



”Att få vara precis som jag är”

- Fem unga kvinnors berättelser om sina möten med vården

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2011:10

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare: Ulrika Eskner Skoger
Karolinska Institutet,
Institutionen för folkhälsovetenskap
Avdelningen för tillämpat folkhälsoarbete

ISBN: 978-91-86313-77-7

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Stockholm

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

Rapporten kan beställas/laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

Innehållsförteckning

1	Inledning	4
2	Bakgrund	4
3	Metod och genomförande	5
3.1	Intervjudeltagare.....	5
4	Resultat	6
4.1	Kvinnornas beskrivning av orsaker till sin psykiska ohälsa.....	6
4.2	Hur kvinnorna beskriver sin ohälsa.....	7
4.3	Svårtillgänglig vård- mjukhet, lyhördhet och en karta över möjlig vård önskas	7
4.4	"Att få vara precis som man är"	12
4.5	Kvinnornas egna förhoppningar när det gäller psykisk hälsa.....	14
5	Diskussion	16
6	Sammanfattande avslutning.....	19
7	Referenser	20

1 Inledning

Denna rapport beskriver fem unga kvinnors erfarenheter av att söka och få behandling när de har mått psykiskt dåligt. Studien genomfördes för att ge ökade kunskaper om vilka behov unga kvinnor själva ger uttryck för vid psykisk ohälsa, vad de anser är orsaken till sin psykiska ohälsa, samt vilka erfarenheter vid behandling som de har upplevt som bidragande till en positiv hälsoutveckling, respektive en negativ utveckling. Det övergripande syftet är således att ge ökade kunskaper om unga kvinnors specifika behov vid psykisk ohälsa, och därmed öka unga kvinnors delaktighet och inflytande inom hälso- och sjukvården. Genom att skapa kunskap om unga kvinnors behov av stöd, och förmedla den till de som arbetar inom barn- och ungdomsverksamheter i vården, kan vi verka för ett mer medvetet och effektivt arbete för en god och mer jämlik psykisk hälsa hos unga. Denna rapport är avsedd som ett första undersökande underlag för fortsatta studier inom området. Dessa fem berättelser utgör inget statistiskt underlag, utan har sitt värde just i att det är kvinnorna som i samspel med intervjuarens frågor väljer riktning, plats och tid för att nå en fördjupad kunskap satt i sitt sammanhang.

2 Bakgrund

Den psykiska ohälsan i samhället leder till höga kostnader för sjukvård, och sjukförsäkring men innebär även ett stort lidande för de individer och familjer som drabbas. Det psykiska välbefinnandet har de senaste åren försämrats inom Stockholms län, särskilt bland unga kvinnor (Folkhälsorapport, 2003, Socialstyrelsen 2009). Ett flertal rapporter beskriver att unga vuxna utgör en växande andel inom den psykiatriska öppen- och slutenvården (SOU; 2006). Trots detta saknas till stor del studier som belyser ungas behov vid psykisk ohälsa, och deras upplevelser av möten med vården. För att kunna ge adekvat stöd och behandling är det viktigt att lyssna på unga i kris, och hur de själva upplever sin situation (Jacobsson 2005).

Det finns få studier med inriktning på kön inom psykiatrin. En kartläggning genomförd av Socialdepartementet "Huvudbetänkande av Utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården" (SOU 1996), visar att litteraturen som behandlar hälso- och sjukvården ur ett genusperspektiv och från en kulturell och social aspekt är mycket begränsad, framförallt inom Norden där ett stort forskningsbehov föreligger.

Det saknas således även studier om unga kvinnors egna berättelser om vård i samband med psykisk ohälsa, samt vilka behov av stöd/behandling unga kvinnor själva ger uttryck för. Studier pekar på att psykisk ohälsa tar sig olika uttryck hos flickor respektive pojkar (MacPhee & Andrews 2006, Stoppard 2000). Bl.a. har låg självkänsla visat sig vara ett särskilt vanligt symtom hos nedstämda flickor (Wasserman 1998). Internationellt diskuteras och problematiseras unga kvinnors ökade sårbarhet vad gäller psykisk ohälsa (Johnson, Roberts, Worell 1999, Lloyd 2005). I exempelvis Canada pågår inom CPA (Canadian Psychological Association) ett arbete med att utarbeta specifika riktlinjer för bemötande och behandling av kvinnor med psykisk ohälsa. Även Psykologförbundet i USA - APA (American Psychological Association), har specifika riktlinjer för bemötande/behandling av kvinnor i terapi/stödsamtal (Church, Pettifor, Malone 2006).

F.d. Centrum för folkhälsa, numera Karolinska Institutets folkhälsoakademi, där avdelningen för tillämpat folkhälsoarbete (TFA) vid Institutionen för folkhälsovetenskap ingår, har sedan 2006 ett uppdrag från landstinget att identifiera hinder för och möjligheter att tillämpa ett jämställdhetsperspektiv i praktiskt arbete med barns och ungas psykiska hälsa. Arbetet utförs i samarbete med Umeå universitet.

3 Metod och genomförande

En etikansökan gjordes våren 2009, vilken godkändes av Etiknämnden vid Karolinska Institutet i Stockholm. En frågeguide utarbetades inom forskargruppen (se bilaga 1). Målgrupp för studien var kvinnor i åldrarna 18-24 som minst fem gånger de senaste två åren fått behandling av psykolog inom hälso- och sjukvården i Stockholm. Dock intervjuades ingen under pågående behandling pga. risken att störa behandlingen. Information om studien lades ut på patientföreningars hemsidor. Detta ledde till att de fem unga kvinnor som ingår i studien själva tog kontakt och visade intresse för att delta. Intervjuerna genomfördes under hösten 2009 samt våren 2010, av leg psykolog Ulrika Eskner Skoger anställd på institutionen för folkhälsovetenskap KI. Intervjuerna genomfördes i ett av TFA:s samtalsrum på arbetsplatsen som är belägen på Södermalm, Stockholm. Intervjuerna spelades in och materialet har förvarats och hanterats enligt regler för sekretessbelagda uppgifter. Intervjudeltagarna erbjöds uppföljande samtal för att fånga upp ev. oro eller frågor som väckts i samband med intervjuerna. Som metodologiskt redskap har en strukturerad metod för tematisering använts (Braun & Clarke 2006). Analytiskt fokus vid tematiseringen har varit att beskriva de unga kvinnornas upplevelser och erfarenheter av vården som den framstår för dem, hur de har försökt hantera dessa, samt vilka möjligheter och hinder de har upplevt i sina möten med vården.

3.1 Intervjudeltagare

Kvinnornas ålder varierade mellan 20 och 28 år. Samtliga hade erfarenheter av ”ätstörningsproblematik”, vilket för dessa kvinnor verkar ha inneburit allvarliga tillstånd av både somatisk och psykisk ohälsa. Vid tiden för intervjuerna läste tre på högskola, en arbetade, och en gick en yrkesinriktad praktisk utbildning. Samtliga kvinnor bodde i Stockholms län.

