

Orsaker och skillnader i psykisk ohälsa bland unga

En kvalitativ studie om den psykiska ohälsan bland unga.

Av: Fizzah Mian

Handledare: Magdalena Elmersjö
Södertörns högskola | Institutionen för samhällsvetenskap
Kandidatuppsats 15 hp
Examensarbete i socialt arbete | höstterminen 2017
Programmet för socialt arbete med storstadsprofil



Abstract

In this paper, mental illness among youths is studied by interviewing professionals whom work close to the youths. The purpose is to investigate the causes of mental illness among youths. Youths are defined as people between the ages of 12 and 19 years old. In order to gain an understanding of the causes of mental illness circumstances in the youths' lives are analyzed based on an intersectional perspective and a "social order theory". Another purpose is to try to determine what circumstances prevent mental illness or help the youths to overcome it. To investigate this, semi structured interviews are conducted with professionals whom work close to the youths in Stockholm. The collected data is analyzed with a qualitative analysis method. The study's results show that high stress, high pressure, high demands and unstable living conditions are behind the mental illness of the youths. In addition, the gender system and the class system are significant structures that affect the health of the youth. Furthermore, function variations and citizenship status are identified as factors that cause differences in mental illness within the group. Social support is the most important factor in the prevention of mental illness. The conclusions that these findings reveal are that the structure of society and the design of the school as well as the individualization of society are the causes of mental illness as well as the reasons for the differences within the group of youths.

Title: Causes and differences in mental illness among youths – A qualitative study about the mental illness among youths.

Author: Fizzah Mian

Number of words: 13253

Keywords: Mental illness, youth, causes, structures, differences.

Abstrakt

I denna uppsats studeras den psykiska ohälsan bland unga genom att intervjua yrkesverksamma nära de unga. Syftet är att undersöka orsakerna bakom den psykiska ohälsan bland unga. Unga definieras i denna studie som personer mellan 12 och 19 år. För att få förståelse för orsakerna till den psykiska ohälsan analyseras omständigheter i de ungas liv utifrån ett intersektionellt perspektiv och utifrån en samhällsordningsteori. Ett delsyfte är också att försöka utröna vilka omständigheter som agerade förebyggande mot psykisk ohälsa eller hjälpte unga ur den. För att undersöka detta genomförs semistrukturerade intervjuer med yrkesverksamma som arbetar nära unga i Stockholm. Data analyseras sedan med en kvalitativ analysmetod. Studiens resultat visar att hög stress, hög press, höga krav och instabila levnadsvillkor låg bakom den psykiska ohälsan bland unga. Därutöver är könsordningen och klasssystemet betydande strukturer som påverkar de ungas hälsa. Förutom detta upptäckts funktionsvariationer och medborgarskapsstatus som faktorer som orsakar skillnader i ohälsan. Socialt stöd är den viktigaste faktorn som skyddar mot psykisk ohälsa. Slutsatserna som dessa resultat utröna är att samhällets strukturer och skolans utformning samt individualiseringen i samhället är orsaker till den psykiska ohälsan bland unga och de skillnader som finns inom gruppen unga.

Titel: Orsaker och skillnader i psykisk ohälsa bland unga – En kvalitativ studie om psykisk ohälsa bland unga.

Författare: Fizzah Mian

Antal ord: 13253

Sökord: Psykisk ohälsa, unga, orsaker, strukturer, skillnader.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
PROBLEMFÖRMULERING	1
SYFTE	2
<i>Frågeställningar:</i>	3
AVGRÄNSNINGAR	3
BEGREPPSFÖRKLARINGAR	3
<i>Psykisk ohälsa och Psykisk hälsa</i>	3
<i>Risk- och skyddsfaktorer</i>	4
DISPOSITION	4
RELEVANS FÖR SOCIALT ARBETE	5
BAKGRUND	5
TIDIGARE FORSKNING	8
OMFATTNING OCH PÅVERKAN	8
RISK- OCH SKYDDSAKTORER	8
SKILLNADER	10
PREVENTION OCH BEHANDLING	11
SAMMANFATTNING	12
TEORI	14
SAMHÄLLSORDNINGSTEORIN	14
INTERSEKTIONELLT PERSPEKTIV	15
TEORIANVÄNDNING OCH DISKUSSION	17
METOD	19
METODVAL	19
URVAL	19
<i>Informantpresentation</i>	20
DATAINSAMLINGSMETOD	20
ANALYSMETOD	21
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	23
TROVÄRDIGHET OCH TILLFÖRLITLIGHET	24
METODDISKUSSION.....	25
RESULTAT OCH ANALYS	28
LIVSVILLKOR	28

<i>Socialt stöd</i>	28
<i>Stress, press och krav</i>	29
SKILLNADER	30
<i>Icke binära</i>	31
<i>Pojkar</i>	32
<i>Flickor</i>	33
<i>Asylsökande och ensamkommande</i>	35
<i>Funktionsvariation</i>	36
PREVENTION OCH BEHANDLING	37
AVSLUTANDE DISKUSSION	39
DISKUSSION OCH SLUTSATSER	39
FÖRSLAG PÅ FRAMTIDA FORSKNING	41
REFERENSLISTA.....	42
BILAGA 1 – FORSKNINGSPRESENTATION.....	46
BILAGA 2 – SAMTYCKESBLANKETT	48
BILAGA 3 – INFORMATIONSBLAD.....	49
BILAGA 4 – INTERVJUGUIDE	50

Inledning

Enligt en rapport från Socialstyrelsen (2017) har den psykiska ohälsan bland unga i Sverige ökat under de senaste 20 åren i större utsträckning än Sveriges nordiska grannländer. Psykisk ohälsa är ett begrepp som omfattar både självrapporterade psykiska besvär såväl som psykiska sjukdomar. Framförallt har det skett en ökning av depressioner och ångestsyndrom. Dessutom har diagnostiseringen av olika neuropsykiatriska tillstånd ökat och dessa tillstånd har ofta en samsjuklighet med andra former av psykisk ohälsa (ibid.).

Orsakerna bakom ökningen i den psykiska ohälsan är fortfarande oklara. Däremot påpekar Socialstyrelsen (2017) att det inte endast handlar om att unga idag mer öppet kan tala om sin psykiska ohälsa utan att ökningen är reell. Dessutom anmärker Socialstyrelsen (2017) att även då unga med svåra psykosociala förhållanden i större utsträckning lider av psykisk ohälsa så har den observerade ökningen skett inom hela ungdomspopulationen. ”Detta tyder på att orsakerna till ökningen, även om dessa ännu är okända, har att göra med ungas livsvillkor, och finns i miljöer som rör unga generellt, som skolperioden och inträdet till arbets- och vuxenlivet.”

(Socialstyrelsen, 2017, s. 20). Socialstyrelsen (2017) framhåller att unga som insjuknar i psykisk ohälsa i tidig ålder riskerar att få långvariga psykiska problem därutöver uppnår de lägre utbildningsnivåer än resterande unga. Socialstyrelsen (2017) konstaterar även att den psykiska ohälsan bland unga troligtvis kommer att fortsätta att öka en tid framöver.

Första kapitlet fortsätter med en problemformulering som följs av studiens syfte, frågeställningar och avgränsningar. Därefter presenteras studiens begreppsförklaringar och disposition. Kapitlet avslutas med att presentera studiens relevans för det sociala arbetet och en bakgrund till det studerade ämnet.

Problemformulering

I internationell jämförelse är Sverige, ett välbärgat land med ett väl utbyggt välfärdssystem, ändå ett land med stor psykisk ohälsa bland unga (Cederblad, 2013). Depression är den vanligaste formen av psykisk ohälsa men även stress, ångest och nedstämdhet är olika uttryck för psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa kan påverka ungas förmåga att skapa bra relationer men ohälsan påverkar

också deras möjligheter till att få bra skolresultat (Brown et al., 2013; Zetterström Dahlqvist, Landstedt & Gillander Gådin, 2012). Forskare menar att studerande av psykisk ohälsa är viktigt då psykisk ohälsa och utsatthet i barndom senare påverkar hälsan i vuxenålder (Mörk, Sjögren & Svaleryd, 2015). Däremot är forskare inte ense om att den psykiska ohälsan faktiskt ökar och de kan inte heller dra säkra slutsatser om vilka faktorer som är väsentligast för att skydda mot den psykiska ohälsan. I dagsläget finns det inte tillräckligt djupgående studier om psykisk hälsa bland unga för att man ska kunna studera sambandet mellan ohälsan och de ungas livsvillkor (Mörk, Sjögren & Svaleryd, 2015; Hagquist, 2011).

Jag har valt att studera psykisk ohälsa bland unga genom att intervjua yrkesverksamma som arbetar nära unga. Detta för att undersöka livsvillkoren som orsakar ohälsan. Jag vill studera detta med ett intersektionellt perspektiv för att kunna analysera den samlade effekten av olika strukturer och för att se skillnader inom gruppen unga. Det intersektionella perspektivet försöker att belysa hur olika kategorier och maktstrukturer i samspel påverkar en individs livsvillkor (Mattsson, 2010). Jag kommer dessutom att använda mig av samhällsordningsteorin för att se om skillnaderna inom gruppen unga är relaterade till livsvillkor som är orsakade av samhällsordningen. Samhällsordningsteorin försöker att belysa hur fördelningen av resurser i samhället är ojämlika och hur detta påverkar individens möjligheter till att ha ett meningsfullt liv (Bauman, 2002).

Syfte

Syftet med denna uppsats är att undersöka vilka orsakerna är bakom den psykiska ohälsan bland unga enligt yrkesverksamma som arbetar nära de unga. För att få förståelse för orsakerna till den psykiska ohälsan vill jag analysera omständigheterna i de ungas liv som de yrkesverksamma nämner utifrån ett intersektionellt perspektiv och utifrån en samhällsordningsteori. Jag vill även försöka utröna vilka omständigheter enligt de yrkesverksamma förebygger mot den psykiska ohälsan eller hjälper unga ur den.

Frågeställningar:

-Vilka livsvillkor och omständigheter i de ungas liv påverkar, enligt yrkesverksamma, deras psykiska ohälsa?

-Vilka livsvillkor och omständigheter i de ungas liv hjälper, enligt yrkesverksamma, de unga ur deras psykiska ohälsa?

Avgränsningar

Studien är avgränsad till att endast studera unga som är 12 till 19 år gamla. Detta då informanterna till denna studie och den tidigare forskningen som har använts i studien belyser just denna åldersgrupp. I denna studie kommer termen unga att användas för individer inom denna åldersgrupp. Studien är även avgränsad geografiskt till Stockholms län då informanterna är verksamma inom Stockholm.

Begreppsförklaringar

Nedan beskrivs centrala begrepp i studien för att underlätta vidare läsning.

Psykisk ohälsa och Psykisk hälsa

Forte är ett forskningsråd och en statlig myndighet som menar att definitioner av psykisk hälsa är otydliga men att de flesta är överens om att psykisk hälsa är mer än avsaknad av psykisk ohälsa (Bremberg & Dalman, 2014b). Forte påpekar att både världshälsoorganisationens (WHO) övergripande definition av hälsa men även deras definition av psykisk hälsa är välkända definitioner som andra har anslutit sig till och utgått från när de har definierat psykisk hälsa (Bremberg & Dalman, 2014b). WHO definierar hälsa som ”...ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning.” (World health organization, 1946, s. 1). Kungliga Vetenskapsakademien (KVA) är en av de som ansluter sig till WHO med sin definition ”...att positiv psykisk hälsa innefattar ett socialt och ekonomiskt produktivt liv, tillfredsställelse med livet, lycka, självförtroende och förmåga att klara av problem” (Petersen et al., 2010, se Bremberg & Dalman, 2014b, s. 14). Forte själv definierar

psykisk hälsa som ett ”...tillstånd där flera dimensioner av individens tillvaro är välfungerande, så att individen känner glädje, mår bra med sig själv, med andra och i förhållande till samhället.” (Bremberg & Dalman, 2014b, s. 13).

Socialstyrelsen använder sig av både Fortes definition av psykisk hälsa och psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2016). Forte definierar psykisk ohälsa som ”en samlande beteckning för både mindre allvarliga psykiska problem som oro och nedstämdhet och mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos” (Bremberg & Dalman, 2014b, s. 14).

I denna uppsats kommer KVA:s och Fortes definitioner av psykisk hälsa att användas. Dessutom kommer Fortes definition av psykisk ohälsa att användas. Då dessa begrepp är sammankopplade bör nämnandet av psykisk ohälsa i uppsatsen inte enbart ses som en samlad beteckning av psykiska problem men även som avsaknad av tillfredsställelse med, glädje för och lycka i livet.

Risk- och skyddsfaktorer

Socialstyrelsen (2009) definierar en riskfaktor som ”... en egenskap, händelse, förhållande eller process som ökar sannolikheten eller risken för ett visst utfall” (s. 167). En skyddsfaktor är till motsatsen av detta, en egenskap som minskar sannolikheten för ett utfall ”...genom att agera som en buffert mot eller mekanism som förändrar effekterna av att exponeras för risk” (Socialstyrelsen, 2009, s.167). Samma faktor som i negativ bemärkelse kan agera som en riskfaktor kan i sin positiva form fungera som en skyddsfaktor, därav är risk- och skyddsfaktorer i många fall motsatsen till varandra (Socialstyrelsen, 2009). I denna uppsats kommer faktorer, omständigheter och determinanter att användas synonymt.

