

Stigma vid psykisk sjukdom – vad betyder svaren på attitydfrågor?

Johannes Larsson¹ Mikael Sandlund²

¹Läkarstuderande, termin 11, läkarprogrammet, Umeå universitet, 901 85 Umeå. E-post: johannes.larsson87@gmail.com. ²Doc/överläkare, Inst f klinisk vetenskap/psykiatri, Umeå universitet, 901 85 Umeå.

Stereotyper, fördomar och diskriminering är grundpelare i den moderna stigmadefinitionen. Studier har visat att det sker en stigmatisering av personer med psykisk sjukdom. Vår studie syftade till att utforska relationen mellan de attitydbilder som postenkäter ger och den som ges vid intervjuer. En slumpvis utvald grupp fick svara på enkäter och sedan intervjuas. I enkäterna besvarades de positivt betonade påståendena runt kunskapsfrågor och generositet instämmande, och de negativt betonade avståndstagande. Intervjuerna gav liknande svar, men med betoning på orsaker till dessa attityder. De svarande hade egen erfarenhet av personer med psykisk sjukdom. Resultatet visar att attitydbilden överensstämmer mellan metoderna. Intervjuer ger möjliga förklaringar till attityderna. En positiv relation likt vänskap uppväger de negativa förställningarna förenade med psykisk sjukdom.

Stereotypes, prejudice and discrimination are fundamental to a modern theory of stigma. Research has shown that stigma is associated with mental illness. Our study aimed to explore the relationship between the attitudes obtained by questionnaires and interviews. A randomized group was asked to answer questionnaires and to be interviewed. The positive allegations in the questionnaires about knowledge and generosity were answered in concurrence, the negative in reject. The interviews gave similar responses but with emphasis on the reasons. The respondents had personal experience of people with mental illness. Our results demonstrate that the methods produce a comparable image of the attitudes but the interviews provide a possible explanation to them. A positive relationship like friendship outweighs conceptions associated with disease.

Introduktion

Med start under år 2009 och till och med år 2014 bedrivs i Sverige en nationell informationskampanj, (H)järnkoll, för att öka kunskapen om psykisk ohälsa i befolkningen och ”slå hål på myterna om psykisk ohälsa” (“Hjärnkoll,” 2012). Kampanjen avses bidra till att minska den diskriminering och stigmatisering som personer med psykisk sjukdom möter.

Stigma som begrepp användes redan i antikens Grekland för att påvisa något nedsättande i en persons moraliska status (Goffman, 1963). Goffman definierade stigma som en relation mellan ett attribut och ett mönster, en stereotyp, vilket visar att sammanhanget gör stigmat.

Denna definition har sedan omarbetats och förfinats av andra som till exempel Jones et al. (1984), vilka identifierade sex stigmadimensioner såsom prognos och orsak (Link, Yang, Phelan Collins, 2004). Då stigmaforskning bedrivs inom ett antal områden såsom psykologi, sociologi och medicin är nu rådande definitioner beroende av vilken aspekt som betonas inom respektive forskningstradition. Detta arbete anknyter till den mer medicinskt inriktade förståelsen av stigma (Brunt & Hansson, 2005). Gemensamt för de flesta teorier är att tre olika faktorer identifieras (Rusch, Angermeyer & Corrigan, 2005). *Stereotypier* kan förklaras som kognitiva scheman som underlättar snabba beslut i vår vardag (Devine, 1989). *Fördomar beskrivs som* ”en antipati baserad på en felaktig och rigid generalisering” (Allport, 1979). *Diskri-*

minering förklaras som ”en ofördelaktig snedfördelning av privilegier så att vissa grupper inte får tillgång till samma nyttigheter och rättigheter som andra” (Brante, Andersen & Korsnes, 1998).

