropp och hälsa i feministisk forskning. I E. Oinas & J. Ahlebeck-Rehn (Red.), *Kvinnor, kropp och hälsa*. Lund: Studentlitteratur, 11–44.

Oinas, E. & Collander, A. (2007). Tjejgrupper – rosa rum, pippifeminism, hälsofrämjande? I E. Oinas & J. Ahlebeck-Rehn (Red.), *Kvinnor, kropp och hälsa*. Lund: Studentlitteratur, 275–299.

- Patton, G. C. & Viner, R. (2007). Pubertal transitions in health. *Lancet*, 369(9 567): 1 130–1 139.
- Renstig, M. & Sandmark, H. (2005). *Kvinnors sjukskrivning. Riskfaktorer för långtidssjukskrivning bland kvinnliga högre tjänstemän*. Stockholm: Karolinska institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, avdelningen för yrkesmedicin.
- Ridge, D. & Ziebland, S. (2006). "The Old Me Could Never have Done That": How people Give Meaning to Recovery Following Depression. *Qualitative Health Research* 16(8): 1 038–1 053.
- Salmela-Aro, K. & Tynkkynen, L. (2012). Gendered pathways in school burnout among adolescents. *Journal of Adolescence* 35: 929–939.
- Schraml, K., Perski, A., Grossi, G. & Simonsson-Sarnecki, M. (2011). Stress symptoms among adolescents: The role of subjective psychosocial conditions, lifestyle, and self-esteem. *Journal of Adolescence* 34: 987– 996.
- Socialstyrelsen (2013). *Psykisk ohälsa bland unga – underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statistiska centralbyrån (2014). *På tal om kvinnor och män. Lathund om jämställdhet 2014*. Örebro: Statistiska centralbyrån.
- Strömbäck, M. (2014). *Skapa rum. Ung femininitet, kroppslighet och psykisk ohälsa – genusmedveten hälsofrämjande intervention*. Umeå: Umeå universitet.
- Strömbäck, M., Formark, B., Wiklund, M. & Malmgren-Olsson, E.-B. (2014). The corporeality of living stressful femininity – a gender theoretical analysis of young Swedish women's stress experiences. *Young* 22: 271–287.
- Strömbäck, M., Wiklund, M. & Malmgren-Olsson, E.-B. (2013). "Girls need to strengthen each other as a group": experiences from a gender-sensitive stress management intervention by youth-friendly Swedish health services – a qualitative study. *BMC Public Health* 13: 907.
- Strömbäck, M., Wiklund, M., Salander Renberg, E. & Malmgren-Olsson, E.-B. (2014). Complex symptomatology among young women who present with stress-related problems. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi: 10.1111/scs.12154.
- Strömquist, L. (2014). *Kunskapens frukt*. Stockholm: Ordfront förlag.
- Thoits, P. A. (2010). Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior* 51: S41–S53.
- Ungdomsstyrelsen (2010). *Hon han hen – en analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen
- Ungdomsstyrelsen (2013a). *Ung idag 2013 – hälsa och utsatthet*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Ungdomsstyrelsen (2013b). *Fokus 13 – unga och jämställdhet*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- Wiklund, M. (2010). *Close to the Edge: Discursive, Gendered and Embodied Stress in Modern Youth*. Umeå: Umeå University.
- Wiklund, M. & Bengs, C. (2012). Working Hard to Create a Visible Self: Social Constructions of (In)Visibility in Relation to Girls' Stress. In G-M. Frånberg, C. Hällgren & E.Dunkels (Eds.), *Invisible Girl*. Umeå: Umeå University. s. 21–31.

Wiklund, M., Bengs, C., Malmgren-Olsson, E.-B. & Öhman, A. (2010). Young women facing multiple and intersecting stressors of modernity, gender orders and youth. *Social Science and Medicine* 71: 1 567–1 575.

Wiklund, M., Malmgren-Olsson, E.-B., Bengs, C. & Öhman, A. (2010). "He messed me up": Swedish adolescent girls' experiences of gender-related partner violence and its consequences over time. *Violence Against Women* 16: 207– 232.

Wiklund, M., Malmgren-Olsson, E. B., Öhman, A., Bergström, E. & Fjellman-Wiklund A. (2012). Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety and gender – a cross-sectional school study in Northern Sweden. *BMC Public Health* 12: 993.

Wiklund, M., Strömbäck, M. & Bengs, C. (2013). "En ribba att nå": unga kvinnors förkroppsligade stress i en neoliberal och könad kontext. *Tidskrift för Genusvetenskap*, 59–85.

Wiklund, M., Öhman, A., Bengs, C. & Malmgren-Olsson, E.-B. (2014). Living close to the edge: Embodied dimensions of distress during emerging adulthood. *SAGE Open* 4.

Wright, J., O'Flynn, G. & Macdonald, D. (2006). Being fit and looking healthy: young women's and men's constructions of health and fitness. *Sex Roles* 54: 707–716.

Öhrn, E. (2002). *Könsmönster i förändring? – en kunskapsöversikt om unga i skolan*. Stockholm: Skolverket.

Samtal som behandling av unga som upplevt våld i föräldrarnas parrelation

Åsa Källström Cater, Örebro universitet

Barn och unga kan utsättas för våld i föräldrarnas parrelation under kortare eller längre perioder i sitt liv. Föräldrars kränkningar, explicita eller implicita hot och våld kan vara barns vardagsmiljö under lång tid av uppväxten och eskalera till livshotande eller till och med dödligt fysiskt våld (se Edleson 1999, Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith & Jaffe 2003). Att under uppväxten uppleva sådant våld mellan föräldrarna ökar risken för att utveckla känslomässiga eller psykiska problem som depression eller posttraumatisk stress samt beteende- och relationsproblem (se Holt, Buckley & Whelan 2008, Kitzmann, Gaylord, Holt & Kenny 2003, Wolfe et al. 2003).

De kortsiktiga konsekvenserna av sådana erfarenheter är väl belagda av forskning, men det finns också exempel på att sådana upplevelser under tidig barndom kan ha konsekvenser även under ungdomsåren⁴⁸ (jfr Cater, Miller, Howell & Graham-Bermann in press, Dube, Anda, Felitti, Edwards & Williamson 2002, Moylan et al. 2010). Våld mot mamman verkar dock påverka tonåringars psykosociala hälsa mindre än yngre barns, kanske för att ungdomar har bättre möjligheter att undvika våldet eller har mer känslomässig distans till sina föräldrar (Levendosky, Huth-Bocks & Semel 2002). Medan den tidiga barndomen för dessa barn ofta präglas av rädsla, så kan hemlighållanden och känslor av skam och utanförskap göra det svårt för dem att etablera och fördjupa relationer senare (Holt et al. 2008).

Men om, hur och hur mycket en ung person som exponerats för föräldrarnas våld reagerar varierar. En del verkar kunna uppbringa motståndskraft för att hantera våldsupplevelser och därigenom bemästra sina erfarenheter utan långvarig skada för sin psykiska utveckling (se Howell, Graham-Bermann, Czyz & Lilly 2010, Levendosky et al. 2002). Risken för att den ungas psykiska och psykosociala hälsa och utveckling ska påverkas negativt ökar ju allvarligare och mer långvarigt det våld som den unga har upplevt är. Även förekomsten av andra stressfaktorer i familjen påverkar risken av andra former av våld, missbruk eller svårigheter i föräldraskapet (se Turner, Finkelhor & Ormrod 2010). Att unga har motståndskraft betyder dock inte att de inte har påverkats.

Hur en ung person tolkar och förstår sina upplevelser av föräldrarnas våld kan påverkas av samtal med andra. Socialt stöd, till exempel i form av tillgång till och en positiv relation till en icke-förövande förälder eller annan vuxen stödperson samt sammanhang och stabilitet i omgivningen, verkar vara en viktig faktor för att kunna hantera våldsupplevelser (Geffner, Igelmann & Zellner 2003, Guille 2004, Osofsky 2003). Ett sätt att minska vissa av problemen som nämnts ovan är därför att de unga ges möjlighet att tala om sina upplevelser (se Graham-Bermann 2001, Jouriles et al. 2001). Att inom ramen för en professionell samtalsbaserad stöd- eller behandlingsinsats få möjlighet att prata om sina erfarenheter har visat sig kunna förhindra eller minska många problem (se Cohen, Mannarino & Iyengar 2011, Graham-Bermann, Howell, Lilly & DeVoe 2011, Jouriles et al. 2001, Lieberman, van Horn & Ippen 2005).

⁴⁸ Med *barn* avses i denna studie åldern 0–18 år (jfr SoL 1 kap. 1 § och Barnkonventionen 1989). Med *ungdom* avses cirka 13–25 år (jfr prop. 2004/05:2).

Även i Sverige har utvärderingar visat försiktigt positiva resultat (se Broberg et al. 2011, Cater 2009, Cater & Grip 2014). Men mer nyanserad kunskap om hur stöd- och behandlingsinsatserna fungerar i praktiken behövs för att förstå varför vissa ungas psykosociala hälsa inte förbättras, och att en del ungas traumasymtom till och med ökat efter att de deltagit i en insats (jfr Broberg et al. 2011). För att nå kunskap om hur unga tillgodogör sig de insatser som erbjuds och vad de själva finner är viktigt behövs insikt i vad unga själva har att säga om insatserna.

Mot denna bakgrund är syftet med den här artikeln att analysera vad unga, som deltagit i samtalsstöd efter våld i föräldrarnas parrelation, själva uttrycker som värdefullt i relationen med en vuxen behandlare⁴⁹. Fokus är på vad unga själva beskriver som värdefullt i den behandlande relationen och hur de kan använda en sådan relation som en resurs för förbättrad psykosocial hälsa.

Studiens perspektiv på ungas hantering av våld

Barndomssociologins syn på unga som kompetenta aktörer (se Corsaro 2011, Mayall 2002, Qvortrup 2005) utgör i denna artikel en grund för förståelsen av hur sådana kriser och trauman som våld kan genereras och hanteras av unga. Istället för att se barndomen som en period av utveckling mot det framtida målet, att bli vuxen, lägger barndomssociologin fokus på barns och ungas liv och villkor under barndomen (Eriksson, Cater, Dahlkild-Öhman & Näsman 2008). I linje med detta fokus ses också barn och unga inte i första hand som objekt för vuxnas ansvar utan som kompetenta aktörer som själva iakttar, tolkar, bedömer och väljer att agera i relation till sin omgivning.

Under tonårstiden genomgår de flesta ungdomar puberteten, konsoliderar kognitiva förmågor och uppnår vissa sociala privilegier och många utvecklar allteftersom ekonomisk och känslomässig självständighet från föräldrarna och förmåga till intimitet med andra (Herman 2012). Att använda ett barndomssociologiskt synsätt i en studie om ungdomars återhämtning efter våld kräver därför både insikt i hur ungas utsatthet kräver vuxnas ansvar och i ungas reaktioner i förhållande till våldet, de behandlande samtalen och den behandlande relationen. Det kräver också förståelse för både de erfarenheter som barndomen innebär, och den unges positioner i relation till föräldrarna och den vuxna behandlaren, och för vad det innebär att snart byta position från barn till vuxen (jfr Uprichard 2008).

Barn och unga som överväldigas av traumatiska händelser riskerar att utveckla posttraumatisk stress som kännetecknas av påträngande minnen, förhöjd alarmberedskap, undvikande och känslomässig avtrubning. Detta kan leda till negativa förändringar i humör, tankar och självuppfattning (Connor, Ford, Arnsten & Greene 2014). Händelser i sig är med andra ord inte traumatiska, utan upplevelsen och tolkningen av dem definierar dem som sådana (Cameron, Elkins & Guterman 2006). Detta gör att händelser som ter sig mindre dramatiska för en person, kan vara traumatiska för en annan. Att förstå hur våld påverkar unga kräver med andra ord insikt i betydelsen av hur individer aktivt tolkar sina upplevelser. Inom den här artikelns barndomssociologiska perspektiv på ungas hantering av våld ingår att synliggöra hur ungdomarna agerar såväl i direkt relation till våldet som inom de behandlande relationer våldet nödvändiggör.

⁴⁹ Jag använder ordet *behandlare*, även om de som höll i samtalen inte alltid vill kalla sig det, för att kunna sätta fokus på de olika rollerna inom den behandlande relationen mellan den person som höll i samtalen och den unga person som deltog i dem, en person som jag ibland nedan kommer att kalla *brukare* av samma skäl.

Litteraturen om känslor och kön/genus har varit fylld med påståenden om att män, till skillnad från kvinnor, ignorerar, förnekar eller undertrycker sina känslor. Å ena sidan har forskning funnit att kvinnor oftare använder känslfokuserade strategier som att söka stöd eller uttrycka sina känslor inom ramen för sociala relationer, medan män tenderar att hantera sina upplevelser genom undvikande, distansering eller distraktion (se Copeland & Hess 1995). Men forskningsresultaten är motstridiga då exempelvis Nolen-Hoeksema och Aldao (2011) inte fann några sådana könsskillnader.

För att förstå ungas beskrivningar av vad som är värdefullt i relationen med en vuxen behandlare så menar jag därför att det krävs både en förståelse för vilken roll kön och ålder generellt kan spela och en öppenhet för individuella skillnader. En förståelse av ungdomarna som aktiva subjekt som söker hantera sina upplevelser måste kombineras med en förståelse av innebörden i att ännu vara beroende av föräldrarna. Tonåringar har generellt mer utvecklade kognitiva förmågor, högre förväntningar på sig själv och av andra och en tydligare orientering mot jämnåriga och ett liv som vuxen än yngre barn. Samtidigt delar de också viktiga livsvillkor med yngre barn i beroendet av de föräldrar som utsatt dem för våld och i att relationen mellan en vuxen behandlare och den unga kan vara tämligen ojämlig (jfr Cater 2014).

Metod

Denna artikel bygger på kvalitativa intervjuer gjorda inom en utvärdering av en interventionsmodell för barn och unga som upplevt föräldrarnas våld inom parrelationen, kallad *Trappan-modellen* (Arnell & Ekbohm 2010, Cater 2009, Cater & Ekbohm 2014). Efter *Trappan-samtal* samt ett år efter att samtalen avslutats intervjuades alla barn och unga med hjälp av öppna frågor om insatsen. Dessa intervjuer syftade till att identifiera barnens uppfattningar och beskrivningar av insatsen. I denna artikel har intervjuerna med ungdomarna över 12 år använts för att analysera vad de uttrycker som värdefullt i relationen med en vuxen behandlare och hur de kunnat tillgodogöra sig relationen med den vuxna behandlaren för att återhämta sig psykosocialt från sina våldsupplevelser.⁵⁰

Trappan-modellen utvecklades av Rädda Barnen och beskrivs i en handbok av Arnell och Ekbohm (2010). Krissamtalen bygger på tre steg:

- (1) etablering av kontakt med den unga
- (2) rekonstruktion av den våldsamma händelsen med den unga
- (3) att lära den unga om krisreaktioner och trauma (Arnell & Ekbohm 2010).

⁵⁰ Denna studie finansierades av Regionförbundet Uppsala län och Allmänna Barnhuset. Slutsatserna är dock författarens egna.

Målet är att ge den unga en möjlighet att hantera sina traumatiska upplevelser. Interventionen består av enskilda sessioner under 30–60 minuter under vilken handboken möjliggör en flexibel användning av de teman som föreslås. Alla barn och unga som är inskrivna för Trappan-samtal vid en enhet som ger denna insats under ett års tid inkluderades i studien. För detaljer om urval, kontakten med barnen och ungdomarna och samtycke, se Caters rapport *Trappan-modellen för samtal med barn som upplevt våld i familjen* (2009).

Totalt fick 36 barn Trappan-samtal vid enheten under det år som datainsamlingen pågick. I denna studie ingår det nio av dessa ungdomar (fyra killar och fem tjejer) som var 12–19 år vid tidpunkten för den första intervjun och som medverkade vid en av eller vid båda intervjuerna. Killarna var i genomsnitt 14 år och tjejerna 17 år. Då tre av tjejerna och en av killarna endast medverkade vid den första intervjun och då två av tjejerna och tre av killarna även medverkade vid den andra, baseras analyserna på totalt 14 intervjuer (nio gjorda direkt efter avslutad insats och fem efter ett år). Eftersom den här artikeln inte syftar till att jämföra vad ungdomarna sa direkt efter samtalen med vad de uttryckte ett år senare så lades de två intervjuerna (vid första och andra tillfället) ihop för de ungdomar som intervjuats två gånger för att snarare bilda ett fylligare underlag för analyserna.

I intervjuerna användes en lågt standardiserad och lågt strukturerad intervjuguide med öppna frågor (jfr Andersson 1998). Intervjuerna innehöll bland annat frågor som:

- Kan du berätta vad samtalen har betytt för dig?
- Är det något som blivit svårare eller lättare för dig sedan du varit med om de här samtalen?
- Var det något särskilt som [behandlaren] sa eller som ni gjort som gjorde skillnad för dig?

Frågorna formulerades individuellt i kommunikation med varje informant, beroende på hans ålder och mognad. De ungas beskrivningar förtydligades och fördjupades genom öppet formulerade uppföljningsfrågor baserade på vad den unga sagt och hur hen uttryckt sig tidigare i intervjun (jfr Greig & Taylor 1999, Korkman, Santtila, Westeråker & Sandnabba 2008, Patton 1990).

Intervjuerna tolkades med hjälp av en riktad innehållsanalys (jfr Hsieh & Shannon 2005). De övergripande kategorier som identifierades var

- generella utsagor om att tala med en vuxen behandlare om våld inom ramen för en stödintervention
- aspekter som ungdomarna uttryckte var särskilt betydelsefulla för dem i dessa samtal
- hur de själva beskrev den förbättring som de upplevde att samtalen gynnat.

De tre kategorierna hänger ihop och bildar tillsammans en förståelse för vad unga uttrycker som värdefullt i relationen med en vuxen behandlare i samband med samtalsstöd efter våldsupplevelser och hur de kunnat tillgodogöra sig relationen med den vuxna behandlaren för att återhämta sig psykosocialt. Vad de unga generellt uttryckte om samtalen och det professionella mötet var nödvändigt för att förstå de specifika aspekter som de uttryckte som värdefulla. Värdet av att få tala med någon var för flera direkt kopplat till att de upplevde att problemen minskat efter samtalen. Och vad de uttryckte att samtalen hjälpt dem med – respektive inte hjälpt dem med – ger en ram för att förstå det de uttryckte som värdefullt, det vill säga ger en fingervisning om i vilka specifika avseenden sådana aspekter kan spela roll.

För att skydda ungdomarnas identitet så anges endast deras kön och *i undre tonåren* (12–14 år, 3 stycken) respektive *i övre tonåren* (15–19 år, 6 stycken) efter citaten i resultatredovisningen nedan. Därmed ges läsaren en viss inblick i intervjumaterialets karaktär samtidigt som identifiering av enskilda deltagare försvåras.

Resultat

Analysen av intervjuerna visade några tydliga mönster. För det första uttryckte sig alla ungdomarna positivt till att ha fått tala om våldet samtidigt som många också beskrev att det är svårt och jobbigt att tala om sina våldserfarenheter. För det andra så kunde en tydlig ålderskillnad identifieras för vad ungdomarna uttryckte att de uppskattade när det gällde hur den vuxna behandlaren agerade för att hantera det svåra ämne som samtalen handlade om. För det tredje så kunde de förbättringar i den egna psykosociala hälsan som ungdomarna beskrev hänföras till såväl depressiva som traumatiska aspekter av våldserfarenheterna, medan den rädsla som en deltagare beskrev framstod som en begränsning i vad sådana samtal kan hjälpa till med. Nedan presenterar jag dessa resultat.

Bra att tala om våld med en vuxen behandlare

Alla ungdomarna uttryckte sig positivt till att ha fått tala med en vuxen behandlare om våldet, samtidigt som många också beskrev att det är svårt och jobbigt att tala om sina våldserfarenheter. Att våldet ägt rum långt tillbaka i tiden verkade inte spela någon avgörande roll för om den unga beskrev att det varit positivt eller negativt att prata om det.

En positiv erfarenhet

Alla ungdomarna uttryckte på olika sätt att det varit en huvudsakligen positiv upplevelse att få tala med en vuxen yrkesperson om det våld de varit med om. Några uttryckte detta i tämligen generella ordalag:

”Om det inte varit bra, så skulle jag inte kommit så många gånger.”

(Kille i övre tonåren)

”Jag tror på att man ska prata, det är vad jag personligen tror.”

(Tjej i övre tonåren)

Men för de flesta verkade värdet av att få tala med någon direkt kopplat till att de upplevde att problemen minskat efter samtalen:

”Det är ju lite bra [att ha pratat om det som hänt], annars ligger man ju bara och tänker på det. Att prata med någon som inte var med, så får man ju höra deras åsikt också.”

(Tjej i undre tonåren)

Att alla ungdomarna uttryckte sig positivt om samtalen måste delvis förstås utifrån att intervjuerna ägde rum efter att insatsen avslutats och ungdomar som tyckt att samtalens negativa aspekter övervägde dess positiva kunde ha avbrutit innan intervjuerna blev aktuella.

Totalt sett så indikerar dock de undantagslöst positiva beskrivningarna av att ha talat om sina upplevelser av våld i föräldrarnas parrelation att ingen av de intervjuade ungdomarna uppfattat att den behandlande relationen inneburit allvarliga kränkningar eller andra svek mot det förtroende de gett behandlarna.

Det kan vara smärtsamt att tala om våld

Trots att alla ungdomarna som deltog i intervjuerna uttryckte sig positivt om att ha fått tala om våldet, så uttryckte flera av ungdomarna också att det varit jobbigt:

”När man väl gick igenom allting så blev det väldigt jobbigt, det var ju inte smärtfritt ... att dra upp alla händelser och minnen som man försökt trycka bort långt in fick man gräva upp och gå igenom och så där.”

(Tjej i övre tonåren)

Att ungdomarna uttryckte att det känts smärtsamt att berätta om det som hänt är begripligt, då ett av de vanligaste symtomen vid posttraumatiskt stressyndrom är att man försöker undvika allt som på något sätt påminner om den traumatiska händelsen (Connor et al. 2014). Samtidigt uttryckte också några att det efteråt uppstått en känsla av lättnad:

”Jag tycker inte om att prata så mycket. Att dra upp allt som har hänt när man har börjat läka lite, det har varit jättejobbigt. Det var jobbigt just när man skulle prata om det. Nu är det inte jobbigt när jag pratade om det förut.”

