



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Stigma och de professionella

**– en undersökning av svenska psykologers grad av
stigmatisering av personer med psykisk sjukdom**

Magnus Jonsson & Alexander von Schuppler

Psykologexamensuppsats. 2012

Handledare: Jan-Åke Jansson

Tack

Till att börja med vill vi tacka vår handledare Jan-Åke Jansson för stöd och hjälp. Vi vill rikta ett stort tack till Daiva Daukantaité för hjälp med statistiken. Vidare vill vi tacka professor Lars Hansson för det jämförelsematerial och de instrument som han bidragit med. Ytterligare tack till Torbjörn Högberg för tillåtelse att använda CAMI-S. Tack även till Susanne Bertman på Sveriges psykologförbund för hjälp med distribuering av studiens webbformulär. Slutligen vill vi också framföra vårt stora tack till de psykologer och psykologstudenter som deltagit i studien.

Sammanfattning

Studiens syfte var att utifrån en modell av stigma som bestående av komponenterna kunskap, attityder och beteende beskriva psykologers stigmatisering av personer med psykisk sjukdom samt att jämföra psykologers stigmatisering med den övriga befolkningens. Vidare syftade studien till att undersöka vilka faktorer som påverkar psykologers attityder till personer med psykisk sjukdom. Yrkesverksamma psykologer samt psykologstudenter kontaktades via Sveriges psykologförbunds elektroniska nyhetsbrev, via sociala medier samt via klassrumsrekrytering. 371 personer deltog i studien och fyllde i ett webbformulär bestående av tre test som avsåg mäta kunskap, attityder samt beteende. Resultaten visade att psykologer hade god kunskap om psykisk sjukdom, att de hade positiva attityder till personer med psykisk sjukdom, samt att de var positivt inställda till framtida interaktioner med personer med psykisk sjukdom. Erfarenhet av psykisk sjukdom samt kunskap om psykisk sjukdom var de variabler som hade starkast samband med attityder till personer med psykisk sjukdom. Andel förklarad varians var dock liten. Attityder predicerade till viss del inställning till framtida interaktion med personer med psykisk sjukdom. Jämförelse med befolkningsrepresentativt stickprov visade att psykologer hade signifikant mer positiva attityder, dock med små effektstorlekar. Detta tolkades som att psykologer i något lägre grad än den övriga befolkningen stigmatiserar personer med psykisk sjukdom.

Nyckelord: stigma, stigmatisering, attityder, psykologer, psykisk sjukdom, CAMI-S

Abstract

This study aimed to describe psychologists' stigmatization of people with mental illness using a model of stigma as a composite of knowledge, attitudes and behaviour, and also to compare psychologists to the general population regarding stigmatization. The study also aimed to investigate which variables influenced the attitudes held towards people with mental illness. Professional psychologists and students were contacted through the Swedish Psychological Association's electronic newsletter, through social media, and through classroom visits. 371 individuals took part in the study and completed a web survey consisting of three tests aimed to measure knowledge, attitudes, and behaviour. The results showed that psychologists had good knowledge of mental illness, that they held positive attitudes towards people with mental illness, and that they were positively inclined to future interactions with people with mental illness. Experience and knowledge of mental illness were associated with more positive attitudes. The amount of variance explained by these variables was small. Attitude was a significant predictor of intention to interact with people with mental illness. Comparison with a representative sample showed that psychologists held more positive attitudes towards people with mental illness than members of the general population do. Significant differences were found, although with small effect sizes. The interpretation of these results was that psychologists stigmatize to a slightly lesser extent than do the rest of the population.

Keywords: stigma, stigmatization, attitudes, psychologists, mental illness, CAMI-S

INLEDNING

Begreppet stigma.....	2
Stigmatisering som process.....	2
Modell av stigmatisering som bestående av tre komponenter	5
Kunskap.....	5
Attityder	5
Beteende	6
Kritik mot begreppet stigma	6
Professionellas stigmatisering.....	6
Professionellas attityder till personer med psykisk sjukdom	6
Påverkan av kunskap på attityder.....	8
Erfarenhetens påverkan på attityder	9
Professionellas diskriminering	10
Sammanfattning av teori	10
Syfte	11
Frågeställningar.....	11

METOD

Design	11
Urval.....	11
Undersökningsgrupp	11
Jämförelsegrupp	12
Instrument	13
Mental Health Knowledge Schedule.....	13
Community Attitudes Towards Mental Illness - svensk version	14
Reported and Intended Behaviour Scale	15
Procedur	15
Dataanalys	15
Analys av instrumentens psykometriska egenskaper	16
Omkodning vid jämförelser	17
Etiska överväganden	18

RESULTAT

Kunskap om psykisk sjukdom	18
Attityder till personer med psykisk sjukdom	19
Intentioner till framtida beteende gentemot personer med psykisk sjukdom	20
Variabler som predicerar attityder till personer psykisk sjukdom	20
Påverkan av personlig erfarenhet på attityder till personer med psykisk sjukdom	21
Utbildningens påverkan.....	22
Attityder predicerar framtida beteende gentemot personer med psykisk sjukdom.....	22
Resultatsammanfattning.....	23

DISKUSSION

Resultatdiskussion.....	23
Psykologer har en låg nivå av stigmatisering av personer med psykisk sjukdom	23

Faktorer som påverkar psykologers attityder till personer med psykisk sjukdom	25
Positiva attityder är kopplat till mindre diskriminerande beteende.....	27
Metoddiskussion	28
Urval.....	28
Instrumentens tillförlitlighet.....	29
Förslag på framtida forskning	32
Sammanfattning	33
REFERENSER	34
Bilaga A: Stickprovets samt det interna bortfallets fördelning i frekvens och procent gällande kön, ålder och yrkesområde	
Bilaga B: Insamling av bakgrundsdata i webbformuläret	
Bilaga C: Mental Health Knowledge Schedule (MAKS) - PUBLICERAS EJ ELEKTRONISKT	
Bilaga D: Community Attitudes Towards Mental Illness - svensk version (CAMI-S) - PUBLICERAS EJ ELEKTRONISKT	
Bilaga E: Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS) - PUBLICERAS EJ ELEKTRONISKT	
Bilaga F: Informationstext från webbformuläret	

Att drabbas av psykisk sjukdom innebär i många fall inte bara ett lidande på grund av tillståndets symtom utan också att dagligen mötas av stigmatisering. Detta betyder ofta att personer med psykisk sjukdom diskrimineras på ett sätt som innebär att de möts av marginalisering, exkludering och sämre möjligheter att ta del av de samhälleliga fördelar som många andra tar för givna (Thornicroft, Leff, Warner, Sartorius, & Schulze, 2006). De negativa följderna för individen har i upprepade studier visat sig vara flera, inte minst att stigmatiseringen riskerar att leda till minskat socialt nätverk och svårigheter på arbetsmarknaden (Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius & Leese, 2009), försämrad självkänsla (Link, Struening, Neese-Tood, Asmussen, & Phelan, 2001; Corrigan, Watson, & Barr, 2006) samt ökad risk för depressiva symtom (Björkman, Angelman, & Jönsson, 2008). Flera studier har dessutom visat att stigmatiserande attityder kan bidra till minskat hjälpsökande samt sämre chanser för återhämtning från sjukdom (Barney, Griffiths, Jorm, & Christensen, 2006; Björkman et al., 2008; Thornicroft et al., 2009; Wahl, 2012). Stigma har också pekats ut som det största hindret för en bättre livssituation för personer med psykisk sjukdom (Hori, Richards, Kawamoto, & Kunugi, 2011; Kadri & Sartorius, 2005) och konsensus råder idag om att det är ett fenomen med central betydelse för alla former av psykisk sjukdom (Hinshaw & Stier, 2008). Trots att flera kampanjer med syfte att höja kunskapen om psykisk sjukdom genomförts med framgång både i Sverige och internationellt (Angermeyer & Dietrich, 2006; Hansson, Jormfeldt, Svedberg, & Svensson, 2011), fortsätter stigma att i hög grad vara ett problem för personer som drabbas av psykisk sjukdom (Gray, 2002).

En stor mängd studier har undersökt allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000; Magliano, Fiorillo, De Rosa, Malangone, & Maj, 2004; Thornicroft et al., 2009). Resultaten från dessa visar att stereotyper och negativa attityder är vanligt förekommande. Studier som istället fokuserar på attityder hos professionella inom psykiatrisk vård har inte genomförts i samma utsträckning (Schulze, 2007; Wahl & Aroesty-Cohen, 2010), trots att mycket tyder på att både allmänheten och yrkespersoner inom psykiatrin bidrar till stigmatiseringen (Lauber, Nordt, Braunschweig, & Rössler, 2006; Nordt, Rössler, & Lauber, 2006; Schulze, 2007; Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Att professionella inom psykiatrin, med uppgift att ge adekvat vård till personer som drabbas av psykisk sjukdom, håller negativa attityder riskerar enligt Hansson et al. (2011) att leda till att vetenskapligt framtagna metoder inte implementeras på ett för patienterna gynnsamt sätt. Att som hjälpsökande patient mötas av negativa attityder från vårdpersonal har också visat sig kunna bidra till ett självstigmatiserande och självdiskriminerande som kan leda till ett motstånd till att ta del av psykiatrisk vård (Björkman et al., 2008; Corrigan, 2004).

Dessutom riskerar stigmat som är förknippat med psykisk sjukdom att påverka kvaliteten på den psykiatriska vården, då psykiatrisk sjukvård tenderar att få en lägre prioritet och utgöra en mindre attraktiv arbetsplats för personal med hög kompetens (Kadri & Sartorius, 2005; Thornicroft, Leff, Warner, Sartorius, & Schulze, 2006). Utöver dessa konsekvenser är attityderna som hålls av psykiatriker, psykologer och andra yrkesverksamma inom psykiatrin relevanta då de i egenskap av experter på området har förutsättningar att påverka allmänhetens attityder och därmed minska det stigma som idag är förknippat med psykisk sjukdom (Hugo, 2001; Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, & Henderson, 1999).

Begreppet stigma

Det sociologiska begreppet stigma definierades av Goffman (2007) som klassificeringen av en person som socialt avvikande, icke önskvärd och underlägsen baserat på specifika attribut hos personen. Denna sociala märkning av en person leder enligt Goffman till att den drabbade utvecklar en falsk, virtuell identitet, vilken är i enlighet med omvärldens klassificering och som överskuggar och därmed förstör den egna, faktiska identiteten. Stigmat existerar alltså inte bara hos gruppen som skapar stigmat, utan assimileras även av bäraren så att det blir en del av den egna identiteten.

Goffman delade in stigma i tre kategorier: (1) kroppsliga skador och missbildningar, (2) avvikande och misskrediterande karaktärsegenskaper samt (3) tribala stigma, det vill säga stigma på grund av etnicitet, religion, nationalitet eller annan grupp tillhörighet som ärvs eller förvärfvas. Enligt denna indelning tillhör psykisk sjukdom den andra gruppen av stigma, vilken innebär "fläckar på den personliga karaktären" (s. 14) och karaktäriseras av beteenden som bryter mot det socialt accepterade i olika grad, som alkoholism, fängelsevistelse, arbetslöshet och självmordsförsök.

Stigmatisering som process. För att undvika att alltför stort fokus läggs på den stigmatiserade föreslog Link och Phelan (2001) ett socialkognitivt perspektiv som fokuserar på den kognitiva processen att bilda kategorier som beläggs med stereotypiska attribut. Ur ett sådant perspektiv består stigmatiserande av följande fyra komponenter: (1) etikettering¹, (2) sammankoppling av etiketten och negativa stereotyper, (3) kategoriserande utifrån etiketten, samt (4) statusförlust och diskriminering till följd av etiketten.

Etikettering. Enligt Link, Yang, Phelan och Collins (2004) inleds stigmatiseringsprocessen med en etikettering av människor utifrån egenskaper som tillmäts stor relevans. De flesta egenskaper, till exempel fingerlängd, blir aldrig eller mycket sällan

¹ Översatt från engelskans *labeling*. I sociologisk forskning används ofta termen *stämpling*, i den aktuella texten används dock etikett synonymt med stämpel.

grund för indelning av människor. Andra egenskaper, såsom kön och hudfärg, anses vara socialt relevanta och blir förutom egenskaper även etiketter som används för att dela in människor i olika grupper. Diagnostisering inom psykiatrin kan ses som en form av etikettering, där psykiatriska diagnoser blir etiketter som kan användas för att dela in personer i grupper (Link, Struening, Rahav, Phelan, & Nuttbrock, 1997). När en patient tillskrivs en diagnos indikerar detta vilken typ av behandling som är aktuell för personens problematik. Enligt Rosenfield (1997) har den behandlingsmässigt positiva följden av etikettering, i detta fall diagnostisering, en tydlig koppling till personligt välmående, men denna motverkas av etiketteringens stigmatiserande följder. Kontakt med psykiatrin innebär således en positiv konsekvens i form av väl beforskad och ofta verksam behandling, samt en parallellt löpande negativ konsekvens i form av etikettering som en följd av tillskriven diagnos (Link et al, 1997).

Stereotypisering. I denna andra aspekt av stigma kopplas en etikett samman med en stereotyp bestående av ett antal negativa egenskaper. En stereotypisering sker då en person som beläggs med en viss etikett också, i och med sammankopplingen mellan etiketten och stereotypen, förknippas med dessa negativa egenskaper. (Link & Phelan, 2001). Stereotypen kan sedan existera både hos personer som har och de som inte har den aktuella etiketten (Link et al., 2004). Denna process sker ofta på ett omedvetet plan och utom viljemässig kontroll, med den fördelen att kognitiva resurser då frisätts för andra ändamål (Link & Phelan, 2001).

Studier har visat att stereotypa föreställningar om patienter med psykisk sjukdom, i form av föreställningar om dessa som farliga, leder till en vilja att hålla socialt avstånd från personer som innehar en sådan etikett (Link, Cullen, Frank, & Wozniak, 1987). Detta visar hur viljan till att hålla social distans påverkas av stereotypa föreställningar som finns kopplade till en viss etikett (Link & Phelan, 2001). Vidare har studier visat att både allmänheten och professionella inom psykiatrin innehar stereotypa föreställningar om personer med psykisk sjukdom, exempelvis gällande farlighet och oberäknelighet (Nordt et al., 2006; Crisp et al., 2000).