Ett stort antal studier i befolkningar och i olika grupper som till exempel bland vårdpersonal har påvisat bestående negativa attityder till personer med psykisk ohälsa (Angermeyer, Holzinger & Matschinger, 2009; Crisp, Gelder, Goddard & Meltzer, 2005; Markstrom et al., 2009; Schulze, 2007; Svensson et al., 2011). Detta leder i sin tur till att personer med psykisk ohälsa får en generellt sänkt livskvalitet (Brunt & Hansson, 2005; Yanos, Rosenfield & Horwitz, 2001), att de tenderar till att inte fullfölja sin behandling (Corrigan, 2004) och få sämre självförtroende (Link, Struening, Neese-Todd, Asmusen & Phelan, 2001). Personer med långvarig psykisk ohälsa bor i större utsträckning i hyresrätter och är mer ekonomiskt utsatta än grupper med andra funktionshinder (Socialstyrelsen, 2008). Huruvida personer som lider av psykisk ohälsa utsätts för hot och våld oftare än andra är oklart, då det råder en brist på studier på området, men det antas vara så (Thornicroft, 2006).

(H)järnkoll har insett att det för att kunna bedriva ett meningsfullt anti-stigma arbete krävs en bild av målgruppens attityder. Dessa undersöks på uppdrag av kampanjledningen med en rad olika självskattningsformulär såsom CAMI och RIBS (Evans-Lacko et al., 2012; Taylor & Dear, 1981). Emellertid vill vi ställa frågan om hur relationen är mellan svaren på dessa en-

kätfrågor och de svarandes inställning som den framgår vid ett samtal. Detta är till vår kännedom inte tidigare undersökt. Man kan förmoda att svaren på enkätfrågorna dels påverkas av "social desirability" (vilket skulle medföra att svaren går i mindre stigmatiserande riktning än "verkligt värde" som personen uttrycker i sin vardag) och dels av frågornas konstruktion som ibland medför en risk för feltolkning (vilket kan ge fel som går i båda riktningar). Vårt grundantagande är att sammanvägningen av resultaten av de båda metoderna postenkät och intervju ger en mer rättvisande attitydbild än endera var för sig. Med denna studie vill vi ha svar på följande frågor: Hur är relationen mellan svarsmönster på gängse stigmaformulär och de resultat som med hjälp av kvalitativ intervju kan inhämtas från personer som besvarat dessa formulär? Är relationen mellan enkät svar och intervju svar densamma för de olika attitydområden som ingår i stigmastudier (social distans, farlighet, kunskapsfrågor etc.)?

Metod & material

Ett material bestående av 200 slumpvis utvalda umeåbor i åldrarna 18-65 år tillfrågades per post (mars 2012) om att ingå i en studie som består av två attitydformulär (CAMI och RIBS) samt fick frågan om de kan ställa upp för en intervju.

CAMI skattar attityd till psykisk ohälsa i frågor om kunskap, generositet, socialt avståndstagande samt vård av personer med psykisk sjukdom (Taylor & Dear, 1981). Formuläret består av tretio påståenden och svaren ges på en

skala från 1 till 6 där 1 står för "instämmer inte alls" och 6 för "instämmer helt och hållet". Tio frågor handlar om vård, fyra om generositet, elva om socialt avståndstagande, fyra om kunskap och en om genus. RIBS tar sikte på diskriminering i form av beteende och innehåller två delar: en del handlar om individens tidigare och nuvarande erfarenhet av att bo, arbeta med, bo granne med eller ha en nära vän med psykisk ohälsa, den andra delen undersöker framtida beteende inom samma områden gentemot personer med psykisk ohälsa (Evans-Lacko et al., 2012). Auktoriserade svenska översättningar av dessa formulär har tillhandahållits av CEPI vid Lunds Universitet (personligt meddelande B. Svensson, 2012).

Av tvåhundra utskick fick vi endast tjuugoått svarande varav tre uteslöts på grund av otillräckliga svar och två på grund av sent inkomna svar. Det ger en bearbetad svarsfrekvens på 11,5 procent för CAMI och 11 procent för RIBS. Av de tjugotre som inkluderas i studien ställde sig sjutton positiva till intervju. Totalt svarade tio män och sju kvinnor, för de sex som endast svarade på enkäterna finns inga uppgifter om kön.