Disposition

Denna uppsats består av sex kapitel. Det första kapitlet utgörs av inledning, syfte, frågeställningar, avgränsningar, begreppsförklaringar, disposition, relevans för socialt arbete och en bakgrund till ämnet. I det andra kapitlet presenteras studiens tidigare forskning. Det tredje kapitlet redogör för studiens teoretiska referensram. Därefter följer metodkapitlet som beskriver

studiens metod, trovärdighet, tillförlitlighet och forskningsetiska överväganden. Det femte kapitlet innehåller studiens resultat som är indelade efter olika teman. Det sista kapitlet knyter ihop säcken med en diskussion och slutsatser följt av förslag på framtida studier.

Relevans för socialt arbete

Då ett problem är ett socialt problem först när samhället konstruerar det som ett kan man inte hjälpa människor utan att samtidigt benämna de som avvikande individer som behöver normaliseras. Därför bör socialarbetaren ha ett kritiskt förhållningssätt till arbetet och samtidigt försöka förstå individens livsvillkor från ett intersektionellt perspektiv (Mattsson, 2010).

Socialarbetaren bör alltså se problemets orsaker bortom individuella egenskaper. Denna studie är relevant för det sociala arbetets praktik då den belyser psykisk ohälsa från ett intersektionellt perspektiv som synliggör de samspelade effekterna av strukturer på en individs livsvillkor. För att ge en individ adekvat hjälp är det viktigt att i socialt arbete kunna förstå hur strukturer på dessa skilda sätt påverkar individers livsvillkor. Denna studie visar just detta, hur samma struktur påverkar olika individer på olika sätt.

Bakgrund

Mellan år 2005 och år 2011 fördubblades den psykiska ohälsan både bland pojkar och flickor i åldrarna 13 till 18 år. Bland dessa unga var det dubbelt så många flickor som pojkar som ledd av psykisk ohälsa (Cederblad, 2013). Studier visade en ökning av den självskattade psykiska ohälsan och psykosomatiska besvär (Hagquist, 2011). Det har i en internationell studie av Kassis, Artz och White (2017) visats att självmord är den näst största dödsorsaken bland unga mellan åldrarna 15 och 29 år. Vilket tyder på att den psykiska ohälsan är hög över hela världen och inte enbart i Sverige.

Det finns undersökningar som har studerat både geografiska och sociala skillnader i levnadsförhållanden och psykisk ohälsa. Dessa visar att ekonomi är en faktor som påverkar hälsan (Lindström, Modén, Grahn, Fridh, & Rosvall, 2012; Mörk, Sjögren & Svaleryd, 2015). Ekonomin kan vara en anledning till att föräldrar är utsatta för höga stressnivåer och detta kan då

påverka deras beteende gentemot barnen och därmed påverka barnens hälsa. Forskarna påpekar dessutom att föräldrarnas ekonomiska svårigheter kan samspela med föräldrarnas egna dåliga hälsa, missbruksproblematik eller andra sociala problem, och att även dessa faktorer påverkar barnens hälsa (ibid.).

Bland barn som växer upp i familjer som lever på mindre än 60 % av landets medianinkomst finns en förhöjd risk för psykisk ohälsa (Cederblad, 2013). I Sverige lever ungefär en åttodel av alla barn i fattigdom, bland dessa är barn med utländska föräldrar, barn i en del storstadsförorter och barn till ensamstående föräldrar hårdast drabbade. Cederblad (2013) menar att dessa barns utsatthet delvist har att göra med deras föräldrars långtidsarbetslöshet. Men föräldrarnas brist på sociala resurser och egna psykiska ohälsa tillskrivs också betydelse. Vissa forskare tror att orsakerna bakom ohälsan och skillnaderna bland olika grupper är komplexa och många olika faktorer spelar in (Lindström et al., 2012). De nämner bland annat uppväxtvillkor, bostadsmiljöer, ekonomiska och sociala resurser som viktiga faktorer som påverkar ohälsan och menar även att dessa faktorer oftast ansamlas bland utsatta grupper (ibid.).

Sverige har internationellt sett ett av de bästa välfärdssystem men ändå visar sig Sverige gång på gång vara en av de länder som i internationella jämförelse har högsta nivåer av psykisk ohälsa bland barn och ungdomar (Cederblad, 2013). Även Socialstyrelsens (2013) rapporter har på senare år uppmärksammat ungas psykiska ohälsa, rapporterna visar att den psykiska ohälsan har ökat. Däremot har den psykiska ohälsan ökat bland alla unga och inte enbart bland unga som är utsatta för flera riskfaktorer.

Det saknas tillräckligt omfattande studier för att forskare ska kunna enas om huruvida den psykiska ohälsan verkligen har ökat (Mörk, Sjögren & Svaleryd, 2015; Hagquist, 2011). Forskare har även svårt att se vilka faktorer som påverkar den psykiska ohälsan, vissa påpekar att inga säkra slutsatser kan dras utan mer djupgående studier om psykisk ohälsa. De betonar svårigheterna med att undersöka barns hälsas samband med deras socioekonomiska status. De skulle kunna välja att studera barnen som tillhör de tio lägsta procenten i inkomstfördelningen eller hushållen som tar emot ekonomiskt bistånd men ingen av alternativen inkluderar alla barn med låg status (Mörk, Sjögren & Svaleryd, 2015). Mörk, Sjögren och Svaleryd (2015) påpekar

dessutom vikten av vidare studier då barns utsatthet och psykiska ohälsa senare påverkar deras psykiska hälsa i vuxenåldern.

Tidigare forskning

Den tidigare forskningen är uppdelad i fyra teman. Först framställs temat ”Omfattning och påverkan” som beskriver hur stor del av unga som lider av psykisk ohälsa men även hur ohälsan påverkar deras liv. Sedan följer temat ”Risk- och skyddsfaktorer” som presenterar risk- och skyddsfaktorer för den psykiska ohälsan och påtalar vilka faktorer som har störst inverkan. Därefter följer temat ”Skillnader” som belyser vilka skillnader det finns inom gruppen unga. I det sista temat presenteras forskningen som har haft fokus på tillfrisknad under titeln ”Prevention och behandling”. Efter detta avslutas tidigare forskningskapitlet med en sammanfattning som diskuterar brister i forskningen. En forskningspresentation finns bifogad för att ge en översiktlig bild av inkluderade studier (Bilaga 1).

Omfattning och påverkan

Psykisk ohälsa är ett vanligt problem bland barn och ungdomar världen över, ungefär en femtedel lider av psykisk ohälsa (Brown, Pearson, Braithwaite, Brown & Biddle, 2013; Duberg, 2013; Östberg, Alfven & Hjern, 2006; Ahnquist, 2012; Zetterström Dahlqvist et al., 2012). Bland en mångfald av olika former av psykisk ohälsa är depression vanligast. Dock kan psykisk ohälsa även manifesteras sig som allmänt låg välbefinnande, nedstämdhet, psykosomatiska besvär, sömnsvårigheter, stress eller ångest. Psykisk ohälsa är ett komplex och globalt folkhälsoproblem som kan orsaka många fler svårigheter för den drabbade än endast ohälsan i sig (Brown et al., 2013; Zetterström Dahlqvist et al., 2012). Bland unga finns risken att deras kognitiva utveckling hämmas och att deras möjligheter till bra skolresultat försvåras. Unga kan även ha svårt att skapa bra sociala relationer därutöver kan psykisk ohälsa i barndom leda till dålig psykisk hälsa i vuxna år vilket kan påverka individens socioekonomiska status.

Risk- och Skyddsfaktorer

Resultat från studier som fokusera på socioekonomisk status eller kön presenteras i nästa tema för att undvika upprepningar.

Bland studier som har studerat riskfaktorer på den strukturella nivån har följande riskfaktorer framkommit: risk för våld och kriminalitet, arbetslöshet, segregering, brist på vård, låga inkomster, familjens välstånd, låg socioekonomisk status och grannskapssammanhållning (Ahnquist, 2012; Sun, Rehnberg & Meng, 2009; Zetterström Dahlqvist et al., 2012; Kassis, Artz & White, 2017; Duberg, 2013; Andersson, 2008). Skyddsfaktorer är motsatsen till ovanstående riskfaktorer, därutöver har skyddsfaktorerna en möjlighet till personlig utveckling och en möjlighet till inkomstutveckling framkommit i forskningen. I Zetterström Dahlqvists et al. (2012) studie har faktorer på strukturellnivå förklarat cirka sex procent av pojkarnas och cirka tre procent av flickornas varians i depressiva symtom. Dessutom nämner Kassis, Artz och Whites (2017) studie en optimistisk framtidstro som en viktig skyddsfaktor, och detta kan till stor del ha att göra med strukturella omständigheter kring individen.

Många studier har fokuserat på psykosociala faktorer som påverkar den psykiska hälsan (Ahnquist, 2012; Sun, Rehnberg & Meng, 2009; Zetterström Dahlqvist et al., 2012; Kassis, Artz & White, 2017; Duberg, 2013; Andersson, 2008). Följande har framkommit som riskfaktorer i den tidigare forskningen: stigmaserande syn på psykisk ohälsa, sexuella trakasserier, föräldrastöd, låg föräldratillsyn, negativ familjeklimat, dåligt socialt stöd, dålig psykisk hälsa hos föräldrar och självrapporterad ekonomisk stress. Dessutom nämns svåra kamrat- och föräldrarelationer, dåligt skolklimat, aggressiva lärare, kamratstöd, lärarstöd, skolkrav, mobbning och att ha ”mindre pengar än vänner”. Utöver att dessa riskfaktorer i sin positiva form kan fungera som skyddsfaktorer nämns även ett stabilt familjeliv och konsekvent föräldraskap som skyddsfaktorer. Dessa faktorer har i Zetterström Dahlqvists et al. (2012) studie förklarat cirka sju procent av pojkarnas och cirka tjugosex procent av flickornas varians i depressiva symtom. I Kassis, Artz och Whites (2017) studie har inkonsekvent föräldraskap, autoritär föräldrastil och verbalt aggressiva lärare nämnts som väsentliga riskfaktorer. Dessutom har föräldratillsyn och stöd från föräldrar nämnts som viktiga skyddsfaktorer.

I forskningen har följande riskfaktorer på individnivå framkommit: stress, ensamhet, social isolering, självförtroende, självkänsla, socialt deltagande och mellanmänsklig tillit (Andersson, 2008; Kassis, Artz & White, 2017; Zetterström Dahlqvist et al., 2012; Ravens-Sieberer, Erhart,

Gosch, Wille, & The European KIDSCREEN Group, 2008; Sun, Rehnberg & Meng, 2009; Ahnquist, 2012; Duberg, 2013). Som tidigare nämnt är skyddsfaktorer motsatsen till dessa. Dessa individnivå faktorer har i Zetterström Dahlqvists et al. (2012) studie förklarat cirka tio procent av pojkarnas och cirka åtta procent av flickornas depressiva symtom.

Kassis, Artz och Whites (2017) studie visar att bland unga med den högsta av fyra nivåer av depression finns det statistiskt signifikant fler riskfaktorer och färre skyddsfaktorer än övriga grupper. Forskare menar att återkommande och sammankopplade faktorer orsakar mest skada (Östberg, Alfven & Hjern, 2006; Ravens-Sieberer et al., 2008; Kassis, Artz & White, 2017).

Skillnader

Både bland vuxna och unga är psykisk ohälsa vanligare bland kvinnor än män (Zetterström Dahlqvist et al., 2012; Ravens-Sieberer et al., 2008; Ahnquist, 2012; Östberg, Alfven & Hjern, 2006; Andersson, 2008). I denna studies tidigare forskning har mellan fjorton till tjugotre procent av männen och nitton till fyrtiofyra procent av kvinnorna visat tecken på psykisk ohälsa. Med undantag för en studie där sammanlagt tio procent av de unga var gränsfall och fem procent led av psykisk ohälsa. Förekomsten och förklaringsvärdet av vissa riskfaktorer skiljer sig åt mellan könen. Bland annat har det visat sig att trakasserier är dubbel så vanliga bland flickor som pojkar och att sexuella trakasserier har ett högt förklaringsvärde bland flickor. Dessutom visar samma studie att bland pojkarna var ”att ha mindre pengar än sina vänner” en av de viktigaste determinanterna för psykisk ohälsa. Forskarna resonerar att detta är relaterat till pojkarnas möjlighet att delta i samma aktiviteter som sina vänner och inte enbart en ekonomisk riskfaktor. Detta sammanfaller med Ahnquists (2012) resultat att deltagande i samhället är associerat med psykisk ohälsa hos män men inte kvinnor. Ahnquist (2012) har även visat att fler män har en låg mellanmänsklig tillit och fler kvinnor har ekonomiska svårigheter.

