

Professionstillhörighetens påverkan

– En studie om olika professioners syn på roller i behandling av ångest

Sükran Sönmez

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan

SOPA63
Vt-14



Innehållsförteckning

1 Inledning.....	5
1.1 Problemformulering.....	5
1.2 Syfte.....	6
1.3 Frågeställningar.....	6
2 Bakgrund.....	7
2.1 Ångest.....	7
2.2 Behandlingsmetoder för ångestdiagnoser.....	7
2.2.1 Farmakologisk behandling.....	7
2.2.2 Kognitiv beteendeterapi.....	8
2.2.3 Psykoanalys och psykodynamisk terapi.....	9
2.2.4 Exponering och avslappning.....	9
2.3 Professioner.....	9
3 Tidigare forskning.....	10
3.1 Litteratursökning.....	11
3.2 Behandling och professionell roll.....	12
3.3 Behandling och ångest.....	13
3.4 Syn på yrkesidentitet.....	15
4 Teoretiska utgångspunkter.....	16
4.1 Sociala identitetsteorin.....	16
4.2 Hasenfelds teori om människobehandlande organisationer.....	18
5 Metod och material.....	19
5.1 Val av metod och förtjänster/begränsningar.....	19
5.2 Urval.....	20
5.3 Metodens tillförlitlighet.....	21
5.4 Etiska överväganden.....	22
5.5 Bearbetning av insamlat material.....	23
6 Resultat och analys.....	25
6.1 Olika perspektiv på ångest.....	25
6.2 Egna yrkesrollen.....	30
6.3 Jämförelser.....	32
7 Slutdiskussion.....	35
7.1 Beskrivelse av ångest.....	35

7.2 Syn på egen yrkesroll.....	36
7.3 Syn på likheter och skillnader.....	36
8 Litteraturlörteckning.....	38
9 Bilagor.....	43
9.1 Intervjuguide.....	43
9.2 Samtyckesblankett.....	44

Abstract

Author: Sükran Sönmez

Title: The professional affiliations impact– a study on how different professionals view roles in treatment of anxiety [translated title]

Anxiety disorder is characterized by constant and overwhelming worry and fear which can be paralyzing. The aim of this study was to explore how professionals perceive the different roles in treatment of anxiety based on the professional identity and in demarcation of other professionals. A qualitative method was used in this study. Three different in-depth interviews were conducted with one psychologist, one psychiatrist and one counselor, all experienced professionals in treatment of anxiety disorders. The social identity theory and Hasenfelds theory on human service organizations were used to analyze the empirical data. The conclusion of this study is that different professional view anxiety and roles based on their academic background and work related experience. There is a difference in the views of treating young adults with anxiety amongst the different professional groups. The aim of this study was not to draw conclusions on any professional affiliation, it is a presentation in regard to those who have been a part of this study.

Keywords: anxiety disorders, young adults, professionals, Hasenfeld, social identity

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Psykisk ohälsa är ett begrepp som diskuteras flitigt i vårt moderna samhälle, den psykiska ohälsan bland unga har visat sig bli allt sämre för varje år enligt Socialstyrelsens underlagsrapport; Psykisk ohälsa bland unga (Socialstyrelsen 2013). Studier visar att svenska unga upplever stor ångest, stress samt depression jämfört med tidigare år. Det framkom i Folkhälsorapporten att ångest, oro och rädsla har ökat mest bland unga vuxna i 20-24 års ålder (Folkhälsorapporten 2009). Med viss ovisshet vänder sig personer som lider av ångest till olika professionella för att få hjälp utan att veta om behandlingen kommer att fungera. Idag erbjuds det olika typer av behandlingar från mediciner till terapier för att reducera ångest hos människor.

I en studie beskriver Bergström (2010) hur vanlig psykisk ohälsa är; "Major depression (MD) and anxiety disorders are, along with substance abuse and impulse-control disorders, the most common forms of psychiatric illness we know affecting around 16-17 % and 24-28 % respectively of the adult population in their lifetime". Rapporten "behandling av ångestsyndrom" visar att var fjärde individ någon gång i livet kommer att drabbas av ett ångestsyndrom (SBU 2005). Det är alltså flertal individer som upplever någon form av ångestsyndrom i vårt samhälle, men det finns fortfarande en stor okunskap inom ämnet. "Trots att besvären är plågsamma och kan hindra ett normalt liv, finns det en klar risk att patienter med ångestsyndrom får fel diagnos, utreds i onödan för andra sjukdomar och erbjuds behandling som inte ger bästa möjliga effekt" (ibid.).

Som Keeley och Storch (2009) nämner i sin artikel "Anxiety disorders in youth" är ångestsyndrom en av de vanligaste kategorierna i både barns och unga vuxnas psykopatologi och de beskriver att ångestsyndromen ofta har en smärtsam, tidskrävande och försvagande natur. I sin slutsats kommer de fram till att ångestsyndromen påverkar patienternas akademiska, sociala och familjära liv.

Ett citat från Houellebecq (1999) visar tydligt hur psykisk ohälsa kan hindra och skapa lidande hos den drabbade;

Everything that could have been a source of compassion, of lust [...] has become a source of suffering and despair. Since several years I have walked side by side with a phantom that resembles me, who lives in a theoretical paradise, in close relation to the world. I have for a long time believed that I was to reunite with him. That is now all over [...]. The sense of separation is complete, I am hereafter a prisoner in myself.