(Tjej i undre tonåren)

Att våldsupplevelserna ligger bakom en behöver med andra ord inte betyda att våldet upphört. Kanske kan det vara svårt för unga att tala om våld när det ligger nära i tiden för att man då ännu är mitt uppe i det och när det ligger långt bak i tiden för att man antingen faktiskt delvis kunnat lägga det bakom sig eller för att man hoppas kunna göra det. Och kanske blir de många andra processer som pågår och kräver fokus och engagemang under ungdomstiden särskilda incitament att lägga våldet bakom sig och gör det svårt att senare ta upp och tala om tidigare smärtsamma upplevelser. Att få hjälp att komma över impulser att försöka undvika att tala om den traumatiska händelsen kan vara nödvändigt för att kunna lägga den bakom sig.

Inga könsskillnader kunde identifieras av hur ungdomarna uttryckte att de vid tillfället för intervjun uppskattade att få ha talat om våldet inom ramen för en behandlande relation med en vuxen. Även om det endast var äldre tonåringar som gav tydligt uttryck för att det varit smärtsamt att tala om våldet i intervjuerna, så är det vanskligt att dra några slutsatser om att åldern egentligen skulle ha betydelse för detta eftersom både de yngre och de äldre ungdomarna beskrev hur de vuxna behandlarna kunnat hantera detta (se nedan). Snarare tolkar jag dessa uttryck som en bakgrund till hur viktiga de anpassningar som presenteras nedan kan vara för ungdomar i samtalsbehandling när ämnet är just upplevelser av våld.

Vad de unga uppskattade särskilt med den behandlande relationen

Å ena sidan kan man tolka ungdomarnas samstämmigt positiva beskrivningar av samtalen i ljuset av att de upplevde sig må bättre efteråt. Å andra sidan kunde två tydliga mönster identifieras i intervjuerna utifrån vad de yngre respektive de äldre ungdomarna särskilt uppskattade med den behandlande relation de ingått i. De aspekter som inom dessa mönster lyftes fram av ungdomarna kan förstås som bärande när behandlande relationer just har att tala om våld som syfte och mål och när brukaren just är i ungdomsåren.

Att få "gå in i och ut ur" våldet beskrevs som värdefullt bland de yngre

Det första av dessa mönster representeras endast av alla ungdomarna i de undre tonåren. När de yngre ungdomarna beskrev att samtalen hjälpt eller att det varit bra att prata, så var det inte alltid endast tal som avsågs. I stället uttryckte de på olika sätt att det varit särskilt positivt att kunna *gå in i och ut ur* själva våldet under samtalen. Av vissa uttrycktes detta i form av exempel på hur de fick rita eller skriva:

*"Vi har berättat om känslor och om hur det är och ritat och så har vi pratat. ---
Skriva och prata mycket. Skrivit vad som hänt och så. Ritat det som hände.*

I: Var något särskilt bra [med samtalen]?

"När vi ritade. Det är skönare att rita än att prata. Man ritat typ som en serie. Sex bilder. Från början till slutet. Och sen pratar man om det. Allt var nästan kul."

(Kille i undre tonåren)

"Det var jättebra att prata med [behandlaren]. Vi brukar prata om resor och leka och ha kul tillsammans. --- Prata om det som hände och rita hur det ser ut och sånt."

(Kille i undre tonåren)

Det verkar med andra ord som om ritandet var en särskilt uppskattad aspekt av samtalen. Ritandet verkar också direkt kopplat till själva våldet på så sätt att citaten indikerar att det var just våldsminnena de fäst på bilder. Även om det förefaller vara så att de fick rita situationer som hade med våldet att göra, så tolkas här beskrivningarna mot bakgrund av ungdomarnas beskrivningar av att det kunde vara smärtsamt att tala om våldet och att i detta perspektiv kunde ritandet vara ett slags avbrott i samtalet om våldet, fastän bilderna handlade om det.

Andra beskrev aktiviteter som å andra sidan inte verkar kopplade till våldssamtalen alls och vilken betydelse dessa haft för dem:

I: Vad har varit bäst med samtalen?

*”När vi har kul tillsammans, lekar... spela spel med [behandlaren].
Tärningsspel. --- Spelen var kul och då började man skratta och då tänkte
man mindre på [våldet].”
(Kille i undre tonåren)*

I: Vad har varit bäst med samtalen?

*”Jag vet inte, men det var väl en gång och då satte vi oss och spelade spel och
det hjälpte väl lite då att man kan ta hänsyn till att man är deppig och så.”
(Tjej i undre tonåren)*

Därmed kan två olika sätt för de vuxna behandlarna att erbjuda ungdomarna en frist från det våldsfokuserade samtalet identifieras; å ena sidan en aktivitet kopplad till våldsupplevelsen, men som kunde ta fokus ifrån själva samtalet om än för en stund och å andra sidan ett avbrott från våldstemat genom att göra något helt annat för att senare återkomma till våldsupplevelserna.

Bland de äldre tonåringarna fanns också ett exempel som liknade att *gå in i och ut ur* våldet:

*”Våldet berörde inte mig, men alla är i behov att prata om sig själva,
personliga saker som har hänt. Men mycket har relaterat till händelsen och
till relationen till den mannen som min mamma var tillsammans med.”
(Kille i övre tonåren)*

Det denne kille beskriver verkar också på ett sätt vara att *gå in i och ut ur* våldet, men på ett annat sätt inte. Här är det inte frågan om helt andra aktiviteter utan om att sätta våldet i relation till hans eget mående. Till följd av mammans mans våld, så kunde killen inte tåla mannen och fick därmed en dålig relation till både honom och sin mamma, och kände sig därmed utanför, ensam och otillräcklig. Men han själv verkade inte riktigt innan samtalen ha gjort kopplingen mellan mannens våld och sitt eget mående, vilket är ett troligt skäl till att samtalen behandlade alla dessa delar. Detta tolkar jag alltså inte som att *gå in i och ut ur* våldet, utan att fokus för den här killen låg på våldet hela tiden med målet att han skulle förstå hur upplevelserna av våld mot mamman hängde ihop med hur han själv mådde.

Däremot tydliggör detta exempel att det jag menar med att gå in i och ut ur våldet handlar om att under samtalstillfället tillfälligt bryta upp från samtalet om själva våldet och göra något helt annat för en stund och därefter komma tillbaka till att samtala om våldet igen. Detta oavsett om det ”helt andra” var att tala om resor eller spela spel eller rita, även om det handlade om att rita en situation kopplad till våldet, eftersom båda dessa typer av ”avbrott” innebär en slags ”behandlande vila” i bemärkelsen att få en stunds frist från aktiv bearbetning av våldet.

När en vuxen behandlare har i uppdrag att tala med en ung person som upplevt våld, så föreligger en mängd faktorer som ökar risken för att den vuxna – utan avsikt – gör samtalet överväldigande för den unga: olika roller inom relationen och skillnader i mognad och hur mycket man orkar tala om våld (jfr Cater 2014). Även om det givetvis kan vara smärtsamt för en behandlare att tala om våld (sekundär traumatisering), så torde det vara ännu mer så för den som faktiskt var med om det (retraumatisering). Att den vuxna erbjuder möjligheter att tillfälligt ”vila” från smärtsamma samtalsämnen kan då vara ett sätt att hantera sådan maktojämlikhet i relationen. Medan att rita också kan innebära en tillfällig frist från själva den behandlande relationen, så kan exempelvis att spela spel tillsammans snarare vara ett sätt att direkt stärka den.

Att som ”nästan vuxen” få bli lyssnad till med empati

Det andra mönstret angående vad ungdomarna särskilt uppskattade med samtalen och den behandlande relation de ingått i avser de äldre tonåringarna. Bland dem var det i stället att behandlaren hade hanterat själva samtalen på speciella sätt som lyftes fram som särskilt positivt. I några intervjuer beskrevs vikten av att bemötas med förståelse för och bekräftelse på vilka känslor våldsupplevelserna gett upphov till:

I: Vad har varit bäst med Trappan?

”Att få prata och få stöd. --- Alltså, det går ju inte att få något ogjort eller garanterat ’nu mår du bra’. Men att om jag berättar, uppmuntran. Någon som verkligen lyssnar på det du säger och inte bara sitter där och nickar utan ger – kanske inte råd och tips – kanske svarar ’det måste ha varit hemskt för dig’. Alltså, för mycket av sånt kan bagatellisera ... Kanske få höra att man hade rätt. Att ’det var inte du som gjorde fel. Det måste ha varit väldigt ledsamt för dig, det var han som gjorde fel.’ Inte för att det har blivit sagt så mycket, men en del såna kommentarer.”

(Tjej i övre tonåren)

”[Behandlaren] förklarade för mig väldigt bra och första gången jag pratade så lyssnade han på ett sånt sätt som jag tror de flesta vill bli lyssnade på. --- För mig så ser det ut som att han tar del av det som sägs och han kan prata om det på ett moget sätt som man inte har tänkt på det innan ...”

(Kille i övre tonåren)

I en intervju konkretiserades innebörden i en sådan relation med en vuxen i en hjälpande roll genom att kontrastera mot en tidigare erfarenhet:

”Alltså, det finns ju en skolkurator på min skola. Det var henne jag vände mig till först och det var lite hur hon hanterade ... Hon vände sig till läraren utan att ha talat med mig först. --- Det kom fram en lärare till mig i korridoren och var jätteallvarlig och frågade 'är det okey hemma?' och så där och jag var jätte- 'jaha!?', och sen fick jag en liknande reaktion från en annan lärare och jag tyckte hon skulle ha pratat med mig innan. --- Jag tyckte det var fel av henne att berätta för andra innan att ha rådgjort med mig.”

(Tjej i övre tonåren)

Eftersom en empatisk förståelse av den ungas situation med våldet i hemmet knappast är möjlig i kombination med att bryta förtroenden på sådana sätt som beskrivs i citatet, så är min tolkning att känna förtroende för behandlaren till följd av att denna betar sig på ett förtroendeingivande sätt ett uttryck för sådan upplevd empati.

I en annan intervju beskrev den unge hur den vuxna behandlaren erbjöd ett valalternativ för hur samtalen skulle gå till som uppskattades och möjliggjorde samtalen:

”Första gången frågade hon mig om jag skulle prata eller om hon skulle ställa frågor och det som gjorde det mycket enklare var att jag sa att hon fick ställa frågor för det gjorde det mycket enklare för mig. Det gjorde bara skillnad. --- Jag har alltid haft svårt att förklara saker. Jag har alltid haft problem med att bara börja prata. Enklare om någon frågar så att jag får tänka till över vad det är jag vill säga.”

(Tjej i övre tonåren)

Kanske är sådana konkreta exempel på vad de vuxna behandlarna gjorde inom ramen för samtalen det som utgör den känsla av att ha blivit behandlad som en jämlik som en tjej uttryckte:

”Hon var inte som alla andra. Hon var väldigt ... Hon pratade med mig som om jag var en ... Jag kände aldrig när jag var här att jag hon behandlade mig som, utan mer som om jag var en vän, lika värd, liksom. Jag kände mig aldrig underlägsen, alltid lika värd som hon. Jag fick betydelse. Jag tror det var hennes sätt, liksom. Hon var inte så här: nu har vi dagordningen. Vi tog det lite som det kom. Om jag kom hit och kände att jag orkar inte ta upp så mycket idag. Det blev liksom inte bara på mina villkor, men bådas. Jag kände verkligen att det är jag som betyder något.”

(Tjej i övre tonåren)

I det här exemplet framkommer också en beskrivning av en slags anpassning från behandlaren sida (om tjejen inte orkade ta upp så mycket som ”dagordningen” påbjöd, så behövde hon inte det). Men det som framför allt är tydligt är vad en sådan anpassning, kanske i kombination med andra faktorer som dock inte nämns, fick henne att känna, nämligen en känsla av värde och att betyda något.

I min tolkning hänger ungdomarnas uttryck om empati, förtroende och jämlikhet ihop. Eller snarare kan man säga att de blir begripliga i relation till varandra och i relation till att man som ung person i en relation med en vuxen i en behandlande roll med fokus på egna smärtsamma minnen kan vara mycket utsatt. Att vara i en livsfas (ungdomen) som präglas av att snart träda in i en annan livsfas (vuxen) (jfr Uprichard 2008) som torde innebära att bli behandlad som en vuxen och känna sig jämlik med en vuxen i en behandlande roll, kan förstås som en viktig symbol för att man uppfattas som redo att välkomnas i den nya gruppen.

I intervjumaterialet identifierades alltså ett mönster bestående av att de yngre deltagarna i studien hade uppskattat att ha fått rita eller tala om annat under samtalen och de äldre av att den behandlande relationen präglats av empati. Frågan är om detta speglar de yngre tonåringarnas större behov (än de äldres) av att ”leka” och göra andra saker under behandlingssamtal, respektive de äldre tonåringarnas större behov (än de yngres) av att bemötas med empati eller om det snarare speglar behandlarnas föreställningar om vad yngre respektive äldre tonåringar behöver. Man kan också reflektera över ålderns eller livsfasens betydelse i förhållande till samtalens ämne. Medan att tillåtas gå in i och ut ur samtalet kan antas vara särskilt viktigt för upplevelser av våld, så kan man tänka sig att känna sig empatiskt och jämlikt behandlad mer har att göra med den livsfas man är i under sena tonåren, än med att samtalen just är våldsinriktade.

Det är i ljuset av hur ungdomarna beskrev vad återhämtningsprocessen bestod i som vikten av att kunna gå in i och ut ur våldet och att uppleva den behandlande relationen som präglad av empati, förtroende och jämlikhet blir begripligt. Detta utgör resultatets tredje del.

Samtalens möjligheter och begränsningar vid psykosocial återhämtning

Intervjuerna innehåller också beskrivningar av hur ungdomarna kände sig innan de kom till stödsamtalen i relation till vad de i efterhand upplevde att de slapp. Dessa beskrivningar erbjuder en bättre förståelse av vad samtalen och de behandlande relationerna innebar för ungdomarna. För att förstå resultaten om hur den behandlande relationen tedde sig för ungdomarna presenteras därför nedan i vilka avseenden samtalen och relationerna beskrevs ha varit till hjälp och i vilka avseenden samtalen och relationerna haft begränsade möjligheter att hjälpa ungdomarna. Ungdomarna beskrev hur de efter samtalen kunde slippa tankarna på våldet och ha fått förbättrade sociala relationer samtidigt som den rädsla våldet kan innebära inte alltid försvunnit.

Att slippa de ständigt återkommande tankarna på våldet

Många av ungdomarna beskrev hur samtalen hjälpt dem att inte längre tänka så mycket på våldet:

*”Man blir lite tom om man berättat och det känns mycket bättre tycker jag. -
-- För att om de ska vara här inne så tänker man på dem hela tiden, men om
man berättar så glömmar man efter ett tag, man tänker inte på det.”*

(Kille i övre tonåren)

Sådana beskrivningar av hur de tidigare ständigt tänkt på våldet och att de efter samtalen slipper tänka på det beskrivs av ungdomarna som en lättnad och glädje. Att vilja sluta tänka på händelserna, men inte förmå det, kan också leda till nedstämdhet, skuld och skam som genererar ytterligare tankar som gör ont.

Två tjejer beskrev:

*”Samtalen var bra för att jag har ju inte talat om det med så många andra. Att
få tala gjorde det mindre ont. Ju mer man pratar desto mindre ont gjorde det.”*

(Tjejer i övre tonåren)

Att ”ha kommit över våldet” innebär här inte endast att våldet upphört, utan just att ha kommit över våldet tankemässigt. Att de ständiga och smärtsamma tankarna inte alltid upphör i samband med att själva våldet upphör visar detta citat:

*”Händelserna hade slutat ett par, tre år tidigare. Så jag hade haft tid på mig
att i så fall hade det redan hänt, livet hade redan blivit bra, men jag kunde
inte komma över det gamla, fastän jag redan hade fått det bättre.”*

(Tjej i övre tonåren)

Ungdomarna uttrycker tacksamhet över att slippa gå och tänka på våldet och känna sorg och smärta. Några beskriver också hur något tidigare kunde hända som gjorde att de började tänka på våldet och må dåligt, men att de efter samtalen är lättade över att kunna hantera sådana händelser utan att behöva tänka på våldet resten av dagen eftersom de numera kan prata om det och att upplevelserna därför inte längre tynger dem på samma sätt. Att ständigt tänka på våld torde vara särskilt svårt just under tonåren, när man dels har andra saker att fokusera på, dels att det blir allt viktigare hur andra ser på en. Enligt ungdomarnas beskrivningar verkar dock samtalen, som praktiskt tillämpade inom ramen för flexibla och empatiska behandlande relationer, kunnat hjälpa dem att sluta tänka på våldet på sådana sätt.

Förbättrade sociala relationer

Det fanns i intervjuerna med ungdomarna också flera beskrivningar som verkade tydligt kopplade till att samtalen hjälpt dem att bryta en social isolering som våldsupplevelserna genererat. För några handlade det om relationer inom familjen:

”Jag fick andra tankar om hur jag skulle kunna hjälpa så att jag och mamma fick bättre kontakt --- Innan hade jag ingen kontakt med min mamma utan bodde mest där och gick ut: 'jaja, hej då!'.”

(Tjej i övre tonåren)

Citatet visar hur hon tidigare inte haft någon relation med mamman alls, utan snarare endast bott under samma tak. Troligen är det den unga själv som dragit sig ur relationen, även om det inte är tydligt. Andra beskriver mer explicit hur de själva tidigare dragit sig undan sociala relationer med jämnåriga:

”Det var väl att man satt i ett hörn och inte ville prata med någon. --- Det var mina kompisar som undrade varför jag inte var med dem. Nu är jag ju med dem igen.”

(Tjej i undre tonåren)

Tjejen i det här citatet uttryckte också att hon blivit nedtryckt, oklart om av någon annan, av sig själv eller av våldet som sådant. Medan det i båda exemplen ovan verkar handla om att de unga själva dragit sig undan, så fanns också tydligare exempel på att ungdomar upplevt sig utstötta eller illa behandlade och hur de tidigare haft svårt att hantera detta:

”Man tillåter inte [efter samtalen] att folk trampar på en eller pratar bakom ryggen eller så där. Det som har blivit svårare är väl att jag inte tolererar att bli illa behandlad.”

I: Är det något viktigt som du tycker att du lärt dig av träffarna?

”Det är just att jag är viktig och att jag är betydelsefull, att jag inte ska se ner på mig själv, att jag lärt mig att stå på mig, liksom. Jag ser mig själv på ett annat sätt, jag tycker jag är viktig för mig själv och för andra. Jag är bra, helt enkelt. --- Våldshändelserna drog mig tillbaka lite i mig själv, alla händelser, minnen. Jag fick aldrig riktigt bearbeta dem. Det har dragit mig själv tillbaka inombords. --- Jag tyckte tidigare att det var så konstigt att alla andra tyckte så himla bra om sig själv, men jag tyckte inte bra om mig själv.”

(Tjej i övre tonåren)

”Innan hade jag inte riktigt tänkt på det, att jag inte ska följa alla andra. --- Jag har lärt mig att jag inte ska klanka ner så mycket på mig själv som jag annars gör och att det inte är mitt fel när saker händer. --- Att inte vara så himla osäker på vad jag gör. Innan tvekade jag och gjorde inte saker för att jag trodde jag var för dålig. --- Just för att jag såg allt som hände som mitt fel.”

(Tjej i övre tonåren)

Båda citaten illustrerar hur våldsupplevelserna och det upplevda ansvaret för dem gjorde tjejerna sårbara och antyder att deras låga tankar om sig själva kom att bli en begränsning för dem. Det senare citatet visar hur känslan av skuld för våldet får tjejen att anpassa sig till vad hon tror andra önskar, kanske för att kompensera, för att inte såra någon eller möjligen som försök att undvika att nya situationer utvecklas till våldsamheter. I båda citaten är det också tydligt att det är just våldet som är anledningen till att man drar sig tillbaka då det kräver ältande och funderingar, på sådana sätt som kan ses som uttryck för trauma (att dras tillbaka inombords till alla minnen av våldshändelser) och/eller på sådana sätt som snarare handlar om den egna självbilden. I alla exemplen är det just att någon form av positiv förändring skett i de sociala relationerna som tydliggörs och några gör explicit kopplingen till relationen med behandlaren:

”Jag tyckte inte jag var värd så mycket innan, nu kan jag ta mer plats för jag tycker att jag är värd det och det är mycket från samtalen och att man fick prata och att det var någon som lyssnade och förstod.”

(Tjej i övre tonåren)

Det är tydligt att det är tjejerna i studien som huvudsakligen uttrycker hur de dragit sig undan umgänge och relationer och att be om hjälp, som en följd av de egna känslorna eller av hur de blivit behandlade eller stötts ut av andra inom eller utom familjen eller en kombination. Men det var inte så enkelt som att tjejer reagerat på vissa sätt och killar på helt andra, då även en kille uttryckte samtidig smärta av att känna sig utstött från familjen och ilska gentemot de han uppfattar som ansvariga för det.

Sammantaget verkar det som att våldet lett till att ungdomarna själva dragit sig undan sociala relationer, både inom familjen och med vänner, och till att de känt sig åsidosatta av både familj och vänner. Samtalen med en vuxen behandlare om våldet har kunnat hjälpa ungdomarna att hantera dessa relationer och upplevelserna av dem bättre. Våld kan i ungdomarnas beskrivningar innebära svårigheter med sociala relationer både på så sätt att skuldskänslor för våldet gör att man drar sig undan och på så sätt att man får svårt att hantera egna aggressiva känslor.

Det verkar i det här intervjumaterialet inte som att de unga dragit sig undan sociala relationer för att undvika att påminnas om traumat, utan snarare att de dragit sig undan för att de inte känt sig värdiga relationerna eller att de ständiga tankarna på våldet inte gett utrymme att fokusera på sociala relationer (jfr Connor et al. 2014). Både undandragande från och aggressioner inom sociala relationer torde utgöra allvarliga hinder för att utveckla självständighet från föräldrarna och intima relationer med andra under ungdomstiden (jfr Herman 2012).

Det är i ljuset av sådana beskrivningar som jag menar att ungdomarnas skildringar av hur viktigt det var för dem att den vuxna behandlaren lyssnade och anpassade sig till deras önskemål och behov måste förstås. Om man upplevt sig utstött eller trampad på och inte betydelsefull eller värd plats, så torde just en flexibel och empatisk behandlande relation kunna förmedla sådant värde på sätt som kanske ord inte är tillräckliga för. Och om det finns svårigheter i just de sociala relationerna så kan kanske en behandlande relation vara en förlösande modell.