4 Resultat

4.1 Kvinnornas beskrivning av orsaker till sin psykiska ohälsa

När kvinnorna beskriver vad de ser som anledning till sin psykiska ohälsa ges återkommande uttryck för upplevelser av höga krav ifrån föräldrar eller skola. Flera nämner att de alltid har varit ”duktiga och ansvarsfulla flickor”:

”...för jag har tagit väldigt mycket ansvar hemma, och jag har varit en duktig flicka liksom hela tiden, och att det kanske har satt...eftersom jag alltid har blivit tagen som, alltså jag har setts som vuxen nästan, för att jag har varit så ansvarstagande...”

Samtliga fem nämner samhällsidealet som förmedlas genom reklam som tänkbar orsak, där smala och lyckliga kvinnor visas upp. Flera beskriver att de har svårt att vara nöjda med vad de gör, en känsla av misslyckande att leva upp till detta ideal:

”Men det var ju fortfarande ett självhat som växte hela tiden, därför att jag var inte nöjd med vad jag gjorde”.

En av kvinnorna beskriver särskilt ingående hur hon försökte hantera reklamens kvinnoideal:

”Även om jag inte skulle vilja säga, jag skulle inte vilja tycka så, men att vara lyckad var, alltså när jag var femton, så var det att vara populär, smal och ha killar, och vara aktiv överhuvudtaget. Var kom den bilden ifrån tror du?(förf. fråga) Ja du, det, ja jag vet att jag jämförde mig jättemycket med media, alltså fotomodeller, jag kunde ha dem bredvid min kropp, liksom och så tittade jag i spegeln. Så där har vi ju idealet klart. Alltså allt som är musikvideo. Det var det som var vackert. Och det var väl, alltså det, ja det är inte lätt att kontrollera den sidan, men det är något man kan kontrollera i alla fall”.

Samtliga fem nämner att de inte kunnat leva upp till hur man ska vara och bete sig som flicka/kvinna, och att balansen mellan svaghet och styrka i lagom doser för att skapa rätt sorts kvinnlighet är en svår balansgång att leva upp till. Här beskriver en deltagare sin känsla av misslyckande att leva upp till samhällets ideal för hur en lyckad ung tjej ska vara:

”Alltså bilden är ju att man ska vara stark, man ska vara, man ska klara allting...Alltså typ som en kille fast ändå inte...för det är liksom att man ska inte vara så skör, man ska stå på sig...Men ändå inte som en kille säger du? (förf. fråga) Ja, för tjejer förväntas ändå vara känsliga, för de är ändå känsliga liksom, men inte att de gråter över minsta lilla, eller att man klagat på minsta lilla, eller att man...fast man ska ändå vara, man ska ändå ha hårt skal eller hård hud, eller vad man kallar det”.

Två menar att de har varit för utåtagerande och därför inte passat in i normen för hur flickor ska vara, och att det inte funnits något stöd eller någon förståelse för detta i skolan:

”Liksom som tjej var väldigt hyperaktiv... pratade väldigt mycket. Då märker man så här, nej men vänta nu, det här är inte accepterat, så här får man inte vara, och då vänder man det inåt...Alltså det blir självskador, det blir alla de här grejorna. Men egentligen

kanske det inte var det som var grundproblematiken, grundproblematiken var kanske...att folk tänker så fel när de ser vad man gör, så att man blir bara så här dömd, att man inte är en riktig flicka, att man inte är riktigt, att man inte är bra liksom så...I skolan också, vad hade du behövt där tycker du? (förf. fråga) Ja där, oj, där hade man behövt mycket. Men alltså att man hade blivit accepterad som den man var, att läraren inte tyckte man var konstig, att de andra eleverna inte heller tyckte det. Sa de till dig att du var konstig?(förf.fråga) Javisst, både lärarna och ... Vad sa de då för något? (förf. fråga) Ja i ettan hade jag en lärare som sa att det fanns en dålig och en bra Carin (namn utbytt pga. sekretess). Att jag typ skulle slänga ut den dåliga genom fönstret till exempel. Jag spenderade nästan hela mitt första år i skolan ute i korridoren, för jag var ju inte en sådan där tyst tjej som kunde hålla ordning på killar, utan jag var ju precis tvärtom, jag var ju jobbig, jag var lika jobbig som killarna, så jag stod alltid där”.

Som en röd tråd i dessa förklaringar löper upplevelser av bristande stöd som de upplevt i skolan och i hemmet, antingen som tysta duktiga flickor, eller i samband med att de visat negativa känslor som ilska, trots, ifrågasättanden m.m. eller bara tagit ”för mycket plats”. En av deltagarna blev utsatt för en våldtäkt i skolan vilken hon, i kombination med ett mycket okänsligt agerande ifrån skolans sida, ser som en direkt utlösande faktor för sin anorektiska problematik och psykiska ohälsa.

4.2 Hur kvinnorna beskriver sin ohälsa

I berättelserna blandas i hög grad det somatiska med det psykiska. Kvinnorna beskriver flera kroppsliga symptom som magont, problem med luftvägarna, förstoppning och öronbesvär. Ofta vävs de somatiska besvären ihop med de psykiska i resonemangen, där de somatiska beskrivs som jobbiga och tröttsamma, men de psykiska som värre och svårare att utstå. Den psykiska ohälsa som kommer till uttryck är framförallt svår ångest, känslan av ”att sjunka”, att ”vara låg”, att vara helt orkeslös, att bara ligga och inte kunna röra sig. Dessa upplevelser beskrivs som mycket smärtsamma. Det tycks även finnas en rädsla för att tvingas gå igenom dessa upplevelser igen.

4.3 Svårtillgänglig vård- mjukhet, lyhördhet och en karta över möjlig vård önskas

I samband med rädslan för att tvingas genomlida ytterligare psykisk smärta, kommer rädsla för att *inte* få någon vård till uttryck. Samtliga har erfarenheter av att befinna sig i själslig nöd, och att be om vård, men att i det tillståndet få vänta och stå i kö, ibland upp till ett år, innan en samtalskontakt eller annan behandling kunde påbörjas. Ett av de viktigaste syftena med studien var att få mer kunskap om vad unga kvinnor upplever som god respektive dålig behandling. I materialet har ett antal teman vaskats fram, som tycks inverka negativt på en positiv hälsoutveckling, och som förhindrar att kvinnorna kan tillgodogöra sig vården på ett optimalt sätt. Ett av dessa teman hänger ihop med den otillgänglighet flera menar att de mötts av när de sökt vård. En del av vad som upplevs som ”otillgänglighet” verkar höra till organisatoriska regler, administrativa ”krångligheter”, samt svårigheter att få information om *vad* som finns och *var* det finns och *hur* man ska få tillgång till den vården. En av deltagarna berättelser handlar om *åtta års* sökande efter en längre behandling. Hon ställer sig frågan hur hon hade kunnat må om hon hade fått hjälp första gången hon sökte. De unga kvinnorna beskriver ett enormt arbete som de har lagt ner på att försöka få kontakt, och hur de trots sina ansträngningar sällan lyckats ”pricka in” den rätta tiden, eller den rätta enheten, och gång på gång blivit avvisade eller hänvisade till långa väntetider:

”Och sedan känns det som att, när man väl mår dåligt så får man vänta så himla länge, alltså det känns som att vissa som säger till en i sjukvården hur lång tid det tar, inte förstår hur lång tid det blir för en som mår dåligt. Och hur länge fick du vänta då? (förf. fråga) Jag kommer inte riktigt ihåg, men jag vet att sista vändorna...då åt jag aldrig mat. Då fick jag, först sa de att... att det kan ta tre månader till ett halvår för att få psykologkontakt i X... Då var det så här, då får jag vänt... jag kan inte vänta tre månader till, jag kommer att dö”.