I studierna varierar resultaten gällande skillnader i psykisk ohälsa baserat på socioekonomisk status (Ravens-Sieberer et al., 2008; Ahnquist, 2012; Sun, Rehnberg & Meng, 2009). Det är svårt att säga hur stora skillnaderna är eller hur stort förklaringsvärde socioekonomisk status har, på grund av dess komplexa natur, men det har ett flertal gånger konstaterats att ett samband finns. Socioekonomisk status kan mätas på många olika sätt till exempel genom att se på inkomstnivå,

yrkesklassificering eller med socialt och ekonomisk kapital. En individs sociala kapital är associerat med dennes psykiska hälsa; socialt stöd, relation till föräldrar, mellanmänsklig tillit och grannskapssammanhållning är alla aspekter av detta kapital. Därutöver är fattigdom och ekonomiska svårigheter associerade med psykisk ohälsa och är olika aspekter av en individs ekonomiska kapital. Studier visar att både lågt ekonomiskt kapital och lågt socialt kapital var för sig dubblar risken för psykisk ohälsa (Ahnquist, 2012; Sun, Rehnberg & Meng, 2009). Dessutom visar studierna att det föreligger en synergieffekt mellan dessa faktorer. Vilket resulterar i att risken för ohälsa blir fem gånger högre när individer utsätts för båda samtidigt. Det förfaller sig även så att fattiga i större utsträckning tillhör de som har ett lågt socialt kapital (Sun, Rehnberg & Meng, 2009). Det har därutöver påpekats i en artikel av Andersson (2008) att låg socioekonomisk status kan påverka ohälsa indirekt. Dels genom att påverka determinanter i individens liv som finns på andra nivåer än den strukturella. Dessutom genom att påverka den sociala positionen som påverkar individens nivåer av makt, kontroll och självbestämmanderätt.

Prevention och behandling

Psykoterapi och medicinering är vanliga metoder för behandling av psykisk ohälsa, dock visar vissa studier att dessa inte alltid är särskilt effektiva (Brown et al., 2013; Duberg, 2013). Studier har visat positiva resultat av fysisk aktivitet bland vuxna och nya studier visar liknande resultat bland unga. Även då studierna är få och de positiva resultaten är små är dessa statistiskt signifikanta (Brown et al., 2013). En sådan studie har genomförts av Duberg (2013) som menar att fysisk aktivitet med eller utan läkemedel kan minska psykisk ohälsa och höja självkänslan och fungerar dessutom som en skyddsfaktor i ett socialt sammanhang. Interventionens självskattade hälsa höjdes i jämförelse med kontrollgruppens och de positiva effekterna kvarstod ett år efter att interventionen avslutades (ibid.). Duberg (2013) påpekar att de flickor som var en del av interventionen tenderar att ha sådana besvär som kan anses vara för lätta för BUP men för omfattande för att behandling av skolhälsovården ska räcka till. Dessa flickor riskerar därför att ”falla mellan stolarna” (ibid.).

En klinisk studie av Marchs et al. (2004) visade att anti-depressiv medicin i kombination med kognitiv beteende terapi (KBT) gav sjuttioen procent av deltagarna en förbättring av hälsa. Vare

sig endast anti-depressiv medicin eller endast KBT gav en statistiskt signifikant förbättring dock var effekten större av endast anti-depressiv medicin än endast KBT (ibid.).

Andra forskare har påpekat att bekämpning av psykisk ohälsa bör ske på strategisk nivå och fokusera både på socialt och ekonomiskt kapital för att vara effektivt (Sun, Rehnberg & Meng, 2009; Ahnquist, 2012).

Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar den tidigare forskningen att depression, stress och nedstämdhet är vanliga uttryck för den psykiska ohälsan bland unga. Den psykiska ohälsan påverkar deras möjligheter till bra relationer och bra skolresultat. Den viktigaste risk- och skyddsfaktorn som kan utrönas är socialt stöd särskilt från föräldrarna. Psykisk ohälsa är högre bland unga som utsätts för ett flertal riskfaktorer samtidigt. Psykisk ohälsa är även högre bland flickor än pojkar däremot nämns eller studeras inte kön som en riskfaktor och anledningen till varför fler flickor lider av psykisk ohälsa har inte besvarats. Den tidigare forskningen visar att det är svårt att avgöra exakt hur stor betydelse socioekonomisk status har för psykisk ohälsa. Forskningen visar dock att den förhöjer risken för ohälsa direkt men även indirekt genom att påverka andra aspekter av de ungas liv.

I behandling av psykisk ohälsa har KBT i kombination med anti-depressiv medicin visat sig vara effektiv. Även fysisk aktivitet har visat sig ha en positiv effekt på den psykiska hälsan och fungerar även som en skyddsfaktor i ett socialt sammanhang. Gällande prevention av psykisk ohälsa så påpekar vissa forskare att detta bäst sker på strategisk nivå med hänsyn till både socialt och ekonomiskt kapital.

I vissa av studierna som har tagits upp finns det brister som jag anser måste nämnas för att den tidigare forskningen ska kunna användas korrekt. I Zetterström Dahlgvists et al. (2012) studie hävdades det att socioekonomisk bakgrund inte var en determinant som visade ett samband med psykisk ohälsa. Forskarna påpekade dock att detta resultat inte går att generalisera. Då endast tjuugoåtta av över tusen deltagare hade låg socioekonomisk status bör deras resultat tolkas ytterst

försiktigt. Liknande problem fanns i Östberg, Alfven och Hjerns (2006) studie. De kunde inte se ett samband mellan socioekonomisk bakgrund och besvär, däremot kunde de se ett samband mellan ekonomisk stress och besvär. I deras studie baserades socioekonomisk bakgrund på den svenska socioekonomiska indelningen däremot representerade deras urval inte den egentliga andelen av dessa grupper bland befolkningen. Enligt SCB (Haldorson, 2016) är andelen högre tjänstemän knappt fjorton procent av den förvärvsarbetande befolkningen dock var de cirka tjugotre procent av studiens urval. Arbetarna var endast tjugonio procent av urvalet trots att arbetare utgör fyrtio procent av befolkningen (Östberg, Alfven & Hjern, 2006; Haldorson, 2016). Då livsvillkor påverkas av en individs position i den socioekonomiska indelningen och syftet med studien var att se sambandet mellan livsvillkor och besvär så kan dessa skillnader inte bortse från (ibid.).

I en studie av Ravens-Sieberer et al. (2008) var de olika socioekonomiska grupperna missrepresenterade, enligt den svenska indelningen. Medelvärdena visade att cirka tjugotre procent tillhörde låg status gruppen, cirka fyrtiosex procent tillhörde medel status gruppen och cirka trettio procent tillhörde hög status gruppen. Forskarna påpekade däremot själva att bland de fem mest symtombelastade länderna var tre bland de som hade största andel låg status individer (ibid.). Detta kan vara en anledning till att även om studien fann ett samband mellan socioekonomisk status och psykisk ohälsa så var sambandet svagt. Studien hade de lägsta uppmätta nivåerna av psykisk ohälsa bland all tidigare forskning. Endast fem procent av unga visade sig lida av psykisk ohälsa och ytterligare tio procent var gränsfall (ibid.). Ahnquists (2012) studie visade att ett samband mellan socioekonomisk status och ohälsa fanns även när resultaten justerades för andra socioekonomiska faktorer som utbildningsnivå, yrke och ålder. Dock kunde forskaren inte dra kausala slutsatser på grund av sin metod. Forskaren menade att tidigare forskning visade att sambandets riktning var socioekonomisk status till hälsa (ibid.).

Ytterligare två studier kan anses ha brister. Anderssons (2008) och Browns et al. (2013) studier var systematiska översikter av tidigare studier och ska därför användas med försiktighet då forskarnas resultat och slutsatser var baserade på andrahandsdata. Med detta sagt har båda studier inkluderats för att de är publicerade i vetenskapligt granskade tidskrifter.

Teori

Nedan presenteras de teorier och perspektiv som kommer att utgöra studiens teoretiska referensram. Teorierna som har valts är samhällsordningsteorin och det intersektionella perspektivet. Dessa har valts då de kompletterar varandra och för att de kan hjälpa till i besvarande av studiens syfte då båda ser på individen utifrån ett större sammanhang.

Teorikapitlet avslutas med avsnittet ”teorianvändning och diskussion”, vari det redogörs för den teoretiska referensramens relevans för ämnet och hur teorin och perspektivet är kompatibla med varandra.

Samhällsordningsteorin

Ur Baumanns (2002) bok ”det individualiserade samhället” kan en teori om samhällsordningen fastställas. Denna teori kommer att vara en del av uppsatsens teoretiska referensram.

Samhällsordningsteorin har sin grund i att samhället är en apparat inom vilket människan skapar sig ett meningsfullt liv. Det är samhället som har makten att bestämma vad som är meningsfullt. Bauman (2002) använder begreppet transcendens för att beskriva människors behov av att söka efter meningsfulla liv, ett behov som endast kan uppfyllas av samhället. Samhället lever på energin människor spenderar i sökandet efter transcendens och samhället i sin tur förser människor med objekt som trovärdigt kan uppfylla detta behov. Dessa objekt kallar Bauman (2002) transcendensstrategier. Objekten är förledande och tillräckligt energikrävande för att sysselsätta människor. Objekten är varierande nog för att människor i hela samhällsordningen ska sträva efter att nå de oavsett vad människorna har för resurser eller möjligheter. Samhället manipulerar människor då transcendensbehovet aldrig kan fullt uppfyllas. Konsekvensen av detta blir att det skapas en kultur i samhället som ständigt uppfinner nya transcendensstrategier. Kulturen lever på att dessa transcendensstrategier skapas.

Samhällsordningen är därav ett nätverk inom vilket transcendensstrategier utbytes och transcendensenergi är det som driver samhällsordningen. Däremot har alla transcendensstrategier inte lika mycket värde och är inte tillgängliga för alla grupper i samhället då resurser är ojämnt fördelade bland samhällets olika skikt. Transcendensenergi kan missbrukas, människor kan överdrivet manipuleras och möjligheten till transcendens kan undanhållas från de.

Manipulationen kan skuldbelägga människor som otillräckliga trots att de inte har resurser för att nå transcendens på grund av den ojämlika fördelningen. Denna skuldbeläggning är tydligare i det mer individualiserade och privatiserade samhället där människor hänförs ner till en ”andra botten” (Bauman, 2002, s. 14). De utelämnas där till att nå transcendens med sina egna resurser utan samhällets stöd. De möts av politikernas likgiltighet och söker gemenskap bland andra med bristande förmåga att skapa sociala nätverk och allt fler tilltalas av ”kemiskt, elektroniskt och socialt skapade droger” (Bauman, 2002, s.15) som ger tillfälligt skimmer i eller lugnar livskänslan. Människors livsöden ses i det individualiserade samhället som konsekvenser av deras val men dessa val är begränsade av villkor som samhället skapar. Människans livsöde är därav ett resultat av hur hon har valt att handla under de villkor som begränsar hennes möjligheter. Dessa villkor (även kallade strukturer och bakgrund) och handlingar (även kallade val och handlingsförmågor) genomgår en individualiseringsprocess i människan där villkoren blir ”något man tar för givet” (Bauman, 2002, s. 15) och handlingarna blir det man ifrågasätter.

Bauman (2002) menar att människor är medvetna om att dessa strukturer existerar. Men på grund av samhällets kultur och vetenskapen om att deras val inte kan ändra dessa strukturer väljer de att inte reflektera över detta. Bauman (2002) likställer ideologi med makt och dominans och menar att föreställningar som ligger i elitens intressen blir ideologi. Kulturen i samhället blir den som skyddar dessa intressen och alla andra kulturer förstörs. Människor internaliserar denna ideologiska hegemoni genom att förhålla sig till den i sina handlingar. De agerar utefter elitens intressen på grund av den otrygghet som individualiseringen har skapat. Otryggheten grundar sig i att människor alltmer är hänvisade till sina egna förmågor för att skapa meningsfulla liv.

Bauman (2002) påpekar även att skillnaderna mellan klassen eller könen kan ses som olika tillgång till de resurser som krävs för att efter sina egna förmågor skapa meningsfulla liv. I skapande av sin identitet har dessa grupper olika mängder av alternativ och olika möjligheter att välja mellan dessa alternativ.

Intersektionellt perspektiv

En intersektion kan förstås som en skärningspunkt (Mattsson, 2010). Ett intersektionellt perspektiv försöker att belysa hur olika kategorier och maktstrukturer påverkar varandra. Klass,

kön och etnicitet är kategorier som har blivit basen för den intersektionella analysen. Dessa är grundläggande maktstrukturer i samhällets organisering och kategorier som alla tillhör. Däremot kan även andra kategorier så som ålder, funktionsvariation, medborgarskap eller nationalitet användas beroende på syftet med analysen (ibid.). Det som är grundläggande bland olika kategorier är att de är dikotoma, den ena är motsatsen till den andra. Men de är även hierarkiska där den ena är överordnad och den andra är underordnad. De överordnade grupperna anses vara de ”normala” och utgör normen som samhället anser resterande bör sträva efter. De underordnade ses som avvikande och blir i vissa fall stigmatiserade (ibid.). Att stigmatiseras är att medvetet eller omedvetet diskrimineras mot på grund av en egenskap vilket kan leda till sämre livsvillkor för den stigmatiserade.