Om hotet fortsätter räcker inte en behandlande samtalsrelation

Bland de många känslor som ungdomarna beskrev som anledningarna till att de kom till stödjande samtal var det endast en som uttryckte direkt rädsla och den var fortfarande påtaglig efter samtalen:

”Först gick jag fortfarande på tå och väntade på att han skulle ändras och även om man inte aktivt tänkte på det så ville man att det skulle ändras och sen kom det ett utbrott och då bröt det ihop och jag bara låg och bölade. Hade jag inte gått på tå så länge så hade det inte blivit så, men det hade byggt upp så länge och sen hade vi ett långt samtal och då slog det mig att det inte skulle bli någon ändring och nästa stadie var mer acceptans och sen har rädslan gått över mer på henne, jag är skitorolig för henne. --- Jag vet inte hur jag ska förhålla mig. Jag vet inte om det ens går och sen går det kanske ett år innan det händer och det är lugnt och så vänjer man sig och tänker att det inte är så farligt.”

(Tjej i övre tonåren)

Rädsla är något som forskningen om barn som upplevt våld ofta berör (jfr Holt et al. 2008). Den är en central del i sådan traumatisering som en sådan uppväxt ofta antas innebära. Men i detta material fanns endast ett exempel på rädsla direkt uttryckt av ungdomarna i studien. I citaten ovan är det uppenbart att rädsla delvis består av en faktisk situation som inbegriper ett hot – antingen mot den unga själv eller mot mamman eller mot båda – och dels en bedömning av situationen som leder till en känsla.

Det är också uppenbart att rädslan kan ändra form, från rädsla för egen del, att man själv ska utsättas eller för att våldet mot mamman ska få konsekvenser för hur man själv förmår tillgodose de egna behoven, till en rädsla för mammans egen del. I citaten är det också tydligt att när mamman utsätts för våld innebär det inte endast ett hot mot hennes barn på så sätt att mammans förmåga att tillgodose barnets behov påverkas, utan också, så länge barnet eller den ”nästan vuxna” ungdomen bor hemma, en miljö av oro, nedstämdhet och sorg för att den mamma man önskar hade det bättre utsätts för våld av sin partner.

Och när hotet inte (längre) riktas mot den unga själv och mamman stannar kvar i relationen med mannen, så kan en ung person – som självständigt reser utomlands men samtidigt kallar mammans hem för ”hemma” – behöva acceptera att det reella hotet mot mamman fortgår. Och detta beskrivs som svårt att hantera ännu ett år efter den stödjande insatsen. Sett på detta sätt, så framstår hennes egen mognadsprocess som en rimlig drivkraft för tjejens ändrade sätt att hantera våldet.

En god behandlande relation, det vill säga en som är flexibel på sådana sätt som beskrivits ovan, verkar enligt ungdomarnas egna beskrivningar på direkta sätt kunna minska den smärta som återkommande tankar på våldet genererar och också hjälpa dem till förbättrade sociala relationer. Men om våldet fortgår, även om den unga själv inte utsätts för det, så verkar en samtalsbehandlande relation inte vara tillräcklig för att hantera rädsla och acceptera det som hänt tidigare och det fortsatta hotet mot mamman.

Studiens betydelse för samtalsbehandling för unga som upplevt våld

I den här analysen av 14 intervjuer med 9 ungdomar mellan 12 och 19 år, som alla upplevt våld i föräldrarnas parrelation och fått samtalsstöd för detta, identifieras ett antal mönster. När studiens resultat diskuteras måste dock dess begränsningar hållas i minnet. Exempelvis är bland annat urvalet begränsat i antal och till ungdomar som fått en specifik form av samtalsstöd. Ungdomarna i studien har sinsemellan haft ojämlika möjligheter att få sin röst hörd eftersom vissa intervjuats en och andra två gånger. Dessutom ger deras egna beskrivningar av vad samtalen gett endast ett begränsat perspektiv och behandlarna kanske skulle gett helt andra bilder av vad som ägt rum inom ramen för de behandlande relationerna. Med detta sagt, så bidrar analysen också med underlag för några möjligheter till reflektion över vad samtalsbaserade behandlingsrelationer kan bidra med i ungdomars psykosociala återhämtning efter våld i föräldrarnas parrelation.

Alla ungdomarna uttryckte sig positivt till att ha fått tala om våldet, samtidigt som många också beskrev att det är svårt och jobbigt att tala om sina våldserfarenheter. Vid potentiellt traumatiserande upplevelser som våld, så kan det upplevas befriande att få samtala om det som hände och sätta ord på det och på de känslor det inneburit. Genom att samtala om svåra upplevelser kan erfarenheten ”paketeras” och infogas i andra erfarenheter och man kan lägga den bakom sig. I flera fall indikerar citaten tydliga aspekter som utgör delar av sådan kognitiv eller känslomässig bearbetning som utgör de två tätt sammanlänkade delar som ofta hjälper vid traumatiska kriser. Uttryck för att det varit smärtsamt att tala om våldet i intervjuerna kan förstås som en bakgrund till att ungdomarna uppfattade det som viktigt att få gå in i och ut ur våldet eller bli lyssnad till på ett empatiskt, förtroendefullt och jämlikt sätt när ämnet är just våldserfarenheter.

I ungdomarnas beskrivningar av vad de uppskattade i den vuxna yrkespersonens agerande, inom ramen för den behandlande relationen för att hantera det svåra ämne som samtalen handlade om, kunde en skillnad mellan de yngre respektive de äldre ungdomarna identifieras. De aspekter som inom dessa mönster lyfts fram av ungdomarna kan förstås som bärande när behandlande relationer har just att tala om våld som syfte och mål och när brukaren är just i tonåren.

När de yngre ungdomarna beskrev att samtalen hjälpt eller att det varit bra att prata, så var det inte alltid endast tal som avsågs. I stället var det vanligt att på olika sätt uttrycka att det varit särskilt positivt att kunna *gå in i och ut ur* själva våldet under samtalen. Att den vuxna erbjuder möjligheter att tillfälligt *vila* från smärtsamma samtalsämnen kan då vara ett sätt att hantera sådan maktojämlikhet i relationen. Det kan ligga nära till hands att tro att det är svårt för yngre barn att tala om våld och att de därför behöver närmas området med viss försiktighet och att det både är möjligt och – med tanke på att en del av en traumaproblematik kan ha att göra med att försöka undvika att tänka eller tala om den skrämmande händelsen – nödvändigt att ägna den ofta begränsade tiden inom stödjande samtal med ungdomar åt själva våldet.

Resultaten av den här analysen visar i stället att även om ungdomar på olika sätt uttrycker att det är svårt att tala om våldsupplevelser och hur de påverkat dem, så kan de uppskatta att få *gå in i och ut ur* våldet under sådana samtal. Kanske är detta något att ta fasta på i handböcker, manualer och förslag till hur man inom ramen för en professionell verksamhet kan hjälpa barn och unga att hantera och komma över våldsupplevelser?

Bland de äldre tonåringarna var det i stället att behandlaren hade lyssnat på ett empatiskt, förtroendefullt och jämlikt sätt som lyftes fram som särskilt positivt. Man kan tänka sig att liknande aspekter är viktiga även i andra typer av behandlande samtal mellan vuxna i sin yrkesverksamhet och nästan vuxna ungdomar. Men det finns också sidor av vad just våld i föräldrarnas parrelation innebär för hemmaboende ungdomar som kan vara kopplade till detta.

Sådana upplevelser av underordning, krav på lydnad, att inte bli lyssnad till och få sina behov och rättigheter tillgodosedda och rädsla som är vanliga när man upplevt våld i föräldrarnas parrelation kan betyda att det i behandlande samtal med unga om just sådana erfarenheter blir särskilt viktigt att den vuxna behandlaren ger den unga utrymme att ta makten över sitt eget liv för att få sina rättigheter tillgodosedda.

Detta kräver dock reflektion över om makt kan överföras från vuxna (behandlare) till unga (brukare) eller om vuxna kan dela med sig av sin makt till unga. Å ena sidan skulle många säga att makt inte är något man kan dela med sig av eftersom det inte är något man kan äga. Å andra sidan kan man säga att så länge unga inte får möjlighet att utöva makt utan att vuxna erbjuder dem möjligheten att göra det, så har vuxna ett överläge. Kanske handlar det snarare om att vuxna aktivt undanröjer hinder för ungas makt, det vill säga att det är frågan om en gemensam process som dock kräver att vuxna inte ockuperar hela ”maktutrymmet”.

Intervjuerna innehöll beskrivningar av förbättringar i den egna psykosociala hälsan för såväl nedstämdhet och traumaliknande problem som sociala relationssvårigheter, något som direkt kopplades till den flexibla samtalsbehandlande relationen. Det verkar som att det grundläggande som behandlarna lyckats förmedla till ungdomarna är att de är betydelsefulla, att våldet inte var deras fel och en känsla av självvärde. Dessa aspekter ingår egentligen inte – åtminstone inte uttryckligen – i den metod (Trappan-modellen) som ungdomarna officiellt erhöll, som ju beskrivs som ett krisstöd med fokus på att rekonstruera våldshändelsen. Man kan därför å ena sidan se det som en slags bonus-effekter. Å andra sidan är målet med krisstödet givetvis att barnen och ungdomarna ska må bättre. Men mot bakgrund av handbokens fokus och karaktär är det troligt att det snarare är just behandlarna som sett dessa behov hos ungdomarna och utnyttjat den flexibilitet som handboken tillåter för att också ingjuta detta hos ungdomarna.

Mot denna bakgrund (att upplevelser av våld i föräldrarnas parrelation för just ungdomar inte endast kan ses som en potentiell kris och trauma, utan också verkar direkt kopplat till deras sociala relationer och självvärde och relationerna till människor utanför familjen och reflektioner över det egna självvet och om man så att säga duger i andras ögon) kan man ställa sig två frågor:

- Kan aspekter av att förstärka ungdomars känsla av självvärde (med tanke på att detta var så uppskattat av ungdomarna) inorporeras i metoden och handboken och göras till ett uttryckligt mål med samtalen?
- Kan metoden och handboken specialiseras med särskilda anpassningar till olika åldersgrupper av barn och unga?

Den senare frågan kan man också vända på:

- Är det rimligt att ha en och samma handbok som grund för behandlande samtal med barn i så skilda åldrar som från 4 till 19 år?

Det torde ju vara en särskild utmaning för vuxna behandlare av just ungdomar att hantera att unga både (liksom barn) kan behöva känna trygghet och tillit i den utlämnande relationen med en vuxen yrkesperson och (som nästan vuxen) känna sig jämbördig i behandlarrelationen, vilket innebär att delvis andra frågor kan bli aktuella än i stödsamtal för yngre barn. I en förlängning skulle möjligen sådana förtydliganden av insatser kunna minska problemet med att unga undviker att söka psykosocialt stöd på grund av behovet av autonomi (jfr Wilson & Deane 2012). Ytterligare en fråga som studiens resultat genererar rör när den unga upplever att hotet inte upphör eller endast tillfälligt upphör och därför fortsätter att vara rädd. Hur kan vuxna samtalsbehandlare hantera att den unga fortsätter att vara rädd för sin mammas välbefinnande, hälsa eller liv?

När det gäller unga, kön och hantering av våldsupplevelser, så är forskningen som sagt inte entydig. I den här studien kunde vissa mönster identifieras, men dessa måste tolkas med försiktighet mot bakgrund av det begränsade intervjumaterialet och analysens karaktär. Kanske är våld en sådan slags erfarenhet som är ”mer mänsklig än könad”. Kanske behövs särskilt reflekterande förhållningssätt för att förstå killar och tjejer i tonåren och deras aktiva roller i att hantera sitt psykosociala mående. Vad innebär det att befinna sig i ungdomen när man har ett trauma att bearbeta? Kan hantering av trauma vara något unga kan använda sig av i sin könsidentitetsutveckling?

Weinehall (1997) belyser livsvillkoren för unga som växt upp med våld och diskuterar betydelsen av att de närmaste personerna, som många relaterar sitt vuxenblivande till, är utövare och/eller utsatt för våld i parrelationen. Sådana processer verkar vara viktiga för framtida forskning att följa upp och fördjupa förståelsen av.

Referenser

- Andersson, G. (1998). Barnintervju som forskningsmetod. *Nordisk Psykologi* 50(1), 18–41.
- Arnell, A. & Ekblom, I. (2010). "och han sparkade mamma..." – möte med barn som bevittnat våld i sina familjer (3:e uppl.). Stockholm: Gothia.
- Barnkonventionen (1989). *FN:s konvention om barnets rättigheter*.
- Broberg, A., Almqvist, L., Axberg, U., Grip, K., Almqvist, K., Sharifi, U., Cater, Å. K., Forssell, A., Eriksson, M. & Iversen, C. (2011). *Stöd till barn som upplevt våld mot mamma – Resultat från en nationell utvärdering*, Göteborg: Göteborgs universitet.
- Cameron, M. C., Elkins, J. & Guterman, N. B. (2006). Assessment of trauma in children and youth. In N. Boyd-Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare*. New York: Guilford Press.
- Cater, Å. K. (2009). *Trappan-modellen för samtal med barn som upplevt våld i familjen – en utvärdering för metodutveckling*, Regionförbundet Uppsala län FoU-rapport 2009/3.
- Cater, Å. K. (2014). Children's descriptions of participation processes in intervention for children exposed to intimate partner violence, *Child and Adolescence Social Work* 31(5), 455–473.
- Cater, Å. K. & Ekblom, I. (Red.) (2014). *Trappan-metoden för barn som upplevt våld i sin familj – Reflektioner utifrån olika perspektiv*, Regionförbundet Uppsala län FoU-rapport 2014/2.
- Cater, Å. K. & Grip, K. (2014). *Kids Club i Sverige – resultat från en förstudie av en metod för att stödja barn som upplevt våld mot mamma*. Working papers and reports in social work 2014:4. Örebro: Örebro universitet.
- Cater, Å. K., Miller, L. E., Howell, K. H. & Graham-Bermann, S. A. (in press) Childhood Exposure to Intimate Partner Violence (IPV) and Adult Health: Age, Gender and Violence Characteristics, *Journal of Family Violence*.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Iyengar, S. (2011). Community Treatment of Posttraumatic Stress Disorder for Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 165(1), 16–21.
- Connor, D. F., Ford, J. D., Arnsten, A. F. T. & Greene, C. A. (2014). An Update on Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. *Clinical Pediatrics* (Published online before print July 2, 2014).
- Copeland, E. P. & Hess, R. S. (1995). Differences in Young Adolescents' Coping Strategies Based On Gender and Ethnicity, *The Journal of Early Adolescence* 15(2), 203–219.
- Corsaro, W. A. (2011). *The sociology of childhood* (3. uppl.), Pine Forge Press: Sage. Thousand Oaks, California.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J. & Williamson, D. F. (2002). Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: Implications for health and social service, *Violence and Victims* 17(1), 3–17.

- Edleson J. L. (1999). Children's Witnessing of Adult Domestic Violence, *Journal of Interpersonal Violence* 14, 839–870.
- Eriksson, M., Cater, Å. K., Dahlkild-Öhman, G. & Näsman, E. (2008). *Barns röster om våld – att tolka och förstå*. Malmö: Gleerups förlag.
- Geffner, R., Igelmann, R. S. & Zellner, J. (2003). *The effects of intimate partner violence on children*. Binghamton, NY: Haworth.
- Graham-Bermann, S. (2001). Designing intervention evaluations for children exposed to domestic violence: applications of theory and research. In S. Graham-Bermann & J. L. Edleson (Eds.), *Domestic violence in the lives of children: the future of research, intervention, and social policy* (1. uppl.), Washington, DC: American Psychological Association.
- Graham-Bermann, S. A., Howell, K. H., Lilly, M. & DeVoe, E. (2011). Mediators and Moderators of Change in Adjustment Following Intervention for Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence* 26(9), 1 815–1 833.
- Greig, A. & Taylor, J. (1999). *Doing research with children*. London: Sage.
- Guille, L. (2004). Men who batter and their children: an integrated review. *Aggression and Violent Behaviour* 9(2), 129–163.
- Herman, M. R. (2012). Adolescence, *Sociology*, Oxford Bibliographies Online.
- Holt, S., Buckley, H. & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature, *Child Abuse & Neglect* 32, 797–810.
- Howell, K. H., Graham-Bermann, S. A., Czyz, E. & Lilly, M. (2010). Assessing resilience in preschool children exposed to intimate partner violence. *Violence & Victims* 25(2), 150–164.
- Hsieh, H. F. & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 15, 1 277–1 288.
- Jouriles, E., McDonald, R., Stephens, N., Norwood, W., Spiller, L. C. & Ware, H. S. (2001). Breaking the cycle of violence: helping families departing from battered women's shelters. In G. W. Holden, R. Geffner & E. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: theory, research, and applied issues*, Washington: APA Publications.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R. & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71, 339–352.
- Korkman, J., Santtila, P., Westeråker, M. & Sandnabba, N. K. (2008). Interviewing techniques and follow-up questions in child sexual abuse interviews. *European Journal of Developmental Psychology* 5(1), 108–128.
- Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. C. & Semel, M. A. (2002). Adolescent peer relationships and mental health functioning in families with domestic violence. *Journal of Clinical Child Psychology* 31(2), 206–218.

Lieberman, A. F., van Horn, P. & Ippen, C. G. (2005). Towards evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44(12), 1 241–1 248.

Mayall, B. (2002). *Towards a Sociology for Childhood: Thinking from Children's Lives*. Buckingham: Open University Press.

Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C. & Russo, M. J. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Family Violence*, 25(1), 53–63.

Nolen-Hoeksema S. & Aldao A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences* 51, 704–708.

Osofsky, J. D. (2003). Prevalence of children's exposure to domestic violence and child maltreatment: implications for prevention and intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review* 3(6), 161–170.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2. uppl.). Newbury Park, CA: Sage.

Qvortrup, J. (2005). *Studies in Modern Childhood: Society, Agency, Culture*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Regeringens proposition 2004/05:2 *Makt att bestämma – rätt till välfärd*.

Turner, H, A., Finkelhor, D. & Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a National Sample of Children and Youth. *American Journal of Preventive Medicine* 38(3), 323–330.

Uprichard, E. (2008). Children as 'Being and Becomings': Children, Childhood and Temporality. *Children & Society* 22, 303–313.

Weinehall, K. (1997). *Att växa upp i våldets närhet*. Umeå University, Institutionen för pedagogik.

Wilson, C. J. & Deane, F. P. (2012). Brief report: Need for autonomy and other perceived barriers relating to adolescents' intentions to seek professional mental health care. *Journal of Adolescence* 35(1), 233–237.

Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A. & Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique, *Clinical Child and Family Psychology Review* 3.

Lagar

Socialtjänstlag (2001:453), SoL.

Psykisk ohälsa i skolan

Linda Hiltunen, Linnéuniversitet

Introduktion

Ungas psykiska ohälsa har under de senaste decennierna lyfts fram som ett folkhälsoproblem, såväl nationellt som internationellt (Collishaw, Maugan, Goodman & Pickles 2004, Landstedt 2010, Patel, Flisher, Hetrick & McGorry 2007, Strömbäck 2014). Vad som bekymrar är att andelen unga som rapporterar lindrigare former av psykisk ohälsa är hög. En återkommande attityd- och värderingsstudie visar exempelvis att mer än varannan tjej (52 procent) och var fjärde kille (25 procent) i åldern 16–19 år rapporterar att de är stressade flera gånger i veckan eller varje dag (Ungdomsstyrelsen 2013a). Statistik visar också att många tjejer (41 procent) och killar (25 procent) rapporterar att de har huvudvärk flera gånger i veckan eller varje dag (Ungdomsstyrelsen 2013b). Även psykiska besvär tycks besvara unga. Bland tjejer (16–19 år) rapporterar exempelvis 32 procent att de har besvär i form av ångslan, oro eller ångest flera gånger i veckan eller varje dag medan andelen är 14 procent bland killar i samma åldersgrupp (Ungdomsstyrelsen 2013b).

När forskare ber unga skatta sin egen hälsa i enkäter, vilket är ett vanligt tillvägagångssätt inom hälsoforskningen, rapporterar tjejer systematiskt sämre hälsa än killar (Berntsson & Köhler 2001, Hagquist 2009, 2010, Östberg, Alfvén & Hjern 2006). Ett sådant genusmönster framkommer dessutom oavsett vilket symtom på psykisk ohälsa som studeras när mätverktygen för hälsa är enkäter. Trots att könsskillnaderna varit kända för forskare sedan mitten av 1980-talet, när systematiska kartläggningar av ungas hälsa ökade i antal (jfr SOU 2006:77), har förhållandevis få studier intresserat sig för könsskillnaderna i hälsa ur ett genusperspektiv (Landstedt, Asplund & Gillander Gådin 2009, Sweeting, West & Der 2007).

Mot bakgrund av att ungas självupplevda psykiska ohälsa är hög samt att det finns systematiska könsskillnader i hälsa har intresset för ungas perspektiv på detta sociala fenomen ökat (jfr Petersen et al. 2010). Vad som är ofullständigt kartlagt och alltmer börjar efterfrågas är alltså ungas egna upplevelser av och syn på det forskare kallar psykisk ohälsa (Gustafsson et al. 2010, Harden et al. 2001). Därutöver är det av vikt att undersöka om, och i så fall på vilket sätt, den självupplevda psykiska ohälsan försvårar ungas vardag. Därför efterfrågas också kunskap om hur unga som rapporterar psykisk ohälsa själva kan hantera sin situation (Petersen et al. 2010).

Denna artikel är ett bidrag till forskningen om hur unga själva beskriver och hanterar upplevelser och erfarenheter av psykisk ohälsa. När psykisk ohälsa studeras bland unga brukar det innefatta allt från ”*enstaka psykiska symtom till fullt utvecklad psykisk sjukdom*” (Forsell & Dalman 2004, s. 3). Främst tar jag upp lättare former av psykisk ohälsa, vilka traditionellt inrymmer självrapporterade besvär i form av exempelvis stress, oro, ångslan, nedstämdhet och problem med nattsömn. Skolan har valts ut som en central kontext och den kommer att studeras både som arbetsmiljö och som social arena (jfr Almquist & Brolin Låftman 2012). Att uppmärksamheten riktas mot skolan beror på att det är en plats där unga spenderar en stor del av sin vakna tid och att forskare tycks vara överens om att det är en miljö som kan påverka ungas psykiska hälsa (Almquist & Brolin Låftman 2012, Hjern, Alfvén & Östberg 2008, Häggquist 2004, Gustafsson et al. 2010, Lager 2009, Nygren 2012).

Artikeln bygger på ett större antal uppsatser som samlats in bland gymnasieelever (16–19 år) i södra Sverige. Totalt har 497 gymnasieelever (237 tjejer och 260 killar) deltagit i en studie genom att anonymt förmedla sina upplevelser och erfarenheter av lättare psykisk ohälsa (en fördjupad metodpresentation finns senare i artikeln). Denna artikel har två syften. För det första att fördjupa förståelsen för vad lättare former av psykisk ohälsa innebär för tjejer och killar som går på gymnasiet samt undersöka vilka huvudsakliga strategier unga har för att hantera sin situation när de mår dåligt. För det andra att utifrån ett genusperspektiv undersöka om ungas beskrivningar av psykisk ohälsa är influerade av normer kring femininitet och maskulinitet som i sin tur kan förklara de förhållandevis stora könsskillnaderna i hälsa. Övergripande frågeställningar är:

- Hur beskriver unga själva sina erfarenheter av psykisk ohälsa i en skolkontext?
- Vilka är de huvudsakliga strategierna för att hantera psykisk ohälsa som har sitt ursprung i skolan?
- På vilket sätt kan ungas beskrivningar av psykisk ohälsa förstås i relation till normer kring femininitet och maskulinitet?