Kategoriserande - åtskillnad vi och dem. Den tredje komponenten i stigmatiseringsprocessen är kategoriserande av personer med dessa etiketter, vilket innebär en uppdelning i grupper utifrån den aktuella egenskapen. På så sätt bildas ett *vi* och ett *dem* (Link & Phelan, 2001). De emotionella reaktioner som både de stigmatiserande och de stigmatiserade visar på grund av denna indelning anses vara centrala för förståelsen av de beteenden som påverkar stigmat. Exempel på dessa emotionella reaktioner är den rädsla som

kan väckas hos någon som träffar en person som har diagnosen schizofreni, en emotion som påverkar interaktionen personerna emellan och riskerar att leda till ett socialt avståndstagande (Corrigan, Green, Lundin, Kubiak, & Penn, 2001; Link et al., 2004). Om denna åtskillnad blir särskilt tydlig kan den stigmatiserade gruppen internalisera de stereotyper som gäller dem, och börja se sig som fundamentalt annorlunda och underlägsna jämfört med andra (Link et al., 2004). Denna internaliserade stigmatisering har konceptualiserats som bestående av två faktorer: självstigmatisering (self-stigma), samt upplevt stigma (percieved stigma) (Barney et al., 2006). Självstigmatiseringen innebär att bäraren själv får en negativ syn på den av omvärlden stigmatiserade egenskapen och tolkar denna som en brist i den egna personen, vilket skapar känslor av skam, skuld och lägre självförtroende (Corrigan, 1998). Enligt Corrigan och Watson (2002) bidrar självstigmatisering även till en lägre benägenhet att söka professionell hjälp. Upplevt stigma betecknar istället föreställningen att personer i samhället är stigmatiserande, vilket skapar en förväntan om att mötas av diskriminering och stigma. Dessa negativa förväntningar har visat sig leda till lägre rapporterad subjektiv livskvalitet (Rosenfield, 1997), samt i likhet med självstigmatisering en lägre benägenhet att söka professionell hjälp för symtomen (Barney et al., 2006).

Diskriminering. Den sista komponenten i Link och Phelans (2001) modell av stigmatiseringsprocessen innebär att personerna som är bärare av etiketten blir utsatta för statusförlust och diskriminering. Detta sker på ett individuellt plan, exempelvis genom att personer med psykisk sjukdom blir förfördelade på arbets- och bostadsmarknaden (Link et al., 2004; Thornicroft et al., 2009). Utöver detta leder etikettering och stereotypisering även till negativa effekter genom så kallad strukturell diskriminering. Enligt Link et al. (2004) påverkas exempelvis personer med schizofreni negativt av att forskning kring ämnet inte prioriteras när beslut om forskningsanslag fattas. Detta, menar Link och Phelan (2001), är exempel på strukturell diskriminering som leder till negativa konsekvenser för stigmabärarna.

Stigmatiseringsprocessen är beroende av att den stigmatiserande innehar den politiska, sociala och ekonomiska makt som krävs för att skapa kategorier och därefter exkludera eller diskriminera människor på basis av kategoritillhörighet (Link & Phelan, 2001). Då professionella inom psykiatrin bland annat har rätt att ställa diagnos och bestämma vilken behandling som ska ges innehar de just en sådan position med makt att diskriminera, samtidigt som de genom sina attityder och sitt agerande även har möjlighet att bidra till förändring i den allmänna uppfattningen av personer med psykisk sjukdom (Schulze, 2007; Wahl & Aroesty-Cohen, 2010).

Modell av stigmatisering som bestående av tre komponenter

Ovanstående konceptualisering fokuserar på de skeenden som ingår i stigmatisering, alltså stigmatisering som process. I syfte att operationalisera begreppet på ett sätt som möjliggör forskning på potentiellt verksamma faktorer har flera studier (Evans-Lacko et al., 2010; Evans-Lacko et al., 2011; Hansson et al. 2011; Thornicroft, 2006; Thornicroft et al., 2007) istället beskrivit stigma som ett resultat av kunskap (felaktiga föreställningar hos den stigmatiserande), attityder (fördomar) och beteende (diskriminering). En sådan beskrivning sätter fokus på den diskriminerande handlingen och ställer frågan vad som orsakade den. Stigmat delas i denna modell därmed upp i tre domäner: en kognitiv, en affektiv, samt en beteendemässig. Dessa kan sedan mätas individuellt i syfte att undersöka hur de samverkar och hur de bidrar till stigmatiseringen. På så sätt möjliggörs också utveckling och utvärdering av stigmareducerande åtgärder (Thornicroft et al., 2006).

Kunskap. Enligt Goffman (2007) kan kunskap om den stigmatiserades situation vara en stigmareducerande faktor. Goffman använder termen *the wise* för att beskriva de grupper av personer som inte själva är bärare av stigma men som har en närhet till och kunskap om de personer som är det, och som därigenom har en mer nyanserad och korrekt bild. I likhet med detta menar Corrigan och Watson (2002) att felaktiga föreställningar hos allmänheten om vad psykisk sjukdom är skapar förutsättningar för diskriminering. Relationen mellan kunskap och stigma är dock inte helt klarlagd och på grund av begreppens komplexitet svår att studera (Evans-Lacko et al., 2010). Det är heller inte självklart att ökad kunskap i praktiken leder till färre diskriminerande handlingar. Trots det är kunskapsnivåns påverkan på stigmatisering sannolikt relevant, exempelvis har kampanjer som syftar till att öka allmänhetens kunskap om psykisk sjukdom visat sig kunna vara framgångsrika i att reducera stigma inom vissa områden (Gaebel & Bauman, 2003; Hansson, 2010; Thornicroft et al., 2007).

Attityder. En attityd kan definieras som en psykologisk tendens att värdera en företeelse, en individ eller ett annat objekt baserat på ett internt bedömningssystem (Eagly & Chaiken, 1998). Enligt en sådan definition är en attityd ett dolt, inre tillstånd med potential att generera handlingar, fysiologiska affektiva reaktioner eller andra psykologiskt mätbara uttryck (Thornicroft et al., 2006). Attityder som del av stigma ses som exempelvis fördomar eller stereotyper, vilka kan ge upphov till negativa tankar och känslor. Dessa tankar och känslor kan i sin tur leda till diskriminerande handlingar (Thornicroft et al., 2007) Attityder har operationaliserats som stereotyper i ett flertal undersökningar (Lauber et al., 2006), detta

trots att stereotyper ofta ses som en kognitiv aspekt av stigma och som sådan snarare kan förstås som bristande kunskap (Corrigan, Edwards, Green, Diwan; & Penn, 2001).

Beteende. Bristande kunskap och negativa attityder bidrar till stigmatisering när de omsätts i diskriminerande handlingar. För att få en bild av hur stigmatisering yttrar sig i vardagen för de personer som drabbas krävs ett fokus som inte bara ligger på inre kognitiva och affektiva faktorer hos den stigmatiserande utan också på hur personen agerar eller har för avsikt att agera (Link & Phelan, 2001; Thornicroft, 2006). Diskriminering är den manifesta yttringen av stigmatiseringen och innebär exkluderande och avvisande handlingar gentemot den stigmatiserade som utförs både av enskilda individer i samhället (exempelvis arbetsgivare som väljer att inte anställa en person med psykisk sjukdom) och av samhället som institution (exempelvis mindre ekonomiska anslag till vården av personer med schizofreni) (Link et al., 2004). Att försöka mäta intentioner till framtida handlingar har därför i flera artiklar pekats ut som en nödvändig del av forskning som fokuserar på hur stigmatisering fungerar och verkar (Link & Phelan, 2001; Evans-Lacko et al. 2011). Att flytta fokus till diskriminering innebär också en vinst i att tyngdpunkten hamnar på den stigmatiserande snarare än på den som stigmatiseras (Thornicroft et al., 2006).

Kritik mot begreppet stigma

Begreppet stigma har sedan Goffman aktualiserade termen använts i stor utsträckning och mängden forskning inom ämnet är ansenlig (Link & Phelan, 2001). Begreppet är dock komplext och används ofta på olika sätt beroende bland annat av vilken typ av stigma som avses. Kritik har även framförts mot att forskningen på stigma ofta har utförts av forskare som inte själva tillhör en stigmatiserad grupp och som därmed haft en alltför teoretisk utgångspunkt, vilket inneburit att den inte tagit hänsyn till de faktiska erfarenheter och upplevelser stigmatiserade personer har (Link & Phelan, 2001, Schneider, 1988). Detta har bland annat lett till att upplevelsen av stigma har antagits vara identisk oberoende av typ av stigma eller andra sociala faktorer som klasstillhörighet, kön eller etnicitet (Fine & Ash, 1998). Vidare framhålls det i flera studier (Fine & Ash, 1998; Link & Phelan, 2001; Sayce, 1998; Thornicroft, 2006) att begreppet stigma fokuserar mer på den stigmabärande individen än på den sociala struktur som både orsakar stigmat och skapar de begränsningar som stigmabäraren upplever, och att fokus i forskningssammanhang istället borde ligga på de strukturer och processer som skapar diskrimineringen.

Professionellas stigmatisering

Professionellas attityder till personer med psykisk sjukdom. De studier som har undersökt professionella inom psykiatrins stigmatisering av personer med psykisk sjukdom

har i många fall fokuserat på attityder (Lauber et al., 2006; Schulze, 2007; Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Ett flertal olika operationaliseringar av attityder har använts, bland annat föreställningar om psykiska sjukdomars prognos och behandlingsutfall (Jorm et al., 1999), föreställningar om orsaker och social förmåga (Magliano et al., 2004) samt stereotyper kopplade till psykiatriska diagnoser (Lauber et al., 2006). Enligt Schulze (2007) har professionellas attityder till personer med psykisk sjukdom i tidigare forskning undersökts genom fokusering på fyra olika aspekter: (1) föreställningar om prognos och behandling, (2) förekomsten av stereotyper och vilja till socialt avståndstagande, (3) åsikter om rättigheter för personer med psykisk sjukdom, samt (4) beteende i kontakt med patienter. Då studier använder sig av olika sätt att definiera och mäta attityder blir direkta jämförelser svåra att göra, något som kan bidra till att den sammantagna bilden av forskningsläget är tvetydig (Schulze, 2007; Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Enligt en översiktsartikel av Wahl och Aroesty-Cohen (2010) har 19 studier som behandlar professionellas attityder till personer med psykisk sjukdom publicerats mellan 2004 och 2009. Fjorton av dessa visade att attityderna till personer med psykisk sjukdom hos yrkesverksamma inom psykiatri primärt var positiva, samt att dessa var mer positiva än hos den övriga befolkningen. Wahl och Aroesty-Cohen betonade dock att resultaten i många studier är mångtydiga, och att negativa attityder framkom även i de studier som visade på primärt positiva attityder bland professionella. Enligt en översiktsartikel av Schulze (2007) visade de flesta av de genomgångna studierna antingen ingen skillnad mellan allmänhetens och professionellas attityder, eller mer negativa attityder bland professionella jämfört med allmänheten. I de fall där professionella höll mer negativa attityder rörde sig undersökningarna om stereotyper, socialt avståndstagande, prognos och sannolikhet att personer med psykisk sjukdom kommer att uppleva diskriminering. I endast ett par studier visade resultaten att professionella hade mer positiva attityder till personer med psykisk sjukdom. Vidare visade resultaten från ett flertal av studierna att professionella i mindre grad än allmänheten accepterade inskränkningar i medborgerliga rättigheter för personer med psykisk sjukdom, men att dessa mer positiva attityder dock inte minskar stigmat kring psykisk sjukdom.

En föreslagen orsak till de ibland mer negativa attityderna hos professionella är att de baserat på sin erfarenhet gör mer realistiska uppskattningar av prognos och långsiktiga konsekvenser, och att de behandlare som möter mer allvarlig problematik också håller mer negativa attityder (Hansson et al., 2011; Hugo, 2001; Jorm et al., 1999). Thornicroft et al. (2006) kallar detta *physicians bias* och menar att om en behandlares erfarenhet består av mer svårbehandlade fall som sedan ligger till grund för prognostiska uppskattningar, så blir de

uppmätta attityderna till personer med psykisk sjukdom till följd av det mer negativa. Denna effekt ses exempelvis i skillnader mellan personal inom öppenvård och slutenvård (Hansson et al., 2011) och mellan psykologer och psykiatriker (Jorm et al., 1999; Lauber et al., 2006), där öppenvårdspersonal och psykologer i studier har uppvisat mer positiva attityder. I kontrast till ovanstående visade dock Magliano et al. (2004) att professionella hade mer positiva förväntningar på behandlingsutfall hos schizofrenipatienter jämfört med anhörigas förväntningar, något som tyder på att erfarenhetsbaserade attityder inte alltid är negativa. Hugo (2001) och Jorm et al. (1999) menar också att även om de mer negativa attityderna är grundade i realistiska förväntningar så måste professionella vara medvetna om att deras attityder i vissa fall är mer negativa än allmänhetens och att dessa attityder kan påverka de förväntningar som de förmedlar till patienter och anhöriga, vilket i sin tur kan påverka behandlingsutfallet. Denna påverkan är viktig att ta i beaktande, då de förväntningar som finns på en behandling på ett markant sätt påverkar utfallet (Benedetti, Pollo, Lopiano, Lanotte, Vighetti, & Rainero, 2003; Schulze, 2009).