Här kommenterar en annan av kvinnorna sin besvikelse över att få vänta så länge på vård:

”För man drog ju ut på det jättelänge, för jag tror jag skulle behövt hjälp för länge länge sedan”.

Den vanmakt och besvikelse som kvinnorna uttrycker i samband med dessa redogörelser är påtaglig i rummet. Men också den kraft som kvinnorna har, och den ilska som väckts av att inte få något stöd när de som mest behövde den:

”Ja jag tror att anledningen till att jag gör det mycket (kämpar för att få vård, förf. kommentar) är att jag är så arg på sjukvården, så jag kan inte sluta, så att de ska banne mig hjälpa mig nu”.

”Så det är ett jättestarkt mål, att må bättre, så att jag ska kunna utveckla vården”.

Om man ska sammanfatta deltagarnas beskrivning av vården, när de har försökt att få hjälp för sitt psykiska lidande, blir det med ordet svårtillgänglig. Nära sammanlänkat med svårigheter att få och hitta information är de många och tidskrävande telefonsamtal för att söka vård som beskrivs i berättelserna. En viktig del av det som verkar göra att vården upplevs som otillgänglig tycks vara inte endast den administrativa och organisatoriska strukturen, utan kanske ännu viktigare bemötandet kvinnorna får vid dessa första sökande telefonsamtal. Deltagarna beskriver den ansträngning det innebär att under hög ångest och ibland ren skräck inför de svåra känslor som de plågas av, ringa upp en okänd person och be om hjälp, och hur ett uppfattat ointresse, stress eller avfärdande kan ge upphov till att tillståndet ytterligare kraftigt försämras. Samtliga tar upp erfarenheter, via telefon eller på någon mottagning, av att ha blivit bemötta på ett sätt som gjort att de har känt att de inte har blivit tagna på allvar, och att personen de pratat med avfärdat deras tillstånd som något som inte berättigar till hjälp. Efter ett sådant samtal beskriver flera starka känslor av ensamhet, övergivenhet, och ångest och skam, för att de varit till besvär. Någon säger att hon inte klarade av att söka hjälp igen förrän efter flera månader. En annan att hon bestämde sig för att bli ännu sjukare så hon skulle bli tagen på allvar. Tonläge och ordval verkar i dessa lägen vara avgörande för om bemötandet ska uppfattas som en del i en möjlig läkning som ger hopp, eller bli ytterligare en del av det psykiska lidandet. Ett dåligt inledande möte med vården tycks kunna få avskräckande konsekvenser för lång tid framåt. Flera tar upp att de blir bemötta på ett sätt som förminskar deras lidande, och som osynliggör deras psykiska ohälsa:

”För det blir ju, för mig blir det en förfalskning av vad jag har känt, det blir en förminskning av mina känslor”.

Ett annat tema som tycks bidra till att vården framstår som negativ, är upplevelser av tidsbrist och resursbrist. Flera av kvinnorna ger uttryck för att vid tillstånd av psykisk kris, inte ha fått vård i den ut-

sträckning de skulle ha behövt. Erfarenheter av en skarp uppdelning av det somatiska å ena sidan, och det psykiska å den andra, framkommer vid detta tema. En kvinna berättar hur hennes mag- och tarmsystem kollapsat efter en längre tids svält, och hur hon då läggs in akut på sjukhuset. Hon var svårt sjuk och fick ligga där i femton månader, men som hon säger:

”...men man kanske hade behövt någon, för då slutade min kontakt på BUP, för då var jag bara där, men då kanske man hade behövt någon som kom in och pratade liksom”.

När magen slutade fungera verkade allt fokus hamna på det somatiska, och det psykiska lidande som låg bakom tycktes glömmas bort. Hon var då tretton år gammal. Flera uttrycker besvikelse och frustration över behandlingar som enbart varit inriktade på det kroppsliga, och ensidigt fokus på att de skulle börja äta, när de kände stora behov av att få prata mer om vad som låg bakom och orsakade problematiken:

”...det kan jag se nu liksom, han pratade aldrig några känslor, ingenting, han frågade bara exakt hur jag åt, vilka mängder...”

”Ja alltså...vi pratade väl aldrig...alltså jag vet inte riktigt så här, eller grunderna till vad, alltså vad som orsakade problemen alltså. Det var väl mer inriktat liksom på att jag bara skulle börja äta igen och liksom ”få igång det här”. Men sedan så var det liksom inte, alltså visst vi skrev ju upp så här hela mitt liv, men sedan var det inte liksom så mycket mer än det. Alltså varje del utav det så hade ju vem som helst kanske behövt prata om det. Men det var mer liksom inriktat på bara maten”.

En annan av deltagarna hade samtalskontakt en gång i veckan när hon befann sig i ett tillstånd av djup ångest, vilket hon inte upplevde som tillräckligt. Upplevelsen av önskemål från vården, bl.a. BUP m.fl. att man snabbt skulle bli bra och inte ta upp deras resurser delas av flera:

”Men alltså BUP, det är lite så här stelare, det ska helst gå fort, för det finns andra som väntar. Kände du så? (förf. fråga) Ja, lite medicin där så blir det bra.”

Övergången mellan BUP och vuxenpsykiatri utgjorde ytterligare en stressfaktor som flera tog upp, som skapade ångest och rädsla att ”bli utkastad” innan man mår tillräckligt bra. Löften om behandlingar som aldrig infriades tas också upp. En kvinna blev utlovad samtalsgrupp för andra med liknande problematik och gick och väntade på att:

”Nu ska jag få träffa många som är som jag. Men det blev ju aldrig av, det blev alltid inställt”.

En annan av deltagarna blev efter flera års försök inskriven på en ätstörningsklinik, vilken inte visade sig ha något innehåll eller aktiviteter. Hon beskriver här hur personalen förklarade varför:

”...och jag pratade med hon X, som var skötare, under vårt samtal, och hon sade ju det rakt ut, ”vi har inga pengar”. Det är hemskt hur det är, vi får inga pengar i X kommun, de lägger pengar på brännskador, men vi får inga pengar, så vi kan inte göra mer”.