För att skapa en bild av representativiteten i vår undersökning jämfördes svaren med (H)järnkolls material. Det materialet har tagits fram med hjälp av opinionsinstitutet NOVUS och består av 4212 personer som tillfrågats om att svara på webbenkäter ("Hjärnkoll," 2012). De fick in 2317 svar varav 41 har samma ålder och bostadsort som vår grupp. För att undersöka om sva-

ren i dessa båda enkätundersökningar skiljer sig åt användes Mann-Whitney U-test för frågor med fler än tre svarsalternativ och chi-två-test för frågor med endast två svarsalternativ. Som signifikansnivå valdes 0.05. Signifikanta skillnader mellan populationerna kan påvisas endast i ett fåtal variabler (CAMI-frågor om utlokalisering av psykiatriska boendeverksamheter samt huruvida samhället bör betona skydd mot psykiskt sjuka). Där visar (H)järnkolls material en mer avståndstagande attityd, se Tabell 1. De båda gruppernas svar på RIBS visar att deltagarna i (H)järnkoll i större utsträckning har erfarenhet av en nära vän med psykisk sjukdom. I övrigt konstaterades inga signifikanta skillnader och vi redovisar därför dessa material samlat (n=64).

De inkomna enkätsvaren låg sedan till grund för ett slumpmässigt urval för intervju omfattande åtta personer. En kvalitativ intervju på svenska eller engelska utifrån intervjupersonens preferens utfördes i linje med den av Kvale & Brinkmann (2009) beskrivna

halvstrukturerade livsvärldsintervjun. Intervjuerna tog cirka 30 minuter. För att få en gemensam utgångspunkt i alla intervjuer används en på förhand formulerad intervjuguide baserad på de teman som finns i CAMI respektive RIBS. Det inspelade materialet skrevs ut som en litterär översättning (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuerna bearbetades genom en kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004; Kvale & Brinkmann, 2009). När innehållet i respektive intervju kondenserats och kodats sorterades resultatet in i sub-kategorier och kategorier vilka kan förmodas vara mer eller mindre relaterade till centralkategorier som kunskap, generositet, socialt avståndstagande, vård av personer med psykisk sjukdom samt diskriminerande beteende. Centralkategorierna och dess innehåll jämfördes sedan med enkätmaterial som helhet.

Studien är prövad och godkänd av den regionala etikprövningsnämnden vid Umeå universitet, dnr: 2012-18-31Ö.

Tabell 1. Resultat enkät CAMI för gruppen Egna och (H)järnkoll. Andel som helt eller delvis instämmer med påståendet. *p < 0,05, **p < 0,001.

Påstående	Andel som instämmer Egna	Antal som instämmer (H)järnkoll
Lokalbefolkningen bör acceptera att en psykiatrisk verksamhet utlokaliseras till deras bostadsområde för att tillgodose samhällets behov	87 %	75 %*
Psykiatriska verksamheter bör inte förläggas till bostadsområden	13 %	31 %*
Lokalbefolkningen har goda skäl att motarbeta utlokalisering av psykiatrisk verksamhet till deras bostadsområde	4 %	19 %*
Att skydda samhället från människor med en psykisk sjukdom borde betonas mindre	95 %	71 %**

Resultat

Enkäter

En majoritet av de svarande instämde delvis eller helt till påståenden som handlar om att vården för psykisk sjuka är ändamålsenlig (medelvärde 4,64 där 1 är ”instämmer inte alls” och 6 är ”instämmer helt och hållet” för fem påståenden). De negativt betonade påståendena, exempelvis ”jag är motståndare till att människor som har en psykisk sjukdom bor i mitt grannskap”, fick i större utsträckning svaren delvis eller helt avståndstagande (medelvärde 2,05 för fem påståenden). Påståenden inom kategorin kunskap om psykiska sjukdomar besvarades i snitt positivt

(medelvärde 4,90 på påståenden som ”Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst”) respektive 1,47 på påståendet ”Psykiskt sjuka bör läsas in”. Frågorna om socialt avståndstagande besvarades i stor utsträckning instämmande om de är positivt betonade och avståndstagande om de är negativt betonade (medelvärde 4,76 för sju påståenden i stil med ”Jag kan tänka mig att arbeta tillsammans med någon som har en psykisk sjukdom” respektive 1,69 för fyra påståenden likt ”Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom”). Undantaget är ett påstående som handlar om huru-

Tabell 2. Resultat enkät CAMI. Andel som helt eller delvis instämmer med påståendet. Medelvärde där 1 är ”tar helt avstånd från” och 6 är ”instämmer helt och hållet”. Central kategori där + betyder positivt betonad fråga och - negativt betonad fråga.