Påverkan av kunskap på attityder. I studier som har undersökt sambandet mellan kunskapsnivå och stigmatisering har sambandet mellan utbildningsnivå, både generell samt inom psykiatri, och attityder till psykisk sjukdom undersökts. Resultaten från dessa studier är något inkonsekventa, då vissa studier har funnit att sambandet mellan generell utbildningsnivå och attityder endast är svagt, och andra att sambandet är negativt (Angermayer & Dietrich, 2006; Aromaa, Tolvanen, Tuulari, & Wahlbeck, 2010; Jorm et al., 1999). I en översiktsartikel fann Angermayer och Dietrich (2006) att hälften av de inkluderade artiklarna visade på ett svagt positivt samband mellan generell utbildningsnivå och positiva attityder till psykisk sjukdom, och att resterande hälft inte funnit något samband mellan de två faktorerna.

Utbildning inom psykiatri och psykopatologi har i flera studier visat sig ha ett samband med mer positiva attityder till personer med psykisk sjukdom (Arvaniti, Samakouri, Kalamara, Bochtsou, Bikos, & Livaditis, 2009; Gray, 2002; Yamauchi et al. 2010). I en studie av Yamauchi et al. (2010) fick sjuksköterskestudenter uppge vilka ord de förknippade med personer med psykisk sjukdom före och efter en kurs i psykiatri. Resultaten visade att antalet negativa ord som studenterna förknippade med personer med psykisk sjukdom minskade i och med utbildningen, något som tolkades som att studenternas attityder hade blivit mer positiva. Arvaniti et al. (2009) visade i en studie att läkarstudenter som genomgått utbildning i psykiatri hade mer positiva attityder till personer med psykisk sjukdom än läkarstudenter som ännu inte läst en kurs i psykiatri, och drog utifrån det slutsatsen att

utbildning i psykiatri ledde till mer positiva attityder. I kontrast till detta menar Holmes et al. (Holmes, Corrigan, Williams, Canar, & Kubiak, 1999) att det inte räcker med endast utbildning, utan att större positiva effekter på attityder till personer med psykisk sjukdom nås först när flera faktorer samverkar. Holmes et al. fann att utbildning i samband med tidigare personlig erfarenhet av och förkunskap kring psykisk sjukdom hade positiv effekt på attityder, vilket innebär att även personlig erfarenhet är en faktor att ta hänsyn till i dessa sammanhang.

Erfarenhetens påverkan på attityder. Erfarenhet av psykisk sjukdom genom egen sjukdom, sjukdom hos familjemedlem eller nära vän, eller ett arbete som innebär kontakt med personer med psykisk sjukdom, är faktorer som alla bidrar till mer positiva attityder till personer med psykisk sjukdom (Alexander & Link, 2003; Angermayer & Dietrich, 2006; Arvaniti et al., 2009; Corrigan, Green, Lundin, Kubiak, & Penn, 2001; Korzun et al., 2012; Roth, Antony, Kerr, & Downie, 2000). Dessa mer positiva attityder kan röra föreställningar om farlighet och oförutsägbarhet, där ökad erfarenhet och närhet till personer med psykisk sjukdom korrelerar med en minskning av dessa föreställningar (Alexander & Link, 2003; Corrigan et al. 2001). Minskade föreställningar om personers farlighet och oförutsägbarhet leder i sin tur till mindre rädsla, vilket gör att det sociala avståndstagandet i sig blir mindre (Corrigan et al., 2001).

Andra studier har dock inte kommit fram till detta samband (Crisp et al., 2000; Gray, 2002). Jorm et al. (1999) fann att en minskning av negativa attityder endast kunde ses hos personer som själva hade haft en psykisk sjukdom, men att personer som mött psykisk sjukdom hos sin familj eller vänner inte uppvisade mindre negativa attityder än de som inte hade någon personlig erfarenhet av psykisk sjukdom. Enligt Couture och Penn (2003) har definitionen av kontakt varierat mellan studier, något som gör direkta resultatjämförelser svåra. De menar även att den kontakt som ger mest attitydförändring i positiv riktning är den som inbegriper personligt samarbete med någon som avviker från den negativa stereotyp som tidigare hållits. Diskrepansen mellan den negativa stereotypen och upplevelsen av individen som representerar den stigmatiserade gruppen kan minskas genom att mer positiva attityder bildas till individen vilka sedan kan generaliseras till att gälla hela den stigmatiserade gruppen. För att kontakt ska ge effekt är faktorer som status, intimitet, frivillighet och huruvida kontakten upplevs som behaglig viktiga att ta hänsyn till (Couture & Penn, 2003; Desforges, Lord, Ramsey, Mason, Van Leeuwen, West, & Lepper, 1991).

Studier som har undersökt professionella inom psykiatrin och hur deras yrkeserfarenhet påverkar attityder mot personer psykisk sjukdom har nått ett flertal olika

slutsatser. Yrkeseferenhet har visat sig ha positiv påverkan på attityder (Roth, Antony, Kerr, & Downie, 2000; Tay, Ravindran, Ali, & Rowsudeen, 2004), men har i andra studier korrelerat negativt med attityder mot personer med psykisk sjukdom (Björkman et al., 2008). Dessa skillnader kan ha sin förklaring i att attityder har operationaliserats på olika sätt i dessa studier.

Även andra variabler såsom ålder har visat viss påverkan på attityder till personer med psykisk sjukdom, där exempelvis Nordt et al. (2006) har visat att yngre har mer negativa attityder än äldre.

Professionellas diskriminering. Studier som har undersökt diskriminering av personer med psykisk sjukdom inom psykiatrin har ofta fokuserat på patienters upplevelse av bemötande. I dessa studier uppgav patienter att de upplevt att de fått bristfällig information och uteslutits från beslutsfattande gällande behandling, samt att personal behandlat dem som om de saknade ansvarsförmåga (Thornicroft, 2006). Patienter har också uppgett att de blivit behandlade som om de själva saknade ansvars- och beslutsförmåga, samt att professionella har gett uttryck för sina föreställningar om deras farlighet (Gonzalés-Torres, Oraa, Arístegui, Fernández-Rivas, & Guimon, 2007). Att som patient bli bemött på ett stigmatiserande sätt av professionella riskerar att bidra till självstigmatisering, vilket i sin tur kan resultera i minskat hjälpsökande och bristfälligt deltagande i behandlingen (Corrigan, 2004; Corrigan & Watson, 2002; Gonzalés-Torres et al., 2007). Patienternas upplevelse av diskriminering inom psykiatrin återspeglar således de negativa attityder och stereotyper som tidigare forskning har visat att professionella har och visar hur bristande kunskap och negativa attityder kan leda till negativa konsekvenser för behandlingen och den drabbade personen.

Sammanfattning av teori

Sammanfattningsvis framgår det av tidigare studier att stigmatiseringen av personer med psykisk sjukdom har ett flertal negativa effekter för de drabbade, samt att professionella genom sina attityder till och föreställningar kring psykisk sjukdom i vissa fall bidrar till denna stigmatisering. Därför är det av intresse att undersöka vilken grad av stigmatisering som finns hos de som möter personer med psykisk sjukdom i sin profession. Fram till för några år sedan var forskning som fokuserade på professionellas attityder till personer med psykisk sjukdom sällsynt (Björkman et al., 2008; Schulze, 2007; Wahl & Aroesty-Cohen, 2010). Den forskning som har bedrivits har till största delen genomförts på sjuksköterskor inom psykiatrin (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010) men även yrkesgrupper som psykiatriker, psykologer och allmänläkare har undersökts (Schulze, 2007). Professionella inom psykiatrin kan genom sitt agerande påverka både allmänhetens uppfattningar om psykisk sjukdom och

de förväntningar som patienter och anhöriga har på behandling (Hugo, 2001; Jorm et al., 1999). Psykologer, i egenskap av professionella och experter på området psykisk sjukdom, kan därför anses ha en roll som förebilder och opinionsbildare när det kommer till allmänhetens och professionellas syn på personer med psykisk sjukdom (Wahl & Aroesty-Cohen, 2010, Magliano et al., 2004). Dessa egenskaper gör att undersökning av psykologers stigmatisering av personer med psykisk sjukdom är av intresse.

Syfte

Då ingen tidigare forskning har fokuserat specifikt på psykologers stigmatisering av personer med psykisk sjukdom och då psykologer i många fall har stor påverkan på den behandling som ges till dessa personer, ämnar den aktuella studien bidra med mer kunskap i detta område. Studiens syfte blir således att utifrån en modell av stigma som bestående av komponenterna kunskap, attityder och beteende beskriva psykologers stigmatisering av personer med psykisk sjukdom och att jämföra denna med den övriga befolkningen.

Frågeställningar

- (1) I vilken grad stigmatiserar psykologer personer med psykisk sjukdom?
- (2) Skiljer sig psykologer från den övriga befolkningen vad gäller stigmatisering av personer med psykisk sjukdom?
- (3) Vilka faktorer har inverkan på psykologers attityder till personer med psykisk sjukdom?
- (4) Vilken påverkan har psykologers attityder till personer med psykisk sjukdom på deras diskriminering av personer med psykisk sjukdom?

Metod

Design

För att undersöka psykologers kunskap om psykisk sjukdom, deras attityder till personer med psykisk sjukdom och deras beteende riktat mot personer med psykisk sjukdom, samt jämföra dessa med en jämförelsegrupp representativ för Sveriges befolkning användes en kvantitativ enkätundersökning med icke-experimentell korrelationsdesign. Jämförelsegruppen bestod av data från ett befolkningsrepresentativt urval från en tidigare befolkningsstudie (Hansson, 2010).

Urval

Undersökningsgrupp. Till undersökningsgruppen användes ett kriterieurval och för inklusion krävdes att personen uppfyllde något av följande:

- (1) Utbildade sig till psykolog på grundutbildningen.

- (2) Var yrkesverksam psykolog (PTP-tjänst eller legitimationskrävande tjänst).
- (3) Tidigare varit yrkesverksam psykolog.

Urvalskriterierna valdes för att möjliggöra analys av de faktorer som utifrån tidigare teori kan tänkas påverka attityderna till personer med psykisk sjukdom, exempelvis utbildning och professionell erfarenhet av psykisk sjukdom. Genom att inkludera både studenter och yrkesverksamma tilläts analys av utbildningens och yrkeserfarenhetens påverkan på attityder.

Deltagare till studiens undersökningsgrupp rekryterades på tre sätt. I ett första skede kontaktades studenter på Lunds universitets psykologprogramms första och andra termin. Dessa informerades om studien och ombads att delta. I ett andra skede kontaktades Susanne Bertman på Sveriges psykologförbund för godkännande av att distribuera en länk till studien genom förbundets elektroniska nyhetsbrev. Då detta godkändes skickades en informationstext samt en länk till studien, vilka båda publicerades i Sveriges psykologförbunds elektroniska nyhetsbrev 3 oktober 2012. Nyhetsbrevet skickades till 8.800 mejladresser, varav vissa tillhörde personer som inte är legitimerade psykologer eller psykologstudenter. I Sveriges psykologförbund ingår både psykologstudenter och yrkesverksamma psykologer. Förbundet hade 10.140 medlemmar i oktober 2012 (personlig kontakt med Susanne Bertman, 2012-10-23). I tillägg till detta rekryterades deltagare genom annonsering på Facebook.

Av de 410 personer som deltog i studien uteslöts 39 genom listvis utslutning då de utelämnat ett eller flera svar på testet CAMI-S (Community attitudes towards mental illness – svensk version), vilket beskrivs nedan. Detta eftersom CAMI-S ansågs vara det test som avsåg mäta den variabeln som var mest central för studiens frågeställningar, nämligen attityder till personer med psykisk sjukdom. Bortfallet från det ursprungliga stickprovet bedömdes som slumpmässigt (se bilaga A). Undersökningsgruppen utgjordes efter bortfallet av 371 respondenter, där 69,8 procent var kvinnor, 29,4 procent var män och 0,8 procent hade angett *Annat* som kön. Åldern varierade mellan 19 och 73 år, med en medelålder på 40 år.

Jämförelsegrupp. Som jämförelsematerial i den aktuella studien användes data från en tidigare genomförd befolkningsundersökning där kunskap om, attityder till och beteende gentemot personer med psykisk sjukdom undersökts med samma instrument som i den aktuella studien (Hansson, 2010). Befolkningsstudien genomfördes vid Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) inom ramen för den svenska kampanjen Hjärnkoll, som arbetar för att öka kunskap om och förändra attityder till personer med

psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning. Stickprovet i befolkningsstudien hämtades från en webbpanel som var befolkningsrepresentativ avseende ålder, kön och region i åldersspannet 16 - 74 år. Vid befolkningsstudiens genomförande säkerställdes urvalets representativitet genom efterstratifiering och viktning efter kön och ålder (Hansson, 2010). Stickprovet bestod av 2053 personer, där 950 (46,3 %) var män och 1103 (53,7 %) var kvinnor. Åldern varierade mellan 15 och 92 år, med en medelålder på 48. Detta stickprov utgjorde jämförelsegruppen i den aktuella studien.

Instrument

I studiens webbformulär användes tre instrument för att mäta variablerna kunskap om psykisk sjukdom (MAKS), attityder till personer med psykisk sjukdom (CAMI-S) och intentioner till framtida beteende riktat mot personer med psykisk sjukdom (RIBS). Testen erhöles genom personlig kontakt med professor Lars Hansson och även ett formellt godkännande att använda dessa inhämtades genom denna kontakt (personlig kontakt, 2012-09-18). De definitioner av psykisk sjukdom som användes i instruktionerna till studiens instrument hämtades från de instruktioner som användes vid den befolkningsundersökning som jämförelsegruppen hämtades från, detta för att göra förutsättningarna så pass lika som möjligt inför jämförande (Hansson, 2010; Evans-Lacko et al., 2011).

I tillägg till dessa tre test inhämtades också information om deltagarnas ålder, kön, examensår, primär yrkeserfarenhet samt erfarenhet av personer med psykisk sjukdom (se bilaga B). På grund av upphovsrättsliga skäl bifogas endast delar av webbformuläret i den tryckta versionen av denna uppsats.