Brutna löften och prat om dålig ekonomi från vårdens sida gav intryck av att förstärka en känsla av hopplöshet och misstro mot vården och även till sitt eget tillfrisknande. Och även känslor av att man inte var värd att satsas pengar på. En annan typ av brutna löften handlar om hantering av sekretess, och etiska dilemman med den unga kvinnans vilja att vissa uppgifter inte ska vidareförmedlas till föräldrarna å ena sidan, och föräldrarnas rätt att få information om sitt barns tillstånd å den andra. I särskilt en av kvinnornas berättelser blir det tydligt hur upplevelser av ett okänsligt utelämnande kan skapa en djup misstro som sedan följer med och motverkar senare förtroendefulla relationer under vårdtiden, och därmed försvårar möjligheten till ett tillfrisknande. I detta fall fick det konsekvenser för hennes möjligheter att få hjälp med en annan allvarlig problematik som också berör etik och förhållningssätt inom vården. Denna kvinna blev misshandlad av sin pojkvän under tre års tid:

”Sedan träffade jag en kille när jag var femton, som, vi var ihop så här till arton, och han slog ju skiten ur mig”.

Hennes berättelse väcker frågor om hur riktlinjer följs för hur vården ska bemöta kvinnor som kommer för behandling där partnern är medföljande. Med anledning av risken för att kvinnan kan vara våldsutsatt bör partnern hänvisas till väntrummet, om det inte uttryckligen är ett planerat gemensamt besök (se handlingsprogram för våldsutsatta kvinnor SLL 2005). Denna kvinna hade erfarenheter av att hennes pojkvän, som utsatte henne för misshandel, fick tillåtelse att närvara under hennes *samtliga besök* på BUP. Hon vågade aldrig ta upp vad hon blev utsatt för av sin partner. Anledningarna kan vara flera, men i hennes berättelse blir två svek av vården synliga. Ett okänsligt utelämnande av uppgifter till föräldrarna trots löfte om att detta inte skulle ske, vilket hon själv anger som en anledning till hennes tystnad om misshandeln, samt ett oprofessionellt och naivt accepterande av pojkvännen som ”stöd” under hennes behandling.

Ett tredje tema som tycks motverka att en positiv hälsoutveckling sker i vården, kan ses som en parallell till den tidigare beskrivna upplevelsen av bristande stöd för att visa negativa känslor eller aggressivitet i hemmet och i skolan. Flera av kvinnorna berättar att de under sin behandling inte tagit upp det som kanske varit det största bekymret i deras livssituation, som alkoholmissbruk, sexmissbruk osv. på grund av rädsla för att relationen till behandlaren inte skulle hålla för dessa ”smutsiga” och icke- feminina beteenden:

”...men jag kände att de här lite smutsigare grejorna på något sätt, att liksom det här med att vara... det här med det sexue... alltså det kände jag att det vågade jag inte riktigt. För jag tänkte att hon nog inte riktigt skulle, ja, jag vet inte varför jag inte pratade om det. Tänkte du att hon kanske hade någon syn på hur du skulle vara, som du inte kunde leva upp till, eller att du skulle... Vad tror du hennes ideal var att du skulle vara? (förf. fråga) Jag fick nog för mig att jag skulle vara lite finare flicka på något sätt, jag vet inte. Alltså lite... och lite mer hjälpbar på något sätt...”

Upplevelser av att det inte fanns plats i behandlingsrelationen för att berätta om känslor och beteenden som inte ingår i hur ”fina flickor” är, och därmed inte visa vad som verkade upplevas som mer negativa aspekter och sidor hos sig själv var något som förekom ofta i materialet. Detta verkade hänga ihop med hur kvinnorna uppfattade behandlaren (vilken ofta var en psykolog vid beskrivningarna av dessa erfarenheter). Vissa inslag i behandlarens förhållningssätt tycktes inverka och bidra till denna problematik med att inte våga visa sig som man var, med de svårigheter man behövde hjälp med. Dessa inslag kan

sammanfattas till två olika typer av förhållningssätt; Det ena att behandlaren uppfattades som ”stel” och ”tantig” och inte gav mycket vägledning i samtalen, och ofta heller ingen värme:

”...hon satt så här och tittade på mig och...visade liksom ingenting, eller alltså, jag vet inte, hon såg hård ut”.

Det andra förhållningssättet var ett ensidigt betonande av flickors offerroll och ett ”synd om” tänkande som tycktes försvåra för kvinnorna att ta föra in mer kraftfulla uttryck och beteenden som inte stämde överens med mer traditionella bilder av flickors problem och fungerande i relationen:

”...hon var typ en tant liksom. Då tänkte jag, eller tant, hon var säkert i 55-års åldern, men jag tänkte nog att hon var, ja, men hon var lite så här prudentlig liksom, och lite så där, och det var lite så där snällt och fint och så där. Jag hade nog behövt någon som var lite tuffare kanske, någon som ifrågasatte vad jag höll på med... Kanske ifrågasatt av någon som verkade lite tuffare liksom, som på något sätt... någon som jag tänkte skulle förstå var jag var någonstans...som också kunde tänka, ja men det här med alkohol är också häftigt. Alltså någon som skulle kunna gå in i det här...”

Hon beskriver vidare:

”Och just att jag blev mobbad då på låg- och mellanstadiet...att vi gick igenom det ganska mycket, och det tror jag var väldigt bra, det behövde jag nog. Så jag tror det var dubbelt liksom, men samtidigt vågade jag inte prata om alla de destruktiva sakerna som jag gjorde idag, eller då liksom, alltså som jag hade börjat med liksom riktigt...Men där kände jag också det här med offret, alltså litegrann, vi skulle plocka fram det här lilla barnet som inte kunde försv... alltså det där. Men jag tror samtidigt också att jag kanske behövde det liksom...det är inte bara dåligt liksom, men det kanske gör att man inte pratar om de andra sakerna när man går in och pratar om de där sakerna. För då blir det så svårt att få ihop bilderna liksom av att vara så destruktiv och samtidigt vara ett sådant... att det är synd om en liksom, jag vet inte. Ja.”

Det verkar som att det är en svår balansgång för kvinnorna att finna uttryck för sina tankar och känslor som passar in i deras egna, och kanske även behandlarnas bilder av hur man ska vara som flicka/kvinna. I denna balansakt för att få ihop bilderna, som jag tolkar som försök att vara både i behov av stöd och hjälp, och ett starkt och kraftfullt subjekt, samtidigt, verkar behandlarna själva stå utan redskap. Och därmed blir kvinnorna lämnade ensamma att finna ord och bilder som rymmer hela deras upplevelse. Utifrån denna aspekt blir då behandlingen bara en fortsättning av upplevelserna av bristen på stöd att få visa alla sidor av sig själv, som kvinnorna beskrev i hemmet och i skolan.

En av studiens frågeställningar var huruvida unga kvinnor upplever att det finns utrymme för att uttrycka sina synpunkter på bedömning och behandling, samt hur ev. meningsskiljaktigheter har hantelats. Berättelserna innehåller många exempel på situationer när kvinnorna upplevt att de inte har blivit respektfullt bemötta. En av kvinnorna lyfter fram hur behandlaren var väldigt snabb att ringa in hennes problematik, i vilken kvinnan inte kunde känna igen sig, vilket skapade en spricka i relationen. Hon vågade dock aldrig ta upp detta, utan tystnade istället i behandlingen. En annan beskriver hur behand-

laren gav ett löfte om hur något skulle bli, vilket senare inte uppfylldes, och hur även hon ”tystnade” i behandlingen och enbart svarade precis så mycket som förväntades utan att riskera en konflikt:

”Jag tror hon var psykolog. Men hon var inte bra, jag tyckte inte om henne... Vågade du säga det här till henne? (förf. fråga) Nej. Vad gjorde du när du satt hos henne då, gnisslade tänderna? (förf. fråga) Ja, typ. Nej, jag sa väl inte mycket, jag sa inte så mycket, alltså. Det var något du gjorde bara för att du måste? (förf. fråga) Ja, typ liksom. Jag kan väl sitta där utan att prata...”