Först presenteras centrala begrepp och teoretiska utgångspunkter. I avsnittet som följer presenteras det empiriska materialet och hur analyserna utförts. Därefter analyseras det empiriska materialet och frågeställningarna besvaras. Artikeln avslutas med en sammanfattande diskussion om vad psykisk ohälsa kan innebära när den studeras ur ett ungdomsperspektiv samt vilka möjligheter unga har att hantera sin situation när de mår dåligt.

En teoretisk förståelse

I det följande presenteras centrala begrepp och teoretiska perspektiv som ligger till grund för hur analysen genomförts, nämligen psykisk ohälsa, hanteringsstrategier och ett genusperspektiv.

Psykisk (o)hälsa

Det finns ingen allmängiltig definition av psykisk ohälsa, utan definitionerna varierar beroende på vilken vetenskaplig disciplin forskaren tillhör. De flesta är dock överens om att psykisk hälsa innebär ett psykiskt välbefinnande och frånvaro av psykisk sjukdom, medan psykisk ohälsa är motsatsen (Pilgrim 2014). En av de mer vedertagna definitionerna av psykisk hälsa har presenterats av Världshälsoorganisationen:

”Psykisk hälsa definieras som ett tillstånd av välbefinnande där varje individ inser sin egen potential, kan hantera livets normala påfrestningar, kan arbeta produktivt och fruktbart, och kan bidra till hans eller hennes samhälle.”

(WHO 2014, författarens översättning)

Oavsett om psykisk hälsa respektive psykisk ohälsa förstås som varandras motsatser eller som motpoler på ett kontinuum (jfr Medin & Alexandersson 2000), innebär psykisk ohälsa enligt denna definition ett tillstånd av begränsat välbefinnande som kan påverka individens självvärdering, anpassning till omgivningen, ansvarstagande och delaktighet i närmiljön. Artikeln kommer att ta avstamp från denna breda definition. Det innebär att psykisk ohälsa betyder brist på psykiskt välbefinnande som kan innefatta både lindrigare och svårare upplevelser. Att definitionen är bred är en viktig förutsättning i artikeln eftersom utgångspunkten är ungas egna upplevelser och beskrivningar av psykisk ohälsa.

Hanteringsstrategier

Hanteringsstrategier (eng. *coping*) är också ett centralt begrepp i artikelns senare analysarbete. Det är ett begrepp som har sitt ursprung inom stressforskningen, med Richard Lazarus och Susan Folkman som viktiga frontfigurer (Währborg 2009). Enkelt uttryckt avser begreppet att belysa vad individen *gör* när hon eller han ställs inför yttre eller inre påfrestningar som tär på eller övergår de egna resurserna (Lazarus & Folkman 1984).

En vanlig uppdelning är att skilja på emotionsfokuserade och problemfokuserade strategier (Lazarus & Folkman 1984). Emotionsfokuserade strategier är en *kognitiv* process som innebär att individen anstränger sig för att förändra sitt förhållningssätt eller sin värdering av en påfrestande situation. Problemfokuserade strategier är i stället en mer *handlingsinriktad* process som innebär att individen anstränger sig för att ta itu med det som upplevs påfrestande. I relation till unga kan exempelvis ett skolmisslyckande, som tillfälligt urholkar välbefinnandet, hanteras genom att eleven övertygar sig själv att misslyckandet inte var ett så farligt nederlag (emotionsfokuserad) *eller* genom att eleven ger sig i kast med skolböckerna och pluggar för att på så vis undvika fler nederlag (problemfokuserad). Dessa hanteringsstrategier varierar naturligtvis beroende på kontext och vad det är som utmanar individen.

Emotions- och problemfokuserade strategier är alltså en teoretisk klassificering av två huvudsakliga sätt som individer reagerar på när de ställs inför problematiska situationer.

Det är också en empiriskt väl underbyggd kategorisering (Frydenberg 1997, Linden 2005), vilket innebär att artikeln förmodligen kommer att finna att ungas strategier för att motverka psykisk ohälsa kan förstås med hjälp av dessa begrepp. Det är dock en förenkling av vardagens beskaffenhet.

En australisk studie, som undersökt hanteringsstrategier bland unga, fann exempelvis 18 olika strategier som studiens deltagare använde sig av (Frydenberg & Lewis 1991). Samtliga av dessa kan dock kategoriseras som antingen emotions- eller problemfokuserade strategier (Frydenberg 1997). Det betyder att emotions- och problemfokuserade strategier är överordnade kategorier, samt att det finns en rik variation av (underordnade) strategier som den enskilda individen tillämpar (jfr Lazarus & Folkman 1984). Vilka huvudsakliga strategier som unga i denna studie använder när de hanterar påfrestande situationer som uppstår i skolan, i syfte att motverka ohälsa, kommer att undersökas i den senare analysen.

En sista poäng är att det finns en variation av hanteringsstrategier och att de, enligt litteraturen, kan vara mer eller mindre *funktionella* respektive *dysfunktionella*. Vart gränserna för dessa två dimensioner av hantering går kan naturligtvis diskuteras. Funktionell hantering kännetecknas dock av att individen upplever att hanteringsstrategin fungerar i den meningen att upplevd psykisk ohälsa kan stävjas (Frydenberg 1997).

Dysfunktionell hantering är motsatsen och brukar exemplifieras med alkohol- och drogbruk, våldsbrott, självskadebeteende, självmordstankar eller i värsta fall självmordshandlingar (Frydenberg & Lewis 1991). Jag kommer endast att belysa funktionella strategier eftersom studiens fokus är att undersöka hur psykisk ohälsa faktiskt kan stävjas snarare än förvärras.⁵¹

En sista viktig aspekt som rör hanteringsstrategier är att de inrymmer två komponenter; å ena sidan förutsätter de en strategi som bidrar till att individen upplever att hen har kontroll över situationen (genom emotions- eller problemfokuserade strategier), å andra sidan – och kanske viktigast av allt – måste individen *tro* på sin egen förmåga att hantera en situation (Eriksen & Ursin 2013, Roskies & Lazarus 1980).

Genusperspektiv

Mot bakgrund av den skeva könsfördelningen i självupplevd ohälsa som redovisades inledningsvis är det viktigt att inkludera ett genusperspektiv som gör det möjligt att förstå dessa variationer. I artikeln förstås genus inte som något individen *har* utan det är något som *görs* i vardaglig interaktion (Connell 2009, West & Zimmerman 1987). Det betyder att genusidentiteter är något som medvetet eller omedvetet skapas och demonstreras när individer interagerar med varandra (Connell 2009). I det ljuset har unga beskrivits som aktiva aktörer bakom konstruktionen av sin egen genusidentitet (Frosh, Phoenix & Pattman 2002, MacLean, Sweeting & Hunt 2010, Paechter 2007).

⁵¹ För att ta del av hur unga beskriver dysfunktionella strategier hänvisas läsaren till Hiltunens (kommande) avhandling.

Samtidigt är unga inte fria att konstruera sitt genus hur de vill, utan hålls ansvariga att konstruera sitt genus i samspel med kulturella föreställningar av vad som är typiskt kvinnligt och manligt i en viss given kontext (Connell 2009). *Femininiteter* och *maskuliniteter* är begrepp som avser att belysa hur genus görs och bedöms i relation till kulturella normer om hur tjejer och killar förväntas vara (Connell 2009). Psykisk ohälsa, och i synnerhet den självrapporterade dimensionen, är enligt Hoffman och Hurst (1990) genuskodad, vilket unga lär sig under sin uppväxt.

Mot denna bakgrund skulle den skeva fördelningen av självrapporterad ohälsa kunna förklaras som en effekt av kulturella stereotyper (MacLean et al. 2010). Studier har visat att unga kvinnor tenderar att uppmärksamma sin egen ohälsa och de uppmuntras också, som en följd av femininitet, att berätta om sina upplevelser för vänner samt att söka hjälp för sina besvär. Detta antas i synnerhet gälla ohälsa som kan relateras till psykiska besvär (Busfield 1996).

På motsvarande sätt skulle maskulinitet hindra unga män från att uttrycka psykisk ohälsa och att inför andra berätta om sina eventuella besvär (Courtenay 2000). Studier har också föreslagit att killar uppfattar psykisk ohälsa som ett hot mot sin egen maskulinitet och att den därför hålls dold i offentliga rum som exempelvis skolan (MacLean et al. 2010). I artikelns analysarbete kommer normer om femininitet och maskulinitet att undersökas i ungas beskrivningar av psykisk ohälsa. Analysen ska också uppmärksamma hur begreppet genus kan bidra till förståelse för hur unga uttrycker och hanterar psykisk ohälsa i en skolkontext.

Material och metod

Artikeln bygger på ett insamlat material från ett större projekt om hur unga upplever och beskriver självupplevd ohälsa och vad unga själva menar orsakar deras besvär.⁵² I denna artikel analyseras uppsatser som skrivits av elever på tre gymnasieskolor i en stad i södra Sverige. Termen *unga* avser därför fortsättningsvis unga i åldern 16–19 år. Materialet samlades in genom att arrangera ett uppsatsprojekt där de deltagande eleverna, inom ramen för sin svenskundervisning, ombads skriva anonyma uppsatser på temat *ungas livsvillkor och hälsa*.⁵³

Projektet engagerade totalt 25 skolklasser och 497 elever. I studien deltog nästan lika många tjejer som killar och det är en jämn fördelning mellan elever på studieförberedande och på yrkesförberedande program. Trots att deltagandet var helt frivilligt var engagemanget att skriva uppsats stort bland studiens deltagare. I genomsnitt upptog uppsatserna drygt två och en halv sidor text, vilket innebär att kapitlet bygger på ett empiriskt material som i sin helhet består av cirka 1 000 sidor ungdomsförfattad text. I linje med Vetenskapsrådets (2011) forskningsetiska riktlinjer är uppsatsförfattarna anonyma och fingerade namn används i resultatredovisningen.

Mot bakgrund av att det är skriven text som ska analyseras har studien använt sig av kvalitativ textanalys. Den textanalytiska metoden innebär ett antagande att den helhet som träder fram i analysen av uppsatserna bidrar till en större förståelse än varje enskild uppsats var för sig (Esaiasson, Giljam, Oscarsson & Wängnerud 2012). Det betyder att förståelsen av texterna har skapats genom upprepande läsningar av uppsatserna, såväl översiktligt som eftertänksamt.

En första läsning av uppsatserna syftade till att urskilja vilka uppsatser som innehöll beskrivningar av ohälsa (472 uppsatser). Under denna översiktliga läsning upptäcktes tematiska mönster i materialet, exempelvis att många unga hänvisat till skolan och skolarbetet när de berättar om egna erfarenheter av ohälsa. Följaktligen ställdes en ny fråga till materialet som handlade om hur stor andel uppsatser som handlade om just skolan (352 uppsatser).

Därefter gjordes ytterligare en läsning som gick ut på att, med en mer tolkande ansats, undersöka *hur* unga berättar om psykisk ohälsa i relation till skolan. På motsvarande sätt identifierades om unga beskrev att de hade strategier för att hantera ohälsa som de kopplade samman med skolan. När dessa uppsatser var identifierade ställdes en ny fråga som gick ut på att identifiera vilken form av strategi som unga använde. Det empiriska analysarbetet har alltså handlat om att kategorisera och tolka innehållet i texterna i syfte att analysera deras innehåll utifrån artikelns frågeställningar.

⁵² Ett avhandlingsprojekt om gymnasieungdomars subjektiva ohälsa med särskilt fokus på social status och genus bedrivs av Linda Hiltunen, som är doktorand i sociologi vid Linnéuniversitetet i Växjö. Det större materialet består av 497 uppsatser och lika många enkäter där unga ombetts självskatta sin hälsa. Utöver detta har även ett 20-tal intervjuer genomförts med unga i åldern 16–19 år som bidragit med sina perspektiv på varför andelen unga som mår dåligt är förhållandevis hög.

⁵³ I uppsatsprojektet ombads deltagarna besvara fyra tematiska frågor. Först fick unga resonera om hur det är att vara ung i dag och formulera vad de tycker att ungdomsforskare bör veta om ungas liv och (o)hälsa. Den andra frågan knöt an till en artikel som visar att unga i Sverige rapporterar höga andelar av psykisk ohälsa och deltagarna ombads resonera varför det kan förhålla sig så. Den tredje tematiska frågan handlade om egna erfarenheter av ohälsa och vad de brukar göra när de mår dåligt. Den sista frågan handlade om vad hälsa och ett gott liv innebär för unga. För en mer utförlig diskussion om detta uppsatsprojekt se Hiltunens (kommande) avhandling.

Ungas berättelser om psykisk ohälsa

Resultaten kommer att presenteras under tre avsnitt: ungas upplevelser och beskrivningar av psykisk ohälsa; genusrelaterade skillnader i ungas beskrivningar; hanteringsstrategier mot psykisk ohälsa. När unga beskriver egna erfarenheter av det forskare kallar lättare former av psykisk ohälsa hänvisar de själva ofta till erfarenheter av att ”må dåligt”. I det ljuset kommer termen må dåligt att användas parallellt med psykisk ohälsa när resultaten presenteras.

Ungas beskrivningar av psykisk ohälsa i skolan

Det mest framträdande mönstret är att majoriteten unga, såväl tjejer som killar, berättar om psykisk ohälsa som de kopplar samman med skolan. Vad som i första hand beskrivs är skolan som arbetsmiljö, bland annat vilka krav som ställs på unga i egenskap av elever (jfr Almquist & Brolin Låftman 2012). Därutöver beskrivs också skolan som en social arena, som handlar om det sociala samspelet mellan elever i skolan (Almquist & Brolin Låftman 2012). På vilket sätt dessa två aspekter av skolan kan kopplas samman med ungas beskrivningar av psykisk ohälsa redogörs för under följande två rubriker.

Skolan som arbetsmiljö

Ett framträdande mönster när unga beskriver skolan som en arbetsmiljö är att unga, såväl tjejer som killar, berättar om stressrelaterad ohälsa. Många unga bär på uppfattningen att psykisk ohälsa är en konsekvens av stress i skolan. ”*Det är stressen som gör att man mår dåligt*”, berättar exempelvis Simon. Den upplevda stressen kan i sin tur vara ett resultat av många olika faktorer som kan relateras till skolrelaterade krav. Det finns unga som exempelvis hänvisar till tidsrelaterad stress som en följd av att de inte har tid att ägna sig åt läxor och prov efter skoldagens slut. Theo konstaterar till exempel att ”*Jag blir ofta stressad och orolig när vi ska ha prov eller inlämningsuppgifter som jag inte hunnit göra, eftersom jag idrottat sent om kvällarna. Lite tid och mycket arbete är det värsta jag vet.*”

Unga hänvisar också till stress när de upplever att kraven att prestera är för högt ställda. När skolrelaterade krav resulterar i stressupplevelser indikerar resultaten att upplevelserna är åtskilda beroende på vilka ambitioner unga har i relation till sitt skolarbete. Elever som har höga ambitioner i skolan kopplar i hög grad samman stress med press och nervositet. Denna uppfattning illustreras på ett typiskt sätt av Maria som beskriver skolarbetets relation till ohälsa på följande sätt:

”Jag mår dåligt när det är mycket att göra i skolan. Jag blir ofta stressad, eftersom det blir för mycket plugg och jag pressar mig själv alldeles för hårt inför prov. Även om jag vet att jag inte mår bra av det så slutar jag inte. Följderna av detta blir att jag blir stressad, sover dåligt, blir nervös och har lätt att bryta ihop och börjar gråta för minsta lilla grej.”

Marias berättelse synliggör att hon, liksom många andra unga, uppfattar högt ställda krav att prestera i skolan som en utlösande faktor till stressupplevelser.

Elever som har lägre ambitioner, eller som har svårt att ta sig an skolarbetet, tenderar i stället att förknippa stressupplevelser med irritation eller dåligt humör: *”Personligen blir jag ofta stressad av skolarbetet. Hamnar man efter så stannar man efter och för mig leder det till prestationsångest, vilket i sin tur leder till ilska”*, berättar till exempel Isabell.

Det finns också unga som kopplar samman stressupplevelser som följer av skolmisslyckanden med nedstämdhet och ångestrelaterade besvär: *”Det är jobbigt att vara ung. Stress som blir till panikångest, oro och nedstämdhet har jag upplevt ofta – ända sedan jag blev skoltrött och hamnade efter i skolan”*, konstaterar exempelvis Sara.

Oavsett vad som utlöser stressupplevelserna indikerar resultaten att unga i huvudsak upplever stress som ett negativt inslag i sin skolvardag. Vad resultaten också visar är att stressupplevelser är en viktig utlösande faktor till en rad andra psykiska och kroppsliga besvär. För att ytterligare illustrera hur sådana ohälsoprocesser kan upplevas tar vi nedan del av Eriks berättelse:

”Jag kan lätt bli stressad och känna oro, oftast när det gäller skolan. Jag mår dåligt när jag måste prestera mycket och har mycket läxor som måste göras. När jag blir stressad eller oroad får jag också ont i huvudet och det går också ut över magen. Andra saker som händer i kroppen är att jag lätt kan få en ångestattack och stirrar upp mig för saker. Jag tror att det är stressen som gör att man mår dåligt, för stress kan ha många olika symtom.”

Citatet illustrerar att Erik har uppfattningen att psykisk ohälsa till stor del beror på omgivningen (det vill säga förväntat skolarbete) samt att det är stressupplevelser som förorsakar en rad psykiska och psykosomatiska besvär. Det finns en lång rad berättelser med samma budskap. Skolan som arbetsmiljö tycks onekligen ge upphov till lättare former av psykisk ohälsa bland studiens unga. Viktigt att betona är dock att stressupplevelser och eventuella efterföljande besvär uttrycks med varierande intensitet. En del unga hänvisar endast till tillfälliga och förhållandevis kontrollerbara stressupplevelser, medan andra beskriver stress, och stressens efterdyningar, som allvarligare former av psykisk ohälsa.

Skolan som social arena

När unga beskriver psykisk ohälsa får också *relationer till andra* en central roll i deras berättelser. Att känna sig ensam, att inte känna sig uppskattad, att hamna i konflikter med andra på skolan eller att uppleva utanförskap beskrivs i många fall som liktydigt med psykisk ohälsa. Det sociala samspelet, och de negativa emotioner som följer när detta samspel inte fungerar, är därför en viktig dimension av psykisk ohälsa när unga berättar.

Emma berättar exempelvis på ett sätt som är illustrativt för många andra hur känslan av ensamhet kan påverka henne negativt: *”Jag hatar att vara ensam – det gör mig illamående, irriterad och en aning orolig”*. Emmas ord indikerar att upplevd ensamhet ger upphov till psykiska besvär, trots att ensamheten tycks vara högst tillfällig. Av Emmas uppsats framgår nämligen, trots dessa ord, att hon är långt ifrån ensam, utan hon beskriver också att hon har *”underbara vänner”* som också försöker hjälpa henne att *”tackla känslor”* samt förmå henne att *”ta vara på de ensamma stunderna”*. Även Martin har liknande erfarenheter: *”Jag mår dåligt i skolan, när jag är ensam i mängden. Jag vill inte gärna vara ensam när det är en massa andra människor i närheten”*. Vad Martins

och Emmas beskrivningar belyser är ungas behov av att vara inkluderade i det sociala samspelet på skolan, men också att psykisk ohälsa för många unga kan vara liktydigt med tillfällig avsaknad av sociala relationer med andra.

Att psykisk ohälsa har en relationell dimension blir också tydligt när unga berättar om konflikter med andra. En vanlig uppfattning återges till exempel av Julia som skriver: *”Jag mår jättedåligt om jag är ovän med en kompis. Då får jag svårt att sova, ont magen och blir allmänt nere.”* Det är emellertid inte endast uttalade konflikter som ger upphov till att unga mår dåligt i skolan. Även mer subtila känslor av att inte vara uppskattad likställer unga med psykisk ohälsa. Denna uppfattning kommer exempelvis till uttryck när Henrik skriver:

”Jag mår dåligt när jag inte känner mig omtyckt, t.ex. om någon säger något dumt om mig. Det känns mycket bättre om man vet att man är omtyckt och får höra det från andra. Alla behöver åtminstone någon.”

Även Kajsas berättelse exemplifierar att sociala relationer kan samspela med psykisk ohälsa: *”Jag mår dåligt när jag känner att folk inte bryr sig om mig. När de inte frågar hur jag mår, vad jag har gjort i helgen, osv. Man vill ju bli sedd och omtyckt.”*

Vad de ungas beskrivningar ofta illustrerar är således att psykisk ohälsa är ett relationellt fenomen som skapas, upprätthålls eller raderas när unga är tillsammans med varandra.

Att psykisk ohälsa beskrivs som något relationellt blir också särskilt tydligt när unga beskriver mer bestående upplevelser av utanförskap på den sociala arenan. När unga blir uteslutna från gemenskapen i skolan förblir de ofta ensamma även efter skoldagens slut. I redogörelser för utanförskap, och den ensamhet som följer av detta, är den psykiska ohälsan också mer framträdande. Detta illustreras exempelvis i Sebastians uppsats:

”Jag hade så stora förväntningar på gymnasiet. Jag trodde livet skulle bli kul. Nya polare och fester och sådant. Men det blev aldrig något av detta. I stället är jag ganska ensam. Jag sitter för det mesta hemma och målar. Med andra ord gör jag nästan ingenting längre. Jag blir mestadels deprimerad och självmordsbenägen. Folk runt mig märker nog av det, men jag försöker alltid hålla det för mig själv. Det som märks i kroppen är att det blir svårt att sova och en konstant trötthet. Finns det något att göra åt det? Nej, jag tror inte det och jag skulle aldrig börja knäpra antidepressiva tabletter för att må bra.”

Sebastians berättelse skildrar en tillvaro som tycks sakna mening till följd av upplevt utanförskap. När unga på liknande sätt berättar om utanförskap, som påverkar livet såväl i som utanför skolan, återkommer ofta mer svåra beskrivningar om påtaglig psykisk ohälsa. Det handlar inte heller primärt om stressrelaterad ohälsa, utan om negativa emotioner och ohälsa som uttrycks i termer av nedstämdhet, brist på mening eller depressionsliknande tillstånd.