Mental Health Knowledge Schedule. Mental Health Knowledge Schedule (se bilaga C), hädanefter MAKS, syftar till att ge ett mått på en persons kunskap om psykisk sjukdom (Evans-Lacko et al., 2010). Skalan består av tolv påståenden, varav sex rör kunskap kring behandling och rehabilitering av psykisk sjukdom och sex rör kunskap om diagnostisering av psykiska sjukdomar. Exempel på frågor som rör kunskap om behandling och rehabilitering är "Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem" och "Människor med allvarliga psykiska problem kan återhämta sig fullständigt". På frågorna som rör kunskap om diagnostisering får respondenten svara på om han eller hon tycker att exempelvis schizofreni och stress är exempel på psykiska sjukdomar. Svar ges på en femgradig skala där 1 = tar helt avstånd från, 5 = håller med helt. Svaret vet inte utgör ett sjätte alternativ och poängsätts som tre poäng. För vissa påståenden används omvänd poängsättning. Poängen från samtliga påståenden adderas till en totalpoäng, där maximal poäng på testet är 60. Skalan är översatt till svenska i samband med genomförandet av

tidigare omnämnd befolkningsstudie (Hansson, 2010). I originalformat har skalans reliabilitet testats med goda resultat. Test-retest-reliabiliteten uppmättes med Lin's konkordansstatistik till 0,71, vilket ansågs vara god reliabilitet (Evans-Lacko et al., 2010). I samband med detta bedömdes testets innehållsvaliditet och face validity som fullgott av en expertpanel bestående av brukare samt forskare inom området (Evans-Lacko et al., 2010). I den aktuella studien uppvisade testet lågt värde vid beräkning av Cronbach's alpha ($\alpha = 0,275$), vilket innebär att testet uppvisade låg intern konsistens (Pallant, 2010).

Community Attitudes Towards Mental Illness - svensk version. Community Attitudes Towards Mental Illness - svensk version (se bilaga D), hädanefter CAMI-S, är en svensk version av testet Community attitudes towards mental illness, hädanefter CAMI (Högberg et al., 2008; Högberg et al., 2012). CAMI utvecklades ursprungligen för att undersöka allmänhetens attityder inför och villighet att inhysa psykiatriska öppenvårdsmottagningar i deras närområde, men har senare använts då allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom har undersökts (Taylor & Dear, 1981; Högberg, Magnusson, Ewertzon, & Lützén, 2008; Högberg, Magnusson, Lützén, & Ewalds-Kvist, 2012; Hansson, 2010). Testet har också använts då professionellas attityder till personer med psykisk sjukdom har undersökts (Smith & Cashwell, 2010). CAMI-S innehåller 29 påståenden uppdelade på följande fyra delskalor.

1. Framtida interaktioner (8 items)
2. Rädsla och undvikande (8 items)
3. Öppenhet och pro-integration (8 items)
4. Inställning till samhällsbaserad psykiatri (5 items)

Delskalorna syftar i tur och ordning till att mäta (1) inställning till framtida interaktioner med personer med psykisk sjukdom, (2) rädsla för och undvikande av personer med psykisk sjukdom, (3) inställning till att personer med psykisk sjukdom integreras i samhället, samt (4) inställning till att psykiatriska verksamheter utlokaliseras i samhället, exempelvis till bostadsområden (Högberg et al, 2012; Taylor & Dear, 1981).

Svar ges på en femgradig Likertskala där 1 = instämmer inte alls och 5 = instämmer helt och hållet. För vissa påståenden används reverserad poängsättning. I den aktuella studien bildades delskalepoäng genom att poäng på de påståenden som ingår i vardera delskala adderades. Totalpoäng på testet bildades genom att samtliga delskalepoäng adderades.

Högberg et al. (2012) har undersökt reliabiliteten för CAMI-S helskala och funnit att den uppvisade god reliabilitet ($\alpha = 0,954$). Alpha-värdena för de fyra delskalorna befann sig mellan 0,874 och 0,909 (ibid.). Ursprungsversionen av CAMI har testats gällande

konstruktvaliditet, inre validitet och yttre validitet. Inom samtliga dessa områden uppvisade testet god validitet (Taylor & Dear, 1981). Testning av den svenska versionens validitet har författarna veterligen inte genomförts.

Reported and Intended Behaviour Scale. Reported and Intended Behaviour Scale (se bilaga E), hädanefter RIBS, innehåller åtta påståenden och syftar till att mäta tidigare, nuvarande och framtida beteende riktat mot personer med psykisk sjukdom (Evans-Lacko et al., 2011). Fyra av påståendena gäller erfarenhet av personer med psykisk sjukdom och besvaras med ja, nej, eller vet inte. Dessa fyra påståenden används inte vid beräkning av totalpoäng på skalan. De övriga fyra påståendena rör intention till framtida beteende och svar ges då på en femgradig skala där 1 = tar helt avstånd från, 5 = håller med helt. Svartalernativet vet inte utgör det sjätte alternativet och poängsätts som 3. För att beräkna totalpoäng på skalan adderas poängen från påstående 5 till och med 8, där maximal poäng är 20. Skalan har visat goda psykometriska egenskaper i originalversion. Test-retest-reliabiliteten var god med kappavärde på 0,75. Även den interna konsistensen var god till utmärkt ($\alpha = 0,85$) (Evans-Lacko et al., 2011). Översättning till svenska utfördes i samband med tidigare omnämnd befolkningsstudie (Hansson, 2010). Reliabiliteten och validiteten hos den svenska versionen har, författarna veterligen, inte undersökts tidigare.

Procedur

Datainsamlingen till den aktuella studien skedde genom ett webbformulär som programmerades och publicerades via ett onlineverktyg. Länk till detta webbformulär distribuerades via Psykologförbundets elektroniska nyhetsbrev, via gruppen "Psykologer" på Facebook, samt via utskick till samtliga studenter på termin ett och två på Lunds universitets psykologprogram. Information om studien och om datahanteringen gavs via samma länk som ledde till enkäten (se bilaga A). Detta garanterade att alla deltagare hade möjlighet att ta del av informationen samt av kontaktuppgifter till författarna och studiens handledare. Webbformuläret var aktiv och tog emot svar mellan 2012-09-20 och 2012-10-31, varpå den inaktiverades.

Dataanalys

Den insamlade datan importerades sedan till SPSS 20 för analys. Genom att webbformuläret genererat en överförbar fil som innehöll samtliga svar minimerades risken för inmatningsfel (Djurfeldt, Larsson, & Stjärnhagen, 2010). Deskriptiv statistik användes för att beskriva undersökningsgruppens karaktäristika. Inferentiell statistik användes för att dra slutsatser om samband mellan variabler, samt för att avgöra om signifikanta skillnader mellan olika betingelser inom undersökningsgruppen fanns.

För beräkning av skillnad mellan grupper medelvärde användes antingen t-test eller det icke-parametriska testet Mann-Whitney's U-test. För att genomföra ett t-test krävs att den undersökta variabeln kan anses vara normalfördelad i stickprovet samt att variansen i de undersökta grupperna är lika, vilket var ett krav som inte alla de undersökta variablerna i den aktuella studien uppfyllde (Djurfeldt, Larsson, & Stjärnhagen, 2010). I de fall då normalitets- eller varianskravet inte är uppfyllt kan istället Mann-Whitney U-test användas, ett icke-parametriskt test som kan användas då förutsättningarna för att genomföra ett parametriskt test inte är uppfyllda. Mann-Whitney's U-test använder median istället för medelvärde för att beräkna skillnader mellan grupper (Pallant, 2010). Effektstorlek vid jämförelse med Mann-Whitney's U-test beräknas genom $r = Z/\sqrt{N}$. Effektstorlek vid jämförelse med t-test beräknas med Cohen's d. I båda fallen räknas 0,1 som liten, 0,3 som medelstor, och 0,5 som stor effektstorlek. (Pallant, 2010).

I de fall där flera grupper, eller betingelsers, medelvärden jämförs används variansanalys - ANOVA (Djurfeldt, Larsson, & Stjärnhagen, 2010). För att kunna genomföra en variansanalys krävs att skillnaderna i varianserna anses vara slumpmässiga samt att de undersökta variablerna kan antas vara normalfördelade i den undersökta populationen (Pallant, 2010), något som inte gällde för vissa av de undersökta variablerna i den aktuella studien. Pallant (2010) menar dock att både ANOVA och t-test kan genomföras trots brott mot dessa förutsättningar, under förutsättning att stickprovet är stort nog ($n > 30$) samt att de grupper som jämförs är av ungefär samma storlek.

Multipel regressionsanalys användes för beräkning av oberoende variabelers förklaringsvärde för beroende variabelers varians. Endast variabler som uppvisade signifikant korrelation med den beroende variabeln inkluderades i regressionsanalyserna.

Analys av instrumentens psykometriska egenskaper. För att undersöka instrumentens psykometriska egenskaper genomfördes beräkning av Cronbach's alpha för hela CAMI-S samt för samtliga delskalor. För att undersöka om beräkningar på helskalenivå tilläts, beräknades även korrelationer mellan delskalorna i CAMI-S. (se tabell 1).

Tabell 1

Korrelationsmatris för samtliga delskalor i CAMI-S, samt Cronbach's alpha-värden för samtliga delskalor.

	Delskala 1	Delskala 2	Delskala 3	Delskala 4	α
Delskala 1	-	0,414***	0,504***	0,379***	,630
Delskala 2	-	-	0,591***	0,437***	,657
Delskala 3	-	-	-	0,552***	,781
Delskala 4	-	-	-	-	,445

Notera. Delskala 1: Framtida interaktioner, delskala 2: Rädsla och undvikande, delskala 3: Öppenhet och pro-integration, delskala 4: Inställning till samhällsbaserad psykiatri. *** = $p < 0,001$. α = Cronbach's Alpha

På grund av det låga alpha-värdet som beräknades för delskala 4 i CAMI-S (se tabell 1) utslöts den ur analysen på delskalenivå; de ingående frågorna togs dock inte bort ur de analyser som gjordes av hela testet. Trots att de övriga delskalorna även de uppvisade låga alpha-värden bedömdes det som tillräckligt för studiens syften. Då samtliga delskalor uppvisade måttliga till starka korrelationer med varandra användes även totalpoängen på CAMI-S som ett allmänt mått på attityder till personer med psykisk sjukdom (Pallant, 2010). Cronbach's alpha för hela skalan beräknades till 0,858 i den aktuella studien. Vid programmering av den aktuella studiens webbformulär utelämnades ett item på grund av tekniska missöden. Detta uppmärksammades först när formuläret var publicerat, vilket gjorde att modifikation av formuläret inte var möjlig. Då itemet vid faktoranalys uppvisade lägst laddning i den delskala den ingick i (Öppenhet och pro-integration), samt laddade relativt högt även på en av de övriga delskalorna kan det antas att dess frånvaro inte påverkar helhetsresultaten nämnvärt (Högberg et al., 2012). Vid jämförelser mellan undersökningsgruppen och jämförelsegruppen komprimerades detta för genom att itemet utslöts även från jämförelsegruppens data.

Omkodning vid jämförelser. För att möjliggöra jämförelse mellan resultaten från den aktuella studien och resultat från den befolkningsstudie som tidigare genomförts av Hansson (2010), konverterades samtliga svar på CAMI-S till en tregradig skala, detta i likhet med Högberg et al. (2012). I jämförelsematerialet användes en sexgradig Likert-skala där "Vet ej" utgjorde ett sjunde alternativ; dessa omkodades till att 5 och 6 blev "Positiv", 3, 4 samt "Vet ej" blev "Neutral", och 1 och 2 blev "Negativ". En liknande omkodning genomfördes på svaren i den aktuella studien, där svaren kodades som antingen positiva (4 och 5 på Likertskalan), neutrala (3 på Likertskalan), eller negativa (1 och 2 på Likertskalan). För item med reverserad poängsättning genomfördes motsvarande reverserade omkodning. Denna omkodning syftade dels till att möjliggöra jämförelser och dels till att underlätta och förtydliga analys och presentation. Utifrån dessa syften kan reduktion av variabelvärden vara en nödvändig och önskvärd operation (Djurfeldt, Larsson, & Stjärnhagen, 2010). Totalpoäng på delskalorna bildades genom att poäng från samtliga items i respektive delskala adderades. Totalpoäng på hela skalan bildades genom att delskalepoängen lades samman, vilket gav en maximal poäng på 84.

Respondenterna i undersökningsgruppen delades även in i tre grupper baserat på hur många sorters erfarenheter av psykisk sjukdom de uppgett i webbformuläret: Liten erfarenhet (en eller ingen erfarenhet), medelstor erfarenhet (två erfarenheter) och stor erfarenhet (tre

eller fler erfarenheter). De tre grupperna fick värdena 1, 2 respektive 3 för att möjliggöra vissa statistiska beräkningar. Erfarenhet av psykisk sjukdom var till exempel egen psykisk sjukdom eller att ha bekanta med psykisk sjukdom (se bilaga B). Denna reduktion av variabelvärdena gjordes för att förtydliga resultatet och skapa grupper av lika storlek, vilket ökade möjligheterna att göra jämförelser mellan grupperna (Djurfeldt et al., 2010).

Etiska överväganden

Studien omfattades av de yrkesetiska principerna för psykologer i Norden (Øvreeide, 2003). Genom att datainsamlingen skedde via anonymt webbformulär var all data avidentifierad redan vid insamlandet. Ingen information som kunde kopplas till någon specifik person samlades in. Information om detta och var den färdiga studien kunde hittas gavs i samband med de skriftliga instruktioner som inledde webbformuläret (se bilaga F). I informationstexten framgick också att respondenterna när som helst fick avbryta studien och att deras svar då inte skulle användas.

Resultat

För att få en uppfattning om psykologers stigmatisering av personer med psykisk sjukdom genomfördes en mätning av 1) kunskap om psykisk sjukdom med skalan MAKS, 2) attityder till personer med psykisk sjukdom med skalan CAMI-S, samt 3) intentioner till framtida beteende gentemot personer med psykisk sjukdom med skalan RIBS.