Påstående	Andel som instämmer %	Medelvärde	Central kategori och karaktär
Den bästa behandlingen för människor med en psykisk sjukdom är att vara delaktiga i samhället	82 %	4,40	Vård +
Det är skrämmande att tänka sig att människor med psykiska sjukdomar bor i mitt bostadsområde	8 %	1,75	Vård -
Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst	78 %	4,71	Kunskap +
De flesta personer som en gång varit patienter på en psykiatrisk klinik är pålitliga barnvakter.	50 %	3,58	Socialt Avståndstagande +
Jag skulle undvika att prata med grannar som tidigare haft en psykisk sjukdom	3 %	1,40	Socialt Avståndstagande -
Jag skulle känna mig orolig om jag besökte någon med en psykisk sjukdom	8 %	2,00	Socialt Avståndstagande -
Vi måste inta en mer tolerant inställning till människor i vårt samhälle som har en psykisk sjukdom	84 %	4,95	Generositet +
Jag kan tänka mig att ha en vän som tidigare hade varit patient inom psykiatrin	98 %	5,66	Generositet +

vida en före detta psykiatripatient är en pålitlig barnvakt. Där svarade hälften instämmande, medan den andra hälften hade en mer avståndstagande attityd (medelvärde 3,58). De positivt betonade frågorna rörande generositet (tre frågor, medelvärde 5,12, likt ”Jag skulle kunna tänka mig att ha en vän som tidigare varit patient inom psykiatri”) besvarades instämmande medan den negativt betonade frågan (”Det är bäst att undvika människor som har en psykisk sjukdom”) besvarades med avståndstagande (medelvärde 1,69). Se Tabell 2 för exempel på frågor från CAMI, andel instämmande svar samt medelvärde.

De svarande hade i många fall egen erfarenhet av att leva tillsammans med, arbeta med, samt bo granne med en psykiskt sjuk person. Det framgick även att en stor andel (73 procent) någon gång haft en nära vän med psykisk sjukdom. En tredjedel av de svarande angav att de i framtiden skulle kunna tänka sig att bo tillsammans med en person med psykisk sjukdom, en tredjedel skulle inte det, och en tredjedel varken instämde eller tog avstånd. En

klar majoritet kunde tänka sig att i framtiden arbeta tillsammans med eller bo i närheten av en psykiskt sjuk person. Drygt 80 procent skulle fortsätta relationen med en vän som fick psykiska problem.

Egna erfarenheter av närhet till personer med psykisk sjukdom innebar signifikanta skillnader i frågor runt de centrala kategorierna socialt avståndstagande och kunskap. De med egen erfarenhet tenderade att svara i mindre avståndstagande riktning jämfört med de som saknar erfarenhet, se tabell 3.

Intervjuer

Hjärnan är ett organ som alla andra, det kan också bli sjukt

Beträffande sjukdomsgenes var de flesta överens om att det är ett brett spektra av olika psykiska sjukdomar som utlöses eller påverkas av faktorer såsom omgivning, arv och miljö. Till skillnad från somatiska sjukdomar som endast ses som biologiska kan psykiska sjukdomar enligt intervjumaterialet även ha kemiska eller spirituella orsaker.

Tabell 3. Jämförelse av svar från svarande med och utan egen erfarenhet av personer med psykisk sjukdom. Erfarenhet definieras som ett eller fler ja-svar på tidigare och nuvarande erfarenhet av samröre med personer med psykisk ohälsa. Andel som helt eller delvis instämmer med påståendet.