Citatet ovan är några axplock som visar ett återkommande mönster i uppsatserna. Nämligen att psykisk ohälsa som kan relateras till skolan, som en social arena, i hög grad är relationell. När det sociala samspelet med andra inte fungerar friktionsfritt beskriver studiens tjejer och killar psykisk ohälsa, som ofta uttrycks i form av negativa emotioner med varierad intensitet.

Genus och psykisk ohälsa

Trots att psykisk ohälsa tycks vara en del av många ungas vardag betonar både tjejer och killar betydelsen av att inte öppet visa att de mår dåligt inför andra. I synnerhet inte inför andra som de inte känner väl. Psykisk ohälsa förefaller vara tabubelagt och att vara ”drabbad” är förknippat med skam. En sådan inställning exemplifieras på ett tydligt sätt av Sofia:

”Jag är ofta deprimerad och när jag mår dåligt så blir jag väldigt tillbakadragen. Jag vill inte hitta på någonting, jag sover dåligt och känner mig ofta helt utmattad. Men jag vill inte tala om det – på grund av att jag skäms över det.”

Psykisk ohälsa blir således i huvudsak en individuell angelägenhet, förknippad med skam och personlig svaghet. Ett återkommande mönster är att unga på olika vis försöker dölja att de mår dåligt när de är tillsammans med andra på skolan. Av ungas berättelser framgår att det finns ett genusmönster i hur dessa strategier utformas, vilket indikerar att det finns skillnader i hur tjejer och killar konstruerar sitt genus i relation till psykisk ohälsa.

Femininitet och psykisk ohälsa

Vad som utmärker tjejernas berättelser är, som ovan framkom, en rädsla att bli ifrågasatt av sin omgivning om de ger uttryck för sin ohälsa tillsammans med andra som de inte känner väl. Det innebär att tjejer som mår dåligt tenderar att dra sig undan när ohälsobesvären blir för uppenbara. Eftersom unga tillbringar mycket tid i skolan pekar tjejer ofta ut skolans toalettutrymmen som en tillflyktsplats när de känner sig sårbara: ”Häromdagen fick jag en ångestattack under en lektion och sprang ut och grät en skvätt på toan”, berättar exempelvis Matilda. I den mån det är möjligt stänger således tjejer in sig, eller lämnar offentliga rum, när de mår dåligt. Tjejerna beskriver emellertid en möjlighet och ett behov av att tillsammans *med nära vänner* faktiskt ge utlopp för sina känslor när de mår dåligt. Det illustrerar till exempel Gabriella:

”Jag mår dåligt ibland och då känner jag en tomhet och börjar ofta gråta. Sen vet jag att det alltid finns någon vän som jag kan krama eller prata med när jag mår dåligt.”

Av citatet framkommer att Gabriella, liksom många andra tjejer, har nära vänner som stöttar henne när hon mår dåligt. Att tjejer tenderar att dela med sig av sina känslor och bekymmer till varandra i privata sammanhang är ett framträdande mönster i materialet. Det betyder att tjejer, som har vänner, sällan lämnas ensamma när de drabbas av psykiska besvär.

Att blotta sin skörhet genom att ventilera känslor, samt att vara lyhörd inför andras känslor och bekymmer, kan tolkas som ett sätt att konstruera sitt genus i enlighet med normer kring femininitet. Uttryck för stereotypa versioner av femininitet innebär att vara ”öppen” och ”ärlig” inför varandra (jfr McLean et al. 2010), vilket också är något som många tjejer skriver att de uppskattar. När tjejer samtalar om sin hälsa i privata sammanhang kan det tolkas som ett sätt att göra genus som reproducerar stereotypa versioner av femininitet. Att privata samtal kring känslor och vardagsbekymmer kan förstås som ett uttryck för femininitet blir särskilt tydligt bland tjejer som bryter mot normen, det vill säga tjejer som *inte* vill prata om allt. Hanna berättar:

”Det är jobbigt att man måste prata om allt med sina kompisar. För ibland vill man inte att andra ska veta allt, men det känns fel att ljuga. Och säger man inte som det är blir det ännu mer frågor och om man inte svarar så uppfattas man som sur.”

Citatet illustrerar en förväntan om att tjejer ska prata om allt, vilket Hanna inte uppskattar. Samtidigt beskriver hon känslan av att det blir fel, till och med att hon ljuger, när hon inte är öppen hjärtig med sina vänner. Att göra motstånd mot feminina ideal, genom att vara förtegen om sig själv inför andra, kan paradoxalt nog ge upphov till sociala sanktioner när tjejer är tillsammans. I Hannas berättelse ovan tillskrivs hon negativa egenskaper (det vill säga att vara sur) när hon inte ”talar ut” och således inte konstruerar sitt genus i enlighet med feminina normer.

Maskulinitet och psykisk ohälsa

Även killar beskriver en oro för att bli ifrågasatta av omgivningen om de ger uttryck för psykisk ohälsa. Vad som tenderar att utmärka killarnas berättelser är att de i större utsträckning än tjejerna betonar betydelsen av att distansera sig från psykisk ohälsa i alla dess former när de är tillsammans med andra på skolan. Att ge uttryck för psykiska besvär i form av oro, nedstämdhet, gråt eller tårar i offentliga sammanhang likställer många killar med ett socialt nederlag. En tolkning är att det är ett ”felaktigt” sätt att konstruera sitt genus, som bryter mot stereotypa normer om maskulinitet. En sådan inställning framgår till exempel när Oskar beskriver hur han uppfattar normer kring manlighet i offentliga sammanhang i relation till psykisk ohälsa:

”Killar har större krav på sig att vara starka. Skulle man börja gråta så är det kört för resten av året. Killar mår nog bättre på utsidan, men inte på insidan.”

Citatet synliggör en maskulinitet som kräver att killar ska vara starka och inte visa psykisk svaghet inför sin omgivning. En tolkning är att tårar och gråt skulle kunna sätta Oskars maskulinitet på spel (jfr MacLean et al. 2010). I stället reproduceras den maskulina normen och allt som kan förknippas med svaghet döljs inombords. Detta förhållningssätt blir än mer tydligt när killar berättar om svårare erfarenheter av psykisk ohälsa. Marcus är ett illustrativt exempel:

”När jag är stressad stänger jag in mig och skiter i omvärlden cirka ett dygn. Ibland, om jag känner mig svårt deprimerad, brukar jag bedöva mina känslor med sprit. Man måste släppa det som inte fungerar och gå vidare.”

Citatet indikerar att Marcus lämnar offentliga rum när han upplever stress. Av hans uppsats framgår att han brukar gå hem från skolan när skolarbetet blir för påfrestande och ger upphov till stress. Dessutom, vid svårare psykiska besvär i form av upplevd depression, avtrubbar han sina känslor – så även för sig själv – med hjälp av alkohol. Att hålla den upplevda psykiska ohälsan på avstånd kan tolkas som ett sätt att konstruera och reproducera stereotypa versioner av maskulinitet. Utifrån tidigare diskussion kan det också tolkas som att erfarenheter av psykisk ohälsa är ett större hot för killar än för tjejer eftersom det inte är förenligt med maskulina uttryck (jfr Courtenay 2000, McLean et al. 2010). En sådan tolkning stärks även av Alexanders berättelse:

”Jag tror killar mår precis lika dåligt som tjejer, men de vill inte visa det utåt. Att prata med killar om sådant är liksom en svaghet. Den som är svag kör man ju oftast över, visar du svaghet så förlorar man ganska fort. Tjejer behöver inte tänka på det, de får visa sig sårbara.”

Alexander är långt ifrån ensam om att reflektera över att killar och tjejer uttrycker sig olika i offentliga sammanhang när det handlar om psykisk ohälsa. Såväl killar som tjejer är övervägande överens om att tjejer har större utrymme att visa sin sårbarhet, medan killar förväntas vara starka och hantera sina uttryck så att de inte kan förknippas med psykisk svaghet. Den som inte lyckas konstruera sitt genus i enlighet med maskulina ideal riskerar nämligen att bli utsatt för sociala sanktioner, vilket Alexanders berättelse ovan illustrerar. De ”svaga” körs över, vilket i sin tur kan förvärra eventuell psykisk ohälsa.

Vad resultaten hittills visat är ett mönster som innebär att många killar i sina uppsatser uttrycker att det är en självklarhet att killar, precis som tjejer, kan må dåligt i skolan. Däremot tycks det vara oerhört viktigt, nästintill en självklarhet, att killar håller sina erfarenheter av psykisk ohälsa för sig själva i sociala sammanhang.

Därutöver finns det killar, i synnerhet på yrkesförberedande program, som uttrycker en jargong där all form av psykisk ohälsa förnekas. Dessa killar menar att de aldrig drabbats av stress eller psykiska besvär i någon form. *”Att må dåligt är väldigt främmande för mig, eftersom jag aldrig mår dålig. Jag är inte stressad och det är ingen i min närhet heller. Jag känner inte heller en enda kille som mår dåligt, punkt slut!”*, berättar till exempel Albin.

Det distanserade förhållningssättet till fenomenet psykisk ohälsa kan också förstås som ett sätt att reproducera en viss typ av maskulinitet som inte vill befläckas med stress eller psykisk ohälsa, eftersom det kan uppfattas som en svaghet. Vad dessa killar har gemensamt är också att de ger uttryck för bristande empati för dem som drabbas av psykisk ohälsa: *”Det här med att unga mår dåligt är bara bullshit, om de mår dåligt får de skylla sig själva”* skriver exempelvis Robert.

Att öppet berätta om, eller ge sken av, psykisk ohälsa kan också av dessa killar uppfattas som ett osmakligt sätt att fiska efter andras uppmärksamhet. Philip berättar: ”Jag tror att det är få som faktiskt mår dåligt, de flesta söker bara efter uppmärksamhet, vilket är löjligt.” Mot denna bakgrund är det kanske inte så märkligt att killar, i synnerhet där denna typ av jargong är stark, försöker dölja eventuell psykisk ohälsa för sin omgivning. Killar som ger sken av att de mår dåligt kan onekligen riskera att utsättas för negativa sociala sanktioner.

Sammantaget är det viktigt för såväl tjejer som killar att inte öppet delge erfarenheter av psykisk ohälsa till andra. Killarnas berättelser kännetecknas dock av att det är oerhört viktigt att inte visa några sprickor i fasaden, utan de tvingas hålla sin psykiska ohälsa för sig själva, vilket kan tolkas som ett uttryck för maskulinitet. Killar som signalerar psykisk ohälsa kan snabbt bli personer som andra killar ger sig på. Förmodligen eftersom ”svaghet” hotar maskulinitetens kärna (jfr MacLean et al. 2010).

Tjejers berättelser kännetecknas i stället av att det finns ett utrymme att visa sig sårbar, åtminstone tillsammans med nära vänner. Att konstruera sitt genus rätt, det vill säga i enlighet med feminina ideal, innebär dessutom att tjejer *förväntas* dela sina känslor och psykiska besvär med sina vänner. Inte heller hotar det tjejers femininitet att tillsammans med nära vänner ge utlopp för sina känslor när de blir för svåra att bära. Dessa identifierade genusmönster skulle kunna skapa förståelse för varför tjejer uttrycker och rapporterar psykisk ohälsa i större utsträckning än killar. Att ge uttryck för och rapportera ohälsa är ett sätt att göra och reproducera genus, i enlighet med stereotypa feminina normer. Däremot lämnar resultaten öppet huruvida tjejer i större utsträckning än killar är ”drabbade” av psykisk ohälsa.

Att hantera psykisk ohälsa

Det är nu dags att analysera frågeställningen som rör hur unga hanterar psykisk ohälsa som har sitt ursprung i skolan. Av studiens unga berättar närmare åtta av tio (78 procent) att de använder en eller flera strategier för att motverka psykisk ohälsa. En jämförelse mellan könen visar också att det är något fler tjejer (83 procent) än killar (73 procent) som berättar att de har en sådan strategi.

Materialet visar dessutom att strategierna, i linje med mina inledande resonemang, kan delas upp i emotionsfokuserade och problemfokuserade strategier (Lazarus & Folkman 1984, Linden 2005).⁵⁴ De emotionsfokuserade strategierna (som anges av 60 procent av studiens unga) är dubbelt så vanliga som de problemfokuserade (som anges av 30 procent). När uppsatserna delas in dessa två huvudsakliga strategier är könsskillnaderna marginella. Frågan är då vad det är som döljer sig bakom denna inledande statistik. Vad är det unga gör när de hanterar psykiska besvär? Och viktigast av allt – fungerar det?

⁵⁴ Av utrymmesskäl presenteras endast de vanligast förekommande strategierna som unga använder för att hantera psykisk ohälsa. En mer nyanserad och detaljerad redogörelse av hur unga hanterar psykisk ohälsa, till exempel i olika kontextuella sammanhang, finns presenterad på annat håll (se Hiltunen, kommande).

Emotionsfokuserade strategier

Emotionsfokuserade strategier innebär att unga lägger fokus på sina tankar och arbetar kognitivt för att förändra de negativa emotioner som likställs med psykisk ohälsa. Strategin kännetecknas därför av att unga bearbetar sina negativa sinnesstämningar, snarare än att försöka förändra de situationer som ger upphov till de negativa känslorna. Vissa beskriver att de försöker **tänka positivt** kring situationer som orsakar psykisk ohälsa, vilket Rickards berättelse är ett exempel på:

”Jag mår dåligt när jag inte har levt upp till mina egna krav att prestera i skolan. Då kan jag reagera starkt, bli besviken på mig själv samt få dålig självkänsla. Men bara för någon dag. Då brukar jag analysera vad som har gått snett, tänka positivt och gå vidare.”

Kännetecknande för den strategi som citatet exemplifierar är strävan att aktivt uppmärksamma vardagens positiva sidor och försöka övertyga sig själv om att allt är bra. En liknande strategi framträder i Annicas berättelse:

”När jag mår dåligt så försöker jag ändå se till att vara positiv. Det tjänar ju ingenting till att ha en negativ inställning och se mörkt på saker som just inträffat, utan det viktiga är att vara optimistisk och finna det positiva som finns bakom allt det negativa, trots att det är svårt. När jag mår dåligt säger jag alltid ’det kunde ha varit värre’ till mig själv.”

Annicas berättelse illustrerar att den upplevda psykiska ohälsan är en process samt hur hon aktivt – genom ett inre övertygelsearbete – försöker förändra sina tankar för att på så vis uppleva mer positiva känslor.

Andra beskriver i stället hur de på olika sätt försöker **distansera sig** från situationer som ger upphov till negativa känslor och psykisk ohälsa. En strategi för distansering är att *i tanken* ignorera problemet. Ines beskriver hur hon hanterar situationer när hon halkar efter i skolan: ”Jag mår dåligt när man ligger långt efter och ingen ens märker det. Jag försöker att inte tänka på det så mycket, men det är svårt.” Att ignorera sina negativa känslor är en strategi som många, precis som Ines, uppfattar är svårt. Strategin används ofta när unga upplever att det inte finns något att göra åt en situation som upplevs påfrestande.

En annan strategi för att distansera sig från stressituationer och efterföljande psykisk ohälsa är att ägna sig åt avkopplande **aktiviteter** som att till exempel lyssna på musik, ägna sig åt eget musicerande, läsa en bok eller titta på teve. Det är en mycket vanlig strategi och illustreras av Jonas: ”Jag kan lätt bli stressad och känna oro, oftast när det gäller skolan. Om jag exempelvis misslyckats på ett prov så brukar jag stänga in mig på mitt rum och lyssna på musik ett tag och bara ta det lugnt och försöka glömma det som gör att jag mår dåligt.” Även Klara får illustrera hur unga beskriver distansering genom avkopplande aktiviteter: ”För att motverka ohälsa försöker jag hitta en trygg och lugn plats. Jag brukar sätta mig ner och läsa en stund. Att vara ute och motionera brukar också fungera bra, då rensar jag hjärnan på negativa tankar.”

Unga som på detta sätt lyfter fram fritidsintressen, som inkluderar någon form av fysisk ansträngning, menar att det är ett mycket effektivt sätt att motverka psykisk ohälsa. Det illustrerar även Frida:

”Jag brukar bryta ihop när jag pluggar för man blir så frustrerad när det blir för mycket att göra. Men det bästa som finns är att gå in i danssalen och glömma verkligheten för ett tag. Jag mår bra av att dansa, det gör mig liksom lycklig.”

Av Fridas berättelse framgår att dansen kan hjälpa henne att vända negativa känslor till lycka, vilket måste sägas vara ett framgångsrikt sätt att hantera psykisk ohälsa. Denna typ av berättelser är vanliga, oavsett om distanseringen sker i en danssal, på en fotbollsplan eller tillsammans med handbollslaget. När unga distanserar sig genom att låta sina tankar – och hela sin kropp – vara upptagen av fritidsaktiviteter som de ägnar sig åt fungerar distanseringen som strategi av allt att döma mycket bra. Unga som har aktiviteter vid sidan av till exempel skolarbete ger ofta uttryck för att det hjälper dem att fokusera på annat, vilket i sin tur tycks skingra upplevd ohälsa.

En sista form av emotionsfokuserad strategi kallar jag *samtalsstöd*. Linns berättelse är ett exempel på hur unga kan beskriva denna strategi: *”Jag mår ofta dåligt. Ibland brister det helt, men då får vännerna veta. När jag pratar med dem känns det alltid bättre.”* När Linn bryter ihop finns vännerna vid hennes sida och hjälper henne att vända de negativa tankarna.

Även Fanny berättar om liknande erfarenheter av samtal som strategi: *”Jag brukar snacka med en kompis, man mår alltid bättre av att prata av sig, det är också bra att bli stöttad av någon.”* Vad Linn och Fanny har gemensamt är att samtalen tycks hjälpa dem att må bättre. En tolkning är att det är en emotionsfokuserad strategi eftersom samtalen tycks ha en förlösande effekt som tar udden av de negativa känslorna.

När unga berättar om samtalsstöd som en strategi mot psykisk ohälsa finns en tydlig genusskillnad. Att be omgivningen, i huvudsak vänner och familj, om hjälp uppfattar många tjejer dessutom som en självklarhet medan denna strategi inte alls är lika självklar bland killar. I den mån killar samtalar med andra är de dessutom noga med att betona att *eventuella* samtal äger rum inom den egna familjen, med partner eller med vänner de känner väl: *”Man måste vara väldigt bra kompisar om du ens ska säga att du mår dåligt”*, berättar till exempel Karl-Oskar.

Det mest framträdande mönstret i killarnas uppsatser är i stället berättelser om strävan att hålla sina negativa känslor för sig själv. Resultaten indikerar därmed att tjejer har större möjligheter än killar att bearbeta sina negativa emotioner genom att samtala med sin närmaste omgivning när de mår dåligt. En del killar, men nästan inga tjejer, ger dessutom uttryck för uppfattningar att individen ska hantera sin ohälsa på egen hand: *”Jag tror inte att andra, t.ex. kuratorer, ska lägga sig i för mycket. Livet ska man klara av själv”*, berättar exempelvis Rasmus.

En tolkning är att de olika strategierna – där tjejer ”samtalar” och killar ”sköter sig själva” – återigen kan förstås som ett uttryck för ungas sätt att konstruera sitt genus. Att konstruera sig själv som feminin innebär att knyta an till sin omgivning, så även när unga mår dåligt. Killar tenderar i stället att konstruera och reproducera sitt genus i enlighet med stereotypa maskulina normer som framhåller självständighet och oberoende.

Problemfokuserade strategier

Problemfokuserade hanteringsstrategier innebär att unga försöker göra något åt de situationer som av olika skäl ger upphov till psykisk ohälsa. Kännetecknande för denna strategi är följaktligen att på olika sätt försöka förändra en situation som ger upphov till psykisk ohälsa. Även för problemfokuserade strategier finns det olika varianter som lyfts fram av studiens unga. En del unga som besväras av skolarbete berättar exempelvis att de försöker ta kontroll över situationen genom att arbeta hårt för att prestera i enlighet med sina mål. **Att arbeta och anstränga sig** när situationen så kräver är således en vanlig strategi för att undvika stressrelaterade psykiska besvär förknippade med skolarbete. Maria berättar:

”Mitt liv är inte fritt från krav. Tvärtom. Jag tillhör den gruppen av unga som sitter uppe och pluggar varenda kväll för att kunna bli det jag vill i livet. Jag måste ha de högsta betygen för att komma in på den utbildningen jag vill.”

Av citatet framkommer att Maria anstränger sig för att nå sina mål, vilket kan tolkas som en problemfokuserad strategi. Först när hon känner sig klar med sina skoluppgifter och tillräckligt förberedd inför en ny skoldag kan hon möjligen koppla av. Hon är långt ifrån ensam, utan denna typ av strategi är vanlig bland såväl tjejer som killar. I synnerhet bland unga som har höga ambitioner i skolan. Det är också en strategi som kräver att unga har faktiska resurser att ta sig an sina uppgifter på ett tillfredsställande sätt.

Ytterligare en strategi som unga lyfter fram i sina uppsatser och som kan relateras till skolarbetet, är att **planera och strukturera** tillvaron. Strategin kännetecknas av att unga ligger ”steget före” för att på så vis undvika stressituationer som påverkar den psykiska hälsan negativt. Ett illustrativt exempel som belyser denna strategi förmedlas av Lisa: *”Om jag är på väg mot en svacka brukar jag planera bättre och göra det tråkiga först. Planering, struktur och att leva i symbios med min kalender är det som gör att jag mår bra.”* Orden synliggör att Lisa fokuserar på att hantera situationer som ger upphov till psykisk ohälsa. Genom att planera och att skapa struktur i vardagen minskar arbetsbördan och den psykiska ohälsan kan hållas på avstånd. Att planera och strukturera är en strategi som ofta återberättas av tjejer som har höga ambitioner i skolan.

Den sista varianten av problemfokuserad hantering är **hjälpökande strategier** som nästan uteslutande återberättas av tjejer. Den innebär att unga tjejer ber sin omgivning, ofta familj och vänner, om praktisk hjälp när de står inför stressituationer som orsakar psykisk ohälsa. Vissa tjejer vänder sig till sina föräldrar för att exempelvis få hjälp med att planera sitt skolarbete: *”När jag bryter ihop brukar min mamma hjälpa mig att prioritera min vecka så att jag ska hinna med allt jag vill hinna med”*, berättar till exempel Sanna.

Andra söker upp sina vänner för att få hjälp med skolarbetet för att på så vis skingra psykisk ohälsa som uppstår av upplevd stress i skolan: ”När jag mår dåligt är det bästa att försöka prata med och ta hjälp av en kompis och så tar vi en sak i taget”, berättar Amanda. Den hjälpsökande strategin förutsätter emellertid att unga har individer i sin omgivning som kan hjälpa dem.