Undersökningsgruppens resultat på testen jämfördes sedan med en jämförelsegrupp vilken bestod av ett befolkningsrepresentativt stickprov (Hansson, 2010). Därefter gjordes analyser på undersökningsgruppen för att se i vilken utsträckning variablerna ålder, kön, yrkeserfarenhet, kunskap om psykisk sjukdom samt personlig erfarenhet av psykisk sjukdom påverkade resultaten på skalan CAMI-S. Slutligen undersöktes i vilken utsträckning resultatet på CAMI-S kunde användas för att predicera resultatet på RIBS skala för framtida beteende för undersökningsgruppen, i syfte att kunna mäta om positiva attityder till personer med psykisk sjukdom är kopplat till ett mindre diskriminerande beteende i framtiden.

Kunskap om psykisk sjukdom

I den aktuella studien användes testet MAKS för att mäta kunskap om psykisk sjukdom. Resultatet visade att undersökningsgruppen hade ett medelvärde på 50,39 (SD = 3,45), vilket utifrån en jämförelse med testets maximala poäng (60) innebär god kunskap om psykisk sjukdom. För att undersöka om det fanns någon skillnad i kunskap om psykisk sjukdom mellan undersökningsgruppen och jämförelsegruppen (Hansson, 2010) genomfördes en jämförelse av gruppernas svar på skalan MAKS med Mann-Whitney's U-test (se tabell 2).

Resultatet visade att undersökningsgruppen hade signifikant högre medianvärde på MAKS än jämförelsegruppen. Effektstorleken för denna mellangruppskillnad var medelstor (se tabell 2).

Tabell 2

Undersökningsgruppens och jämförelsegruppens (Hansson, 2010) medianvärden.

	Undersökningsgrupp ^a Median	Jämförelsegrupp ^b Median	p ^c	r ^d
MAKS: Kunskap om personer med psykisk sjukdom	51	46	< 0,001	0,38
CAMI-S: Framtida interaktioner	20	19	< 0,001	0,20
CAMI-S: Rädsla och undvikande	24	23	< 0,001	0,24
CAMI-S: Öppenhet och pro-integration	22	20	< 0,001	0,21
CAMI-S: Hela skalan	80	74	< 0,001	0,32
RIBS: Intentioner till framtida interaktioner med personer med psykisk sjukdom	18	17	< 0,001	0,10

Notera. a: n för undersökningsgruppen var 362 (MAKS), 371 (CAMI-S) och 369 (RIBS).

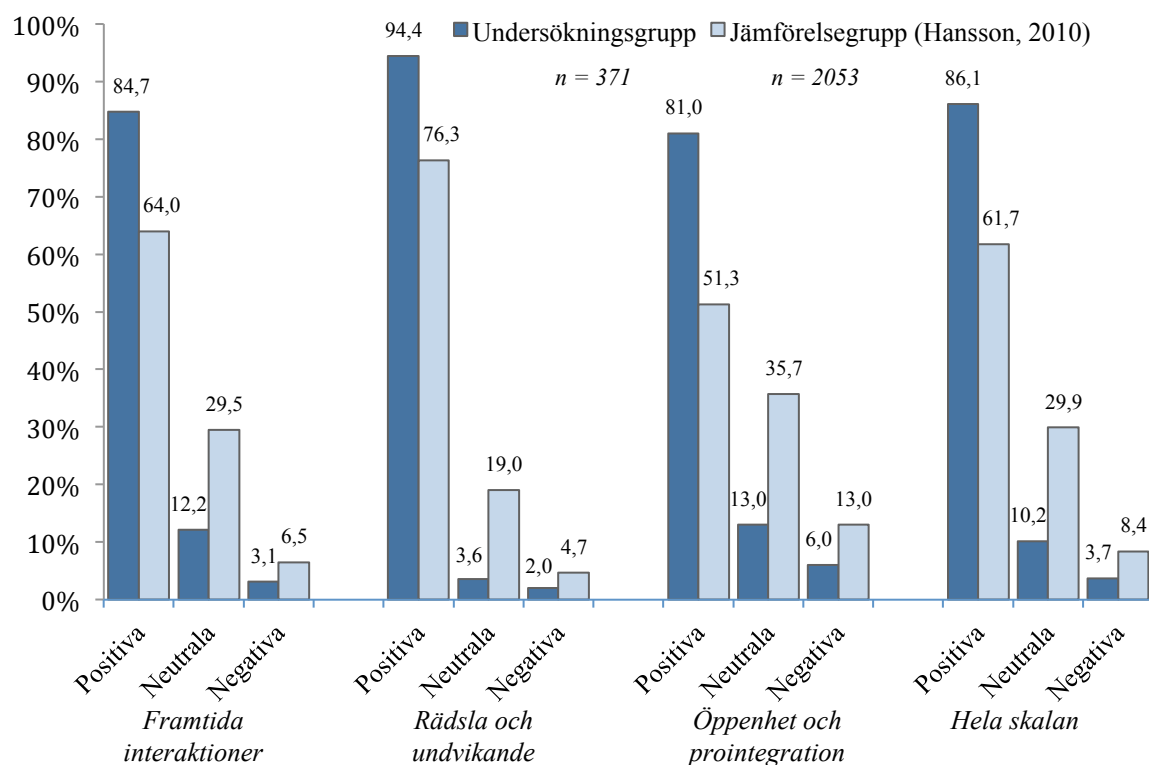
b: n för jämförelsegruppen var 2053. c: Signifikansnivå (p) enligt jämförelse med Mann-Whitney's U-test.

d: Effektstorlek beräknad med $r = Z/\sqrt{N}$, där 0,1 är liten, 0,3 är medelstor, och 0,5 är stor effektstorlek (Pallant, 2010).

Attityder till personer med psykisk sjukdom

Attityder till personer med psykisk sjukdom mättes med instrumentet CAMI-S. I figur 1 presenteras svarsfördelningen i undersökningsgruppen och jämförelsegruppen, utifrån indelningen i positiva, neutrala och negativa svar som tidigare beskrivits. I figuren framgår att respondenterna i undersökningsgruppen uppgav positiva svar på samtliga delskalor som ingår i CAMI-S.

Undersökningsgruppens resultat på CAMI-S jämfördes därefter med samma resultat för jämförelsegruppen (Hansson, 2010), detta för att undersöka om signifikant skillnad förelåg. Då grupperna var markant olika stora och då totalpoängen inte var normalfördelad för någon av grupperna genomfördes denna jämförelse med Mann-Whitney's U-test (Pallant, 2010). Resultatet från denna jämförelse presenteras i tabell 2. Signifikant skillnad förelåg mellan grupperna på samtliga delskalor på CAMI-S samt på hela skalan, vilket innebär att undersökningsgruppen höll mer positiva attityder till personer med psykisk sjukdom än jämförelsegruppen.



Figur 1. Andelen positiva, neutrala och negativa svar angivet i procent för undersökningsgruppen, bestående av psykologer och psykologstudenter, samt jämförelsegruppen, bestående av ett befolkningsrepresentativt urval (Hansson, 2010), för varje delskala samt hela skalan på CAMI-S.

Intentioner till framtida beteende gentemot personer med psykisk sjukdom

För att få en uppfattning om undersökningsgruppens inställning till framtida beteende gentemot personer med psykisk sjukdom användes instrumentet RIBS skala för framtida beteende. Resultaten visade att undersökningsgruppens medelvärde ($M = 17,54$; $SD = 2,26$) låg nära skalans maxpoäng (20), vilket innebär att gruppen i hög grad avser att i framtiden interagera med personer med psykisk sjukdom. För att undersöka om undersökningsgruppen och jämförelsegruppen (Hansson, 2010) skilde sig åt gällande intentioner till framtida beteende jämfördes gruppernas medianvärde på RIBS med Mann-Whitney's U-test. Jämförelsen visade att en signifikant skillnad fanns mellan grupperna, med en svag effektstorlek (se tabell 2). Detta innebär att respondenterna i undersökningsgruppen i något högre grad än de i jämförelsegruppen ställde sig positiva till framtida interaktioner till personer med psykisk sjukdom.

Variabler som predicerar attityder till personer med psykisk sjukdom

Multipel regressionsanalys genomfördes för att undersöka vilka variabler som hade påverkan på psykologers attityder till personer med psykisk sjukdom. Inför denna

regressionsanalys genomfördes korrelationsberäkningar för att se vilka variabler som korrelerade med CAMI-S. De variabler som undersöktes för korrelation var ålder, yrkeserfarenhet, kunskap om psykisk sjukdom samt personlig erfarenhet av psykisk sjukdom. Variabeln kön uteslöts då inga signifikanta skillnader fanns på skalan CAMI-S vid t-test mellan män och kvinnor. Då variablerna ålder och yrkeserfarenhet inte uppvisade signifikant korrelation med CAMI-S inkluderades dessa inte i regressionsanalysen, vilket innebar att endast kunskap om psykisk sjukdom och personlig erfarenhet av psykisk sjukdom ingick i analysen. Resultatet från denna återfinns i tabell 3. Personlig erfarenhet av psykisk sjukdom och kunskap om psykisk sjukdom stod tillsammans för 4,8 procent av variansen i skalan CAMI-S. Personlig erfarenhet av psykisk sjukdom predicerade enskilt 2,8 procent av variansen i CAMI-S, och kunskap om psykisk sjukdom predicerade 1,4 procent. Resultatet visar således att kunskap om psykisk sjukdom samt personlig erfarenhet av psykisk sjukdom står för en mycket liten andel förklarad varians i variabeln attityder till personer med psykisk sjukdom.

Tabell 3

Variabler som predicerar attityder till personer med psykisk sjukdom enligt multipel regressionsanalys.

Variabel	SE	B	β	r_{part}^2
Erfarenhet av psykisk sjukdom	0,47	1,5	0,17**	0,028
Kunskap om psykisk sjukdom	0,14	0,3	0,12*	0,014

Notera. R^2 adjusted = 0,048. N = 353. * p < 0,05, ** p = 0,01.

Påverkan av personlig erfarenhet på attityder till personer med psykisk sjukdom. För att ytterligare undersöka hur mängden personlig erfarenhet av psykisk sjukdom påverkade attityder till personer med psykisk sjukdom jämfördes undersökningsgruppens attityder, mätt med CAMI-S, utifrån en indelning i grupper baserat på hur många sorters erfarenheter av psykisk sjukdom de uppgett i webbformuläret. Jämförelse gjordes mellan grupperna med liten erfarenhet, medelstor erfarenhet och stor erfarenhet. Jämförelsen genomfördes med ANOVA och resultatet presenteras i tabell 4. Resultatet visade att signifikant skillnad mellan grupperna fanns på samtliga delskalor samt på hela skalan. Tukey's post hoc-test visade att fler erfarenheter av personer med psykisk sjukdom innebar mer positiva attityder till framtida interaktioner med personer med psykisk sjukdom, lägre grad av rädsla och undvikande av personer med psykisk sjukdom samt mer positiv inställning till att personer med psykisk sjukdom integreras i samhället.

Tabell 4

ANOVA och Tukey's post hoc-test på CAMI-S för grupper med olika nivåer av erfarenhet av psykisk sjukdom.

	Liten erfarenhet (n = 110)	Medelstor erfarenhet (n = 132)	Stor erfarenhet (n = 128)	F(2, 367)	p	η^2	Tukey's Post hoc
Hela skalan	M = 122,4 SD = 11,5	M = 125,7 SD = 9,6	M = 126,9 SD = 8,8	6,296	0,002	0,033	Stor erf. > Liten erf.** Medel erf. > Liten erf.**
Delskala 1	M = 30,5 SD = 3,2	M = 31,4 SD = 2,7	M = 31,6 SD = 2,8	4,404	0,013	0,023	Stor erf. > Liten erf.*
Delskala 2	M = 36,9 SD = 3,3	M = 38,0 SD = 2,4	M = 38,3 SD = 2,3	8,704	< 0,001	0,045	Stor erf. > Liten erf.*** Medel erf. > Liten erf.**
Delskala 3	M = 33,5 SD = 5,4	M = 34,6 SD = 4,5	M = 35,0 SD = 3,8	3,62	0,028	0,019	Stor erf. > Liten erf.*

Notera. Delskala 1: Framtida interaktioner, delskala 2: Rädsla och undvikande, delskala 3: Öppenhet och pro-integration. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Utbildningens påverkan. För att ytterligare undersöka hur kunskap om psykisk sjukdom påverkar attityder skapades två grupper utifrån hur lång tid de hade studerat på psykologprogrammet, detta för att undersöka psykologutbildningens påverkan på attityder till psykisk sjukdom. Av de 85 studenter som ingick i undersökningsgruppen skapades två grupper. De 40 studenter med längst kvar till sin examen bildade en grupp, och de 40 studenter som hade kortast tid kvar till sin examen bildade ytterligare en grupp. Storleken på grupperna sattes till 40 individer för att möjliggöra jämförelse med t-test (Pallant, 2010), samt för att undvika överlapp mellan grupperna. Jämförelser mellan dessa grupper med t-test visade att den grupp som hade läst längst på psykologprogrammet uppvisade mer positiva attityder på CAMI-S delskalan Öppenhet och pro-integration ($t(78) = -2,18$; $p < 0,05$, Cohen's $d = 0,49$) samt på CAMI-S helskala ($t(78) = -2,126$; $p < 0,05$, Cohen's $d = 0,48$).

Attityder predicerar framtida beteende gentemot personer med psykisk sjukdom

För att undersöka hur attityder till personer med psykisk sjukdom påverkar framtida beteende gentemot personer med psykisk sjukdom genomfördes multipel regressionsanalys med delskalorna i CAMI-S som prediktorer och RIBS skala för framtida beteende som beroende variabel. Resultatet från denna presenteras i tabell 5. Delskalan Öppenhet och pro-integration uppvisade signifikant korrelation med RIBS skala för framtida beteende ($r = 0,40$, $p < 0,001$), men uppnådde inte signifikans som enskild prediktor i prediktionsmodellen. Delskalan Framtida interaktioner förklarade 11 procent av variansen i RIBS skala för framtida beteende, medan delskalan Rädsla och undvikande förklarade 2,3 procent. Dessa procentsatser beskriver den unika förklarade variansen som vardera variabel bidrar med. Tillsammans förklarade de tre delskalorna 31,7 procent av variansen i RIBS skala för framtida beteende.