Kategorier och maktstrukturer är konstruerade av samhällets gemensamma sätt att tolka de på. Däremot är det alltid de överordnade grupperna, eliten, som har makten att bestämma hur verkligheten ska tolkas (Mattsson, 2010). Genom att acceptera och leva i den tolkade verkligheten reproducerar vi även tolkningarna. Detta innebär att vi är bundna till dessa föreställda sanningar som har förmedlats för oss som sanningar genom socialiseringsprocesser. Socialisering sker redan i barndomen genom att barn i interaktion med vuxna lär sig samhällets sanningar. Det innebär att dessa sanningar begränsar vår kunskapsproduktion. All kunskap blir därav hegemonisk och upprätthåller de dominerande gruppernas intressen. Kunskapen skapar en kultur där elitens intressen ses som sunt förnuft inte enbart av de själva utan detta sunda förnuft internaliseras även av underordnade grupper. Detta hjälper till att befästa strukturella orättvisor i samhället (ibid.). Kategorier på strukturellnivå kallas maktstrukturer och är bestående och skapade över tid, könsordningen och klasssystemet är exempel på sådana maktstrukturer (ibid.). Dessa är av stor vikt i den intersektionella analysen då maktstrukturerna skapar de skillnader mellan grupper som leder till olika livsvillkor för olika individer. I olika sammanhang har olika strukturer olika stor betydelse. Maktstrukturer kan vara svåra att ifrågasätta då de kan ses som naturliga men även eftersom att maktstrukturerna blir en del av individen. Valen individen gör påverkas, medvetet eller omedvetet, av normerna i samhället. Maktstrukturer kan därav bli en del av individen genom subjektkonstruktionen. Subjektkonstruktion är ett begrepp som avser att belysa hur en individ skapar sin identitet genom att i interaktion med andra skilja på sig själv och ”de andre” utifrån de skillnader som finns de emellan (ibid.).

I konstruktionen av en kategori som kvinna skapar man normer som definierar vad som är kvinnligt och manligt (Mattsson, 2010). Då mannen är normen och kvinnan är avvikelser värderas allt som uppfattas som manligt högre. Det finns fler än en typ av maskulinitet, den första är hegemonisk maskulinitet som är överordnad både kvinnor och andra män. Det är en position som män med väldigt mycket makt innehar och den är en kulturell ideal dock är det få män som helt uppnår denna position. De andra männen hamnar i den underordnade maskuliniteten, dessa män är fortfarande överordnade kvinnor men på grund av sin klass, sexualitet eller dylikt anses de inte ha nått upp till den hegemoniska positionen (ibid.).

Klass är ett komplext begrepp där strukturella förutsättningar och subjektkonstruktioner samspelar (Mattsson, 2010). Klass kan definieras av en individs ekonomiska, sociala och kulturella kapital. Utöver detta förekommer även symbolisk kapital som belyser hur de andra tre kapitalformerna har olika värde i olika sammanhang. Medelklassen utgör normen och är därav överordnad medan arbetar- och underklassen är underordnad. En individs klass är även en del av individens identitet. Individens subjektkonstruktion påverkas av deras klass då olika klasser har olika möjligheter och utrymme som påverkar individens uppfattning om vilka de är men även vad de kan uppnå (ibid.).

Teorianvändning och diskussion

Både samhällsordningsteorin och det intersektionella perspektivet utgår från att strukturer påverkar människors möjligheter i livet (Bauman, 2002; Mattsson 2010). I samhällsordningsteorin beskrivs detta som individens möjlighet till transcendens utifrån de strukturer som begränsar individens handlingsutrymme. I det intersektionella perspektivet beskrivs detta utifrån individens livsvillkor som är skapade av strukturer (ibid.). Både menar dock att överordnade grupper i samhället, eliten, skapar samhällsordningen, samhällets kultur och normerna i samhället. Dessutom framkommer det i båda perspektiv att dessa normer internaliseras av underordnade grupper (ibid.). I samhällsordningsteorin benämns detta som internalisering av ideologisk hegemoni. I det intersektionella perspektivet benämns det som sunt förnuft. Ojämligheter är således i båda perspektiv skapade av samhället och i förlängning av

eliten. Samhällsordningsteorin påpekar därtill att individualiseringen i samhället är någonting som påverkar människors livsvillkor och menar att ojämlikheter i samhället har en inverkan på människors olika möjligheter till transcendens (Bauman, 2002).

Både teorin och perspektivet är relevanta för uppsatsens syfte eftersom de belyser hur en individs livsvillkor påverkas av samhällsstrukturer, det finns en stor samstämmighet mellan de.

Samhällsordningsteorin kompletterar även det intersektionella perspektivet då den på ett mer ingående sätt förklarar hur strukturer påverkar individens handlingsmöjligheter. Transcendens begreppet kan fungera som utgångspunkt för förklarandet av psykisk hälsa och i förläggning även psykisk ohälsa. KVA:s definition av psykisk hälsa som ”innefattar ett socialt och ekonomiskt produktivt liv, tillfredsställelse med livet, lycka, självförtroende och förmåga att klara av problem” (Petersen et al., 2010, se Bremberg & Dalman, 2014b, s. 14) kan tolkas som transcendens utifrån Baumans (2002) beskrivning av transcendens som varaktig meningsfullhet i livet. Den teoretiska referensramen är därför lämpligt för att analysera orsakerna bakom den psykiska ohälsan och för att få förståelse för omständigheterna i de ungas liv som orsakar ohälsan.

Metod

Metodval

Studiens val av metod har utgått från studiens syfte och de forskningsetiska överväganden som har gjorts i studiens inledande fas. Dessutom har mycket av den tidigare forskningen utgått från den kvantitativa ansatsen, därför har en kvalitativ studie valts för att få en djupgående förståelse för fenomenet. Nedan beskrivs studiens urval, datainsamlingsmetod och analysmetod. Studiens tillvägagångssätt beskrivs löpande. Sedan diskuteras forskningsetiska överväganden och trovärdighet och tillförlitlighet varefter metodkapitlet avslutas med en metoddiskussion.

Urval

Jag har valt att fokusera på yrkesverksamma som arbetar med unga direkt och i deras närhet. Jag har gjort detta val då det vore oetiskt att ha intervjuer med individer som har lidit av psykisk ohälsa. Jag har inte begränsat mig till frivilliga organisationer, statliga myndigheter eller dylikt utan valt sociala miljöer där individer som arbetar med unga med psykisk ohälsa kan förekomma. I mitt urval har det funnits skolor, en psykiatrimottagning, ett socialkontor och en frivillig organisation. Dessa miljöer har varit väldigt lika varandra då alla fokuserar på den mellanmänniska relationen vilket är en fördel då detta ökar säkerheten i att resultaten som framkommer stämmer. Men det har även funnits skillnader mellan miljöerna då vissa arbetar med blandade åldrar och vissa arbetar med fler aspekter av människors liv än enbart deras psykiska ohälsa. Därutöver arbetar informanterna med olika sociodemografiska grupper, även detta är en fördel då jag vill undersöka skillnader inom gruppen unga (Svensson & Ahrne, 2011).

Jag har till största del använt mig av ett bekvämlighetsurval genom att skicka ut mail och sedan intervjuat de som har valt att ställa upp (Trost, 2010). Men jag har även använt mig av ett snöbollsurval då vissa individer har hänvisat mig till andra och vid ett tillfälle har jag fått kontakt med informanten via en klasskamrat. Jag har via mail kontaktat individer i Stockholm. Till dessa har jag skickat identiska intervjufrågningar. Intervjufrågningen har i enighet med Trosts (2010) rekommendationer inkluderat mitt namn, högskolans namn, mitt syfte och att undersökningen sker för att framställa en c-uppsats. Jag har dessutom meddelat individerna att

intervjuerna kommer att vara anonyma, att de kommer inspelas och uppgett cirka hur lång tid intervjuerna kommer att ta. Därefter har jag fråga om individen eller någon av hens kolleger kan tänka sig delta. Informanter har fått ta del av denna information igen innan intervju i form av ett informationsblad (Bilaga 3).

Informantpresentation

Följande är en kortbeskrivning av uppsatsens informanter.

Informant 1: Arbetar för en frivillig organisation och är beteendevetare. Informanten arbetar med alla åldrar, men huvudsakligen har informationen utgått från 16 till 19 åringar.

Informant 2: Arbetar som fältassistent och är socionom. Informanten arbetar med åldrarna 12 till 19 åringar men informationen har utgått från 12 till 16 åringar.

Informant 3: Arbetar som kurator på grundskola och är socionom. Informanten arbetar med åldrarna 6 till 16 åringar men informationen har utgått från 13 till 16 åringar.

Informant 4: Arbetar som kurator på BUP och är socionom som har läst psykoterapi steg 1. Informanten arbetar med åldrarna 0 till 17 år men informationen har utgått från 12 till 17 åringar.

Informant 5: Arbetar som skolpsykolog på gymnasieskolor och tidigare på en organisation för ungdomar och är psykolog. Informanten arbetar med åldrarna 15 till 20 år och informationen har utgått från samma åldrar.

Datainsamlingsmetod

Jag har alltså valt intervjuer som min datainsamlingsmetod. Detta är en vanlig metod inom den samhällsvetenskapliga forskningen då intervjuer samlar in kunskap om olika sociala förhållanden (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2011). Bland de kvalitativa intervjuerna finns det ingen tydlig gräns mellan vad som är strukturerat, semi-strukturerat och ostrukturerat det handlar egentligen om hur öppna eller precisa intervjufrågorna och intervjuguiden är. Jag valt att kalla mina intervjuer semi-strukturerade då mina intervjufrågor är menade att vara öppna och för att min intervjuguide är öppen för följdfrågor och omformulering av frågor i situationer där det anses passande. Den semi-strukturerade intervjun är fördelaktig som datainsamlingsmetod i genomförandet av en kvalitativ analys (Lindgren, 2014).

Jag har bearbetat min tidigare forskning och utifrån forskningen och mitt syfte skrivit en intervjuguide. Då mina intervjuer är semi-strukturerade har jag försökt att formulera så få och öppna frågor som möjligt som ger informanterna möjlighet att ge utförliga svar. Jag har även under genomförandet av intervjuerna anpassat intervjufrågorna för att inte förstöra flytet i intervjun. Efter att ha genomfört de första intervjuerna har jag tittat över intervjuguiden enligt Trosts (2010) rekommendationer och omformulerat en av frågorna för att den har känts otydlig. Den första frågan i intervjuguiden har alltid varit desamma och var till för att få informanterna att slappna av men även för att ge mig en tydligare bild av deras interaktion med de unga. Frågan har varit ”Kan du börja med att berätta lite om er verksamhet och hur ni arbetar med unga som lider av psykisk ohälsa? Vilken är er målgrupp?”, dock är denna formulering i intervjuguiden, i verkligheten har formuleringen blivit mer informell (ibid.). Intervjuguiden finns bifogad (Bilaga 4).

Samtliga intervjuer har skett på informanternas arbetsplatser med undantag för en intervju som har skett via telefon. Jag har valt att låta informanterna välja platserna för intervjuerna dels för att de ska känna sig trygga i sin miljö men även för att jag inte ville orsaka någon onödiga olägenheten av att behöva möta upp mig (Trost, 2010). Alla intervjuer har skett i ett avskilt rum med dörren stängd. Att vara på arbetsplatsen av informanten kan ha bidragit till att hen har känt sig bekväm då vi har befunnit oss på hens domän. Jag har genomfört intervjuerna själv vilket i vissa sammanhang kan anses vara positivt då två eller fler intervjuare kan få informanten att känna sig i ett underläge (ibid.). Dock kan att vara ensam intervjuare vara en nackdel då en intervjupartner fungerar som stöd i intervjusituationen men även för att två intervjuare kan få fram ett rikare material och bättre förståelse genom att komplettera varandra i intervjun.

Analysmetod

Att analysera är i grunden att tolka det insamlade materialet (Jönson, 2010). Den kvalitativa analysen utgår från tre analyssteg, kodning, tematisering och summering (Lindgren, 2014). Kodning är en process som menar att grovt sortera det insamlade materialet. Därefter ska materialet sorteras noggrannare utifrån olika teman, detta är andra steget tematisering. Till sist

ska data sammanföras i en struktur som det går att dra slutsatser utifrån med hjälp av teori och tidigare forskning, detta är summering. Dessa olika steg sker växelvist under forskningsprocessen och i flera omgångar. Till en viss del är även själva datainsamlingen en del av analysprocessen då forskaren ständigt analyserar data för sig själv. Analysprocessen avslutas när mättnad har uppnåtts det vill säga när nya data inte leder till nya koder, teman eller slutsatser. I slutfasen av analysen blir teman mer precisa samtidigt som tolkningarna blir mer abstrakta och hamnar på teoretisk nivå (ibid.).

Alla intervjuer har transkriberats om till analysbar data samma eller nästföljande dag för att jag ska kunna ta hjälp av minnet ifall att någonting är ohörbart i inspelningen (Lindgren, 2014). Jag har valt att transkribera intervjuerna nästan ordagrant förutom uttryck som ”mm” som jag själv har sagt medan informanterna har svarat på mina frågor. Detta för att jag inte har velat dela upp informanternas svar i flera delar då jag tror att en del av sammanhanget kan gå förlorat så. Jag har därefter direkt grovt sorterat det vill säga kodat varje transkribering. Jag har valt att koda hela fraser eller meningar då jag genomför en kvalitativ analys och att koda enskilda ord kan få en del av sammanhanget att gå förlorat. I inledande faserna av kodningen skapade jag väldigt många olika koder för olika aspekter av de ungas liv som skola, hem och kompisrets dessutom kodade jag positiva och negativa omständigheter var för sig. Vissa koder delade upp gruppen unga baserade på skillnader de emellan exempelvis kön, klass, funktionsvariation, fritidssysselsättningar osv. Genomgående i kodnings- och tematiseringsprocessen hade jag en kategori av koder som var av stort intresse för mig men inte lika relevanta för analysen. Jag valde att koda dessa i en särskild färg för att inte distraheras av att det fanns intressant information i data som inte kommer kunna användas.