Det finns också en handfull unga som vänder sig till professionella inom skolhälsovården, när skolan av olika skäl upplevs påfrestande: ”Jag var tvungen att ta tag i problemen med att redovisa muntligt i gymnasiet. Jag pratade med kuratorn och det löste sig”, skriver Rebecca. Till skillnad från tjejer är det ytterst få av studiens killar som berättar att de ber sin omgivning om hjälp när de av olika skäl mår dåligt, vilket återigen kan tolkas som att killar reproducerar sin maskulinitet. Killar förväntas sköta sig själva som en följd av normer för maskulinitet. Därför är en tolkning att den hjälpsökande strategin är mer tillåtande för tjejer eftersom den inte utmanar femininitetens normer att be om hjälp (jfr MacLean et al. 2010).

Tjejeers och killars hanteringsstrategier

Av artikeln har nu framgått att majoriteten av studiens tjejer och killar har strategier för att hantera psykisk ohälsa. På ett övergripande plan är genuskillnaderna ytterst marginella – tjejer och killar berättar om hanteringsstrategier i ungefär lika stor utsträckning. När blicken riktas mot de olika variationerna av strategier finns det emellertid genusmönster. Det gäller i synnerhet strategier som inkluderar stödjande funktioner, det vill säga samtalsstöd och hjälpsökande strategier. För majoriteten tjejer tycks det vara en självklarhet att vända sig till sin närmaste omgivning för att samtala eller att be om hjälp när ohälsan drabbar dem. Däremot är detta långt ifrån självklart bland studiens killar. En tolkning är att dessa resultat kan vara ett uttryck för att unga reproducerar stereotypa versioner av femininitet och maskulinitet när de hanterar sin ohälsa.

Genusstereotypa föreställningar om hur unga bör agera i påfrestande situationer kan därför vara vägledande och bidra till trygghet. Stereotypa versioner av femininitet innebär att söka kontakt och att dela med sig av sina känslor, vilket också innebär att tjejer kan få hjälp att hantera sin psykiska ohälsa. Stereotypa versioner av maskuliniteter för i stället med sig föreställningar att killar förväntas vara självständiga och oberoende. Det innebär i sin tur att killar i större utsträckning än tjejer hanterar sin ohälsa på egen hand.

Avslutande diskussion

I denna artikel har ett syfte varit att fördjupa förståelsen för vad lättare former av psykisk ohälsa kan innebära om unga själva får beskriva. För att undersöka detta valdes skolan ut som en central kontext för att förstå ungas erfarenheter av att må dåligt. En första slutsats är att unga, när de själva berättar, beskriver psykisk ohälsa utifrån tre huvudsakliga dimensioner:

(1) psykisk ohälsa innebär *stressrelaterade besvär* som i huvudsak kan härledas till skolan som arbetsmiljö

(2) psykisk ohälsa är också *negativa emotioner* som följer både av skolan som arbetsmiljö och av skolan som social arena

(3) psykisk ohälsa är också ett *relationellt* fenomen som kan uppstå när unga är i samspel med varandra på skolan.

Resultaten bekräftar i stor utsträckning vad tidigare studier konstaterat om ungas psykiska hälsa. Flera studier har under senare år exempelvis uppmärksammat ungas stressrelaterade ohälsa som en aspekt av psykisk ohälsa (Haraldsson, Lindgren, Hildingh & Marklund 2010, Strömbäck 2014, Wiklund 2010). Tanken med artikeln har varit att belysa hur unga själva upplever och beskriver stressrelaterad ohälsa i skolan.

Att unga uppfattar och beskriver psykisk ohälsa som negativa emotioner har också konstaterats i tidigare studier (Armstrong, Hill & Secker 2000, Johansson, Brunberg & Eriksson 2007, Landstedt 2010). I denna artikel visar resultaten att de negativa emotionerna (men också stress) som unga upplever i sin vardag kan ge upphov till en rad psykiska och fysiska besvär. Den psykiska ohälsan som unga beskriver är också reell i den meningen att unga som rapporterar ohälsa mår dåligt, vilket bör tas på största allvar.

Artikeln syftade också till att undersöka på vilket sätt ungas beskrivningar av psykisk ohälsa kan förstås i relation till normer om femininitet och maskulinitet. Artikelns resultat visar att psykisk ohälsa är förknippat med skam och någonting som såväl tjejer som killar försöker dölja i skolan i den mån de är drabbade. En slutsats är att unga uttrycker medvetenhet om att det finns normer för hur tjejer och killar förväntas agera när de drabbas av psykisk ohälsa och att unga i hög grad reproducerar dessa normer.

Tjejerna ger uttryck för att psykisk ohälsa kan diskuteras och uttryckas, men endast tillsammans med nära och tillitsfulla vänner. Det är också någonting som *förväntas* av tjejerna, vilket blir särskilt tydligt när tjejer gör motstånd mot dessa ideal. Killarna ger däremot uttryck för en tillvaro där normen innebär att psykisk ohälsa helst inte ska ventileras alls, inte ens med de närmaste vännerna. Killarna berättar inte heller om ett motstånd gentemot normer om maskulinitet, utan snarare om vilka sanktioner de skulle utsättas för om de mot förmodan skulle bryta mot etablerade normer genom att synliggöra svaghet och sprickor i fasaden.

Liknande resultat har presenterats av MacLean et al. (2010) som menar att killar har att förhålla sig till regler, medan tjejer vägleds av principer, när det handlar om uttryck för psykisk ohälsa bland unga. En viktig fråga att lyfta i sammanhanget är om, och i så fall på vilket sätt, normer om femininitet och maskulinitet påverkar ungas handlingar när de sitter framför en enkät som avser mäta deras psykiska hälsa.

Två viktiga slutsatser kan presenteras för ungas strategier att hantera psykisk ohälsa som har sitt ursprung i skolan. För det första leder analysen till slutsatsen att unga i denna studie har strategier för att hantera självupplevd psykisk ohälsa och att de i hög grad gör det på egen hand. För det andra dras en slutsats som kan bidra med viktig kunskap om genuskillnader i ungas hanteringsstrategier. Trots att tjejer generellt är mer utsatta för psykisk ohälsa, visar studien ett annorlunda resultat när det handlar om hanteringsstrategier. Jämfört med tjejer tycks nämligen killar ha en mer begränsad uppsättning hanteringsstrategier i den meningen att killar i mindre utsträckning än tjejer ber om stöd och hjälp när de mår dåligt (Frydenberg 1997, jfr Frydenberg & Lewis 1991). En tolkning, och en slutsats, är att normer om maskulinitet hindrar killar från att söka den hjälp de behöver.

Referenser

- Almquist, Y. & Brodin Låftman, S. (2012). Hälsosamt samspel i skolan. *Framtider. Tidskrift från institutet för framtidsstudier*. Vol 3, s. 12 –15.
- Armstrong, C., Hill, M. & Secker, J. (2000). Young people´s perceptions of mental health, *Children & Society*, Vol 14, s. 60–72.
- Berntsson, L. T. & Köhler, L. (2001). Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2–17 years in the five Nordic countries: comparison between 1884 and 1996. *European Journal of Public Health*. Vol 11, s. 35–42.
- Busfield, J. (1996). *Men, women and madness: understanding gender and mental disorder*. Basingstoke: Macmillan.
- Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R. & Pickles, A. (2004). Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* Vol 45(8), s. 1 350–1 362.
- Connell, R. (2009). *Om genus*. Göteborg: Daidalos.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men´s well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*. Vol 50, s. 1 385 –1 401.
- Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2013). Kognitiv stressteori. I A. Ahmad, R. Ekman. & B. Arnetz (Red.), *Stress: individen, samhället, organisationen, molekylerna*. 3 rev. upplagan. Stockholm: Liber.
- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H. & Wängnerud, L. (2012). *Metodpraktikan. Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Nordstedts Juridik.
- Forsell, Y. & Dalman, C. (2004). *Psykisk ohälsa hos unga*. Stockholm: Epidemiologiska enheten, Stockholms läns landsting.
- Frosh, S., Phoenix, A. & Pattman, R. (2002). *Young masculinities*. Basingstoke: Palgrave.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping: theoretical and research perspectives*. London: Routledge.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1991). Adolescent coping: the different ways in which boys and girls cope. *Journal of Adolescence*. Vol 14, s. 119 –133.
- Gustafsson, J.-E., Allodi Westling, M., Alin Åkerman, B., Ericsson, C., Eriksson, L., Fischbein, S., Granlund, M., Gustafsson, P., Ljungdahl, S., Ogden, T. & Persson, R. S. (2010). *School, learning and mental health. A systematic review*. Stockholm: Hälsoutskottet, Kungl. Vetenskapsakademien.
- Hagquist, C. (2009). Psychosomatic health problems among adolescents in Sweden. Are the time trends gender related? *European Journal of Public Health*, Vol 19(3), s. 331–336.
- Hagquist, C. (2010). Discrepant trends in mental health complaints among younger and older adolescents in Sweden: an analysis of WHO data 1985–2005. *Journal of Adolescent Health*, Vol 46(3), s. 258–264.
- Haraldsson, K., Lindgren, E-C., Hildingh, C. & Marklund, B. (2010). What makes the everyday life of Swedish adolescent girls less stressful: a qualitative analysis, *Health promotion International*, Vol 25(2), s. 192–199.

Harden, A., Rees, R., Shepherd, J., Brunton, G., Oliver, S. & Oakley, A. (2001). *Young people and mental health: a systematic review of research on barriers and facilitators*. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.

Hiltunen, L. (kommande). *Ungas subjektiva ohälsa* (preliminär titel). Doktorsavhandling. Växjö: Linneaus university press.

Hjern, A., Alfvén, G. & Östberg, V. (2008). School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Pædiatrica*, Vol 97(1), s. 112–117.

Hoffman, C. & Hurst, N. (1990). Gender stereotypes: perception and rationalization? *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 58(2), s. 197–208.

Häggqvist, S. (2004). *Arbetsmiljö och utveckling i skolan: förutsättningar för samverkan mellan elever och personal*. Doktorsavhandling. Stockholm: Tekniska högskolan.

Johansson, A., Brunberg, E. & Eriksson, C. (2007). Adolescent Girls' and Boys' Perceptions of Mental Health. *Journal of Youth Studies*, Vol, 10(2), s. 183–202.

Lager, A. (2009). Psykisk ohälsa hos ungdomar. *Framtider*. Vol 3, s. 14–17.

Landstedt, E. (2010). *Life circumstances and adolescent mental health: perceptions, associations and a gender analysis*. Doktorsavhandling. Sundsvall: Mittuniversitetet.

Landstedt, E., Asplund, K. & Gillander Gådin, K. (2009). Understanding adolescent mental health: the influence of social processes, doing gender and gendered power relations. *Sociology of Health & Illness*. Vol 31(7), s. 962–978.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Linden, W. (2005). *Stress management: from basic science to better practice*. 1. ed. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.

MacLean, A., Sweeting, H. & Hunt, K. (2010). Rules for boys, guidelines for girls: Gender differences in symptom reporting during childhood and adolescence. *Social Science & Medicine*, Vol 70, s. 597–604.

Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Nygren, K. (2012). *Adolescent self-reported health in the Umeå region: associations with behavioral, parental and school factors*. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet.

Paechter, C. (2007). *Being boys, being girls: learning masculinities and femininities*. Maidenhead: Open University Press.

Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S. & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, Vol 369, s. 1 302–1 213.
Pilgrim, D. (2014). *Key concepts in mental health*. 3. ed. London: Sage.

Petersen, S., Bergström, E., Cederblad, M., Ivarsson, A., Köhler, L., Rydell, A-M., Stenbeck, M., Sundelin, C. & Häggglöf, B. (2010). *Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk översikt med tonvikt på förändringar över tid*. Stockholm: Hälsovetenskapliga rådet, Kungl. Vetenskapsakademien.

Roskies, E. & Lazarus, R. S. (1980). Coping theory and the teaching of coping skills. In P. Davidson & S. Davidson (Eds.), *Behavioral Medicine: Changing Health and Lifestyles*. New York: Bruner/Mazel, s. 38–69.

SOU (2006:77). *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa: analyser och förslag till åtgärder: slutbetänkande*. Stockholm: Fritzes.

Strömbäck, M. (2014). *Skapa rum. Ung femininitet, kroppslighet och psykisk ohälsa: genusmedveten hälsofrämjande intervention*. Avhandling. Umeå: Umeå universitet.

Sweeting, H., West, P. & Der, G. (2007). Explanations for female excess psychosomatic symptoms in adolescence: evidence from a school-based cohort in the west of Scotland. *BMC Public Health*. Vol 7, s. 298.

Ungdomsstyrelsen (2013a). *Unga med attityd 2013 – Ungdomsstyrelsens attityd- och värderingsstudie*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Ungdomsstyrelsen (2013b). *Ung idag – En beskrivning av ungas livsvillkor*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

West, C. & Zimmerman, D. H., (1987). Doing gender. *Gender and Society*, Vol. 1(2), s. 125–151.

Vetenskapsrådet (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wiklund, M. (2010). *Close to the edge. Discursive embodied and gendered stress in modern youth*. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet.

Währborg, P. (2009). *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur och kultur.

Östberg, V., Alfvén, G. & Hjern, A. (2006). Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish Schoolchildren. *Acta Pædiatrica*, Vol 95. s. 929–934.

Elektronisk källa

WHO (2014). Mental health: strengthening our response. World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>, 2014-07-2.

Internaliserade och externaliserade problem bland unga vuxna

Henrik Andershed & Anna-Karin Andershed, Örebro universitet

Introduktion

Många människor utvecklar psykisk ohälsa och beteendeproblem som orsakar mycket lidande både hos dem själva och hos andra. Det innebär också stora kostnader för samhället. Det finns tidigare forskning som visar att internaliserade problem som ångest- och depressionssymtom och externaliserade problem som frekvent riskbruk av alkohol och kriminellt beteende är relativt vanliga bland ungdomar och unga vuxna och att de relativt ofta finns hos samma individer (se Kessler et al. 2007, Kopp & Gillberg 2003).

Psykiska problem och beteendeproblem undersöks ofta i forskningsstudier som helt separata fenomen som om de inte skulle ha samband med varandra och som om flera problem inte skulle förekomma hos en och samma person. I själva verket verkar det vara relativt vanligt att en och samma person har flera olika psykiska problem och beteendeproblem, vilket man påvisat i såväl svensk som utländsk forskning (se Fergusson, Boden & Horwood 2011, Kessler et al. 2005, 2011, Wångby, Bergman & Magnusson 1999). För att kunna bemöta varje individ på ett bra sätt, utifrån hans eller hennes enskilda eller sammansatta problematik, är det viktigt att identifiera och förstå dessa möjliga mönster av problem och dess kopplingar till andra livsbetingelser.

Kopplingar till andra problematiska livssituationer

Det finns förstås kopplingar mellan internaliserade och externaliserade problem å ena sidan och människors välmående i vidare bemärkelse, inte bara psykisk utan också fysisk hälsa, å andra sidan (se Odgers et al. 2008, Park, 2004).

Man vet också sedan tidigare att det finns beteenden och egenskaper som är starkt relaterade till internaliserade och externaliserade problem, till exempel ADHD-symtom (se von Polier, Vloet & Herpertz-Dahlmann 2012, Pratt, Cullen & Blevins 2002), självskadebeteende och självmordsförsök (se Evans, Hawton & Rodham 2004, Fliege, Lee, Grimm & Klapp 2009, Stenbacka, Romelsjö & Jokinen 2014). Ett annat samband som forskningen har lyft fram är med problematiska personlighetsdrag, till exempel brist i empati, impulsivitet och behov av omväxling (se Andershed, Kerr, Stattin & Levander 2002).

Det är också påvisat att demografiska faktorer, som arbetslöshet och ekonomiska problem, är relaterade till såväl internaliserade som externaliserade problem (se Miech, Caspi, Moffitt, Wright & Silva 1999, Reneflot & Evensen 2014). Det finns också skillnader i internaliserade och externaliserade problem mellan personer med olika sexuell läggning (se King et al. 2008, Statens folkhälsoinstitut 2005, Ungdomsstyrelsen 2013).

Den befintliga forskningen om faktorer som har samband med internaliserade och externaliserade problem är omfattade. Trots detta finns det relativt få studier om möjliga kombinationer av internaliserade och externaliserade problem och som ställer dessa i relation till andra egenskaper, beteenden och omständigheter i livet, inte minst i ett svenskt perspektiv. Syftet med den här studien är därför att kartlägga mönster av internaliserade och externaliserade problem och undersöka kopplingen mellan dessa mönster och andra psykosociala problem, beteendeproblem och livsbetingelser.

Könsskillnader och betydelsen av kombinationer av problem

Syftet med denna studie är att i ett relativt stort och slumpmässigt urval av unga vuxna svenska individer (2 500), både män och kvinnor, genomföra en kartläggning av:

- Internaliserade och externaliserade problem i form av ångestsymtom, depressionssymtom, riskbruk av alkohol och kriminellt beteende bland unga vuxna.
- Psykosocial hälsa (subjektivt välbefinnande, fysisk hälsa, ADHD-symtom, självskadebeteende och självmordsförsök), problematiska personlighetsdrag och demografiska variabler (försörjning och sexuell läggning) som tidigare forskning funnit vara relaterade till externaliserade och internaliserade problem.
- Andel personer som söker professionellt stöd eller omhändertagande i sjukvården på grund av psykiska besvär.
- Kombinationer av internaliserade och externaliserade problem och huruvida det finns skillnader mellan personer med olika problemkombinationer för psykosocial hälsa, problematiska personlighetsdrag, demografiska variabler och i vilken utsträckning man sökt och fått vård.

Könsskillnader undersöks genomgående för samtliga ovanstående områden.

Undersökningens genomförande

Deltagare och procedur

De data som används kommer från den så kallade *RESUMÉ-studien* (Retrospektiv studie av unga människors erfarenheter) som är en intervju- och enkätstudie av 2 500 personer i åldern 20–24 år från samtliga delar av Sverige. I underlaget ingår 1 186 (47,4 procent) män och 1 314 (52,6 procent) kvinnor och medelåldern är 22,2 år. De valdes slumpmässigt från befolkningen födda mellan 1987 och 1991. Urvalet stratifierades därefter proportionellt efter kön och Sveriges 21 län med hjälp av det nationella registret över totalbefolkningen hos Statistiska centralbyrån.

Målet var att de 2 500 deltagarna i studien skulle bestå av lika många män som kvinnor, födda under 1987–1991 i respektive län. På grund av ett oproportionerligt antal individer i olika län som accepterade deltagande, och på grund av tidsplanen för datainsamlingen som helhet, finns det några avvikelser från denna princip. Den största av dessa avvikelser var att ett större antal individer än proportionerligt ingick från två av de stora tätorterna i Sverige och att ett mindre antal individer än proportionerligt från två län som omger två av de stora städerna (se Cater, Andershed & Andershed 2014).

Datainsamlingen genomfördes mellan mars och december 2011. Rekrytering, intervjuer och administration utfördes av utbildade intervjuare. Rekrytering av deltagare gjordes via telefon. De som valde att delta i studien fick möjlighet att välja tid och plats för intervjun samt kön på

den person som intervjuade och administrerade enkäten. Intervjun tog oftast cirka 90 minuter. Deltagarna fick ett presentkort till ett värde av 400 kronor för att delta. Studien har granskats av en forskningsetisk nämnd.⁵⁵

Frågor

Deltagarna delades in i två grupper för varje område som mättes, till exempel för internaliserade problem respektive för inga internaliserade problem; för externaliserade problem respektive för inga externaliserade problem; för oro över fysisk hälsa respektive för ingen oro över fysisk hälsa. Vi följde antingen instrumentens riktlinjer eller gängse metoder i forskning för att dela in dem i de som hade ett visst problem eller beteende och de som inte hade det. Indelningarna för samtliga områden finns redovisade i bilaga 1.

- **Internaliserade problem.** Ångest och depression mättes med sju frågor vardera om symtom under den senaste veckan.
- **Externaliserade problem.** För bedömning av alkoholanvändning delades deltagarna in i de som uppskattades ha ett riskbruk av alkohol och de som inte hade det med hjälp av tio frågor. Kriminellt beteende mättes med 19 frågor om konkreta kriminella handlingar under de senaste tolv månaderna.
- **Subjektivt välbefinnande.** Subjektivt välbefinnande mättes med frågan *Hur har du trivts med livet de senaste 12 månaderna?*
- **Fysisk hälsa.** Oro över fysisk hälsa mättes med frågan *Oroar du dig över din kroppsliga hälsa?*
- **Vård och stöd.** Huruvida personen sökt professionellt stöd mättes med frågan *Har du någon gång sökt stöd från en professionell, för att ha någon att prata med, få hjälp att reda ut saker eller utveckla dig själv?* Omhändertagande i sjukvården mättes med frågan *Har du någon gång varit inlagd på sjukhus på grund av psykiska besvär?*
- **ADHD-symtom.** Svårigheter med koncentration, uppmärksamhet, impulsivitet och motorisk hyperaktivitet, det vill säga ADHD-symtom, mättes utifrån 18 påståenden i en enkät.
- **Självskada och självmordsförsök.** Självskadebeteende mättes med frågan *Har du någon gång skadat dig själv med vilja utan att du ville dö?* Självmordsförsök mättes med frågan *Har du någon gång försökt ta ditt eget liv?*
- **Personlighet.** För att mäta problematiska personlighetsdrag användes 18 påståenden som mäter grandiositet, ljugande, manipulerande, bristande empati och känslökyla samt impulsivitet, ansvarslöshet och behov av omväxling.
- **Försörjning.** Sysselsättning mättes med frågor om arbete och studier. Ekonomiska problem mättes med frågan *Har du under de senaste 12 månaderna haft svårt att klara löpande ekonomiska utgifter som exempelvis hyra, avbetalningar och liknande?*
- **Sexuell läggning.** Sexuell läggning mättes med frågan *Vilken sexuell läggning skulle du säga att du har?* med svarsalternativen *hetero-, homo- och bisexuell* samt *jag är osäker*.

⁵⁵ Diarienummer 2010/463.

Resultat

Förekomst av internaliserade och externaliserade problem

Tabell 1 visar förekomsten av internaliserade och externaliserade problem hos män och kvinnor. För internaliserade problem framgår det tydligt att det är relativt vanligt med ångestsymtom bland både män och kvinnor. Det är dock betydligt vanligare bland kvinnor (28,7 procent) än bland män (17,5 procent). Drygt 6 procent av männen och nästan 8 procent av kvinnorna rapporterar depressionssymtom. Denna skillnad är inte statistiskt signifikant.