Tabell 5

Multipel regressionsanalys för delskalor i CAMI-S som predicerar inställning till framtida beteende gentemot personer med psykisk sjukdom.

Delskala	SE	B	β	r_{part}^2
1. Framtida interaktioner	0,039	0,3	0,392***	0,11
2. Rädsla och undvikande	0,045	0,158	0,192***	0,023
3. Öppenhet och pro-integration	0,028	0,044	0,90 (n.s.)	0,005

Notera. R^2 adjusted = 0,317. N = 353. *** p = 0,001.

Resultatsammanfattning

Resultaten från den genomförda studien visade att psykologer har en låg nivå av stigmatisering av personer med psykisk sjukdom och att denna nivå är signifikant lägre än vad den är för den övriga befolkningen. Högre kunskap om psykisk sjukdom samt större personlig erfarenhet av psykisk sjukdom visade sig vara faktorer som bidrar till lägre stigmatisering, om än i begränsad utsträckning. Resultaten tydde även på att positiva attityder till personer med psykisk sjukdom är kopplat till mindre diskriminerande beteende gentemot dessa.

Diskussion

Resultatdiskussion

Det huvudsakliga syftet med den aktuella studien var att undersöka psykologers stigmatisering av personer med psykisk sjukdom och jämföra denna med ett befolkningsrepresentativt stickprov. Undersökningen gjordes genom en mätning av de tre faktorerna kunskap om psykisk sjukdom, attityder till personer med psykisk sjukdom samt avsikt att i framtiden interagera med personer med psykisk sjukdom. Detta i enlighet med den i studien använda uppdelningen av stigmatisering som bestående kunskap, attityder och beteende (Thornicroft et al., 2007). Då inga normdata fanns tillgänglig för de test som användes i studien diskuteras resultaten främst utifrån de jämförelser som genomförts i den aktuella studien. De jämförelser som görs med tidigare forskningsresultat är mindre tillförlitliga då dessa genomförts under andra förhållanden och med annan operationalisering av relevanta begrepp (Schulze, 2007; Wahl & Aroesty-Cohen, 2010).

Psykologer har en låg nivå av stigmatisering av personer med psykisk sjukdom.

Resultaten från de deskriptiva analyserna visade att psykologer hade goda kunskaper om psykisk sjukdom, vilket är ett rimligt resultat med tanke på att yrkesgruppen har en hög nivå av utbildning inom området. Resultaten visade även att psykologer primärt höll positiva

attityder till personer med psykisk sjukdom. Resultaten gällde samtliga delskalor i testet CAMI-S (se figur 1), vilket innebär att 84,7 procent av respondenterna var positivt inställda till att i framtiden interagera med personer med psykisk sjukdom, att endast två procent gav uttryck för rädsla för och undvikande gentemot personer med psykisk sjukdom samt att 81 procent var positivt inställda till integration av personer med psykisk sjukdom i samhället. Gällande den tredje komponenten enligt den använda definitionen av begreppet stigma - diskriminering eller framtida beteende - visade resultaten att psykologer hade en icke-diskriminerande inställning till framtida beteende, detta utifrån skalan för framtida beteende i RIBS som avser mäta intention till framtida interaktion.

Därmed tyder det samlade resultaten från studiens tre mätinstrument MAKS, CAMI-S och RIBS på att psykologer som grupp har god kunskap om psykisk sjukdom, håller positiva attityder till personer med psykisk sjukdom samt har en positiv inställning till framtida interaktioner med personer med psykisk sjukdom. Sammantaget kan det ses som en låg grad av stigmatisering, vilket stämmer överens med resultat från tidigare forskning som har visat att psykologer, i förhållande till andra professionella grupper, har positiva attityder till personer med psykisk sjukdom (Jorm et al., 1999; Lauber et al., 2006). Utifrån detta kan det antas, men inte förutsättas, att psykologer i sitt yrkesutövande bemöter personer med psykisk sjukdom på ett icke-stigmatiserande sätt och på så sätt bidrar till att minska det stigma som är förknippat med tillståndet. Vidare ger resultaten stöd för tesen att ökad kunskap om psykisk sjukdom leder till mer positiva attityder, något som ger implikationer för framtida interventioner som ämnar minska stigma kring psykisk sjukdom.

Psykologer har lägre nivå av stigmatisering än den övriga befolkningen. Jämförelse gjordes sedan mellan psykologerna i undersökningsgruppen och ett befolkningsrepresentativt stickprov gällande attityder till personer med psykisk sjukdom, mätt med CAMI-S. Resultaten visade att psykologer hade signifikant mer positiva attityder (se tabell 2). Skillnaderna som återfanns var dock små, vilket indikerades av de effektstorlekar som framkom ($r = 0,20 - 0,32$); den skillnad som fanns i resultaten kan således inte sägas vara en skillnad mellan positiva och negativa attityder, utan snarare mellan gradskillnader av positiva attityder. Den lilla, men signifikanta, skillnad som dock återfanns ligger i linje med tidigare forskning som har visat att skillnaderna mellan allmänbefolkningens och professionellas attityder är små och att professionella håller mer positiva attityder (Jorm et al., 1999; Lauber et al., 2006; Schulze, 2007). Resultatet är därför inte förvånande, särskilt då psykologer får anses vara en yrkesgrupp som i hög utsträckning behöver ta hänsyn till faktorer som etiskt förhållningssätt och icke-diskriminerande bemötande. Även jämfört med tidigare studier som

använt sig av CAMI-S för att undersöka allmänhetens attityder till personer med psykisk sjukdom hade respondenterna i den aktuella studien mer positiva attityder (Högberg et al., 2012).

Resultaten från förevarande studie motsäger därmed också den forskning som i motsats till ovan nämnda studier indikerar att professionella inom psykiatri har mer negativa attityder jämfört med allmänheten (Schulze, 2007). Skillnaden i resultat mellan dessa studier och den aktuella studien kan bero på faktiska skillnader mellan olika populationer, men kan eventuellt också förklaras av att olika operationaliseringar av begrepp som attityder och stigma använts. En del av dessa studier har exempelvis operationaliserat attityder som föreställningar om prognos och behandlingsbarhet, något som kan ge upphov till så kallad *physician's bias*, vilket innebär att professionella som i sitt arbete övervägande möter personer med allvarlig psykisk sjukdom uppskattar prognos och behandlingsbarhet på ett sätt som återspeglar deras erfarenheter. Detta kan leda till mer negativa uppskattningar som i studien tolkas som negativa attityder (Jorm et al., 1999; Magliano et al., 2004; Thornicroft, 2006).

Den skillnad som återfanns mellan psykologer och allmänhet gällande attityder till personer med psykisk sjukdom kan tänkas bero på ett flertal olika faktorer. Sett till att ökad kunskap har visat sig leda till mer positiva attityder (Arvaniti et al., 2009; Gray, 2002; Yamauchi et al. 2010) kan psykologers mer positiva attityder ha sin förklaring i att samtliga har genomgått utbildning inom psykopatologi och psykiatri och därigenom ökat sin kunskap om psykisk sjukdom. Denna tes stärks av att resultaten i den aktuella studien visade att studenter som var närmre sin psykologexamen hade mer positiva attityder än de som var i början av sin utbildning. Det skulle därför kunna tänkas att den ökning i kunskap som psykologprogrammet ger leder till mer positiva attityder gentemot personer med psykisk sjukdom, något som stämmer överens med den forskning som visat att utbildning inom psykopatologi och psykiatri leder till mer positiva attityder (Arvaniti, et al., 2009; Gray, 2002; Yamauchi et al. 2010). Det är även möjligt att andra faktorer som är kopplade till psykologers utbildning existerar, exempelvis att en yrkesspecifik värdegrund som omfattar mer positiva attityder till personer med psykisk sjukdom förvärvas under utbildningen.

Faktorer som påverkar psykologers attityder till personer med psykisk sjukdom.

Endast två av de undersökta prediktorvariablerna visade sig efter regressionsanalys ha påverkan på attityder till personer med psykisk sjukdom (se tabell 3). Den första variabeln var personlig erfarenhet av psykisk sjukdom, exempelvis i form av att ha erfarenhet av egen psykisk sjukdom eller en vän med psykisk sjukdom. Detta resultat stämmer överens med

tidigare forskning (Alexander & Link, 2003; Angermayer & Dietrich, 2006; Arvaniti et al., 2009; Corrigan, Green, Lundin, Kubiak, & Penn, 2001; Korzun et al., 2012; Roth, Antony, Kerr, & Downie, 2000). Den andra prediktorvariabeln var kunskap om psykisk sjukdom, även det i enlighet med tidigare forskning (Evans-Lacko et al., 2010; Evans-Lacko et al., 2011; Thornicroft, 2006; Thornicroft et al., 2007). Andelen varians som dessa prediktorvariabler förklarade var dock mycket liten (4,8 %), vilket innebär att erfarenhet av psykisk sjukdom och kunskap om psykiska sjukdomar predicerar attityder till personer med psykisk sjukdom i mycket liten utsträckning. Då andelen oförklarad varians är mycket stor i denna prediktionsmodell kan det antas att ett antal variabler som inte ingick i den aktuella studien påverkar attityder på ett signifikant sätt. Det kan också tänkas att de test som användes för att mäta de aktuella variablerna inte hade tillräckligt goda psykometriska egenskaper och på grund av detta inte lyckades differentiera tillräckligt väl i prediktorvariablerna. Bristande validitet i prediktorvariablerna skulle kunna leda till att den uppmätta andelen förklarad varians inte motsvarar det faktiska förhållandet mellan variablerna.

Erfarenhet av psykisk sjukdom. För att undersöka på vilket sätt den personliga erfarenheten påverkar attityder till personer med psykisk sjukdom konstruerades en variabel genom att antalet angivna sorters erfarenheter adderades till en summa som syftade till att indikera mängd personlig erfarenhet. Ett sådant förfarande är behäftat med vissa brister. Ingen hänsyn tas till kvaliteten på kontakten, inte heller längden. Att ha växt upp med en familjemedlem med en psykisk sjukdom tillmäts samma värde som att ha haft en bekant med psykisk sjukdom, eller att ha arbetat med någon som haft en psykisk sjukdom. Bakom en sorts angiven erfarenhet kan också flera skilda erfarenheter döljas, till exempel kan flera familjemedlemmar haft psykisk sjukdom. Att kvantifiera erfarenhet på detta sätt är en vansklig, men nödvändig, operation om statistiska beräkningar ska kunna genomföras. Trots dessa brister tyder de aktuella resultaten på att de personer som har störst mängd erfarenhet också är de som håller de mest positiva attityderna; signifikant skillnad mellan grupperna fanns på hela CAMI-S och på samtliga av testets delskalor, med små till medelstora effektstorlekar ($\eta^2 = 0,019 - 0,045$). Detta stämmer överens med den forskning som har visat att erfarenhet av psykisk sjukdom är förknippat med mer positiva attityder (Alexander & Link, 2003; Angermayer & Dietrich, 2006; Arvaniti et al., 2009; Corrigan et al., 2001; Korzun et al., 2012; Roth et al., 2000). Utifrån bristerna i operationaliseringen av begreppet erfarenhet av psykisk sjukdom skall dock tolkning av dessa resultat göras med försiktighet.

En möjlig alternativ förklaring till sambandet mellan högre antal personliga erfarenheter och mer positiva attityder är att personer som har en mer positiv inställning till personer med psykisk sjukdom är mer benägna att uppmärksamma och erkänna psykisk sjukdom hos personer i deras omgivning, vilket orsakat att de uppgett ett högre antal personliga erfarenheter.

Yrkeserfarenhet. Vidare undersöktes även psykologers erfarenhet i form av antal år i yrket. Resultaten visade dock inte något samband mellan antal yrkesverksamma år och mer positiva attityder, vilket motsäger teorin om att fler kontakter med personer med psykisk sjukdom leder till mer positiva attityder, förutsatt att större antal yrkesverksamma år innebär större erfarenhet av psykisk sjukdom. Tidigare forskning har gett motstridiga resultat gällande yrkeserfarenhetens påverkan på attityder, då studier har visat på både negativt och positivt samband mellan de två variablerna (Björkman et al., 2008; Roth et al., 2000; Tay et al., 2004). Resultaten från den aktuella studien kan antingen bero på att yrkeserfarenhet faktiskt inte påverkar psykologers attityder till personer med psykisk sjukdom. Alternativt beror resultaten på den beskurna spridningen som fanns i resultaten från CAMI-S, något som riskerar att ett förhållande som finns i populationen inte återfinns i resultaten, ett så kallat typ II-fel (Shadish, Cook, & Campbell, 2002).

Kunskap om psykisk sjukdom. I den aktuella studien operationaliserades kunskap om psykisk sjukdom som poäng på testet MAKS (Evans-Lacko et al., 2010). Den påverkan som kunskap om psykisk sjukdom hade på attityder till personer med psykisk sjukdom var i den aktuella studiens resultat liten (se tabell 3), men indikerade att högre kunskap är förknippat med mer positiva attityder. Detta ligger i linje med den forskning som menar att ökad kunskap leder till mer positiva attityder (Evans-Lacko et al., 2010; Evans-Lacko et al., 2011; Thornicroft, 2006; Thornicroft et al., 2007).

Ålder. Tidigare forskning har visat att ålder påverkar attityder, där exempelvis Nordt et al. (2006) har visat att yngre har mer negativa attityder till personer med psykisk sjukdom. I den aktuella studiens resultat fanns dock inget samband mellan ålder och attityder, vilket alltså inte stämmer överens med tidigare forskning. Detta kan tänkas bero på den beskurna spridningen i resultaten på testet som avsåg mäta attityder. En sådan beskuren spridning ökar risken för så kallat typ-II-fel (Shadish et al., 2002).

Positiva attityder är kopplat till mindre diskriminerande beteende.