Efter att ha sammanställt alla koder har jag tematiserat dessa (Lindgren, 2014). Jag vägledes i skapandet av mina teman av min tidigare forskning. Jag använde mig av highlight funktionen i Word för att färga mina koder in i de olika teman. De övergripande temana var identiska med forskningen. Följande var mina övergripande teman: ”Omfattning och påverkan”, ”Risk- och skyddsfaktorer”, ”Skillnader”, ”Prevention och behandling” och ”Övrigt”. Inom varje tema fanns det undergrupper av teman. Exempelvis var temat ”Skillnader” indelat efter kön, klass, funktionsvariation och medborgarskapsstatus. Vissa koder sorterades in under flera olika teman

då de hade relevans för olika delar av analysen. Slutligen ändrades och omorganiserades teman till de olika rubriker som delar upp resultat och analysdelen. Dessa teman har sedan varit grunden för de slutsatser jag har kunnat dra i min analys efter att ha tolkat data med hjälp av min teoretiska referensram och tidigare forskning (ibid.). För att genomföra den slutliga summering skapades jag en tankekartor där de olika temana sammanfördes med olika delar av mina teorier och tidigare forskning. Utifrån detta skrev jag den första utkast av resultat och analysdelen. Detta utkast bearbetades sedan var jag fördjupade analysen med hjälp av min teoretiska referensram.

Forskningsetiska överväganden

Jag har valt att ha semi-strukturerade intervjuer med individer som arbetar med unga istället för att ha djupintervjuer med individer som tidigare led av psykisk ohälsa. Detta för att det ämnet jag har valt att studera är väldigt känsligt och intervjuerna skulle ha kunnat orsaka informanterna väldigt mycket obehag. Forskningskravet är kravet samhället ställer på att forskning ska bedrivas för att gynna samhällsutvecklingen genom tillförandet av ny kunskap. Det ska alltid vägas mot individskyddskravet som menar att skydda informantens välbefinnande (Vetenskapsrådet, 2011). Forskningens bidrag till utveckling samt konsekvenserna informanterna kan lida av i deltagandet av forskningen mot hållas i hänsyn både från ett kortsiktigt och ett långsiktigt perspektiv (Vetenskapsrådet, 2002). Därav har de forskningsetiska övervägandena bidragit till mitt val av metod och informanter.

Individskyddskravet har fyra beståndsdelar som har hållit i åtanke under forskningsprocessen. Dessa är informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Nedan kommer jag att beskriva hur hänsyn till dessa har tagits i studien (Vetenskapsrådet, 2002).

Informationskravet har uppnåtts genom att berätta för informanterna om studiens syfte, att deltagande är frivilligt, att de har rätt att avbryta intervjun när de vill och att intervjun med deras tillåtelse kommer att spelas in. Detta har gjorts både muntligt och skriftligt. Informationsbladet som informanterna har fått ta del av finns bifogad (Bilaga 3). Samtyckeskravet har uppnåtts genom ifyllandet av en samtyckesblankett av informanterna. En blank samtyckesblankett finns bifogad (Bilaga 2).

Vetenskapsrådets (2011) rapport påpekar att det finns en skillnad mellan anonymitet och konfidentialitet. Anonymitet uppnås genom att kopplingen mellan en informants svar och dennes identitet elimineras så att ingen, inte ens forskaren själv kan återupprätta kopplingen. Detta kan uppnås genom att inte anteckna individens identitet i datainsamlingen. I denna studie har transkribering och inspelning av intervjuer inte inkluderat informanternas identitet. Däremot består urvalet av endast fem informanter och jag som intervjuare minns vilken transkribering som tillhör vilken informant. Detta gör att anonymitet inte kan uppnås. Konfidentialitetskravet vilket menar att skydda obehöriga från att ta del av informanters identitet och källdata har däremot uppnåtts (Vetenskapsrådet, 2002). Detta genom att transkriberingar har anonymiserats och inga namn har inkluderats i studien vare sig på individ, verksamhet eller plats. Inga könsbenämningar har använts. Därutöver har endast jag haft tillgång till alla källdata. En kortare beskrivning av arbetet och informantens roll har givits men i en storstad som Stockholm kan denna beskrivning ej röja informantens identitet.

Slutligen har nyttjandekravet uppnåtts genom att inte använda insamlat material utanför denna studies omfattning dessutom kommer alla transkriberingar och inspelningar att raderas efter att uppsatsen har godkänts. Därutöver har de som frågat fått läsa transkriberingen och fått komma med ändringar om de vill och de som har frågat kommer få en kopia av uppsatsen skickad till de efter att den har godkänts. Detta går dock emot Vetenskapsrådets (2002) rekommendationer men följer Trosts (2010) som menar att informanterna bör fråga om de vill ta del av studien, forskaren bör ej ställa frågan till informanterna. Vetenskapsrådet utsaga är däremot endast en rekommendation och på grund av studien omfattning har frågan känts irrelevant.

Trovärdighet och Tillförlitlighet

Trovärdighet i en kvalitativ studie skiljer sig från validitet som använts i kvantitativa studier (Trost, 2010). Validitet menar att kontrollera om man mäter det man avser att mäta med en viss fråga. Detta är inte på samma vis relevant i en kvalitativ studie, man försöker inte att mäta ett fenomen. Dock är trovärdighet viktigt och uppnås i en kvalitativ studie genom att redogöra för forskningsprocessen på ett sådant sätt att andra uppfattar datainsamling och bearbetning som

seriös och relevant för ämnet. På grund av detta är öppenhet viktigt i en kvalitativ studie. Därtill bör forskningsetiska övervägande reflekteras över och redovisas i studien (ibid.). Jag har i denna studie försökt att beskriva forskningsprocessen på ett öppet och transparent sätt för att nå trovärdighet. Dessutom har jag genomgående haft de forskningsetiska övervägandena i tanken och även redovisat de i studien.

I en kvalitativ studie handlar tillförlitlighet inte om att om man ställer samma fråga får man samma svar (Trost, 2010). Detta då människor är föränderliga och inte statiska i sin natur, föreställningarna som har gett upphov till ett visst svar kan ha förändrats hos personen. Dessutom vill man i kvalitativa intervjuer få fram olika nyanser av ett fenomen och då är likhet i alla svar inte önskvärt. Vad man däremot bör ta hänsyn till är att samma frågor ställs till alla informanter och att intervjuaren kodar liknande svar på liknande vis. Jag har i denna studie använt mig av en intervjuguide för att säkerställa att jag ställer samma frågor till alla informanter. Därutöver har jag kodat alla data på samma vis och har jämfört transkriptionerna med varandra för att försöka säkerställa att kodningen är enhetlig.

Metoddiskussion

Jag har inför datainsamlingen kontaktat väldigt många individer. Däremot skulle även andra individer än denna uppsats informanter ha kunnat utgöra urvalet. Även dessa skulle inte ha kunnat bidra med de ungas egna perspektiv som måste anses vara optimalast för att undersöka deras ohälsa. Dessutom har endast fem individer intervjuats, men denna studie har ingen annan ambition än att generaliseras resultaten teoretiskt. Jag har även i ett fall genomfört en telefonintervju. Vilket innebär att jag inte har kunnat få samma typ av kontakt med den informanten och för enkelhetens skull har jag till den informanten skickat intervjuguiden i förhand. I efterhand kan detta ha varit ett misstag men jag ville att informanten skulle kunna ställa frågor i förväg då att klargöra saker över telefon kunde ha blivit svårt. Resterande intervjuer har genomförts på informanternas arbetsplatser trots att jag har varit medveten om att störmoment kan förekomma på arbetsplatsen (Trost, 2010). Denna nackdel har dock vägts mot att begära att informanterna möter upp mig antingen utanför arbetstid eller lämnar sin arbetsplats under arbetstid för att möta mig.

Då detta är en studie som vill få en djupgående förståelse för psykisk ohälsa bland unga har den kvalitativa metoden valts. Metoden har däremot nackdelar, den är tidskrävande. Då materialet kodalas i faser och meningar och inte enskilda ord så kan denna process ta mycket längre tid än att koda kvantitativt där förekomsten av olika koder räknas. Metoden har också begränsningar gällande generaliserbarhet, reliabilitet och validitet. Inom den kvalitativa analysen går dessa ej att uppnå och studiens resultat antas därför ibland vara mindre pålitliga då studien inte är replikerbar på samma vis som en kvantitativ studie. Däremot har jag försökt uppnå empirisk mättnad för att öka tillförlitligheten i studien. Detta kan vara svårt i en studie med endast fem informanter men jag anser att det har funnits en mycket stor samstämmighet mellan de olika informanternas svar. Givetvis förutom bland de frågor som relaterar till att undersöka skillnader men även där har en samstämmighet funnits på övergripande nivå. Intervjuerna har dessutom utgått från en väldigt bred definition av psykisk ohälsa, informanterna har fått ta del av denna definition innan intervjuerna både i skrift och muntligt. Dock kan detta inte garantera att informanterna har helt satt åt sidan sina egna föreställningar kring vad psykisk ohälsa är.

Gällande objektivitet anser jag att det är omöjligt att uppnå total objektivitet och inga anspråk görs på att en sådan objektivitet har uppnåtts. Däremot anser jag att bearbetning av data kan och bör ske objektivt, det vill säga utan att min egna förförståelse av psykisk ohälsa väger in i resultaten (Bryman & Nilsson, 2011; Sohlberg & Sohlberg, 2013).

Min förförståelse består av att jag tidigare har skrivit uppsatser på samma ämne vilket betyder att jag har haft en bild av psykisk ohälsa, skillnader inom gruppen unga och orsaker bakom ohälsan innan jag har påbörjat studien. Detta kan ha påverkat mitt val av metod och teori. Jag studerar till socionom på Södertörns högskola där utbildningen utgår från en socialkonstruktivistisk ansats. Jag har därav inskolats inom detta tankesätt de senaste två åren och även detta kan ha påverkat mitt val teorier. Dessutom har jag ett intresse för psykisk ohälsa som ämne och vill arbeta med unga som lider av psykisk ohälsa i framtiden. Jag anser dock inte att mitt engagemang för ämnet bör uppfattas som negativt utan som ett incitament för mig att verkligen försöka förstå fenomenet. Som tidigare nämnt anser jag inte att total objektivitet är möjlig att uppnå men att data bör bearbetas objektivt. Detta har jag haft i åtanke under arbetets gång och jag anser inte att resultaten är färgade av min förförståelse. Vidare har ett kritiskt förhållningssätt tillämpats i

studien både i bedömandet av tidigare forskning men även i bedömandet av rimligheten av studiens egna resultat och slutsatser (Vetenskapsrådet, 2011).

Resultat och Analys

Följande är de resultat som har framkommit i studien. Dessa analyseras och sammankopplas med studiens tidigare forskning och teoretiska referensram för att besvara studiens syfte och frågeställningar. Resultat och analysavsnittet är uppdelad i tre övergripande rubriker, ”Livsvillkor”, ”Skillnader” och ”Prevention och behandling”. Dessa är i sin tur uppdelade i underrubriker för att göra resultaten övergripbara och lättförståeliga. Efterföljande diskussionsavsnitt inleds med en sammanfattning av studiens resultat.

Livsvillkor

I studiens empiriska material var brist på socialt stöd, hög stress, mycket press, höga krav och instabila levnadsvillkor de mest framträdande orsakerna till den psykiska ohälsan bland unga.

Socialt stöd

Individualisering i samhället är en orsak till att de sociala nätverken har blivit mindre, därav blir socialt stöd svårare att få (Bauman, 2002). De unga befinner sig i en ålder där kamratgruppen får större betydelse än familjen men dessa relationer kan bli svårare att skapa i ett allt mer individualiserat samhället. Ett flertal informanter har nämnt ensamhet som någonting som förekommer i gruppen unga och att allt fler unga ”*blir hemma sittande*” (Informant 2). Flertal informanter har även nämnt att de ungas psykiska ohälsa kan skapa konflikter i deras relationer vilket den tidigare forskningen också visar. Samtidigt är socialt stöd en av de mest omnämnda skyddsfaktorerna i den tidigare forskningen något som samtliga informanter också har nämnt som viktigt för att skydda mot den psykiska ohälsan (Brown et al., 2013; Zetterström Dahlqvist et al., 2012; Kassis, Artz & Whites, 2017).

...men uppvisar man det beteendet när man är 13 och ett halvt då tänker mamma och pappa kanske ganska länge ”det här är, nu har hon blivit tonåring, det här är hormoner”... (Informant 4)

Det sociala stödet från familjen har påpekats som viktigt av mina informanter men stöd unga kan få påverkas intersektionellt av deras ålder och kön. Enligt Mattsson (2010) är alla maktstrukturer inte lika viktiga i alla sammanhang. Den viktigare strukturen i denna studie påpekas vara ålder då föräldrastöd har visat sig vara bristande bland alla kön. Det här hänger ihop med de ungas ålder då yngre barn skulle ha uppmärksammats tidigare och på ett annat vis av sina föräldrar om de uppvisa tecken på psykisk ohälsa. Samtidigt så påverkar deras kön hur de uppfattas eller upplever att de får uttrycka sig. Som i citatet ovan så kan unga flickors beteende skyllas bort på hormoner istället för att uppmärksammas som psykisk ohälsa. Av unga pojkar förväntas det istället, på grund av könsmaktsordningen och normerna i samhället, att de ska hålla upp fasaden och inte uppvisa sin psykiska ohälsa eller avsaknad av socialt stöd (Mattsson, 2010). Dessa unga kan därav vara dubbelt förtryckta på grund av sin ålder och sitt kön. Därtill påverkar även klass föräldrarnas förmåga att tillgodose de ungas behov av stöd. Informanter har nämnt att unga från arbetarklassen kan ha föräldrar med osäkra anställningar och slitande arbeten. Detta kan stressa och trötta ut föräldrarna för mycket för att de ska kunna närvara och ge de unga det stöd som behövs. Medan unga från medelklassen kan ha föräldrar med prominenta arbetspositioner som har höga prestationskrav och är tidskrävande. Även det leder enligt informanter till att föräldrarna inte kan närvara och ge de unga det stöd de behöver. Både dessa förhållanden har stöd i den tidigare forskningen som har nämnt självrapporterad ekonomisk stress och instabilt familjeliv som riskfaktorer för psykisk ohälsa. Dessutom nämner forskningen att föräldrars ohälsa påverkar de ungas hälsa, föräldrarnas stress eller press kan alltså ”smita av sig” på de unga (Ahnquist, 2012; Sun, Rehnberg & Meng, 2009; Zetterström Dahlqvist et al., 2012; Kassis, Artz & White, 2017; Andersson, 2008). Ur ett intersektionellt perspektiv kan här ålder urskiljas som en viktig maktstruktur då det sociala stödet saknas i de ungas liv oberoende av kön och klass (Mattsson, 2010).