* $p < 0,05$

Påstående	Andel erfarna som instämmer	Antal oerfarna som instämmer
Jag skulle inte vilja bo granne med människor som har haft en psykisk sjukdom	3,7%	20,0% *
Det bästa sättet att omhänderta människor med en psykisk sjukdom är att låsa in dem	0,0%	11,4% *
Jag skulle undvika att prata med grannar som tidigare haft en psykisk sjukdom	0,0%	5,7% *

Att bli isolerad... Det kan jag vara säker på, det är inte bra för någon psykisk sjukdom

Intervjupersonerna sa att psykisk sjukdom syns mer eller mindre än somatisk sjukdom och att symtomen karaktäriseras av att den sjuke på olika sätt blir oförmögen att ta hand om sig själv. Personen kan prata konstigt, vara inkapabel att sköta sin ekonomi eller sakna social initiativförmåga. En återkommande uppfattning var att sjukdomsdurationen är längre, ofta livslång, samt att risken för social isolering är överhängande. Isolering och avskiljning från samhället lyftes fram som vanliga följder av psykisk sjukdom som enligt intervjupersonerna påverkar individen och hans eller hennes omgivning negativt.

Psykevrården är kanske inte så lätt att komma in i...

Psykiatri är otillgänglig, resursfattig och har låg status. Samtidigt finns ett stort stöd för samhällsintegrering i allmänhet och psykiatriska boendeverksamheter i synnerhet. Dock på villkor att de boende konstaterats ofarliga, något gruppen litar på att samhället kan bedöma. Behandlingen måste vara orsaksbaserad och kan i så fall leda till bot. Samtalsterapi hölls högre än farmaka men farmaka ansågs ibland vara absolut nödvändigt. Kyrkans insatser, andeutdrivning och örtbrygder framkom även som behandlingsalternativ.

Jag tror att vänskapen med henne har gjort att jag fått större förståelse hur problematiskt det är i andra sammanhang

Intervjupersonerna hade egen erfarenhet av att bo, arbeta eller bo granne med en person med psykisk sjukdom. Flera av dem hade även en nära relation med någon som har en psykisk sjukdom vilket enligt dem har påverkat deras beteende till det positiva – de har exempelvis bjudit in de boende till kvartersfester. Gruppen menade att det är deras tidigare relation till individen och inte det faktum att den är sjuk som avgör hur de beter sig. Viss särbehandling förekom, både positiv och negativ.

*– Hur tänker du runt psykiska sjukdomar?
– Lite rädd, scared, om jag inte vet så mycket*

Nära relation med en psykiskt sjuk individ samt allmän kunskap om sjukdomarna ger en öppnare attityd enligt de flesta. De ansåg även att attityden i dagens Umeå borde vara mer öppen än vad den är nu, allt för att minska fördomarna. Det framkom dock att det är lätt att säga så i teorin och svårare att faktiskt leva upp till det. Det fanns en uttalad rädsla för okända psykiskt sjuka personer och de som inte följs upp ordentligt av vården. Somliga ansåg att det finns ett samband mellan psykisk sjukdom, farlighet och kriminalitet medan andra menade att det inte finns någon anledning till att vara rädd för människor med psykisk sjukdom. Tabell 4 innehåller exempel på hur analysprocessen har gått till.

Diskussion

Resultaten visar att den attitydbild som framkommer vid kvalitativa intervjuer i allt väsentligt är i linje med den bild som fås med hjälp av två standardfor-

Tabell 4. Exempel ur analysprocessen som visar hur citat övergår till subkategorier och kategorier för att slutligen sorteras in i centrala kategorier.