Alla fem beskriver erfarenheter där de har upplevt ilska, besvikelse, och där relationen mellan dem och behandlaren upplevts som kränkande och destruktiv. I alla dessa situationer verkar känslan av att inte bemötas med respekt vara utlösande orsak till den negativa utvecklingen av relationen. Vid några få tillfällen vågade kvinnorna uttrycka sin missnöjdhet, men aldrig direkt till behandlaren, utan i de fallen har de sagt detta till annan personal på samma ställe. Oftast så tycks de dock ha behållit missnöjet för sig själva, och istället ha tystnat eller slutat gå på behandlingen. I de fall de tystnat, har det skett helt, som i exemplet ovan, eller bara delvis, och de har då undvikit alla ämnen som berör konflikten. Så även om det har funnits ganska stora meningsskiljaktigheter, har flera fortsatt att gå, med konsekvensen att ”det talbara” blivit starkt begränsat, och att en känsla av ensamhet verkar ha infunnit sig i relationen. Som skäl för att de ändå stannade kvar, i en relation som inte kändes bra, nämner flera att det var det enda stöd de hade, och att de ändå var tacksamma för att någon lyssnade, att få någons tid. I ett fall gav behandlaren utrymme för att diskutera hur relationen varit, och tog upp varför det kanske inte blivit bra. Detta upplevdes som mycket positivt av den unga kvinnan, som beskriver hur relationen sedan vände och upplevdes som positiv igen. Hon beskriver hur hon då kände sig respekterad och sedd, och återigen kunde känna förtroende för behandlaren. Att som behandlare ta ansvar för och lämna utrymme för att diskutera relationen, och patientens upplevelse av relationen, verkar spela en nyckelroll i att skapa en förtroendefull och positiv behandlingsrelation. Ett sådant ansvarstagande verkar dock inte ingå i den praxis som beskrivs i dessa berättelser.

4.4 ”Att få vara precis som man är”

Vad behöver kvinnorna för att kunna tillgodogöra sig behandlingen, och för att en positiv hälso-utveckling ska ske? Vad i behandlingen upplevde kvinnorna som främjande för den psykiska hälsan? Vad som blir tydligt i materialet är hur oerhört viktigt bemötandet är, och hur relationen ser ut, vare sig de utgör själva behandlingen (som i samtalsterapi, enskilt eller i grupp), eller är en del av behandlingen, som vistelse på olika dagcenter, och i den mer somatiskt inriktade vården. Flera betonar hur välgörande det varit när de upplevt att de ”blivit tagna på allvar” eller att någon ”förstod min känsla”. En av deltagarna beskriver känslan av att ha blivit tagen på allvar vid detta bemötande:

” Och sedan frågade hon mig vad jag ville ha för behandling. Det tyckte jag var ganska coolt. Hon var väldigt så här rak, hon bara, jaha, har du skadat dig själv. Jaha. Har du försökt ta livet av dig. Hon var väldigt rak, hon var ganska rolig”.

Jag uppfattar det som att känslan av att bli tagen på allvar i samtalet bestod i att behandlaren inte vände sig, eller kände sig obekvämt med hennes destruktiva beteenden, utan förstod allvaret i det psykiska lidande som låg bakom, utan att tycka synd om henne. Detta verkar ha underlättat för henne att själv inse

allvaret i sin situation, och därmed bli mer öppen för att försöka förändra sin situation. I citatet nedan beskriver en annan av deltagarna en upplevelse av att ha blivit ”tagen på allvar”:

Men hon pratade ju med mig. Och ja du fattar...den första som fattade vad jag verkligen gick igenom, så det kändes jätteskönt. Vad sa hon då för att du skulle få den känslan? (förf. fråga) Hon sa väl att, jag förstår att det är jobbigt, att det är inte fel att känna så här. Och väldigt så här förstående och väldigt villig att hjälpa till. För hon sa du ska ta kontakt med vårdcentralen, för du måste få en läkare att sjukskriva dig.....Hon var super, det var liksom, det jag verkligen behövde höra eller den pushen jag behövde, veta vart jag skulle ta vägen”.

Närvaro, intresse och ett tydligt ansvarstagande för strukturen var också viktiga för att skapa en positiv känsla i behandlingen:

”...han var inte personlig, alltså han berättade inte om sitt liv eller sådana där saker, det var inte så men han var väldigt...jag kände att han var väldigt där...han gav mig 100% liksom...det kändes som att han var verkligen intresserad av att jag var där...Och det var väldigt...det var väldigt viktigt på det sättet...att han hela tiden tog ansvar för att det här skulle gå bra. Och det kände jag lite grann, för att den andra (=tidigare behandlare förf. anmärkning) då fick jag hela tiden bestämma vad vi skulle prata om, och det kände jag var himla så här, det kanske var någon pedagogisk poäng med det på något sätt, men samtidigt kände jag att kontrollen då, tänk om jag bara freakar ut nu liksom, vad gör vi då, för hon sitter där och ler och ser snäll ut liksom. Och så bara, vad gör vi åt det här nu då. Om jag går ut och mår jättedåligt, vad gör vi åt det. För att här kändes som att han var här hela tiden, han var in charge liksom över det här, och han var liksom vuxen, eller nu var jag också vuxen, men han var den yrkesverksamma som styrde det här åt rätt håll. Och han hade någon form av insikt av att det här skulle gå bra.”

Det som verkar vara allra viktigaste för kvinnorna för att bemötandet skulle kunna bli en del av ett tillfrisknande var när behandlaren lyckades förmedla en acceptans av alla kvinnornas sidor, och beteenden, kort sagt, känslan av att man får ”vara som man är”:

”...alltså det bästa stödet man kan få är väl att man kan säga vad som helst och det blir inga som dömer en. Alltså att det är okej. Det är väl det. Och liksom att man finns där ändå”.

Här ger en deltagare uttryck för hur välgörande det var när hon äntligen fick stöd i en gruppterapi att vara både svag och stark på samma gång:

”...för det kände jag med de andra tjejerna, det var en tjej som var designer, alltså alla var ju också väldigt så här snygga och häftiga liksom, alltså det var ju inte några såna här, de var ju inte några offer liksom som satt så här i något litet hörn och skakade liksom. Jag menar det kanske de också var någon annan dag. ...Och det kände jag...att acceptera att man kan vara den personen, man kan göra alla de här sakerna, men man kan också vara väldigt väldigt svag, och att få ihop den bilden på något sätt, och det tycker jag att jag har fått ihop nu, att det är okej att acceptera att jag är svag, men samtidigt pressa

mig själv att göra häftiga saker, så man kan göra båda liksom. Och det tog väldigt lång tid, det har verkligen förändrat mitt sätt att se på mig själv”.