Stress, press och krav

Hög stress, mycket press och höga krav är tre omständigheter som är sammankopplade enligt studiens empiriska material. De höga stress nivåerna och mängden press de unga känner har av informanter kopplats till deras skolgång. De höga kraven har utöver skolan kopplats till krav hemifrån och krav som de unga sätter på sig själva att uppnå exempelvis höga betyg. Höga

skolkraV är enligt den tidigare forskningen en riskfaktor för psykisk ohälsa. Även stress är en riskfaktor som dessutom enligt både informanterna och forskningen är en form av psykisk ohälsa i sig (Zetterström Dahlqvist et al., 2012; Kassis, Artz & White, 2017; Andersson, 2008; Brown et al., 2013). Skolan påverkar de ungas liv och är strukturerad så att de unga inte kan ändra på skolans utformning, därav bör skolan analyseras som en struktur. Detta då enligt Bauman (2002) en omständighet som man inte kan ändra på är en struktur.

Skolan utgör en viktig del av det kulturella kapitalet för den unga, kapital som senare ska bli en väg till ett meningsfullt liv. I ett individualiserat samhälle måste individen förlita sig på sina egna förmågor för att nå transcendens, att lyckas i skolan blir därav viktigt då de unga lär sig att skolan är det första steget på vägen till att nå transcendens (Bauman, 2002). Detta uttrycks däremot inte på samma sätt bland de olika klasserna. Empirin visar att föräldrar från arbetarklassen pressar de unga till att utbilda sig för att de ska uppnå en position som föräldrarna själva inte har. Medan föräldrar från medelklassen kan pressa de unga till att utbilda sig för att de ska bli lika framgångsrika som alla runt omkring de. Det tydligaste mönster bland riskfaktorerna hög stress, hög press och höga krav är att skolan är den mest betydelsefulla maktstrukturen för framtida möjligheter att uppnå transcendens (Mattsson, 2010; Bauman, 2002). Det finns skillnader bland klasskulturerna kring varför man ska utbilda sig men pressen påverkar de unga på samma vis och leder till psykisk ohälsa.

Instabila levnadsvillkor omfattar fler delar än de som kan analysera inom ramen för denna uppsats. Däremot har socialt stöd som är en del av instabila levnadsvillkor analyserat och vidare kommer att ekonomisk stabilitet och medborgarskapsstatus, som också är delar av stabila levnadsvillkor, att analyseras under olika teman.

Skillnader

En del skillnader har upptäckts i det empiriska materialet, dessa kommer att redovisas under olika rubriker. Rubrikerna är "icke binära", "pojkar", "flickor", "asylsökande och ensamkommande" och "funktionsvariation". Däremot gäller de skillnader som finns baserat på exempelvis klass alla kön även om de endast nämns under en rubrik. Detta för att undvika upprepningar.

Icke binära

I den tidigare forskningen finns inte gruppen av unga som inte vill identifiera sig som vare sig pojke eller flicka, unga som är icke binära eller genderfluid representerade. Detta faktum i sig kan kopplas till det intersektionella perspektivets påpekande om att kunskapsproduktionen i samhället är hegemonisk och utgår från dominerande gruppers intressen (Mattsson, 2010). Produktion av kunskap gällande icke-binära individer kan påverkas av det faktum att vårt samhälle är uppdelat i en binär könsordning. Mannen är överordnad på grund av ”skillnader” mellan män och kvinnor, utifrån vilket mannen har värderats högre. Detta blir svårare att upprätthålla om vissa människor avviker från normerna och inte enbart hamnar i en underordnad position som kvinnan utan går utöver de normer som finns förskrivna för båda könen (ibid.). Däremot bör det nämnas att denna grupp i dagsläget endast kan anses ha en ännu mer underordnad position än kvinnor då de kan anses som avvikande och bli stigmatiserade på grund av den bristande kunskapen om gruppen (ibid.). Följande utsaga från en av mina informanter visar hur denna grupp systematiskt osynliggörs och befinner sig utanför forskningsområdet i vårt samhälle.

Och så de som inte vill identifiera sig ... och det är så när vi ska föra statistik till politikerna då ska man skriva kille eller tjej ... men vi vet ju att det finns andra (kön: min anm.) ... det behöver absolut förändras i statistiksystemet... (Informant 2)

Självklart finns det forskning som fokuserar särskilt på icke-binära könsidentiteter däremot har tidigare forskning i denna studie utgått från ämnet psykisk ohälsa bland unga och inte särskilda könsidentiteter. Informanter som har kontakt med gruppen har påpekat att den psykiska ohälsan är högre bland gruppen. Det kan därför antas att könsmaktsordningen är ett viktigt strukturellt villkor som påverkar dessa unga, då denna grupp särskilt avviker från normerna i samhället. Dessutom har de likt alla andra unga genomgått socialiseringsprocessen i barndomen som utgår från samhällets konstruktion av det binära könssystemet (Mattsson, 2010). Det är svårt att skapa en uppfattning om hur detta påverkar deras subjektkonstruktion med utgångspunkt i att identitet

skapas i samspel med andra utifrån skillnader mellan vi- och de andra-grupperna. Det är även svårt att skapa en uppfattning om påverkan av klass, medborgarskapsstatus eller funktionsvariation då alla maktstrukturer inte har samma betydelse i alla sammanhang (ibid.). Däremot gällande deras psykiska ohälsa så kan de i likhet med alla andra unga, enligt studiens empiriska material, bemötas av en mer stigmatiserande syn från medelklassen vilket beskrivs av forskningen som en riskfaktor för psykisk ohälsa. Dessutom blir det svårare för de om de tillhör arbetarklassen att få hjälp och även brist på vård är en riskfaktor enligt forskningen (Ahnquist, 2012; Sun, Rehnberg & Meng, 2009; Zetterström Dahlqvist et al., 2012; Kassis, Artz & White, 2017; Andersson, 2008). Utöver detta påverkas det väsentliga sociala stödet de har till sitt förfogande av deras föräldrars och andra närståendes uppfattning av könsnormer.

Pojkar

...hos killar finns det ju någon norm som gör att många killar tycker att man inte ska visa sig svag och det är väl det som är risken... (Informant 1)

Ett flertal informanter har påpekat att pojkar inte söker hjälp i samma utsträckning som flickor och att de försöker att inte visa sin psykiska ohälsa då de uppfattar den som en svaghet. De unga pojkarna från medelklassen befinner sig högt upp i maskulinitetshierarkin. Men kan själva anse att de inte uppfyller normen då deras psykiska hälsa inte översstämmer med föreställningen om maskulinitet de har lärt sig (Mattsson, 2010). Fasaden hålls upp då deras subjektkonstruktion förmodligen utgår från den hegemoniska maskuliniteten och medelklasskulturen vilket begär att de ständigt visar sig vara starka (ibid.). Konsekvensen blir att de inte söker hjälp och kan bli suicidala. Därutöver påverkas dessa pojkar då de måste bära stressen och pressen från skolan och familjen själva. De kan enligt informanter inte visa sig svaga ens bland sina egna vängrupper som skulle ha kunnat vara en källa för socialt stöd. Klasskulturen påverkar de ytterligare då den stigmatiserar den psykiska ohälsan vilket enligt informanter resulterar i att dessa pojkar kan ta till tillfälliga transcendensstrategier. De kan använda sig av kemiska och sociala droger i form av fester, alkohol och droger för att känna att deras liv är meningsfulla då samhällsordningen inte ger de andra valmöjligheter och begränsar deras handlingsutrymme (Bauman, 2002).

Likt pojkarna från medelklassen kan även pojkarna från arbetarklassen begränsas från att söka hjälp på grund av könsmaktsstrukturerna (Mattsson, 2010). Dessutom visar empirin att det är svårare för hjälp att nå ut till arbetarklassen. Detta har inte stöd i den tidigare forskningen däremot nämner viss forskning att man måste visa hänsyn till socialt och ekonomiskt kapital på strategisk nivå för att effektivt bekämpa psykisk ohälsa. Vilket kan relateras till att hjälp har det svårare att nå ut till arbetarklassen (Sun, Rehnberg & Meng, 2009; Ahnquist, 2012). Detta kan även kopplas till samhällsordningsteorin. Teorin menar att individualiseringen i samhället leder till att människor hänförs ner till den ”andra botten” där de är utlämnade till att klara sig med sina egna resurser (Bauman, 2002). Subjektkonstruktionen bland denna grupp utgår enligt informanter både från klassidentiteten och från den underordnade maskuliniteten. Detta kan leda till att de söker gemenskap i den ”andra botten” på grund av sina bristande möjligheter till att uppnå meningsfulla liv (Bauman, 2002; Mattsson, 2010). Dessa unga kan enligt informanter utveckla kriminalitets- eller missbruksproblem, vilket kan ses som strategier för att nå transcendens. Kriminalitet skapar gemenskap och blir en form av en social drog och en del av individens identitet medan kemiska droger skapar en tillfällig transcendens (Bauman, 2002). Detta beteende leder dock enligt empirin till mer psykisk ohälsa vilket sammanfaller med den tidigare forskning som påpekar att kriminalitet är en riskfaktor för psykisk ohälsa (Zetterström Dahlqvist et al., 2012; Kassis, Artz & White, 2017; Andersson, 2008). Denna grupp är således bundna av villkoren och de bristande valmöjligheterna i sina liv (Bauman, 2002). Det förekommer enligt forskning en synergieffekt mellan lågt socialt kapital och lågt ekonomiskt kapital vilket leder till att de som utsätts för båda samtidigt får en avsevärt förhöjd risk för psykisk ohälsa (Ahnquist, 2012; Sun, Rehnberg & Meng, 2009). Arbetarklasspojkarna bör därför ses som kraftigt underrepresenterade då deras livsvillkor visar att många fler förmodligen lider av psykisk ohälsa än de som finns representerade i forskningen.

Flickor

...det är fler tjejer som svarar ja men det är också fler tjejer som söker hjälp... (Informant 2)

... det tar sig sina speciella uttryck när man pratar om saker som vilket utrymme, vilken plats får flickor ta och vilka krav ställs på hur de ska se ut, hur de ska bete sig, vilka roller finns... (Informant 5)

Klass är inte en lika framträdande maktstruktur bland flickor. Både enligt min empiri och tidigare forskning mår flickor dåligt i större utsträckning än pojkar. Men att få socialt stöd kan vara enklare bland flickor i vängruppen då ingen norm hindrar de från att söka hjälp (Zetterström Dahlqvist et al., 2012; Ravens-Sieberer et al., 2008; Ahnquist, 2012; Östberg, Alfven & Hjern, 2006). Däremot gällande familjestödet så påverkas den för alla grupper av föräldrars livsvillkor. Även föräldrarnas föreställningar kring könsnormer och klasskulturer påverkar i vilken utsträckning de finns där för sina barn (Mattsson, 2010). Bland flickor från arbetarklassen kan höga krav på skolprestation enligt informanter dels ha att göra med arbetarklasskulturen där utbildning kan ses som en transcendensstrategi och dels med att flickor enligt norm ska vara skötsamma (Bauman, 2002). Trots att hjälp i form av socialt stöd är enklare för flickor att få när professionell hjälp inte ut till arbetarklassen i lika stor utsträckning, vilket kan begränsa hjälpen för denna grupp flickor. Dessutom är flickorna likt pojkarna i arbetarklassen bundna av villkoren i deras liv och har bristande valmöjligheter (Bauman, 2002). Detta kan relateras till Anderssons (2008) forskning som visar att socioekonomisk status påverkar individens hälsa indirekt genom att påverka individens nivå av självbestämmanderätt.

Klass påverkar flickor även om det inte har varit en framträdande maktstruktur. Bland medelklassflickor är hjälp mer tillgänglig då den bättre når medelklassen men samtidigt är psykisk ohälsa mer stigmatiserad i medelklassen, något som forskning visar är en riskfaktor för psykisk ohälsa (Ahnquist, 2012; Zetterström Dahlqvist et al., 2012; Kassis, Artz & White, 2017; Andersson, 2008). De höga skolkraven relateras enligt informanter fortfarande till normen om att flickor ska vara skötsamma men även till medelklasskulturen vari att prestera minst lika bra som syskon eller föräldrar är viktigt. Dessutom är skolsystemets utformning ett villkor som påverkar alla unga genom att begränsa deras handlingsutrymme (Bauman, 2002). De unga känner enligt informanter konstant press då de inte har möjlighet att ta igen och få ett högre betyg i en kurs när den väl är avslutad. Betyg sätts även i yngre åldrar än tidigare vilket leder till att unga känner

denna press under längre perioder av tid. Även dessa skolkrav är enligt den tidigare forskningen en riskfaktor för psykisk ohälsa (Zetterström Dahlqvist et al., 2012; Kassis, Artz & White, 2017).