Regressionsanalysen som genomfördes för att undersöka vilken påverkan attityder har på framtida beteende visade att de tre analyserade delskalorna från CAMI-S (Framtida beteende, Rädsla och undvikande samt Öppenhet och pro-integration) förklarade 31,7 procent av

variansen i skalan för framtida beteende, där delskalan Framtida beteende stod för störst andel förklarad varians (se tabell 5). Viktigt att ta i beaktande är dock att påståendena i den delskalan rör just intention till framtida interaktioner med personer med psykisk sjukdom, varför det är högst rimligt att den delskalan var den starkaste prediktorn. Resultaten visar dock på att ett samband mellan attityder och framtida beteende finns, varför det är viktigt att arbeta för att förbättra både allmänhetens och professionellas attityder till personer med psykisk sjukdom. På så sätt kan den diskriminering som dessa personer möter minska, något som kommer både individ och samhälle till gagn.

Slutligen är det också av vikt att ha i åtanke att diskriminering är en del av stigmatisering och inte nödvändigtvis en direkt följd av attityder, även om exempelvis Thornicroft et al. (2007) menar att attityder i form av fördomar kan predicera diskriminering. Resultaten från den aktuella studien indikerade i linje med detta att attityder till personer med psykisk sjukdom påverkar diskriminering på ett sätt som ger att mer positiva attityder leder till mindre diskriminering. Studiens design tillät dock inte att några definitiva slutsatser kring kausalitet drogs, vilket innebär att alla tolkningar av orsakssamband är hypotetiska.

Metoddiskussion

Urval. Den aktuella studiens stickprov skapades genom ett bekvämlighetsurval där endast de legitimerade psykologer som tog del av Psykologförbundets nyhetsbrev samt informationstexten på Facebook gavs möjlighet att delta. Av gruppen psykologstudenter nåddes enbart de som antingen erhållit information om studien via ovanstående rekrytering, eller som tagit del av den information som gavs till två kursgrupper vid Lunds universitets psykologprogram. Denna rekryteringsmetod innebar möjlighet att nå ut till en mycket stor del av populationen, men innebar också begränsningar då ingen kontroll fanns över vilka som valde eller hade möjlighet att delta i studien. Inga möjligheter att jämföra undersökningsgruppens demografiska karaktäristika med populationens fanns heller då sådan data inte fanns tillgänglig. Dessa faktorer innebar att det inte gick att säkerställa i vilken utsträckning resultaten är generaliserbara till populationen.

Utifrån information som erhöles genom personlig kontakt med Susanne Bertman på Sveriges psykologförbund (personlig kommunikation, 2012-10-23) beräknades att av de 10.140 medlemmar som förbundet hade vid tiden för studien så ingick 3,7 procent i studiens stickprov. Det är dock möjligt att vissa av de psykologstudenter som deltog i studien inte är medlemmar i förbundet. På grund av att en så pass liten del av Sveriges psykologer deltog i studien bör generalisering utifrån studiens resultat göras med försiktighet.

Tänkbart är att de psykologer som valde att delta i studien hade ett större intresse för frågor rörande stigmatisering av personer med psykisk sjukdom och att de även hade mer positiva attityder än urvalspopulationen, något som skulle innebära en bias i resultaten. Av denna anledning bör resultaten tolkas med försiktighet.

Bortfall. I samband med att länken till webbenkäten distribuerades via Sveriges psykologförbunds elektroniska nyhetsbrev inkom ett flertal synpunkter angående enkäten och dess utformning. Flera personer vände sig emot vad de ansåg var en snedvriden och ensidig definition av psykoterapi, som i ett av testen definieras som "t ex kognitiv terapi eller stödsamtal". Denna definition är inte samstämmig med hur psykoterapi vanligen definieras och negligerar också flera former av psykoterapi. Formuleringen var dock i enlighet med det ursprungsmaterial som erhöles från Hansson (2010) och som användes i den befolkningsundersökning som ligger till grund för den aktuella studiens jämförelsematerial. Genom att använda samma definitioner och formuleringar som i ursprungsmaterialet ökade möjligheten att jämföra resultaten från de två undersökningarna. Av denna anledning behölls samtliga ursprungliga formuleringar i enkäten, inklusive definitionen av psykoterapi. Då denna definition ifrågasattes av ett antal respondenter är det möjligt att den, och andra liknande definitioner, kan ha lett till att vissa respondenter valde att avbryta studien. Det interna bortfallet bedömdes som slumpmässigt då inga tendenser till systematik kunde skönjas vid jämförelse av sociodemografiska faktorer mellan studiens stickprov och det interna bortfallet (se bilaga C). Studiens design innebar att en fullständig bortfallsanalys inte kunde genomföras.

Instrumentens tillförlitlighet. De instrument som användes i studien har tidigare uppvisat god reliabilitet, vilket innebär att de hade god intern konsistens (Evans-Lacko et al., 2010; Evans-Lacko et al., 2011; Högberg et al., 2012; Shadish et al., 2002). Den analys som gjordes av instrumentens tillförlitlighet utifrån den aktuella studiens data visade att god intern konsistens förelåg på samtliga test och delskalor förutom för MAKS ($\alpha = 0,275$) samt delskalan Inställning till samhällsbaserad psykiatri ur CAMI-S ($\alpha = 0,445$). Delskalan inställning till samhällsbaserad psykiatri togs bort ur analyser som gjordes på delskalenivå på grund av detta låga alpha-värde. Då inget annat instrument gav ett mått på kunskap behölls dock MAKS i analyserna, trots att alpha-värdet egentligen var oacceptabelt lågt. På grund av den låga interna konsistensen bör mycket stor försiktighet iaktas då resultat från detta test tolkas.

Instrumentens validitet har, författarna veterligen, dock inte undersökts. Detta innebär ett potentiellt hot mot studiens begreppsvaliditet (Shadish, 2002). Då psykisk sjukdom inte

definieras tydligt i de använda instrumenten finns en risk att respondenterna har utgått från olika begreppsdefinitioner då de fyllt i enkäten och således svarat utifrån olika psykiatriska diagnoser, vilka är associerade med olika nivåer av stigma (Mann & Himelein, 2004; Jorm et al., 1999). Enligt Gray (2002) framkallar undersökningar som refererar till personer med psykisk sjukdom som generell grupp attityder som snarast är kopplade till allvarliga psykoser. En sådan otydlig begreppsdefinition är även det ett hot mot studiens begreppsvaliditet.

Påståendena i MAKS och CAMI-S var formulerade på ett sätt som kan ha gett upphov till problematisering av begreppen som ingår i testet, exempelvis påståendet "Psykisk sjukdom är en sjukdom som vilken annan sjukdom som helst" ur CAMI-S. Full poäng på det påståendet ges vid svaret "Håller helt med". Att istället svara "Tar i viss mån avstånd från" ger lägre poäng och tolkas sedan som mer negativa attityder till personer med psykisk sjukdom. Detta är bara ett exempel, men visar på svårigheten att mäta attityder med en enkät. Om ett problematiserande tolkas som negativa attityder innebär det att det som mäts med instrumentet inte är det som avses att mätas, vilket är ett hot mot begreppsvaliditeten (Shadish et al., 2002). Liknande problem fanns gällande samtliga instrument i studien. Ytterligare exempel på detta är formuleringar som används i MAKS, där ett påstående är "Läkemedel kan vara en effektiv behandling för människor med psykiska problem". För full poäng på detta påstående krävs att respondenten svarar "Håller med fullständigt". På liknande sätt är flera påståenden formulerade på ett sätt som ger upphov till tyckande snarare än faktiskt kunnande, exempelvis genom att det i testets instruktioner står att respondenten ska svara om han eller hon "tycker att [följande] ... är en form av psykisk sjukdom". Detta är exempel på egenskaper hos testet som gör att dess validitet med fog kan ifrågasättas, vilket betyder att resultat från testet ska tolkas med yttersta försiktighet.

Ytterligare ett problem var de delskalor som, enligt den faktoranalys genomförd av Högberg et al. (2012), ingick i CAMI-S. De påståendena som ingick i vardera delskala visade ingen uppenbar samhörighet med varandra, vilket innebär att testets uppenbara validitet (*face validity*) kan anses vara låg (Hogan, 2007). Med tanke på den faktoranalys som lett fram till den aktuella indelningen finns det anledning att anta att de olika delskalorna mäter olika underliggande konstrukt, men deras exakta teoretiska korrelat går inte att skönja utifrån påståendenas formulering.

Då framtida beteende inte är möjligt att mäta operationaliserades det i studien som intention till framtida interaktioner, mätt med skalans framtida beteende i RIBS. Skalans prediktiva validitet, alltså hur pass väl det förutsäger framtida beteende (Hansagi & Allebeck,

1998), är okänd då inga studier har undersökt detta samband. Enligt Link et al. (2004) innebär det ett eventuellt hot mot validiteten att mäta faktiskt beteende genom att ställa frågor om intentioner till framtida beteenden, i synnerhet då okända omständigheter och faktorer kan påverka beteendet i en framtida situation. Det kan således tänkas att framtida beteende, som mätt med skalan för framtida beteende i RIBS, snarare mäter en aspekt av attityder än ger en uppskattning av senare diskriminering.

Beskuren spridning och takeffekt. Ett problem som syntes i resultaten från samtliga instrument var en så kallad takeffekt, vilket innebär att alla respondenter tenderade att ha mycket höga poäng och att samtliga värden befann sig inom en begränsad räckvidd. En sådan beskuren spridning, eller restriction of range, innebär ett hot mot den statistiska validiteten (Shadish et al., 2002). Det riskerar även att leda till typ II-fel genom att takeffekten har en förminsande kraft på effektstorlekarna. Vissa samband som återfinns i populationen kan alltså ha missats i studien på grund av denna brist i instrumenten.

Det finns ett antal tänkbara orsaker till dessa effekter. Gällande MAKS kan respondenternas kunskap inom området psykisk sjukdom gjort att testet inte förmådde diskriminera mellan dem på ett fullgott sätt, detta då MAKS inte är specifikt utformat för användande på populationer med stor kunskap inom psykopatologi (Evans-Lacko et al., 2010). Den beskurna spridningen och den tydliga takeffekten tyder också på att matchningen mellan testets räckvidd och respondenternas kunskap om psykiska sjukdomar inte var optimal.

Ytterligare en tänkbar orsak till takeffekterna är påverkan av social önskvärdhet. Social önskvärdhet innebär att respondenten svarar på ett sätt som anses som socialt gångbart, exempelvis för att framställa sig som välvillig och snäll (Hogan, 2007). Då ingen kontroll för social önskvärdhet har genomförts i den aktuella studien är det inte möjligt att uttala sig om i vilken utsträckning svaren har påverkats av en sådan effekt. Det är dock något som är viktigt att ha i åtanke när tolkning av resultaten görs. Social önskvärdhet som en påverkande faktor vid mätandet av stigmatisering har diskuterats i tidigare studier som använt samma eller liknande skalor som den aktuella studien (Evans-Lacko et al., 2010; Evans-Lacko et al., 2011; Smith & Cashwell, 2010). Evans-Lacko et al. (2011) menade att det är svårt att mäta i vilken utsträckning social önskvärdhet påverkar svaren som ges, men att den ökade anonymiteten som en internetbaserad enkät innebär kan leda till att effekten av social önskvärdhet minskas något. Hinshaw et al. (2008) menade att förekomsten av social önskvärdhet ytterligare sänker validiteten i de mätinstrument som används för att mäta stigmatisering, vilka redan lider av låg validitet då de mäter implicita faktorer som emotioner

och attityder med explicita metoder. Det är sannolikt att social önskvärdhet i någon mån förändrade respondenternas svar i den aktuella studien, vilket gör att resultaten bör tolkas med försiktighet.

Förslag på framtida forskning. Trots att den aktuella studien visar att både psykologer och den övriga befolkningen har en låg grad av stigmatisering gentemot personer med psykisk sjukdom fortsätter stigma att vara ett problem för de drabbade personerna. Det är därför möjligt att studier som undersöker stigma genom att fokusera på isolerade delar av fenomenet missar målet, möjligen som en följd av bristande validitet i de mätmetoder som används. Utan en tydlig definition och operationalisering av den verksamma komponenten av exempelvis attityder går det inte att genomföra valida mätningar. Social önskvärdhet är ett ytterligare problem, där det finns en risk för att det förekommer stora skillnader mellan att i en undersökning uppge låg grad av stigmatisering och att i vardagssituationer tänka och bete sig på ett sätt som motverkar stigma. Kanske är fenomenet som stigmatisering och attityder alltför flyktiga och svårfångade för att studeras under den lupp som den aktuella studien använt sig av.

Den aktuella studien undersökte svenska psykologers attityder till personer med psykisk sjukdom genom att undersöka kunskap, attityder och beteende. Studien avsåg inte att undersöka faktisk diskriminering genom att studera beteende riktat mot personer med psykisk sjukdom. Det vore därför av intresse att på ett mer genomgripande sätt undersöka sambandet mellan attityder till personer med psykisk sjukdom och diskriminering. Undersökning av de stigmatiserades upplevelser skulle också bidra till en mer komplett bild av professionellas stigmatisering och skulle med fördel kunna undersökas med kvalitativa metoder.

Då de i studien undersökta variablerna endast förklarade 4,8 procent av variansen i resultatet på det test som avsåg mäta attityder är möjligt att psykologers mer positiva inställning till personer med psykisk sjukdom orsakas av faktorer som inte omfattas av den aktuella studien. En sådan skulle till exempel kunna beröra kulturella och värderingsmässiga egenskaper hos de socioekonomiska grupper som de som väljer att bli psykolog tillhör, eller en yrkeskårsspecifik värdegrund som förvärvas vid utbildningen. Det skulle således troligen vara givande att genom ytterligare forskning identifiera fler faktorer som påverkar stigmatisering än de som användes i studien.

Då psykologer har en stor kunskap om olika psykiatriska diagnoser är det sannolikt att de håller olika attityder gentemot olika diagnoser och patientgrupper. Det skulle därför vara av intresse att i framtida undersökningar av psykologers attityder använda instrument som i

högre grad differentierar mellan olika diagnoser, eller som kanske specifikt rör en viss patientgrupp eller diagnos.