För externaliserade problem visar tabell 1 att riskbruk av alkohol är vanligt bland både män och kvinnor i denna ålder. Det är signifikant vanligare bland män (48,7 procent) än bland kvinnor (31,8 procent). Av männen rapporterar 25 procent att de begått brott de senaste tolv månaderna. Endast drygt 9 procent av kvinnorna rapporterar detta. Denna skillnad mellan män och kvinnor i förekomst av kriminalitet är statistiskt signifikant.

Tabell 1. Förekomst av internaliserade och externaliserade problem bland män och kvinnor. Procent

	Män Procent (n=1186)	Kvinnor Procent (n=1314)
Internaliserade problem		
Ångestsymtom	17,5	28,7 *
Depressionssymtom	6,2	7,7
Externaliserade problem		
Riskbruk av alkohol	48,7 *	31,8
Kriminellt beteende	25,0 *	9,1

* Statistiskt signifikant skillnad mellan män och kvinnor (p -värde under 0,05).

Kommentar: I bilaga 1 beskrivs hur kategoriseringar av de olika internaliserade och externaliserade problemen har gjorts.

Faktorer som är relaterade till internaliserade och externaliserade problem

Tabell 2 visar kartläggningen av faktorer som tidigare forskning har påvisat vara relaterade till internaliserade och externaliserade problem. Vi ser att ungefär lika stor andel män som kvinnor uppger att de inte alls trivs bra med livet. Det handlar dock om mindre än 4 procent hos både män och kvinnor. En signifikant större andel män (42,1 procent) än kvinnor (35,3 procent) uppger att de trivs mycket bra med livet.

Nästan dubbelt så stor andel kvinnor (14,5 procent) som män (8,4 procent) uppger att de oroar sig för sin hälsa. Ungefär en tredjedel av kvinnorna och mer än dubbelt så stor andel kvinnor som män uppger att de har sökt någon form av professionellt stöd och ungefär dubbelt så stor andel kvinnor (6,6 procent) som män (3,2 procent) uppger att de varit inlagda i sjukvården på grund av psykiska besvär.

Något större andel kvinnor (15,3 procent) än män (12,2 procent) uppger att de har flertalet utpräglade ADHD-symtom. Ungefär var fjärde och mer än dubbelt så stor andel kvinnor som män uppger självskadebeteende. Ungefär dubbelt så stor andel kvinnor (6,5 procent) som män (3,6 procent) uppger att de försökt ta sitt eget liv. Problematiska personlighetsdrag är nästan tre gånger så vanligt bland män (9,9 procent) som hos kvinnor (3,7 procent).

En större andel kvinnor (14,7 procent) än män (6,6 procent) uppger att de har en homo- eller bisexuell läggning, eller att de är osäkra på sin sexuella läggning. En signifikant större andel män (12,2 procent) än kvinnor (8,4 procent) står utanför arbetsmarknad och studier, men en ungefär lika stor andel män som kvinnor uppger att de har ekonomiska problem.

Tabell 2. Faktorer som är relaterade till psykosocial hälsa och beteende bland unga män och kvinnor. Procent

	Män Procent (n=1 186)	Kvinnor Procent (n=1 314)
Subjektivt välbefinnande		
Trivs inte alls bra med livet	3,5	3,9
Trivs mycket bra med livet	42,1*	35,3
Vård och stöd		
Sökt professionellt stöd	15,6	36,7*
Inlagd pga. psykiska besvär	3,2	6,6 *
Individegenskaper		
Orolig över fysisk hälsa	8,4	14,5*
ADHD-symtom	12,2	15,3*
Självskadebeteende	10,6	25,2*
Själv-mordsförsök	3,6	6,5
Problematiska personlighetsdrag	9,9*	3,7
Sexuell läggning		
Homo- eller bisexuell läggning	4,4	12,0*
Osäker i sexuell läggning	1,2	2,7*
Försörjning		
Ej i arbete eller i studier	12,2*	8,4
Ekonomiska problem	20,3	23,2

* Statistiskt signifikant skillnad mellan män och kvinnor (p-värde under 0,05).

Kommentar: I bilaga 1 beskrivs hur kategoriseringar av de olika internaliserade och externaliserade problemen har gjorts.

Finns det grupper med olika kombinationer av internaliserade och externaliserade problem?

För att undersöka i vilken utsträckning internaliserade och externaliserade problem existerar isolerat eller om samma personer har flera av dessa problem samtidigt, och i sådana fall vilka olika kombinationer av dessa problem som män och kvinnor uppvisar, genomfördes så kallad klusteranalys. En klusteranalys identifierar grupper av individer som har liknande kombinationer eller mönster av de variabler som klusteranalyseras. Klusteranalyser (i detta fall så kallad k-mean-klusteranalys) av ångestsymtom, depressionssymtom, riskbruk av alkohol och kriminellt beteende gjordes, separat bland män och kvinnor, i syfte att identifiera grupper av individer med liknande kombinationer av dessa fyra problem.

Klusteranalyserna⁵⁶ (bland män respektive kvinnor) visade att det fanns fem problemgrupper med distinkt olika kombinationer av de fyra problemen och liknande grupper identifierades hos män och kvinnor:

1. *Utan problem* – avsaknad av de fyra problemen (54,6 procent av männen och 59,8 procent av kvinnorna).
2. *Riskbruk av alkohol* – men inga av de andra tre problemen (18,6 procent av männen och 15,2 procent av kvinnorna).
3. *Internaliserade problem* – ångest- och depressionssymtom, men inga externaliserade problem (18,0 procent av männen och 17,7 procent kvinnorna).
4. *Externaliserade problem* – riskbruk av alkohol och kriminellt beteende, men inga internaliserade problem (5,5 procent av männen och 6,5 procent av kvinnorna).
5. *Multiproblem* – både internaliserade och externaliserade problem, det vill säga ångestsymtom, depressionssymtom, riskbruk av alkohol och kriminellt beteende (3,3 procent av männen och 0,8 procent av kvinnorna).

Jämförelser mellan problemgrupperna relaterade till internaliserade och externaliserade problem

I tabell 3 (män) och tabell 4 (kvinnor) presenteras jämförelser av hälsa, beteende, sexuell läggning, demografiska variabler samt vård och stöd mellan problemgrupperna. De av dessa faktorer som kan betraktas som mått på psykosocial ohälsa eller beteendeproblem finns också illustrerade i figur 1 (män) och figur 2 (kvinnor). Som förväntat är mönstret i resultaten att den grupp, både bland män och bland kvinnor, som inte har något av de fyra internaliserade eller externaliserade problemen också att de tenderar att i mindre grad uppvisa andra problem.

Gruppen som inte har internaliserade eller externaliserade problem tycks, som kan förväntas, i högre grad än de andra grupperna trivas mycket bra med livet och i lägre grad känna oro över sin fysiska hälsa, ha symtom på ADHD, självska- eller självmordsbeteenden, problematiska personlighetsdrag eller problem med sin försörjning. De söker inte heller stöd och har inte varit inlagda för psykiska besvär i lika stor utsträckning som de andra grupperna.

Bland männen gäller samma mönster i stor omfattning också för den grupp som endast har riskbruk av alkohol. Det finns dock vissa skillnader, framförallt i ADHD-symtom, problematiska personlighetsdrag och de demografiska variablerna. Bland kvinnorna återfinns dock skillnader inom så gott som samtliga problemområden mellan dessa båda grupper.

Gruppen med internaliserade problem uppger generellt att de i högre grad har hälso- och beteendeproblem än gruppen utan problem och gruppen med riskbruk av alkohol.

⁵⁶ Inför klusteranalysen togs sex män och en kvinna bort på grund av extremt höga värden, så kallade *outliers*, i kriminalitet eftersom det kan påverka analysen på ett missvisande sätt. Viktigt att notera är också att andelen personer som anges med problem i tabell 1 och de som fås ut i klusteranalysen inte är helt överensstämmande. Det förklaras av att analyserna i tabell 1 bygger på kategoriseringar av variablerna och att klusteranalys bygger på samma variabler men i kontinuerlig form (alltså inte Ja/Nej-versionen av variablerna utan de kontinuerliga variablerna).

Detta är också den grupp som, tillsammans med multiproblemgruppen, i minst utsträckning uppger att de trivs med livet, både bland män och bland kvinnor.

Tydligt är att gruppen med multiproblem, såväl bland män som bland kvinnor, även uppvisar många andra svårigheter. Oro över den egna fysiska hälsan tenderar att vara något överrepresenterat och det är också i denna grupp, både bland män och bland kvinnor, vanligare än i alla andra grupper att man har sökt professionellt stöd och varit inlagd på grund av psykiska besvär. ADHD-symtom, självskadebeteende och självmordsförsök är vanligare i gruppen med multiproblem. Det sistnämnda är extra tydligt och utpräglat bland kvinnor. Problematiska personlighetsdrag är också tydligt överrepresenterade bland män, men inte bland kvinnor i denna grupp.

Bland kvinnor med multiproblem, men inte bland män, finns en tydlig överrepresentation av de som uppgett att de har en homo- eller bisexuell läggning eller att de uppger att de är osäkra i sin sexuella läggning. I övrigt finns mycket få signifikanta skillnader mellan grupperna i sexuell läggning.

Såväl bland män som bland kvinnor med internaliserade eller multiproblem är det vanligare än i övriga grupper med brist på sysselsättning. Skillnader i ekonomiska problem observeras framförallt mellan gruppen utan problem och övriga grupper. Bland män är det dock i störst omfattning individer i grupperna med externaliserade eller multiproblem som har svårt att klara sin försörjning.

Tabell 3. Jämförelser av psykosocial hälsa, beteende, sexuell läggning samt vård och stöd mellan de fem problemgrupperna, bland män. Procent

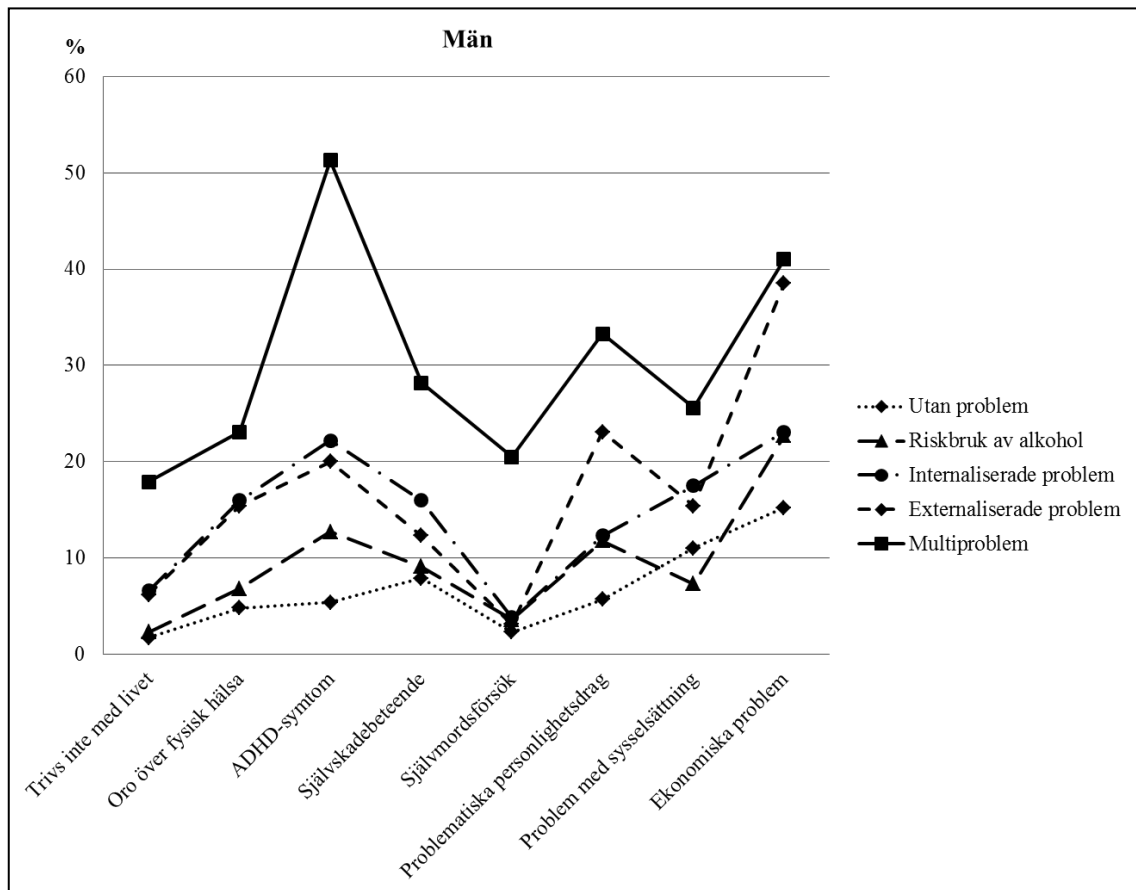
	Utan problem Procent (n = 644)	Riskbruk av alkohol Procent (n = 220)	Internaliserade problem Procent (n = 212)	Externaliserade problem Procent (n = 65)	Multi-problem Procent (n = 39)
Subjektivt välbefinnande					
Trivs mycket bra med livet	51,9 a	40,0 b	20,3 c	43,1 ab	12,8 c
Trivs inte alls bra med livet	1,7 a	2,3 ab	6,6 c	6,2 bcd	17,9 d
Vård och stöd					
Sökt professionellt stöd	11,8 a	8,2 a	30,2 b	9,2 a	48,7 c
Inlagd pga. psykiska besvär	1,4 a	0,9 a	5,7 b	9,2 bc	20,5 c
Individegenskaper					
Orolig över fysisk hälsa	4,8 a	6,8 a	16,0 b	15,4 b	23,1 b
ADHD-symtom	5,4 a	12,7 b	22,2 c	20,0 c	51,3 d
Självskadebeteende	7,9 a	9,1 a	16,0 bc	12,3 ac	28,2 b
Självordsförsök	2,3 a	3,6 a	3,8 a	3,1 a	20,5 b
Problematiska personlighetsdrag	5,7 a	11,8 b	12,3 b	23,1 c	33,3 c
Sexuell läggning					
Homo- eller bisexuell läggning	4,8 ab	1,8 b	4,2 ab	7,7 a	7,7a
Osäker i sexuell läggning	1,1 a	0,9 a	1,4 ab	0,0 ab	5,1 b
Försörjning					
Ej i arbete eller i studier	11,0 ab	7,3 b	17,5 c	15,4 ac	25,6 c
Ekonomiska problem	15,2 a	22,7 b	23,1 b	38,5 c	41,0 c

Kommentar: Bokstäverna a, b, c, d visar vilka grupper som statistiskt signifikant skiljer sig åt (p-värde under 0,05) för den aktuella procentsatsen. Samma bokstav indikerar att det inte finns någon statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna. Olika bokstäver indikerar signifikant skillnad mellan de olika grupperna.

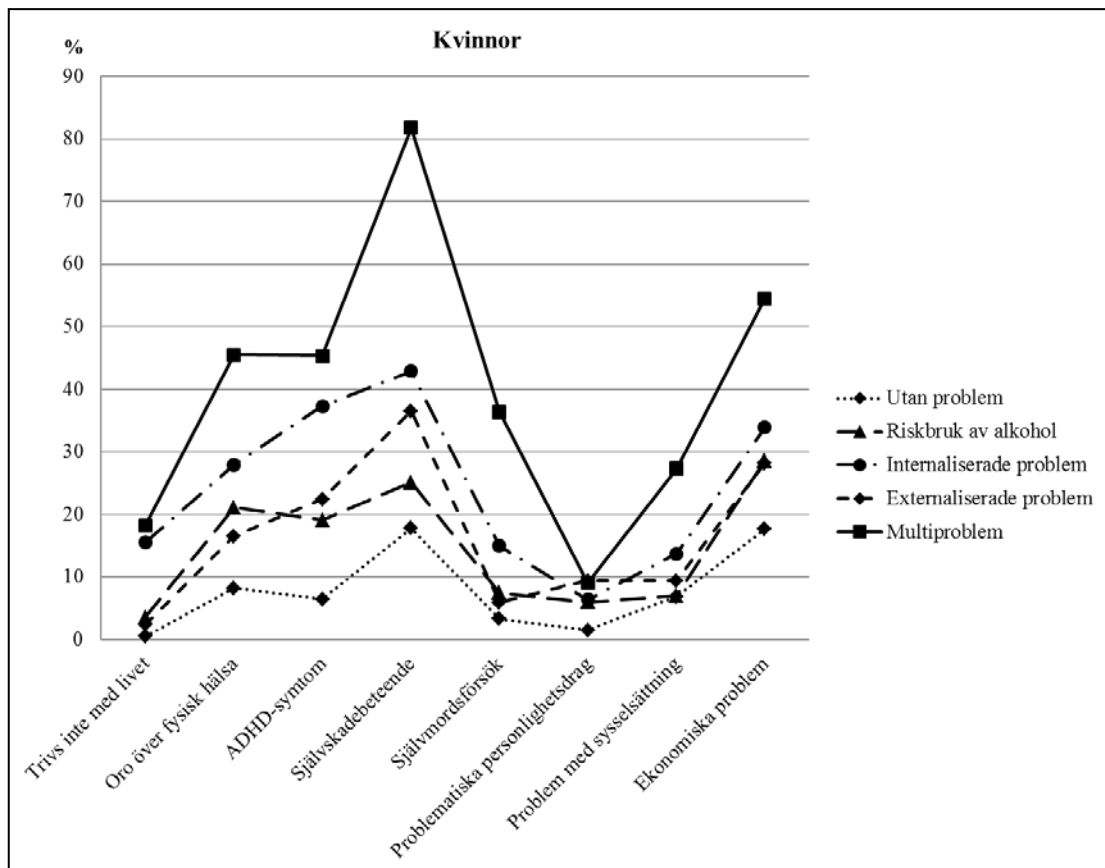
Tabell 4. Jämförelser av psykosocial hälsa, beteende, sexuell läggning samt vård och stöd mellan de fem problemgrupperna, bland kvinnor. Procent

	Utan problem Procent (n = 785)	Riskbruk av alkohol Procent (n = 199)	Inter- naliserade problem Procent (n = 233)	Exter- naliserade problem Procent (n = 85)	Multi- problem Procent (n = 11)
Subjektivt välbefinnande					
Trivs mycket bra med livet	45,1 a	27,6 b	12,4 c	28,2 b	9,1 bc
Trivs inte alls bra med livet	0,5 a	3,5 b	15,5 c	2,4 ab	18,2 c
Vård och stöd					
Sökt professionellt stöd	31,0 a	37,7 a	54,1 b	34,1 a	72,7 b
Inlagd pga. psykiska besvär	3,7 a	8,0 b	12,9 bc	10,6 bc	27,3 c
Individegenskaper					
Orolig över fysisk hälsa	8,2 a	21,1 bcd	27,9 d	16,5 c	45,5 bd
ADHD-symtom	6,5 a	19,1 b	37,3 c	22,4 bd	45,5 cd
Självskadebeteende	17,8 a	25,1 b	42,9 c	36,5 bc	81,8 d
Självmodersförsök	3,3 a	7,5 b	15,0 c	5,9 ab	36,4 c
Problematiske personlighetsdrag	1,5 a	6,0 b	6,4 b	9,4 b	9,1 b
Sexuell läggning					
Homo- eller bisexuell läggning	9,7 a	11,1 ab	18,5 c	17,6 bc	18,2 abc
Osäker i sexuell läggning	1,5 a	3,0 ab	5,6 b	2,4 ab	27,3 c
Försörjning					
Ej i arbete eller i studier	6,9 a	7,0 a	13,7 b	9,4 ab	27,3 b
Ekonomiska problem	17,7 a	28,6 b	33,9 b	28,2 b	54,5 b

Kommentar: Bokstäverna a, b, c, d visar vilka grupper som statistiskt signifikant skiljer sig åt (p-värde under 0,05) för den aktuella procentsatsen. Samma bokstav indikerar att det inte finns någon statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna. Olika bokstäver indikerar signifikant skillnad mellan de olika grupperna.



Figur 1. Psykosocial ohälsa och beteendeproblem bland männen i de fem problemgrupperna. Procent.



Figur 2. Psykosocial ohälsa och beteendeproblem bland kvinnorna i de fem problemgrupperna. Procent.

Slutsatser

Förekomsten av internaliserade och externaliserade problem i form av ångestsymtom, depressionssymtom, riskbruk av alkohol och kriminellt beteende bland unga vuxna är ungefär som förväntat utifrån undersökningsgruppens sammansättning.

I jämförelse med internationella studier (se Kessler et al. 2007) är förekomsten av ångestsymtom något högre och förekomsten av depressionssymtom något lägre än i andra länder. Här måste man dock vara tydlig med att dessa skillnader i förekomst mycket väl kan bero på skillnader i hur man mäter problemen i fråga.

Förekomsten av riskbruk av alkohol är hög i denna grupp, vilket sannolikt beror på att undersökningsgruppen består av unga vuxna. Det är en grupp som, relativt andra åldersgrupper, är frekventa fest- och kroggäster och alkoholdrickande är ofta en del av detta.

Förekomsten av kriminellt beteende ligger i linje med vad man kan förvänta sig för denna åldersgrupp.

Vi finner könsskillnader för samtliga av dessa problem, förutom för depressionssymtom. Unga kvinnor rapporterar i större utsträckning ångestsymtom än unga män, medan unga män i högre grad rapporterar riskbruk av alkohol och kriminellt beteende än unga kvinnor. Att vi inte finner könsskillnader i depressionssymtom är anmärkningsvärt då de ofta är vanligare bland kvinnor än bland män.

Samband med andra sociala problem

Studien visar att det som förväntat finns personer med olika kombinationer av externaliserade och internaliserade problem. Vi finner liknande typer av kombinationer hos kvinnor som hos män. Det är dock tydligt att kombinationen som innebär att man har utpräglade nivåer av samtliga av de fyra externaliserade och internaliserade problemen inte är särskilt vanlig. Exempelvis är det inte ens en procent av kvinnorna som har samtliga dessa problem.

Sambandet mellan internaliserade och externaliserade problem och andra faktorer är tydlig. Det genomgående mönstret är att de som inte har internaliserade eller externaliserade problem inte heller i någon stor utsträckning har andra problem. Individer med ett eller två problem, det vill säga grupperna med riskbruk av alkohol, internaliserade problem eller externaliserade problem, har något högre grad av problem.

Den grupp som uppvisar multipla internaliserade och externaliserade problem uppvisar överlagset högst grad av annan problematik. Detta ligger helt i linje med forskning som pekat på fenomen som problemgravitation, eller anhopning av problem över tid (se Bergman & Magnusson 1997, Rönkä, Kinnunen & Pulkkinen 2001, Stattin & Magnusson 1996).

Problemgravitation innebär att multipla problem tenderar att uppkomma hos en undergrupp av individer i populationen. För att kunna dra säkra slutsatser om processer som problemgravitation krävs longitudinella data. Vi kan dock i denna studie observera en anhopning av flertalet problem hos en mindre grupp individer i undersökningsgruppen, vilket antyder att processer som problemgravitation kan vara ett sätt att förklara varför denna anhopning uppkommer.