Asylsökande och ensamkommande

...om man söker asyl och inte har fått uppehållstillstånd, otroligt påfrestande...

(Informant 4)

...nu är det en ny reform på väg och ingen vet vilka som kommer omfattas av den eller inte, så det är ju elever som har fått leva med den osäkerheten i flera år... (Informant 5)

I studiens empiri har ensamkommande asylsökande nämnts som en särskilt utsatt grupp. De lider av depression, stress och i många fall av trauma. Deras medborgarskapsstatus är en viktig maktstruktur särskilt på strukturell nivå då politiska beslut enligt empiri har en omedelbar inverkan på denna grupp (Mattsson, 2010). För denna grupp är underklass en lämpligare benämning än arbetarklass då empirin visar att deras nivå av ekonomisk utsatthet är skild från den nivå unga i arbetarklassen upplever (ibid.). Däremot befinner de sig likt de unga från arbetarklassen på den ”andra botten”. Individualiseringen i samhället påverkar denna grupp särskilt då samhället har minskat sitt åtagande gentemot gruppen, vilket kan ses i citatet av informant fem ovan. Dessutom kan det bli särskilt svårt för en individ att knyta sociala band om hen inte har tidigare anknytning till landet hen söker asyl i (Bauman, 2002). Utbildning för denna grupp är enligt empirin viktig, utbildning kan även här ses som en viktig transcendsstrategi (ibid.). Denna grupp är särskilt utsatt på grund av ansamlingen av riskfaktorer då gruppen befinner sig i en underordnad position som begränsar deras valmöjligheter till följd av flera samspelande villkor. Den tidigare forskningen visar att detta höjer risken för psykisk ohälsa (Östberg, Alfven & Hjern, 2006; Ravens-Sieberer et al., 2008). Detta kan även försvåra det för gruppen att ha en optimistisk framtidstro som enligt forskning är en skyddsfaktor för psykisk hälsa (Kassis, Artz & White, 2017; Mattsson, 2010). Hjälpen kan bli särskilt svår att motta för gruppen då otryggheten kring deras liv finns kvar. Dessutom påverkas deras benägenhet att söka hjälp och hjälpens tillgänglighet av andra strukturer som könsordningen och klasssystemet

(Bauman, 2002; Mattsson, 2010). Denna grupp finns inte heller representerad i forskningen vilket återigen belyser kunskapens hegemoni (Bauman, 2002).

Funktionsvariation

...om man har en neuropsykiatrisk diagnos så är man mycket känsligare för att få de här andra diagnoserna... (Respondent 4)

I studiens empiriska material står individer med funktionsvariationer ut som en grupp med andra förutsättningar än resterande unga. Informanter har påpekat att funktionsvariationer ökar risken för psykisk ohälsa oavsett typen av funktionsvariation. Inom gruppen kan påverkan av kön och klass vara svår att upptäcka då funktionsvariationens påverkan är mest framträdande däremot påverkar dessa strukturer givetvis denna grupp. Gruppen är inte enbart underordnad och avvikande men även stigmatiserad i samhället (Mattsson, 2010). Gruppen befinner sig fortfarande i ett samhälle där utbildning är av högt värde men har inte samma förutsättningar att klara av de krav som ställs. De unga kan enligt informanter känna en stress på grund av dessa krav om de befinner sig i den allmänna skolan. För de unga som har sådana funktionsvariationer att de behöver gå i en särskild skola är valmöjligheterna ännu färre. Dessa unga är bundna till villkoren i sina liv då andra människor tar beslut åt de och de kan inte på samma vis uttrycka sin egna vilja (Bauman, 2002; Mattsson, 2010). Med minskade valmöjligheter minskar transcendsstrategierna individen har till sitt förfogande. Då individer inom denna grupp ibland har nästintill inga valmöjligheter är det svårt att utröna vad för transcendsstrategier denna grupp använder sig av vare sig dessa är tillfälliga eller bestående (Bauman, 2002). En tillfällig transcendsstrategi som har nämnts i empirin är utåtagerande beteende som leder till att den unge får uppmärksamhet av en vuxen vilket kan benämnas som en social drog (ibid.). Även denna grupp saknas i den tidigare forskningen, om detta beror på en brist i min sökmetod eller om avvikande grupper har en tendens att forskas särskild från ”allmänna” grupper unga kan jag ej uttala mig om. Som tidigare nämnts har min sökning efter forskning utgått från unga och psykisk ohälsa och inte en särskild grupp.

Prevention och behandling

Att man har föräldrar som ställer upp, att det finns andra trygga vuxna runt omkring, att det finns sociala funktioner som faktiskt bär upp där mamma eller pappa kanske inte alltid orkar, att man har en bra skola där man känner att man blir sedd och får utrymme och att man har bra kompisar... (Respondent 4)

Socialt stöd har både i forskningen och i studiens empiriska material nämnts som en viktig faktor som skyddar mot psykisk ohälsa. Därav bör socialt stöd vara del av både prevention av psykisk ohälsa såväl som behandling av den. Samhällets uppbyggnad och strukturer hindrar, som tidigare påvisats, unga från att få tillgång till det sociala stödet. Det kan vara genom könsnormer som hindrar pojkar från att visa sin ohälsa eller genom klasssystemet som gör hjälp svår tillgänglig för arbetar- och underklass unga. Även individualiseringen i samhället försvårar skapandet av sociala band och kan leda till social isolering, ensamhet och lågt socialt deltagande. Dessa är enligt forskningen riskfaktorer för psykisk ohälsa. Allt detta gör det sociala stödet svår tillgängligt för unga (Bauman, 2002; Andersson, 2008; Ravens-Sieberer et al., 2008; Ahnquist, 2012). En av informanterna har nämnt fysisk aktivitet i grupp som en del av den hjälp hans organisation erbjuder människorna de möter. Syftet är att få individerna in i ett socialt sammanhang, detta kan relateras till Dubergs (2013) studie som visar att dans fungerar som intervention bland unga flickor mot psykisk ohälsa även där kan interventionen hjälp till att få in de unga i ett socialt sammanhang.

Villkor som de unga inte har kontroll över är några av de mest framträdande orsakerna till att deras psykiska ohälsa antingen uppstår eller inte kan avhjälpas. Samhällsstrukturer som könsmaktsordningen och klasssystemet har varit de två mest återkommande men även funktionsvariation och medborgarskapsstatus har stor inverkan. Dessutom kan föräldrar och skola anses vara oföränderliga villkor i de ungas liv då dessa är strukturer de unga inte kan förändra (Bauman, 2002). Föräldrastöd är en av de viktigaste skyddsfaktorer för psykisk ohälsa däremot är stödet begränsad av föräldrarnas arbete, livsvillkor, klasskultur och syn på normer. Föräldrar påverkar även ungas tillgång till hjälp enligt informanter då föräldrarna måste ha tid, ork och funktion för att få de unga i kontakt med BUP eller i vissa fall skolhälsovården.

Skolsystemet är ett villkor som tidigare påpekats påverka de ungas psykiska hälsa. Detta inte enbart på grund av de krav skolan ställer, utan även på grund av skolans utformning som inte har tillräckligt med utrymme för att vårda de ungas psykiska ohälsa. Dessutom har ett flertal informanter nämnt att det förebyggande arbetet mot psykisk ohälsa i skolan inte alltid får det utrymme det skulle behöva för att kunna undvika ohälsa uppstår. Därutöver nämner flertal informanter såväl som den tidigare forskningen att vissa unga riskerar att falla mellan stolarna. Deras ohälsa anses inte vara tillräckligt omfattande för att de ska kunna vårdas på BUP men ohälsan är fortfarande för omfattande för att skolhälsovården ska kunna behandla den (Duberg, 2013). Flertal informanter har beskrivit hur det blir allt svårare för unga att få hjälp av BUP. Även informanten från BUP har påpekat hur samhällsförändringar har lett till att enbart diagnosbar ohälsa kan vårdas och hur BUP inte längre är lika familjeorienterad som den var förr. Informanten uttrycker att det har skett en ”*samhällsstrukturell förändring där vi går mot det här nischade smala området...*” (Informant 4). Individualiseringen i samhället kan vara del av anledningen till denna förändring i BUP:s arbetssätt då samhället minskar sitt stöd på detta vis och vilket resulterar i att fler unga faller mellan stolarna (Bauman, 2002).

KBT i kombination med medicinering har påpekats vara en effektiv behandlingsmetod i den tidigare forskningen. Däremot har medicinering inte nämnts i större utsträckning i studiens empiriska material dock har användbarheten av KBT nämnts. Informanten påpekar att KBT kan vara användbart mot psykisk ohälsa men när individen behöver akut hjälp vill hen inte sitta och fundera på beteende. Detta stöds av forskningen som menar att enbart KBT inte är särskilt effektivt (March et al., 2004).

Slutligen har informanter nämnt att samhället inte investerar tillräckligt på prevention och behandling av psykisk ohälsa men även att vissa gruppers utsatthet inte har synliggjorts. De påpekar den tvåsidiga påverkan av både könsordningen och klasssystemet. Dessa strukturella villkor behöver enligt vissa informanter och forskare bekämpas och förebyggas med strategier på politisk nivå för att ha en positiv effekt. Detta sammanfaller med det intersektionella perspektivets och samhällsordningsteorins utgångspunkt att strukturer påverkar människors livsvillkor och möjligheter till meningsfulla liv (Sun, Rehnberg & Meng, 2009; Ahnquist, 2012; Bauman, 2002; Mattsson, 2010).

Avslutande diskussion

Den avslutande diskussionen inleds med att studiens slutsatser presenteras och sedan diskuteras. Därefter avslutas uppsatsen med förslag på framtida forskning.

Diskussion och slutsatser

Syftet med denna uppsats var att undersöka orsakerna bakom den psykiska ohälsan bland unga. Jag ville få förståelse för orsakerna till den psykiska ohälsan genom att analysera omständigheter i de ungas liv. Jag ville även försöka utröna vilka omständigheter som förebyggde mot psykisk ohälsa eller hjälpte unga ur den. För att analysera dessa omständigheter använde jag mig av ett intersektionellt perspektiv och en samhällsordningsteori. Resultaten har visat att socialt stöd är väsentligt för att skydda mot psykisk ohälsa. Stress, press, krav och instabila levnadsvillkor har visat sig vara de mest framstående riskfaktorerna för ohälsan. Därutöver var strukturella faktorer viktiga för att förebygga mot den psykiska ohälsan då dessa på ett eller annat sätt påverkar alla unga.

Studien har även belyst situationen för vissa ”avvikande” grupper som inte har nämnt i den tidigare forskningen. Icke binära individer, personer med funktionsvariationer och ensamkommande asylsökande har varit grupper som är särskilt utsatta men frånvarande i forskningen. Detta belyser kunskapens hegemoniska karaktär då forskning utgår från det ”normala” i samhället och inga av dessa grupper innefattar vad som anses ” normalt” (Mattsson, 2010; Bauman, 2002). Studien har däremot visat att dessa ungas psykiska ohälsa i grund och botten har samma orsaker som resterande ungas. ”...*jag tänker att det inte är så stor skillnad, mår man dåligt så mår man dåligt, däremot kan man bli bemöt på olika sätt...*” (Respondent 4). Samhällets normer, världspolitiken och normalitets strävan i samhällsliga institutioner är övergripande omständigheter som påverkar dessa ungas livsvillkor och handlingsmöjligheter. Skillnaderna i den psykiska ohälsans utbredning ligger i hur dessa unga blir bemötta av enskilda såväl som samhället och deras möjligheter till att få hjälp.

Samhällets könsnormer har också visat sig vara problemorsakande, både för pojkar och flickor. Unga socialiseras in i normerna från födseln och växer upp i ett samhälle med fastslagna

strukturer som de måste rätta sig efter. Även då detta påverkar båda könen måste jag belysa att det har förekommit en tystnad kring flickors psykiska ohälsas samband med sexuella trakasserier. Detta förmodligen på grund av det är norm i vårt samhälle att inte tala om sådant. Däremot har en informant påpekat att sexuella trakasserier sker och hen har berättat om tvetydigheten i framstegen som könsrollerna har gjort ”...sexualiseringen inom ungdomskulturen är extrem samtidigt som kvinnorättsfrågorna är starkare än någonsin...” (Informant 3). Enligt forskning så höjer höga nivåer av sexuella trakasserier risken för psykisk ohälsa med fem gånger, alltså risken höjs lika mycket av sexuella trakasserier som av att ha både ett lågt socialt och ekonomiskt kapital (Zetterström Dahlqvist et al., 2012; Sun, Rehnberg & Meng, 2009). Vad detta resulterar i för unga som både utsätts för sexuella trakasserier och har låg socioekonomisk status bör hållas i åtanke vid bemötande av unga. Därtill har informantens utsagor om maskulinitetsnormer väckt frågan gällande de skillnader forskningen visar att det finns bland pojkar och flickor. Lider faktiskt dubbelt så många flickor som pojkar av psykisk ohälsa eller lider pojkarna i tystnad? Och om dubbelt så många flickor faktiskt lider av psykisk ohälsa, hur mycket av denna skillnad beror på att de är just flickor?