Citat	Subkate- gori	Kategori	Central Kategori
<i>"Sjukdom kan vara en sticka i fingret eller disseminerad cancer. Det är samma sak med psykisk sjukdom"</i>	Spännvidd	Genes	Kunskap
<i>"Ja, alltså, det är ju så att många sjukdomar inte syns, om jag har diabetes eller högt blodtryck ser man ju inte men om jag bara är deprimerad syns det ju och särskilt om jag har hallucinationer eller vanföreställningar så är de mer iögonfallande."</i>	Manifestation	Symtom	
<i>"De [somatiska sjukdomar] är mer påtagliga, de syns. Om man är psykiskt sjuk är det svårare, det ser man inte"</i>			
<i>"För mig som ändå till stor del är lekman uppfattar jag psykisk sjukdom som mera långvarig [än somatiska], den sätter prägeln på personens hela liv"</i>	Duration		
<i>"Jag har ändå en fördom om att det finns en del som har psykiska problem som kan ta till våld"</i>	Farlighet	Attityd	
<i>"Man ska försöka bli integrerad i samhället och få en vänskapskrets, socialt umgänge med andra människor. Det tror jag."</i>	Samhällsin- tegrering	Behandling	Attityd till vård
<i>"I'm sure these are people who have been judged not to be very dangerous. That is good then, they don't feel different and that could quicken their recovery"</i>	Acceptans		
<i>"Jag skulle inte välja någon jag inte känner [som barnvakt] oavsett om denne haft en kontakt med psykiatrin eller ej. Det spelar ingen roll."</i>	Relation	Beteende	Socialt avståndsta- gande
<i>"Skulle jag känna den personen [psyksjuk granne] sedan tidigare skulle jag inte reagera annorlunda. Skulle jag inte känna den sedan tidigare skulle jag nog vara mer uppmärksam och ha med mig det på något sätt"</i>	Reaktion		

mulär för postenkät. Gruppen visar upp en hög grad av kunskap och generositet, en låg grad av socialt avståndstagande samt en positiv attityd till vård i både enkät- och intervjuundersökningarna. Egna erfarenheter av närhet till personer med psykisk sjukdom förskjuter enkätsvaren åt det mindre stigmatiserande hållet, ett mönster som går igen på bred front i intervjuerna. Den kvalitativa intervjun ger i större utsträckning en bakgrund, en orsak till individens attityd än vad enkäterna ger.

Tydligt återkommande är att en vänskapsrelation mellan individer väger tyngre än hurvida den ena är sjuk eller ej, något som framför allt visar sig i barnvaksfrågan. Bakgrunden till de stigmatiserande svaren om att undvika personer som varit psykiatripatienter som barnvakter är alltså inte att personerna varit i kontakt med psykiatrin, utan snarare att de betraktas som främlingar vilket gör att de inte kvalificerar sig som barnvakter.

Att egna erfarenheter hos en person ofta leder till en mindre stigmatiserande attityd har tidigare visats (P. W. Corrigan, Green, Lundin, Kubiak & Penn, 2001; Penn & Corrigan, 2002). Denna iakttagelse ligger till grund för det som ofta väljs som en central strategi när man vill arbeta mot att minska diskriminering och stigmatisering till följd av psykisk sjukdom. I (H)järnkollkampanjen har man utbildat ett drygt hundratal attitydambassadörer i kampanjlänen, vilka är personer med egen erfarenhet av psykisk sjukdom och psykiatrisk vård, som ställer upp för att möta allmänheten i samband med föreläsningar eller på arbetsplatser.

Den centrala kategorin kunskap är ett brett begrepp som innefattar dels uppfattningar om symtom och orsaker men den handlar även om attityd till psykisk ohälsa. Med attityd menas hur personen ser på psykisk sjukdom i förhållande till andra sjukdomar samt sambandet mellan farlighet och psykisk sjukdom. En individ kan tillgodogöra sig kunskap dels genom att själv aktivt söka den, men även genom att passivt ta emot bilder och text via exempelvis media. Summan av dessa influenser påverkar sedan personens syn på psykisk ohälsa.

Resultaten vad gäller en beskrivning av attitydsituationen bland Umeå kommuns befolkning kan inte anses tillförlitliga eftersom gruppstorleken är otillräcklig. Vår postenkätundersökning besvaras av en mycket låg svarsfrekvens. Det kan eventuellt förklaras med att utskicket gjordes nära inpå sportlovet, att deltagarna inte fick någon ”be-

löning” samt att introduktionsbrevet kunde tolkas som att deltagande alltid innebär intervju. Låg svarsfrekvens är ett generellt problem vid olika typer av enkäter till slumpmässiga befolkningsurval. Man måste förutsätta att bortfallet i många fall kan vara systematiskt på så sätt att personer med en mer negativ attityd oftare avstår från att svara. Fler kvinnor än män brukar svara, vi hade dock en jämn fördelning mellan könen. Däremot var det påfallande att den mindre andel som faktiskt svarade i hög grad var beredd att ställa upp för att bli intervjuade.