Erfarenheten av att få uppleva att andra tjejer var både svaga och starka samtidigt möjliggjorde för denna kvinna att börja acceptera alla sina sidor, och utifrån denna ”helare” och mer fullständiga bild påbörja en mer positiv självutveckling och hälsoutveckling. I upplevelsen av total acceptans tycktes även känslan av att det inte fanns så många krav, och att man fick ta tid ingå:

”Hade hon andra förväntningar på dig än vad de hade på BUP tycker du, upplevde du att det var en annan sorts krav? (förf. fråga) Jag tycker faktiskt inte att X hade så mycket krav, utan att det var ju mer liksom att det fick ta den tiden”.

4.5 Kvinnornas egna förhoppningar när det gäller psykisk hälsa

Ett av studiens frågeområden handlade om vad kvinnorna själva skulle vilja uppnå med behandlingen, hur de skulle vilja må, och vad som är deras mål för sin hälsa. När kvinnorna berättar om detta framkommer många förhoppningar om att känna sig gladare, och att kunna sänka kraven på sig själv, och att måendet inte ska vara så beroende av prestationer, som exemplen nedan visar:

”...men det är mycket prov, och jag säger att jag inte ska liksom...jag ska inte titta på högsta, men nu senast blev jag besviken, för jag trodde verkligen att det gått bra...och jag bara kände mig jättemisslyckad...Ja och sedan, du vet, naturligtvis det här att jag inte, bara för att jag gör någonting som jag tycker är fel, är det inte värsta katastrofen. För jag känner mig jättedålig och får dåligt samvete, och jag kan grubbla så jättemycket...”.

”Alltså det som jag tyckte var, det var ju bara att jag ville vara glad igen. Alltså den här känslan av att...alltså glad, inte...inte vara så jädra nere hela tiden. Det var väl det. Det var väl mest det jag ville uppnå”.

Så här svarar en annan av deltagarna på frågan vad som var målet för henne, och vilka förhoppningar hon hade på vården:

”Alltså jag skulle vilja kunna vara tillfreds med mig själv, och känna att... alltså komma ifrån, för att jag är väldigt prestationsinriktad, och komma ifrån det, och komma ifrån att...alltså nu värdesätter jag mig själv efter mina prestationer, komma ifrån det tänkandet”.

På frågan om hon tycker att hennes eget ideal skiljer sig ifrån samhällets ideal av unga kvinnor svarar hon:

”Ja, alltså jag har ju fortfarande kvar den bilden också att jag ska vara smal när jag är lycklig. Ja, och den bilden stämmer väl ganska bra överens med samhällets bild tycker jag. Och jag har lite svårt att komma ifrån den bilden, och jag kan komma på mig själv när jag tänker, att ja det hade varit mycket bättre om jag var smal. Så de två...du känner att du inte delar den bilden låter det som? (förf. fråga) Nej, för jag vet ju att jag inte var lycklig när jag var väldigt smal. För att alltså det är en av de få gångerna i hela...alltså jag har aldrig känt mig riktigt deprimerad, eller ja jag har känt mig deprimerad, men när jag var sjuk i anorexi, då fick jag sådana, jag vet inte vad det var, med det var en eller två veckor som jag sjönk bara. Och det enda jag kunde göra, det var att gråta, och så kunde

jag gå ut och gå, och det var det enda jag kunde göra liksom. Jag har aldrig mått så dåligt som jag gjorde då. Så på något sätt förstår jag att, nej men det kanske inte är riktigt helt sant att jag kommer vara lycklig om jag går ner i vikt igen...”

När hon pratar om hur hon tänker kring sitt eget välmående blir en kamp synlig mellan hennes egna insikter om att vara smal inte i sig innebär lycka å ena sidan, och samhällets ideal med bilder av smala lyckliga kvinnor å den andra. Nära sammanlänkat med det bristande stöd som kvinnorna beskrev i behandlingsrelationen, när de försökte få ihop de olika kraven på hur man skulle vara som ”lyckad” kvinna, var att samtalen och behandlingen aldrig tycktes lämna individnivån, eller att behandlarna inte verkade lyfta fram samhällsstrukturer överhuvudtaget som kunde tänkas ha påverkat den negativa hälsoutvecklingen:

”Pratade hon någon gång om det här med psykisk hälsa på något mer övergripande, samhällsnivå, om att tjejer är ganska utsatta för hårda krav i samhället och så, var det någonting som ni pratade om, lite så feministiskt? (förf. fråga) Nej, inte riktigt så. Nej det var det inte. Det var inriktat på dig och din situation? (förf. fråga) Ja, och sedan så liksom...eller hur man kan känna. Just det här med att när man... att man på något sätt går tillbaka och blir liten, att det kan vara så när man har anorexi, att man blir liten, man, alltså man gör sig själv på något sätt till mindre kvinna, man förlorar sin mens, man går ner i vikt, så man har inga bröst, man tappar håret och så där. Pratade ni om varför man inte vill vara kvinna eller nånting då? (förf. fråga) Ja, och just det här med att vara vuxen, att ta ansvar och... Men det var ingenting om att man kanske inte vill vara kvinna med alla de där kraven på sig, eller...utan det var mer vuxen...? (förf. fråga). Ja, precis, det var det.”

Inte i någon av de olika korta och långa behandlingar som kvinnorna beskriver, kommer erfarenheter till uttryck där behandlaren tagit in ett genus- eller samhällsperspektiv och använt som motbild eller erbjudit som redskap att hantera svårigheterna med att leva upp till bilderna av hur man ska vara som kvinna. Istället tycks individfokuserade och könsneutrala utvecklingspsykologiska teorier, samt ensidiga tolkningar av anorektiska symtom som att ”man inte vill vara vuxen”, dvs. ett mycket snävt individperspektiv dominera, och ett mer problematiserande genusperspektiv verkade vara helt frånvarande.

5 Diskussion

Studien väcker frågor som går långt utöver vårdens ramar och ansvarsområden. Frågor kring i vilken utsträckning flickor och unga kvinnor får stöd i hem och skolor att uttrycka alla sina känslor, samt ha tillgång till även mer aggressiva och kraftfulla beteenden väcks. Kvinnornas berättelser tyder på att samhällets ideal för hur unga kvinnor ska vara innebär höga krav och svåra balansgångar för att prestera ”lagom kvinnlighet”, som tycks innebära att vara självständig och tuff, men ändå känslig och mjuk, och att ta lagom mycket plats. Och att dessa snäva ramar för hur ”kvinnlighet” får uttryckas inverkar på kvinnornas psykiska hälsa i negativ riktning. Studien visar också, att de ideal och krav som finns i samhället i stort för hur kvinnor ska vara, verkar ”följa med” i de relationer och kontakter de har i vården. Rapporten lyfter fram ett antal allvarliga problem, som det enligt kvinnornas berättelser finns stor anledning att undersöka vidare för att utveckla ett bättre bemötande av unga kvinnor inom vården. En av dessa är hur svårtillgänglig vården upplevs. Detta understryker hur viktigt det är att personal som sitter på positioner där kontakter förmedlas och unga människor hänvisas, har fått utbildning i bemötandefrågor, där lyhördhet och respekt kan ha avgörande betydelse för om vårdsökandet ska bidra till mod att försöka förändra sin situation, eller leda till rädsla att ta kontakt igen, och därmed isolering och ännu större psykisk ohälsa.