Majoriteten av informanter har nämnt att samhället inte satsar tillräckligt mycket på det förebyggande arbetet och att detta leder till att den psykiska ohälsan fortgår och blir allvarigare innan den avhjälpas. Detta kan relateras till Baumans (2002) samhällsordningsteori som menar att individualiseringen av samhället leder till att människor utelämnas till att nå transcendens med sina egna resurser. Samtidigt påpekar Bauman (2002) att samhället skapar objekt som lockar människor till att spendera sin energi i sökandet på någonting som egentligen aldrig riktigt går att uppnå. Kulturen i samhället är skapat av eliten som tjänar på energin vi spenderar i sökandet efter transcendens. Dock har denna energi i min mening missbrukats för att undanhålla transcendens från människor genom att erbjuda människor tillfälliga transcendensstrategier i form av konsumtionsvaror. I dagens samhälle utgör konsumtion en del av kulturen. Vi konsumerar för att skapa oss livsstilar och ge oss själva tillfällig tillfredsställelse, Bauman skulle benämna detta för en drog. Egentligen skulle hela samhället kunna sägas vara manipulerad och befinna sig på den ”andra botten”. Då vi alla på grund av individualiseringen och missbrukandet av transcendensenergi är utlämnade till att med våra egna resurser nå transcendens samtidigt som vårt handlingsutrymme är begränsad av samhällets strukturer och kultur. Den psykiska ohälsan

bland unga kan ses som en konsekvens av dessa strukturer och denna kultur. Samtidigt som skillnaderna inom gruppen unga kan ses som olika mängder resurser och valmöjligheter för att uppnå varaktig transcendens.

Förslag på framtida forskning

Denna studie visar att det finns brister inom befintlig forskning gällande inkluderandet av alla grupper av unga som lider av psykisk ohälsa. Men det finns även brister i undersökandet av strukturella orsaker till den psykiska ohälsan. Mitt förslag till framtida forskning är därför att genomföra undersökningar som inkluderar alla grupper men som också undersöker både könsordningens och klasssystemets påverkan på den psykiska ohälsan. Även sexuella trakasseriers samband med psykisk ohälsa bör vidare utforskas. Därutöver vore det intressant med studier som undersöker individualiseringens påverkan på psykisk ohälsa bland unga.

Referenslista

Ahnquist, J. (2012). Sociala determinanter för hälsa – en fråga om socialt eller ekonomiskt kapital?. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 89(4-5) ss. 347-365. Från <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/913/724>

Andersson, L. (2008). Geografiska skillnader i psykisk hälsa - samband med socioekonomisk position. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 85(2), ss. 113-120. Från <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/149/179>

Bauman, Z. (2002). *Det individualiserade samhället*. Göteborg: Daidalos AB.

Bremberg, S., & Dalman, C. (2014a). *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga*. Hämtad 15 februari, 2018, från Forte, <https://forte.se/publikation/begrepp-matmetoder/>

Bremberg, S., & Dalman, C. (2014b). *En kunskapsöversikt Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga*. Från <https://forte.se/app/uploads/2014/12/kunskapsoversikt-begrepp.pdf>

Brown, H., Pearson, N., Braithwaite, R., Brown, W., & Biddle, S. (2013). Physical Activity interventions and depression in children and adolescents. *Sports Medicine* 43(3) ss. 195-206. Från <https://doi.org/10.1007/s40279-012-0015-8>

Bryman, A., & Nilsson, B. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2 uppl.) Malmö: Liber.

Cederblad, M. (2013). Ungas psykiska hälsa förbryllar forskare. *Läkartidningen*. Från <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2013/09/Ungas-psykiska-halsa-forbryllar-forskare/>

Duberg, A. (2013). Dans kan ge unga skydd mot psykisk ohälsa. *Läkartidningen*. Från [lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2013/09/Dans-kan-ge-unga-skydd-mot-](http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2013/09/Dans-kan-ge-unga-skydd-mot-)

psykisk-ohalsa/

Eriksson-Zetterquist, U., & Ahrne, G. (2011). Intervjuer. I A. Ahrne, G., & Svensson, P. (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder*. (ss. 36 – 57). Malmö: Liber.

Hagquist, C. (2011). Ökar den psykiska ohälsan bland ungdomar i Sverige?. *Socialmedicinsk Tidskrift* 88(6) ss. 474 – 485. Från

<http://socialmedicinsk-tidskrift.se/index.php/smt/article/view/837/657>

Haldorson, L. (2016). *Sociala grupperingar för nationellt och internationellt bruk*. Statistiska centralbyrån. Från

<http://www.sverigeisiffror.scb.se/contentassets/b1ae4493ffd1404987a4d32cbf213ae5/sociala-grupperingar-for-nationellt-och-internationellt-bruk.pdf>

Jönson, H. (2010). *Sociala problem som perspektiv*. Malmö: Liber.

Kassis, W., Artz, S., & White, J. (2017). Understanding depression in Adolescents: A dynamic psychosocial web and risk and protective factors. *Journal of research and practice in children's services – child & youth care forum* 46(5) ss. 721-743. Från <https://doi.org/10.1007/s10566-017-9404-3>

Lindgren, S. (2014). Kvalitativ analys. I A. Hjerm, M., Lindgren, S., & Nilsson, M. (red.) *Introduktion till samhällsvetenskaplig analys*. (ss. 29-44). Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Mattsson, P. (2010). *Intersektionalitet i socialt arbete – teori, reflektion och praxis*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., Burns, B., Domino, M., McNulty, S., Vitiello, B., & Severe, J. (2004). Fluoxetine, Cognitive-Behavioral Therapy, and Their Combination for Adolescents With Depression Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Randomized Controlled Trial. *JAMA* 292(7) ss. 807–820.

DOI:10.1001/jama.292.7.807

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Gosch, A., Wille, N., & The European KIDSCREEN Group. (2008). Mental Health of children and adolescents in 12 European countries - results from the European KIDSCREEN study. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 15 ss. 154-163. DOI: 10.1002/cpp.574.

Socialstyrelsen. (2009). *Barn och unga som begår brott. Handbok för socialtjänsten*. (Socialstyrelsen, nr 2009-101-3). Västerås: Edita Västra Aros AB. Från https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8298/2009-101-3_20091013.pdf

Socialstyrelsen. (2013). *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. (Socialstyrelsen, nr 2013-5-43). Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19109/2013-5-43.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Vad är psykisk ohälsa?*. Hämtad 15 februari, 2018, från Kunskapsguiden, <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/psykisk-ohalsa-hos-barn-unga/Sidor/Vad-ar-psykisk-ohalsa.aspx>

Socialstyrelsen. (2017). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Till och med 2016*. (Socialstyrelsen, nr 2017-12-29). Från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20785/2017-12-29.pdf>

Sohlberg, B., & Sohlberg, P. (2013). *Kunskapens former: vetenskapsteori och forskningsmetod*. Stockholm: Liber.

Svensson, P., & Ahrne, G. (2011). Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I Ahrne, G & Svensson, P (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. ss. 19 – 35. Malmö: Liber.

Sun, X., Rehnberg, C., & Meng, Q. (2009). How are individual-level social capital and poverty associated with health equity? A study from two Chinese cities. *International Journal for Equity*

in *Health* 8(2). Från <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-2>

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet. Från https://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

World health organization. (1946). *Constitution of the world health organization*. Från <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

Zetterström Dahlqvist, H., Landstedt, E., & Gillander Gådin, K. (2012). Depressive symptoms and the associations with individual, psychosocial, and structural determinants in Swedish adolescents. *Health* 4(10) ss. 881-889. Från <http://dx.doi.org/10.4236/health.2012.410134>

Östberg, V., Alfven, G., & Hjern, A. (2006). Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren. *Acta Paediatrica* 95(8) ss. 929-934. DOI: 10.1080/08035250600636545.

Bilaga 1 – Forskningspresentation

Titel och Författare (år)	Metod och Urval	Behandlade teman
Sociala determinanter för hälsa – en fråga om socialt eller ekonomiskt kapital? Ahnquist (2012)	Nationell folkhälsoenkät, 26 000 individer. Dataanalys.	18-64 åringar. Socialt och ekonomiskt kapital. Psykisk ohälsa.
Geografiska skillnader i psykisk hälsa – samband med socioekonomisk position. Andersson (2008)	Systematisk översikt. Dataanalys.	18+. Risk- och skyddsfaktorer. Psykisk ohälsa.
Physical Activity interventions and depression in children and adolescents. Brown, Pearson, Braithwaite, Brown & Biddle (2013)	Systematisk översikt med inklusionskriterier, meta-analyser.	5-19 åringar. Prevention/Behandling. Depression.
Dansk an ge unga skydd mot psykisk ohälsa. Duberg (2013)	Enkäter och djupintervjuer. Dataanalys.	13-18 åringar. Psykisk ohälsa. Prevention/Behandling.
Understanding depression in Adolescents: A dynamic psychosocial web and risk and protective factors. Kassis, Artz & White (2017)	Enkätstudie, 5149 åttondeklassare. Fyra länder. Dataanalys.	14-15 åringar. Depression. Risk- och skyddsfaktorer.
Fluoxetine, Cognitive-Behavioral Therapy, and Their Combination for Adolescents With Depression Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Randomized Controlled Trial. March, Silva, Petrycki, Curry, Wells, Fairbank, Burns, Domino, McNulty, Vitiello & Severe (2004)	439 patienter. Klinisk studie. Dataanalys.	12-17 åringar. Klinisk depression. Prevention/Behandling.

<p>Mental Health of children and adolescents in 12 European countries - results from the European KIDSCREEN study. Ravens-Sieberer, Erhart, Gosch, Wille & The European KIDSCREEN group (2008)</p>	<p>15945 hushåll. Enkätstudie med svar från föräldrar och barn i 12 länder. Dataanalys.</p>	<p>8-18 åringar. Psykisk ohälsa. Risk- och skyddsfaktorer.</p>
<p>How are individual-level social capital and poverty associated with health equity? A study from two Chinese cities. Sun, Rehnberg & Meng (2009)</p>	<p>Enkätstudie med 1605 hushåll. Dataanalys.</p>	<p>18+. Socialt och ekonomiskt kapital. Hälsa.</p>
<p>Depressive symptoms and the associations with individual, psychosocial, and structural determinants in Swedish adolescents. Zetterström Dahlqvist, Landstedt & Gillander Gådin (2012)</p>	<p>Webbenkät med 1193 individer. Dataanalys.</p>	<p>13-16 åringar. Risk- och skyddsfaktorer. Depressiva symtom.</p>
<p>Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren. Östberg, Alfven & Hjern (2006)</p>	<p>Enkäter och intervjuer. 3452 ”individuella fall” när föräldrar och syskon kombinerats till ett.</p>	<p>10-18 åringar. Psykosomatiska besvär. Riskfaktorer.</p>

Bilaga 2 – Samtyckesblankett

Samtyckesblankett

Jag samtycker härmed till intervju, inspelning av intervju och att intervjumaterialet analyseras i en uppsats.

Jag som deltagare har fått information om studiens syfte, mitt deltagande, anonymitet och möjligheten att ställa frågor.

Jag samtycker och vill delta

Jag samtycker inte och vill inte delta

Datum:

Namnförtydligande:

Signatur:

Bilaga 3 – Informationsblad

Informationsblad

Studien som genomförs har som syfte att försöka få en mer omfattande bild av psykisk ohälsa genom att undersöka de omständigheter/livsvillkor som omger de unga. Studien kommer att resultera i en uppsats.

Inom ramen för studien kommer det att genomföras intervjuer med individer som arbetar med eller nära unga som lider av psykisk ohälsa.

WHO:s definition av hälsa kommer att utgångspunkten för definierandet av psykisk ohälsa och är som följande: ”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning.” (Världshälsoorganisationen, 1946)

Deltagande i studien är frivilligt och anonymt.

Deltagare i studien är fria att när som helst innan, under eller efter intervjun att ställa frågor.

Deltagare är fria att när som helst avsluta intervjun och kan även välja att inte svara på enskilda frågor.

Intervjun kommer att spelas in, transkriberas och analysera i uppsatsen.

All intervjumaterial kommer att raderas efter avslutad uppsats.

Bilaga 4 – Intervjuguide

Intervjuguide

Kan du börja med att berätta lite om er verksamhet/organisation och hur ni arbetar med unga som lider av psykisk ohälsa. Vilka är er målgrupp? Åldrar?

Vilka besvär lider de unga, ni kommer i kontakt med, av?

I din erfarenhet är dessa besvär långtgående eller tillfälliga?

Hur manifesterar sig dessa besvär i deras beteende?

Vilka aspekter av deras tillvaro, förutom hälsan, brukar vara problemfylld?

Vilka omständigheter i deras liv kan du urskilja som bidragande faktorer för deras ohälsa?

Vilka positiva omständigheter i deras liv kan du urskilja som bidragande faktorer för deras hälsa?

Vilken socioekonomisk bakgrund brukar de tillhöra?

Kan du urskilja några skillnader mellan de unga som tillhör skilda socioekonomiska bakgrunder?

Upplever du att de unga som lider av psykisk ohälsa söker hjälp?

De som har sökt hjälp, har de talat om huruvida hjälpen de har fått möter deras förväntningar?

Finns det något som du vill tillägga eller påpeka?