Resultaten antyder att framtidens anti-stigmaarbete bör fokusera på exponering och möten mellan personer med erfarenhet av psykisk sjukdom och befolkningen. En generell satsning på ökad kunskap i betydelsen utbildning om psykiska sjukdomar och psykiatrisk vård ter sig som mindre angeläget, men kan naturligtvis även ha sin plats. Förhållandevis enkla enkätformulär som CAMI och RIBS har sin plats och denna studie ger stöd åt att enkätsvar som går i socialt inkluderande riktning motsvaras av de attityder som de svarande yppar i samband med samtal. Däremot ger inte våra resultat något svar på om personer som besvarar enkäter på ett sätt som synes innebära en stigmatiserande och avståndstagande hållning, i intervju skulle ge samma typ av svarsmönster. I stort sett alla svarande visade en generellt positiv attityd. Det ger även upphov till frågan hur enkäter bör utformas för att ge en bild av bakgrunden till individens attityd. För antistigmaarbetets vidare utveckling vore detta angeläget, det behövs kunskap om vad

som konstituerar viktiga bakgrundsfaktorer till personens attityd. Kort sagt, att bringa klarhet i varför personen tycker som den tycker. För att inhämta sådan kunskap förefaller kvalitativa intervjuer vara en framkomlig väg.

Referenser

- Allport, G. (1979). *The nature of prejudice* (25th Anniversary Edition ed.). New York, USA: Basic Books.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A. & Matschinger, H. (2009). Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *Eur Psychiatry*, 24(4), 225-232.
- Brante, T., Andersen, H. & Korsnes, O. r. (1998). *Sociologiskt Lexikon*. Stockholm, Sverige: Scandinavian University Press AB.
- Brunt, D. r. & Hansson, L. r. (2005). *Att leva med psykiska funktionshinder: livssituation och effektiva vård- och stödsatser*. Sverige: Studentlitteratur AB.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*, 59(7), 614-625.
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A. & Penn, D. L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatr Serv*, 52(7), 953-958.
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E. & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4(2), 106-113.
- Devine, P. G. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(1), 5.
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhyderch, D., Henderson, C. et al. (2012). Development and psychometric properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(03), 263-271.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of a Spoiled Identity* (2nd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey, USA: Prentice-Hall, Inc.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112.
- Hjärnkoll. (2012). from <http://www.hjarnkoll.se/>
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Marcus, H., Miller, D. T. & Scott, R. A. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*. New York, USA: W.H. Freeman.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2nd ed.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmusen, S. & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv*, 52(12), 1621-1626.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C. & Collins, P. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bull*, 30(3), 511-541.
- Markstrom, U., Lundvik Gyllensten, A., Bejerholm, U., Bjorkman, T., Brunt, D., Hansson, L. et al. (2009). Attitudes towards mental illness among health care students at Swedish universities—a follow-up study after completed clinical placement. *Nurse Educ Today*, 29(6), 660-665.

forskning och teori

- Penn, D. L. & Corrigan, P. W. (2002). The effects of stereotype suppression on psychiatric stigma. *Schizophr Res*, 55(3), 269-276.
- Rusch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*, 20(8), 529-539.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry*, 19(2), 137-155.
- Socialstyrelsen. (2008). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning*.
- Svensson, B., Markström, U., Bejerholm, U., Björkman, T., Brunt, D., Eklund, M., Hansson, L., Leufstadius C., Lundvik Gyllensten, A., Sandlund, M., Östman, M. (2011). Test - retest reliability of two instruments for measuring public attitudes towards persons with mental illness. [Research article]. *BMC Psychiatry*, 11(1), 11.
- Svensson, B. (2012). Docent vid Lunds Universitet. (Tillhandahållande av auktoriserade översättningar av CAMI och RIBS ed.).
- Taylor, S. M. & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull*, 7(2), 225-240.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned. Discrimination against people with mental illness*. (1st ed.). New York, USA: Oxford University Press.
- Yanos, P. T., Rosenfield, S. & Horwitz, A. V. (2001). Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Ment Health J*, 37(5), 405-419.