Uppsökande av stöd

Det är vanligare bland kvinnor än bland män att man såväl sökt professionellt stöd som varit inlagd i sjukvården. Dessa resultat ligger i linje med både svenska och internationella studier (se Bertakis, Azari, Helms, Callahan & Robbins 2000, Rhodes, Goering, To & Williams 2002, Socialstyrelsen 2008).

Ungefär en tredjedel av kvinnorna och en mer än dubbelt så stor andel kvinnor som män uppger att de har sökt någon form av professionellt stöd. Detta oavsett om man enligt vår definition helt saknar problem eller endast uttrycker externaliserade problem.

För de grupper där internaliserade problem finns med i bilden är det signifikant vanligare att man sökt stöd och det gäller både kvinnor och män. Detta kan vara ett uttryck för att det upplevs som mer legitimt eller nödvändigt att söka hjälp för internaliserade besvär. Att det är vanligare med internaliserade problem bland kvinnor (särskilt ångestproblematik) än bland män skulle alltså, åtminstone delvis, kunna förklara varför det är vanligare bland kvinnor än bland män att söka vård. Vi saknar dock i denna studie uppgifter om det specifika skälet till att man uppsökt en professionell för stöd. Det kan, i alla fall teoretiskt, röra sig om förekomst av andra besvär än de vi har kartlagt i den här undersökningen.

På liknande sätt är det ungefär dubbelt så vanligt bland kvinnor som bland män att ha varit inlagd i sjukvården på grund av psykiska besvär. Här är skillnaden mellan gruppen utan problem och grupperna med problem markant, vilket även är fallet med skillnaden mellan grupperna med ett eller två problem och gruppen med multiproblem.

Återigen kan vi inte vara säkra på att det är de besvär vi kartlagt i denna studie som är skälet till vårdbehovet. Vad vi dock kan se är att det är två till tre gånger så vanligt med omhändertagande i sjukvården för gruppen med multiproblem, vilket så klart är allvarligt oavsett orsak.

Sexuell läggning

Det är ungefär tre gånger så stor andel kvinnor som män, i just denna studie, som uppger att de har en homo- eller bisexuell läggning, eller att de är osäkra på sin sexuella läggning. Detta är en större könsskillnad än vad tidigare svenska undersökningar visat även om man också kunnat se att könsskillnaderna är större bland ungdomar och unga vuxna, vilket är i linje med våra resultat (Alm & Westerståhl 2012, Statens folkhälsoinstitut 2006).

Trots att många studier visat på en ökad risk för psykosocial ohälsa bland personer med annan sexuell läggning än heterosexuell (King et al. 2008, Statens folkhälsoinstitut 2005) ser vi inte detta samband på något tydligt sätt bland männen i studien. Bilden tycks dock vara annorlunda bland kvinnorna då det finns en överrepresentation av kvinnor med homo- eller bisexuell läggning samt individer som känner sig osäkra på sin sexuella läggning i gruppen med internaliserade problem, i gruppen med externaliserade problem och i synnerhet i gruppen med multiproblem (se Ungdomsstyrelsen 2013).

Detta tyder på att kvinnor med annan sexuell läggning än heterosexuell är en grupp i riskzonen för psykosocial ohälsa och beteendeproblem som särskilt borde uppmärksammas.

Multipla problem

En viktig slutsats av denna studie är att det finns ett behov av att fokusera på individer med multipla internaliserade och externaliserade problem. De med fler än ett problem har generellt också i större utsträckning andra typer av problem, av helt annan art. Exempelvis är förekomsten av självskaðebeteende och självmordsförsök mycket hög i denna grupp generellt, men också specifikt bland kvinnor hos vilka drygt 80 procent i multiproblemgruppen uppger självskaðebeteende.

Detta innebär att individer med flertalet internaliserade och externaliserade problem bör uppmärksammas i praktiskt arbete. De bör erbjudas stöd och kvalificerad vård och man bör undersöka huruvida personen har problem inom andra livsområden, till exempel självskaðebeteende eller självmordstankar, för att kunna förhindra och förebygga en än mer negativ utveckling.

Styrkor och begränsningar med denna studie

Denna studie bygger på ett relativt stort och slumpmässigt urval av unga vuxna (2 500 individer) från samtliga delar av Sverige. Detta, tillsammans med att i tidigare forskning testade och validerade instrument använts för att exempelvis mäta internaliserade och externaliserade problem, är exempel på styrkor med denna studie och ger tyngd åt dess slutsatser. En svaghet är att studien endast baseras på rapporter från deltagarna själva.

Ytterligare en svaghet är det stora bortfallet, det vill säga de många personer som tackade nej till att delta i studien (se Cater, Andershed & Andershed 2014). På grund av detta går det inte att med säkerhet säga i vilken utsträckning resultaten är generaliserbara till hela populationen av unga vuxna i Sverige. Viktigt är också att vara något försiktig med att dra helt säkra slutsatser utifrån resultaten i gruppen med multiproblem. Den gruppen är liten både bland män och bland kvinnor och resultaten blir därför statistiskt mer osäkra.

Bilaga: Frågeformulär

Internaliserade problem: ångestsymtom, depressionssymtom.

Ångest- och depressionssymtom mättes med enkätfrågor från skalan The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith 1983). Sju frågor handlar om ångestsymtom och sju om depressionssymtom under den senaste veckan. Svarsskalan går från 0 (att man inte håller med om det aktuella påståendet/frågan) till 3 (att man helt håller med om det aktuella påståendet/frågan). Enligt HADS-riktlinjer har de med totalt åtta poäng eller mer tecken på ångest- respektive depressionsproblem och räknades därför här som att de har just detta.

Externaliserade problem: riskbruk av alkohol, kriminellt beteende.

För att mäta riskbruk av alkohol användes The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Allen, Litten, Fertig & Babor 1997). Testet består av tio frågor med en femgradig svarsskala från 0=aldrig till 4=dagligen eller nästan dagligen. Denna variabel kategoriserades enligt de riktlinjer som finns för AUDIT. De som fick en total poäng av åtta eller mer på de tio frågorna räknades som att de hade ett riskbruk av alkohol. Kriminellt beteende mättes med 19 frågor om konkreta kriminella handlingar under de senaste tolv månaderna, både våldsbrott och egendomsbrott. Dessa frågor har använts i flera tidigare forskningsstudier (se Andershed et al. 2002). Denna variabel kategoriserades så att individer som svarade att de hade begått något av de 19 brott som de fick frågor om vid fyra tillfällen eller oftare ansågs ha ett kriminellt beteende.

Vård och stöd: sökt professionellt stöd, inlagd på grund av psykiska besvär.

Sökt professionellt stöd mättes med frågan *Har du någon gång sökt stöd från en professionell, för att ha någon att prata med, få hjälp att reda ut saker, eller utveckla dig själv?* De som svarade ja på denna fråga räknades som att ha sökt professionellt stöd. Inlagd på grund av psykiska besvär mättes med frågan *Har du någon gång varit inlagd på sjukhus på grund av psykiska besvär?* De som svarade ja på denna fråga räknades som att ha varit inlagd på grund av psykiska besvär.

Subjektivt välbefinnande: trivs inte alls bra med livet, trivs mycket bra med livet.

Subjektivt välbefinnande mättes med frågan *Hur har du trivts med livet de senaste 12 månaderna?* Två av svarsalternativen var *inte alls bra* och *mycket bra*. Dessa svar räknades som att man inte alls trivs bra med livet respektive trivs mycket bra med livet.

Orolig över fysisk hälsa.

Orolig över kroppslig hälsa mättes med frågan *Oroar du dig över din kroppsliga hälsa?* och att svara *ofta* eller *mycket ofta* räknades som att man oroar sig för sin kroppsliga hälsa.

ADHD-symtom.

The Adult ADHD Self-Report Scale (Kessler et al. 2005) användes för att mäta ADHD-symtom (det vill säga symtom som svårigheter med koncentration, uppmärksamhet, impulsivitet och motorisk hyperaktivitet). Arton påståenden används i denna självrapportskala med syfte att mäta de 18 kriterierna för ADHD i den psykiatriska diagnosmanualen DSM. Individer som på sex eller flera (i linje med riktlinjer i DSM) av påståendena svarade *ofta* eller *mycket ofta* räknades som att de har ADHD-symtom.

Självskadebeteende och självmordsförsök.

Självskadebeteende mättes med frågan *Har du någon gång skadat dig själv med vilja utan att du ville dö?* och att svara en gång eller fler räknades som att man visat självskadebeteende. Självmordsförsök mättes med frågan *Har du någon gång försökt ta ditt eget liv?* och att svara en gång eller fler räknades som att man gjort självmordsförsök.

Problematiska personlighetsdrag.

För att mäta problematiska personlighetsdrag användes The Youth Psychopathic Traits Inventory-Short version (YPI-S) (Van Baardewijk et al. 2010). Denna skala består av totalt 18 påståenden och mäter grandiositet, ljugande, manipulerande, bristande empati och känslökyla, samt impulsivitet, ansvarslöshet och behov av omväxling. Den fyrgradiga svars-skalan på varje påstående går från 1=stämmer inte alls till 4=stämmer precis. I denna studie användas summan av de 18 påståendena. Tidigare studier (se Kimonis, Frick, Cauffman, Goldweber & Skeem 2012) visar att en poäng på över 44 i denna kortversion av YPI-skalan är indikativt av att man uppvisar dessa personlighetsdrag på en utpräglad nivå och används därför här som gräns för att räknas som att man har problematiska personlighetsdrag.

Sexuell läggning: homo- eller bisexuell läggning, osäker i sexuell läggning.

Mättes med frågan *Vilken sexuell läggning skulle du säga att du har?* och svarsalternativen *homo- eller bisexuell* samt *jag är osäker* räknades som att man var just detta.

Försörjning: ej i arbete eller i studier, ekonomiska problem.

Ej i arbete eller i studier mättes med frågor om sysselsättning och de som svarade att de inte, vid tidpunkten för undersökningen, försörjde sig av arbete eller studier/studiebidrag/studielån räknades som att de ej var i arbete eller i studier.

Ekonomiska problem mättes med frågan *Har du under de senaste 12 månaderna haft svårt att klara löpande ekonomiska utgifter som exempelvis hyra, avbetalningar och liknande?* De som svarade att de hade haft dessa problem under minst en månad under de senaste 12 månaderna räknades som att ha ekonomiska problem.

Referenser

- Allen, J. P., Litten, R., Fertig J. & Babor, T. (1997). A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 613–619.
- Alm, E. & Westerståhl, A. (2012). Sexuell orientering. I L. Weibull, H. Oscarsson & A. Bergström (Red.), *I framtidens skugga* (s. 557–571). Göteborgs universitet: SOM-institutet.
- Andershed, H., Kerr, M., Stattin, H. & Levander, S. (2002). Psychopathic traits in non-referred youths: A new assessment tool. In E. Blaauw & L. Sheridan (Eds.), *Psychopaths: Current international perspectives* (pp. 131–158). The Hague: Elsevier.
- Bergman, L. R. & Magnusson, D. (1997). A person-oriented approach in research on developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 9, 291–319.
- Bertakis, K. D., Azari, R., Helms, L. J., Callahan, E. J. & Robbins, J. A. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of Family Practice*, 49, 147–152.
- Cater, Å., Andershed, A.-K. & Andershed, H. (2014). Youth Victimization in Sweden: Prevalence, Characteristics and Relation to Mental Health and Behavioral Problems in Young Adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1 290–1 302.
- Evans, E., Hawton, K. & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24, 957–979.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M. & Horwood, L. J. (2011). Structural models of the comorbidity of internalizing disorders and substance use disorders in a longitudinal birth cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 933–942.
- Fliege, H., Lee, J., Grimm, A. & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 477–493.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. & Spencer, T. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245–256.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I. et al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 168.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
- Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Greif Green, J., Russo, L. J. & Üstün, B. (2011). Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 68, 90–100.

Kimonis, E. R., Frick, P. J., Cauffman, E., Goldweber, A. & Skeem, J. L. (2012). Primary and Secondary variants of juvenile psychopathy differ in emotional processing. *Development and Psychopathology*, 24, 1 091–1 103.

King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. et al. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8.

Kopp, S. & Gillberg, C. (2003). Swedish child and adolescent psychiatric outpatients. A five-year cohort. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 30–35.

Miech, R. A., Caspi, A., Moffitt, T. E., Wright, B. R. E. & Silva, P. A. (1999). Low socioeconomic status and mental disorders: a longitudinal study of selection and causation during young adulthood. *American journal of sociology*, 104, 1 096–1 131.

Oggers, C. L., Moffitt, T. E., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H. & Caspi, A. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*, 20, 673.

Park, N. (2004). The role of subjective well-being in positive youth development. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 25–39.

von Polier, G. G., Vloet, T. D. & Herpertz-Dahlmann, B. (2012). ADHD and delinquency – a developmental perspective. *Behavioral Sciences and the Law*, 30, 121–139.

Pratt, T. C., Cullen, F. T. & Blevins, K. R. (2002). The relationship of attention deficit hyperactivity disorder to crime and delinquency: A meta-analysis. *International Journal of Police Science & Management*, 4, 344–360.

Reneflot, A. & Evensen, M. (2014). Unemployment and psychological distress among young adults in the Nordic countries: A review of the literature. *International Journal of Social Welfare*, 23, 3–15.

Rhodes, A. E., Goering, P. N., To, T. & Williams, J. I. (2002). Gender and outpatient mental health service use. *Social Science & Medicine*, 54, 1–10.

Rönkä, A., Kinnunen, U. & Pulkkinen, L. (2001). Continuity in Problems of Social Functioning in Adulthood: A Cumulative Perspective. *Journal of Adult Development*, 8, 161–171.

Socialstyrelsen (2008). *Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens folkhälsoinstitut (2005). *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation: Åtterrapporering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut (2006). *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Stattin, H. & Magnusson, D. (1996). Antisocial development: A holistic approach. *Development and Psychopathology*, 8, 617–645.

Stenbacka, M. Romelsjö, A. & Jokinen, J. (2014). Criminality and suicide: a longitudinal Swedish cohort study. *BMJ Open*, 4, e003497.
doi:10.1136/bmjopen-2013-003497.

Ungdomsstyrelsen (2013). *Ung idag 2013 – En beskrivning av ungdomars villkor*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Van Baardewijk, Y., Andershed, H., Stegge, H., Nilsson, K., Scholte, E. & Vermeiren, R. (2010). Development and Tests of Short Versions of the Youth Psychopathic Traits Inventory and the Youth Psychopathic Traits Inventory-Child Version. *European Journal of Psychological Assessment*, 26, 122–128.

Wångby, M., Bergman, L. R. & Magnusson, D. (1999). Development of Adjustment Problems in Girls: What Syndromes Emerge? *Child Development*, 70, 678–699.

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.

Bilaga: Regeringsuppdraget



REGERINGEN

Socialdepartementet

Regeringsbeslut I:3

2013-09-12

S2013/6261/FS (delvis)

Ungdomsstyrelsen
Box 17 801
118 94 Stockholm

Uppdrag angående ungdomars upplevda psykiska ohälsa

Regeringens beslut

Regeringen beslutar att ge Ungdomsstyrelsen i uppdrag att genomföra en kartläggning för att öka kunskapen om hur ungdomar med självupplevd psykisk ohälsa upplever sina svårigheter och vilka sätt ungdomarna själva använder för att hantera dessa. Kartläggningen ska även ge svar på vilka resurser i det offentliga och civila samhället målgruppen upplever att de kan få stöd ifrån. Med ungdomar avses personer mellan 13 och 25 år.

Kartläggningen ska ske i dialog med ungdomar och besvara följande frågor:

- hur ungdomar med lättare psykiska besvär upplever och beskriver sin ohälsa, på vilka livsområden de upplever att besvären förhindrar aktiviteter eller orsakar lidande,
- hur ungdomar med lättare psykiska besvär själva hanterar sin psykiska ohälsa,
- vilka resurser i det offentliga och civila samhället som ungdomar med psykisk ohälsa upplever kan stödja deras möjligheter att själva hantera sin psykiska ohälsa.

Uppdraget ska genomföras utifrån ett jämställdhetsperspektiv. Vidare ska flickor och unga kvinnor, unga homo-, bi- och transpersoner och ungdomar som tillhör de nationella minoriteterna särskilt uppmärksammas, eftersom psykisk ohälsa förekommer i högre utsträckning i dessa grupper.

Ungdomsstyrelsen får för uppdragets genomförande använda 500 000 kronor under 2013. Kostnaderna ska belasta utgiftsområde

Postadress
103 33 Stockholm

Telefonväxel
08-405 10 00

E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

Besöksadress
Fredsgatan 8

Telefax
08-723 11 91

9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri, anslagsposten 3 Till Kammarkollegiets disposition. Medlen utbetalas engångsvis efter rekvisition ställd till Kammarkollegiet. Rekvisition ska ske senast den 1 december 2013. Rekvisitionen och slutrapporten ska hänvisa till det diarienummer som detta beslut har. Medel som inte har utnyttjats ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2014. Vid samma tidpunkt ska en ekonomisk redovisning över använda medel lämnas till Kammarkollegiet.

Uppdraget ska slutredovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2015. Redovisningen ska hänvisa till det diarienummer som detta beslut har.

Ärendet

Under senare år har ungdomars psykiska hälsa återkommande identifierats av bl.a. Socialstyrelsen och Ungdomsstyrelsen som ett problemområde, främst med fokus på flickors och unga kvinnors psykiska ohälsa. Socialstyrelsen konstaterar att den självrapporterade psykiska ohälsan i form av besvär i form av oro, ångest och ångslan kan sättas i samband med ökad risk för dödlighet, psykisk sjuklighet och självmordsförsök under en efterföljande femårsperiod. Socialstyrelsen konstaterar också att unga med psykisk ohälsa har högre sannolikhet att uppnå en lägre utbildningsnivå.

Samtidigt konstaterar myndigheten att tolkningen av de självrapporterade psykiska besvären inte är given då den bygger på uppgiftslämnarens subjektiva upplevelse. Man slår också fast att ett mått på nedsatt psykiskt välbefinnande saknas och att frågan om psykiskt välbefinnande kan tolkas på olika sätt.

I den forsknings- och utredningsverksamhet som pågår i dag finns luckor i kunskapen om ungdomars psykiska ohälsa. Samtidigt som ungdomars självrapporterade psykiska ohälsa ökar kan också en ökad diskussion ungdomar emellan om ohälsa på olika forum på internet noteras enligt Ungdomsstyrelsen och andra aktörer som vänder sig till ungdomar. Trots detta finns det i princip ingen systematisk kunskap som bygger på ungas egna berättelser om hur ungdomar själva ser på psykisk hälsa i termer av hur gruppen definierar och förstår uttryck som ångest, depression och stress. Det är av stor vikt att undersöka vad som avses när ungdomar rapporterar psykiska besvär.

Det finns också begränsad kunskap om hur ungdomar med lättare psykisk ohälsa hittar information, stöd och hur de hanterar sin situation. Vidare saknas en samlad och heltäckande kunskap om det förebyggande hälsofrämjande arbete som sker och vad som egentligen har effekt på ungdomars psykiska hälsa. I detta sammanhang finns det skäl att särskilt

belysa de resurser som ungdomar själva identifierar i det civila samhället, vid sidan av de resurser som återfinns i det offentliga.

Mot denna bakgrund är det angeläget att öka kunskapen om ungdomars syn på psykisk hälsa och ohälsa samt de stödinsatser som finns och som syftar till att förebygga svårare psykisk ohälsa. Kunskapen ska hämtas från ungdomarna själva och det av stor vikt att de får komma till tals och beskriva sin egen livssituation utifrån sitt perspektiv. Ett sådant uppdrag bör ges till en myndighet vars inriktning och verksamhet präglas av ett ungdomsperspektiv.

Regeringen avsätter varje år ca 870 000 000 kronor för arbetet med regeringens plan för psykisk ohälsa (PRIO). I regeringens plan är barn och ungdomar en prioriterad målgrupp och ett delmål är att utveckla kunskap och metoder för att identifiera riskgrupper samt metoder för att rikta särskilt förebyggande insatser till barn och ungdomar. I arbetet med PRIO-planen har regeringen en samverkan med SKL, främst genom det s.k. Psynkprojektet som finansieras inom ramen för PRIO-arbetet. I juni 2011 träffade Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och regeringen (Socialdepartementet) en överenskommelse om ett treårigt arbete med synkronisering av samhällets alla insatser för barn och unga som har, eller riskerar att drabbas av, psykisk ohälsa. Överenskommelsen resulterade i Psynkprojektet som ska slutrapporteras senast den 15 december 2014 och målet är att utforma och implementera effektiva strategier för hälsofrämjande insatser och att erbjuda vård på rätt nivå för barn och unga med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Arbetet ska dels utgöra underlag för lokalt utvecklingsarbete för de kommuner och landsting som deltar direkt i arbetet, dels generera praktiskt fungerande modeller för hela riket vad gäller arbets- och samverkansmetoder avseende insatser för barn och ungdomar med psykisk ohälsa.

Ungdomsstyrelsen ska i uppdraget arbeta i nära samverkan med samordningsfunktionen för PRIO-planen på Socialdepartementet för att utifrån resultaten säkerställa en långsiktig hållbar utveckling i frågan inom ramen för befintliga strukturer. Myndigheten ska också arbeta i samråd med Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut och Psynkprojektet på SKL.

Regeringen avser att avsätta 2 500 000 kronor till Ungdomsstyrelsen för uppdraget 2014. Medlen betalas ut under förutsättning att riksdagen beviljar medel för ändamålet.

På regeringens vägnar

Göran Hägglund

Kerstin Evelius

Kopia till

Statsrådsberedningen/SAM
Statsrådsberedningen internrevisionen
Finansdepartementet/BA
Utbildningsdepartementet/UC
Arbetsmarknadsdepartementet/Disk
Regeringskansliets förvaltningsavdelning/Ek
Kammarkollegiet
Myndigheten för vårdanalys
Socialstyrelsen
Statens folkhälsoinstitut
Sveriges Kommuner och Landsting

© Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) 2015

projektledare **Tiina Ekman**
språkgranskning **Ingrid Bohlin**
grafisk form **Christián Serrano**

distribution **MUCF, Box 17801, 118 94 Stockholm**
webbplats **www.mucf.se**
tfn **08-566 219 00**

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor

Vi tar fram kunskap om ungas levnadsvillkor och om det civila samhällets förutsättningar. Vi ger stöd till föreningsliv, kommuner och internationellt samarbete.

mucf | Myndigheten för ungdoms-
.se | och civilsamhällesfrågor