En annan problematik enligt kvinnornas berättelser är den bristande helhetssynen inom vården, och splittringen mellan kropp och själ, uppdelningen av vård av de somatiska symtomen för sig, och symptom på psykisk ohälsa för sig. Vården verkar endast kunna behandla en typ av lidande i taget, med rangordningen som över psyke, med konsekvensen att den psykiska ohälsan då inte blir omhändertagen på ett tillräckligt sätt. Att under ett helt år inte erbjuda någon form av samtalsstöd till en 13-åring som är så svårt sjuk pga. anorektisk problematik att hon måste ligga inlagd, framstår som ett stort misslyckande för en vård som bör leva upp till barnkonventionen. Ett angränsande problem är de upplevelser av resurs- och tidsbrist som kvinnorna beskriver, som inverkar negativt på kvinnornas möjligheter till hälso-utveckling både på en direkt nivå, genom utebliven behandling, och indirekt genom att ge signaler om att deras problematik inte är särskilt högt prioriterade inom vården.

Kvinnorna väljer att inte berätta om våld, eller sexuell problematik under sina behandlingar. För en del av kvinnorna i studien utgjorde detta huvudproblematiken i deras liv, själva kärnan i deras ohälsa, som de upplevde att de inte kunde få någon hjälp med. Vården måste utreda vidare och våga ställa sig frågan om, och i så fall varför, de inte har unga kvinnors förtroende i dessa livsviktiga frågor. Anledningarna som har blivit synliga i denna studie hör samman med upplevelser av att ha fått signaler om att detta inte är något som man kan få hjälp med, och inte pratar om i behandling, dvs. ett osynliggörande, eller oklarheter, okänslighet samt okunnighet vid sekretessfrågor. Resultatet tyder på att ansvariga för vården, samt personal behöver arbeta mycket mer med hantering och bemötande av våldsutsatta unga kvinnor och tystnaden kring våld och sexualitet. I Folkhälsorapporten (2009) görs kopplingar mellan det faktum att unga kvinnor har sämre psykisk hälsa än unga män, och utsatthet för övergrepp. Socialstyrelsen uppskattar att minst 75 000 kvinnor i Sverige utsätts för någon form av partnervåld varje år (Folkhälsorapporten 2009). Ett stort antal unga kvinnor som har kontakt med vården är därmed sannolikt utsatta för våld, och i stort behov av ett bemötande och en vård som inkluderar kunskap om våldsproblematik för att kunna uppnå en bättre hälsa för vårdtagarna.

Genomgående i samtliga deltagares berättelser, är det bristande stöd som har kommit till uttryck, att få visa sig som man är, med känslor av litenhet och svaghet, men också mer destruktiva, kraftfulla och "ickefeminina" sidor. Kvinnorna uttrycker stora behov av att få hjälp att få ihop dessa motsatta bilder, men tycks ofta bli lämnade ensamma i sin "lindans". Ett ensidigt framhållande av bilden av flickor som offer tycks kunna få direkt motverkande effekt när det gäller att ge unga kvinnor stöd och en bättre psykisk hälsa, då flera i denna studie beskriver hur det då blev svårt och kravfyllt att leva upp till bilden av "en fin flicka". De beteenden och känslor som inte ryms i den bilden riskerar därmed att hamna utanför behandlingen, eftersom kvinnorna inte vågar ta upp de sidorna av sina problem. Det är viktigt att vården inte bara blir en fortsättning av upplevelsen av de höga krav som finns i samhället i övrigt, på hur kvinnor förväntas bete sig, och som en gång bidrog till att kvinnornas problematik överhuvudtaget uppstod. Exempelvis medför den dominanta bilden av "bråkiga pojkar" och "snälla och fina flickor" i skolvärlden, till att utåtagerande flickor ofta blir dubbelstigmatiserade, dels för att de bryter normen för klassrumsbeteende, och dels för att de bryter normen för sin egen könstillhörighet (Lloyd 2005). Okunskap i vården om denna stigmatisering kan skapa ytterligare stigmatisering och upplevelser av misslyckanden, denna gång inom vården, av att inte kunna leva upp till normerna för hur man bör bete sig som kvinnlig patient. Resultatet i studien tyder på ett stort tomrum när det gäller mer kritiska och problematiserande genusperspektiv i behandlingarna av unga kvinnor, och att kvinnorna tycks lämnas ensamma i många av de områden där genusrelaterade aspekter inverkar negativt på deras hälsa.

Att ett mer problematiserande förhållningssätt kring genus och könsstereotypa ideal ännu inte har nått vården (SOU 1996), tycks i denna studie leda till en oförmåga att möta kvinnorna, och ge dem stöd i deras balansakter för att leva upp till en korrekt kvinnlighet. Unga kvinnors låga självkänsla jämfört med unga mäns, har lyfts fram i ett flertal internationella publikationer (Gilligan, 1990; Orenstein, 1994; Pipher, 1994). Dessa böcker pekar på framförallt tre problemområden där unga kvinnor verkar vara särskilt sårbara, för det första att de blir mer negativt påverkade av misslyckanden och andras missnöje, vilket gör att de får svårare att tillgodogöra sig mer avancerade möjligheter inom arbetsliv samt andra arenor. För det andra att unga kvinnor fortfarande upplever att det finns en inbyggd konflikt mellan "kvinnliga värden" och starkt tävlingsinriktade aktiviteter. Denna konflikt skapar ambivalenta känslor och ångest när unga kvinnor befinner sig i konkurrens- eller tävlingsinriktade situationer. För det tredje att de fysiska förändringar som hör samman med puberteten, i kombination med de orealistiska och snäva skönhetsideal som råder i Europa och i USA blir mycket problematiska för unga kvinnor. Resultatet i denna studie bekräftar bilden av att detta är problematiska områden för unga kvinnor.

Om vården för unga kvinnor ska bli en fullgod vård och inte riskera att patologisera kvinnors svårigheter att anpassa sig till snäva ideal, krävs att det ensidiga biomedicinska individinriktade perspektivet överges och blicken lyfts till en samhällsnivå som sätter in kvinnors psykiska hälsa i ett sammanhang som kan göra symtomen meningsfulla (McKenzie-Mohr & Lafrance 2010, Lloyd 2005, Worell 1999). De problem unga kvinnor (och äldre) drabbas av är inte skapade i ett socialt vaccum utan har skapats i ett "könsuppdelat" samhälle. Hur avvikelser ifrån normalitet och ohälsa förstås och beskrivs är påverkat av föreställningar om manligt och kvinnligt. De professionella handlingar som sker inom vården har byggts upp av teorier, och utbildningar som inte heller står utanför dessa föreställningar. Vårdens försumlighet att ta in ett genusperspektiv blir obegripligt utifrån hur mycket av vår identitet och våra beteenden som påverkas av vilket kön vi tillhör:

"If gender is one of the most, if not the most, important cornerstones of our social identity, then adopting 'correct' gender positions is usually necessary for 'fitting' in" (Lloyd 2005).