Vidare efterfrågas studier som undersöker hur den psykiatriska vården bidrar till att skapa och upprätthålla stigmat kring psykisk sjukdom, samt hur de som arbetar inom psykiatrin kan bidra till att minska stigmatisering av personer med psykisk sjukdom. Det skulle därför vara motiverat att undersöka andra yrkesgrupper inom vården som kommer i kontakt med personer med psykisk sjukdom, med liknande metoder som de som användes i den aktuella studien. Detta då psykologer endast utgör en del av de personer som en vårdsökande med psykisk sjukdom kommer i kontakt med.

Sammanfattning

Stigmatiseringen av personer med psykisk sjukdom innebär inte bara ett personligt lidande för individen, utan utgör också ett svårbestiget hinder för vårdande insatser (Rosenfield, 1997; Thornicroft, 2006). Yrkespersoner inom psykiatrin har som uppgift att genom vård och behandling minska symtom och underlätta tillvaron för de personer som drabbas av psykisk sjukdom, varför de negativa följderna av stigmatisering och diskriminering hos dessa riskerar att få större genomslagskraft. Det är därför i hög grad motiverat att undersöka och kartlägga förekomsten av stigmatisering hos dessa yrkesgrupper. Syftet med den aktuella studien var således att fokusera på stigmatisering hos psykologer, en yrkesgrupp med flera centrala funktioner inom psykiatrisk vård. Resultaten visade att psykologer stigmatiserar personer med psykisk sjukdom i låg grad. Psykologers grad av stigmatisering var också lägre jämfört med den övriga befolkningen. Kunskap om och personlig erfarenhet av psykisk sjukdom visade sig vara de faktorer som i störst utsträckning påverkade attityder till personer med psykisk sjukdom, och attityder visade sig predicera inställning till framtida interaktioner med personer med psykisk sjukdom. Detta måste dock tolkas utifrån ovanstående diskussion och instrumentens bristande validitet, vilket innebär att försiktighet måste iaktas när slutsatser dras.

Psykologer är en av de professionella grupper som möter personer med psykisk sjukdom i sitt arbete och har i många fall inverkan över den behandling som ges. Därför är dessa resultat, som ger en bild av deras grad av stigmatisering, av vikt. Framtida forskning bör vidare undersöka hur detta påverkar den psykiatriska vården och vad som behöver göras för att ytterligare minska stigmat som ofta är förknippat med psykisk sjukdom.

Referenser

- Alexander, L., & Link, B. (2003). The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health, 12*(3), 271-289. DOI: 10.1080/0963823031000118267
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*(3), 163–179. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x
- Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J., & Wahlbeck, K. (2010). Attitudes towards people with mental disorders: the psychometric characteristics of a Finnish questionnaire. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(2), 265-273. DOI: 10.1007/s00127-009-0064-y
- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., & Livaditis, M. (2009). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 44*(8), 658-665. DOI: 10.1007/s00127-008-0481-3
- Barney, L., Griffiths, K., Jorm, A., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry, 40*(1), 51-54.
- Benedetti, F., Pollo, A., Lopiano, L., Lanotte, M., Vighetti, S., & Rainero, I. (2003). Conscious expectation and unconscious conditioning in analgesic, motor, and hormonal placebo/nocebo responses. *The Journal of Neuroscience, 23*(10), 4315-4323.
- Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Science, 22*(2), 170–177.
- Corrigan, P.W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice, 5*(1), 201-222. DOI: 10.1016/S1077-7229(98)80006-0.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist, 59*(7), 614-625. DOI: 10.1037/0003-066X.59.7.614
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia bulletin, 27*(2), 219.
- 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. *Psychiatric Services, 52*(7), 953-958.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 35-53.

- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. *Journal Of Social & Clinical Psychology*, 25(8), 875-884.
- Couture, S., & Penn, D. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12(3), 291-305.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4-7. DOI: 10.1192/bjp.177.1.4
- Desforjes, D. M., Lord, C. G., Ramsey, S. L., Mason, J. A., Van Leeuwen, M. D., West, S. C., & Lepper, M. R. (1991). Effects of structured cooperative contact on changing negative attitudes toward stigmatized social groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 531-544. DOI: 10.1037/0022-3514.60.4.531
- Djurfeldt, G., Larsson, R., & Stjärnhagen, O. (2010). *Statistisk verktyglåda - Samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder* (Andra upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Eagly, A.H., & Chaiken, S. (1998). Attitude Structure and Function. In D.T. Gilbert, S.T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (4th ed., Vol. 1, pp. 269-322). New York: McGraw-Hill.
- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(7), 440-448.
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(3), 263–271. DOI:10.1017/S2045796011000308
- Fine M., & Asch, A. (1988). Disability beyond stigma: social interaction, discrimination, and activism. *Journal of Social Issues* 44(1), 3-22.
- Gaebel, W., & Baumann, A. E. (2003). Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: Experiences from the Open the Doors program in Germany. *Canadian Journal Of Psychiatry*, 48(10), 657-662.
- Goffman, E. (2007). *Stigma: Den avvikandes roll och identitet* (Matz R., Övers.). Stockholm: Nordstedts. (Originalarbete publicerat 1963).
- Gonzalés-Torres, M. A., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A., & Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members: A

- qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 14-23. DOI: 10.1007/s00127-006-0126-3.
- Gray, A. J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(2), 72-76.
- Hansagi, H., & Allebeck, P. (1998) *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård: Handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Hansson, L. (2010). *Psykisk ohälsa - kunskap, attityder, beteende. En jämförande befolkningsundersökning 2009-2010*. Opublicerat manuskript.
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2011). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, 1-7. DOI: 10.1177/0020764011423176
- Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4(1), 367-393. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245
- Hogan, T. P. (2007). *Psychological testing: A practical introduction*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 447.
- Hori, H., Richards, M., Kawamoto, Y., & Kunugi, H. (2011). Attitudes toward schizophrenia in the general population, psychiatric staff, physicians, and psychiatrist: A web-based survey in Japan. *Psychiatric Research*, 186(2-3), 183-189. doi:10.1016/j.psychres.2010.08.019
- Hugo, M. (2001). Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(5), 419-425. DOI: 10.1046/j.1351-0126.2001.00430.x
- Högberg, T., Magnusson, A., Ewertson, M., & Lütznén, K. (2008). Attitudes towards mental illness in Sweden: Adaptation and development of the community attitudes towards mental illness questionnaire. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(5), 302-310. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2008.00552.x
- Högberg, T., Magnusson, A., Lütznén, K., & Ewalds-Kvist, B. (2012). Swedish attitudes towards persons with mental illness. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(2), 86-96. DOI: 10.3109/08039488.2011.596947
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., & Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(1), 77-83. DOI:10.1046/j.1440-1614.1999.00513.x

- Kadri, N., & Sartorius, N. (2005). The global fight against the stigma of schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2(7), 597-599.
- Korszun, A., Dinos, S., Ahmed K., & Bhui K. (2012). Medical student attitudes about mental illness: does medical-school education reduce stigma? *Academic Psychiatry*, 36(3), 197-204. DOI :10.1176/appi.ap.10110159
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(429), 51-59. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x
- Link, B.G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92(6), 1461-1500.
- Link, B.G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualising stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385.
- Link, B. G., Struening E. L., Neese-Tood, S., Asmussen, S., Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621-1626.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177-190.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., & Maj, M. (2004). Beliefs About Schizophrenia in Italy: A Comparative Nationwide Survey of the General Public, Mental Health Professionals, and Patients' Relatives. *Canadian Journal Of Psychiatry*, 49(5), 322-330.
- Mann, C. E., & Himelein, M. J. (2004). Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55(2), 185-187. DOI: 10.1176/appi.ps.55.2.185
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709-714. DOI: 10.1093/schbul/sbj065
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS*. Maidenhead: Open University Press.

- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62(4), 660-672.
- Roth, D., Antony, M. M., Kerr, K. L., & Downie, F. (2000). Attitudes toward mental illness in medical students: does personal and professional experience with mental illness make a difference? *Medical Education*, 34(3), 234-236. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2000.00478.x
- Sayce, L. (1998). Stigma, discrimination and social exclusion: what's in a word. *Journal of Mental Health*, 7(4), 331-343.
- Schneider, J. W. (1988). Disability as moral experience: epilepsy and self in routine relationships. *Journal of Social Issues*, 44(1), 63-78.
- Schulze, B. (2007). Stigma and the mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155. DOI: 10.1080/09540260701278929
- Schulze, B. (2009). Mental health stigma: Expanding the focus, joining forces. *The Lancet*, 373(9661), 362-363. DOI:10.1016/S0140-6736(08)61818-8
- Shadish, W.R., Cook, T.D, & Campbell, D.T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized casual inference*. Boston: Houghton Mifflin.
- Smith, A. L., & Cashwell, C. S. (2010). Stigma and mental illness: Investigating attitudes of mental health and non-mental-health professionals and trainees. *Journal of humanistic counseling, education and development*, 49(2), 189-202. DOI: 10.1002/j.2161-1939.2010.tb00097.x
- Tay, S. E. C., Ravindran, K., Ali, M. I. A., & Rowsudeen, M. T. (2004). Nurses' attitudes toward people with mental illnesses in a psychiatric hospital in Singapore. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 42(10), 40-47.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408-415.
- Thornicroft, G., Leff, J., Warner, R., Sartorius, N., & Schulze, H. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Wahl, O. F., & Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 49-62.
- Wahl, O.F. (2012). Stigma as barrier to recovery from mental illness. *Trends in Cognitive Sciences*. 16(1), 9-10.

- Yamauchi, T., Semba T., Sudo A., Takahashi N., Nakamura H., Yoshimura K., ... Takeshima, T. (2010). Effects of psychiatric training on nursing students' attitudes towards people with mental illness in Japan. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(6), 574-579.
- Øvreeide, H. (2003). *Yrkesetik i psykologisk arbeid* (Erlandsson, A., Övers.). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga A: Stickprovets samt det interna bortfallets fördelning i frekvens och procent gällande kön, ålder och yrkesområde.

Variabel	Frekvens ^a	Procent ^a	Frekvens ^b	Procent ^b
Kön				
Man	109	29,4 %	5	12,8 %
Kvinna	259	69,8 %	33	84,6 %
Annat	3	0,8 %	1	2,6 %
Ålder				
>19	4	1,1 %	0	0 %
20-29	96	25,9 %	8	20,5 %
30-39	109	29,5 %	8	20,5 %
40-49	70	18,9 %	9	23,1 %
50-59	48	13,0 %	9	23,1 %
60-69	38	10,3 %	4	10,3 %
70<	5	1,4 %	1	2,6 %
Yrkesområde				
Pedagogisk psykologi	26	7,0 %	1	2,6 %
Klinisk psykologi	240	64,7 %	30	76,9 %
Arbets- och organisationspsykologi	20	5,4 %	1	2,6 %
Student	85	22,9 %	7	17,9 %
Totalt	371	100 %	39	100 %

Notera. a = Undersökningsgruppen, b = internt bortfall.

Bilaga B: Insamling av bakgrundsdata i webbformuläret

Ålder

Kön

- Kvinna
- Man
- Annat

Vilket år tog du/planerar du att ta din examen?

Vilken personlig erfarenhet av psykisk sjukdom har du? Om flera svarsalternativ är aktuella, klicka i samtliga dessa.

- Ingen erfarenhet
- Erfarenhet genom egen psykisk sjukdom
- Erfarenhet genom anhörigs psykiska sjukdom
- Erfarenhet genom nära väns psykiska sjukdom
- Erfarenhet genom yrkesverksamhet (t.ex. psykiatrisk behandling/utredning/vård/omsorg)
- Other:

Inom vilket område har du/har du haft din primära yrkeserfarenhet?

- Pedagogisk psykologi
- Klinisk psykologi
- Arbets- och organisationspsykologi
- Jag studerar fortfarande
- Jag är varken psykolog eller psykologstudent

Bilaga C: Mental Health Knowledge Schedule (MAKS)
PUBLICERAS EJ ELEKTRONISKT

Bilaga D: Community Attitudes Towards Mental Illness – svensk version (CAMI-S)
PUBLICERAS EJ ELEKTRONISKT

Bilaga E: Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS)

PUBLICERAS EJ ELEKTRONISKT

Bilaga F: Informationstext från webbformuläret

Attityder till personer med psykisk sjukdom

Bakgrund

Stigmatisering av personer med psykisk sjukdom är ett fenomen som trots internationella och nationella insatser fortfarande är utbrett, såväl bland allmänheten som bland professionella. Studier visar att detta riskerar att leda till en mängd negativa effekter såsom minskat socialt nätverk, svårigheter på arbetsmarknaden och depressiva symtom.

Syfte

Syftet med den här studien är att undersöka psykologers attityder till personer med psykisk sjukdom. Resultatet kommer att jämföras med resultat från tidigare befolkningsundersökningar utförda av prof. Lars Hansson vid CEPI (Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser). I den aktuella studien används samma formulär som i dessa befolkningsundersökningar.

Etik

All data kommer att behandlas konfidentiellt och inga uppgifter som kan kopplas till din person kommer att samlas in. Resultaten kommer att analyseras på gruppnivå och inga enskilda svar kommer att presenteras. Efter studiens avslutande kommer råmaterialet att makuleras. Du kan när som helst avbryta enkäten och dina svar kommer då inte att användas i undersökningen.

Formuläret tar ungefär 15 minuter att fylla i. För att resultaten ska bli så tillförlitliga som möjligt är det viktigt att du svarar uppriktigt på frågorna.

Kontakt

Denna studie görs som en del i ett examensarbete inom ramen för psykologprogrammet vid Lunds universitet. Du kan ta del av resultaten via LUP på <https://lup.lub.lu.se/luur> efter studiens avslutande. Om du har några frågor kring undersökningen är du välkommen att kontakta oss via mail: attityder2012@gmail.com

Tack för din medverkan!

Magnus Jonsson & Alexander von Schuppler
Psykologkandidater

Studiens handledare:
univ. lektor Jan-Åke Jansson (jan-ake.jansson@psychology.lu.se)