Särskilt viktigt att uppmärksamma de problematiker som lyfts fram i studien blir det i förhållande till att deltagarna upplever att det inte finns utrymme att ta upp meningsskiljaktigheter, och att behandlarna inte tycks kunna ge vägledning och fånga upp missnöje och besvikelser. Den positiva respons som en av deltagarna visade när detta faktiskt hände vid ett tillfälle, tyder på att vården skulle ha mycket på att vinna om man utvecklade en större kompetens, och lyhörddhet för att diskutera och lyfta frågor kring hur behandlingsrelationen upplevs av patienten. Istället verkar kvinnornas taktik bli att "tystna", med konsekvensen att de inte får det stöd och den vård de skulle behöva. Och att deras behov förblir outtalade och osynliga.

Hur ska då vården utvecklas så att den möter unga kvinnors behov på ett bättre sätt, istället för att ytterligare förstärka genusrelaterad problematik? I utvecklingen av bemötandet av unga kvinnor finns mycket internationell kunskap att använda där unga kvinnors problematik har placerats i ett samhällsperspektiv, och de antaganden som görs angående unga kvinnor med problem har kritiskt granskats. Som exempel tog Judith Worell, professor i klinisk barnpsykologi, initiativ till en mycket omfattande sammanställning av forskning om unga kvinnors psykiska hälsa, när hon var ordförande för APA:s (American Psychological Association) avdelning för kvinnopsykologi (1999). Denna hade som mål:

"...to integrate current knowledge regarding adolescent girls to identify strengths, challenges, and choices of adolescents girls today. The task Force will also identify gaps and inconsistencies in research, education, practice and public policy. In this endeavour, the task Force is committed to the inclusion of the voices and lives of a range of adolescent girls in terms of age, racial and ethnic diversity, socioeconomic status, geographic area, and sexual orientation..."

Sammanställningen hade som uttalat mål att inkludera ett samhällsperspektiv på unga kvinnors hälsa, och de faktorer som bidrar till att positionera människor på olika sätt, som etnicitet, kön, socioekonomisk status, ålder osv. Det finns således kunskap som kan fylla de tomrum som uppenbarats i denna studie, och som kan användas för att utveckla vården för unga kvinnor. Som exempel på sådan kunskap hör en inom den genusteoretiska världen mycket känd studie, som tyder på att kvinnor som får stöd i att utveckla ett kritiskt tänkande till orealistiska kvinnoideal, inte utvecklar sårbarhet för anorektisk problematik (Gilligan 1990). Denna, och liknande typer av kunskap, borde vara viktig att tillämpa i förebyggande syfte i förskolor, skolor, fritidsverksamheter m.m. Och om denna typ av kunskap inkluderas i psykologisk behandling, samt i övriga vården, har man sannolikt i hög grad ökat möjligheten för att mötet med vården innebär ett tillfrisknande och ett läkande av unga kvinnors ohälsa.

6 Sammanfattande avslutning

De unga kvinnorna i denna studie vill bli respektfullt bemötta och tagna på allvar. De vill ha en rak dialog om sina problem, och att behandlaren ska utstråla värme, och utrymme för att de får vara som de är. De vill uppleva att någon förstår deras känslor, och om behandlaren inte gör det, att de då frågar sig fram, på ett ödmjukt och ansvarsfullt sätt. Jag vill avsluta denna rapport med att ge plats för en av de fem kloka och modiga kvinnor jag intervjuade, som alla trots sitt psykiska lidande delade med sig av sin tid och kraft för att lämna sina budskap till ansvariga för vården, för att andra unga kvinnor ska slippa göra samma erfarenheter. De ord en av kvinnorna vill framföra till ansvariga för vården utgör en god sammanfattning av de behov och den kritik som kommer till uttryck i berättelserna:

”Mera engagemang, inte skjuta över att jag ska få skuld-känslor, för det får man så lätt, särskilt när man är yngre, för att man är yngre, för att man har respekt för äldre. Och för att de har en maktsituation när de faktiskt, det är deras yrke, hur ska jag kunna veta bättre, det finns inte en chans att jag vet det...Alltså att jag tycker, att det som är så otroligt viktigt för de som jobbar i vården att vara ödmjuka, och vara jätteförsiktiga med hur de pratar, vad de säger, vad de utstrålar. För det är så lätt, jag vet inte om, alltså speciellt unga tjejer kan jag tänka mig, att tolka att man är någon som... det finns så många komponenter som jag då, att man redan känner lite, och jag är inte en sådan som ofta känner skuld och så men när man liksom får de hintarna hela tiden, så är det lätt att man känner att man borde kanske inte riktigt, eller ja det kanske är mitt ansvar mer, att jag inte har, jag har inte anorexia, jag har inte bulimi, det är bara något som sitter i huvudet....då borde jag kanske gå hem och kämpa lite mer...det finns egentligen inte någon som kan hjälpa mig, det är jag som ska göra det. Att det är jätteviktigt att de tar tag i det. För annars så går man hem och kämpar själv, och då blir man sämre ofta tror jag.”

7 Referenser

1. Braun, V., Clarke, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3: 77-101.
2. Church, E., Pettifor, J., Malone, J. 2006. Evolving Canadian Guidelines for Therapy and Counselling with Women. *Feminism & Psychology*, 16(3): 259-271. Sage, London.
3. Gilligan, C., Lyons, N.P., & Hanmer, T.J. (Eds.). 1990. *Making connections*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
4. Jacobsson, G. 2005. *On the threshold of adulthood*. Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.
5. Johnson, G., Roberts, C., Worell, J. 1999. *Beyond appearance-A new look at Adolescent Girls*. American Psychological Association, Washington DC.
6. Lloyd, G. 2005. *Problem Girls - understanding and supporting troubled and troublesome girls and young women*. Routledge, New York.
7. Orenstein, P. 1994. *Schoolgirls*. New York: Doubleday.
8. Pipher, M. 1994. *Reviving Ophelia: Saving the selves of adolescents girls*. Ballantine Books: New York.
9. Samhällsmedicin. 2003. *Folkhälsorapport*. Stockholms läns landsting.
10. Socialstyrelsen. 2009. *Folkhälsorapport*.
11. Statens offentliga utredningar. 1996 (SOU:133). *Jämställd vård. Olika vård på lika villkor*.
12. Statens offentliga utredningar. 2006 (SOU: 77). *Ungdomar, stress och psykisk hälsa. Analyser och förslag till åtgärder*.
13. Stoppard, J. 2000. *Understanding depression*. Routledge, London, New York.
14. MacPhee, A. R, Andrews, J. 2006. *Risk factors for depression in early adolescence*. *Adolescence*, 41(163), 435-466.
15. McKenzie-Mohr, S., Lafrance, M.N. 2010. "Telling stories without the words 'Tightrope talk' in women's accounts of coming to live well after rape or depression", *Feminism & Psychology*, (in press).
16. Wasserman, D., Westerlund, M. 1998. *Att förebygga självmord och självmordsförsök hos skolelever*. Natur & Kultur. Stockholm.

ISBN: 978-91-86313-77-7

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**