Mitt intresse för psykisk ohälsa har ökat genom åren då många i min omgivning drabbats av någon form av ångestsyndrom. De flesta människor kommer någon gång i livet att beröra ämnet, vare sig det drabbar en själv eller någon anhörig (Folkhälsorapporten 2009). Idag behandlar olika professioner ångest i Sverige genom olika metoder. Ångestsyndrom är invecklade till sin natur och hanteras därmed av olika professioner inom olika människobehandlande organisationer. Det är därmed av betydelse att belysa professioner som behandlar personer med ångestsyndrom. Faktorer som arbetsplats, organisation och professionstillhörighet är sammankopplade till en yrkesidentitet. Mitt intresse för dessa professioner blev därmed aktuellt då jag ville förstå hur de olika professionerna tänker kring sin yrkesidentitet och andra professioner som behandlar ångest. Därmed har jag valt att undersöka hur olika professioner ser på ångest utifrån egen yrkesidentitet och hur de uppfattar andra yrkesidentiteters roll vid behandling av unga personer i 17-35 års ålder med ångest.

1.2 Syfte

Syftet är att belysa hur professionella utifrån sin yrkesidentitet uppfattar sin roll i behandling av unga personer med ångestdiagnos.

1.3 Frågeställningar

- Hur beskriver psykologer, psykiater och kuratorer ångest?
- Vad är psykologens, psykiaterns och kuratorns tankar kring sin egen roll i behandling av ångest?
- Vilka likheter respektive skillnader mellan roller i behandling av ångest beskriver psykologen, psykiatern och kuratorn?

2. Bakgrund

För att kunna diskutera hur olika yrkesidentiteter beskriver ångest och ser på sin egen roll i förhållande till andra professioner vid behandling av ångest måste vi förstå syndromet först. I detta kapitel kommer jag att resonera kring begreppet ångest samt specificera olika typer av behandlingar. Jag kommer sedan att skriva om tidigare forskning inom ämnet samt ta upp vissa begreppsdefinitioner.

2.1 Ångest

Ångestsyndrom innebär att flera symtom på ångest förekommer samtidigt på ett visst sätt och med en viss varaktighet. Dessa symtom kan vara hjärklappningar, andnöd, darrningar, överklighetskänslor och bland annat svettningar (Milrod 2008). Med hjälp av hjärnan kan vi därmed föreställa oss ett hot eller en utmanande situation som egentligen inte finns och som kanske aldrig kommer att äga rum, men kroppen reagerar ändå på hjärnans alarm (Angelöw 1999). Vi människor reagerar olika på samma situationer. En del reagerar knappt, medan andra rör upp himmel och jord. Vissa personer kan fortsätta i hög hastighet under lång tid, medan andra helt enkelt blir kroppsligt sjuka (ibid.). Leahy (2008) menar att det är många olika faktorer samverkar till att det kan bli så olika och på senare år har man kunnat lägga till både genetisk och biologisk sårbarhet till dessa.

2.2 Behandlingsmetoder för ångestdiagnoser

I detta kapitel kommer behandlingsmetoder som används i Sverige att presenteras. Jag har valt att använda mig av SBU:s rapport "Behandling av ångestsyndrom" (2005) som redovisar behandlingar med evidensbaserad effekt. SBU står för Statens beredning för medicinsk utvärdering och är en statlig myndighet som utvärderar sjukvårdens metoder. SBU analyserar nytta och kostnader för olika medicinska metoder och jämför vetenskapens ståndpunkt med svensk vårdpraxis (ibid.). Sedan har jag kompletterat med ytterligare information om varje behandlingsmetod.

2.2.1 Farmakologisk behandling

De mediciner som används för att behandla ångestsyndrom är bensodiazepiner och antidepressiva läkemedel. Fördelen med bensodiazepiner är att de har en väldokumenterad effekt vid olika tillstånd (SBU 2005). Nackdelarna är att patienter har stor risk att bli beroende samtidigt som de kan uppleva symtom som störningar i lukt- och känselsinnet, förvirring, domningar, yrsel. Det negativa med denna typ av läkemedel är även att ångesten återkommer efter en tids behandling, oftast starkare än före behandlingen (Ashton 2005). För att behandla ångestsyndrom kan antidepressiva läkemedel som SSRI (ökning av serotonin) eller SNRI (ökar halten av både serotonin och noradrenalin) användas (SBU 2005). Nackdelen med antidepressiva läkemedel är att patienter som glömmet att ta sin medicin får stora problematiska symtom. Detta förekommer även om mediciner avbryts snabbt. Typiskt för sådana symtom är yrsel, huvudvärk, krypningar i kroppen och generell sjukdomskänsla. Enligt Grip (2003) är det viktigt att komma ihåg att de symtom som uppkommer vid avslutandet av medicinen, inte betyder att de ursprungliga sjukdomsbesvären har kommit tillbaka. Hos deprimerade ungdomar som behandlas med SSRI läkemedel har man sett en ökad förekomst av självskadande beteende och självmordsbeteende. Ökningen är mycket liten i jämförelse med placebo; ungdomar som i läkemedelsstudier fått överksam tablett istället för läkemedel (Läkemedelsverket 2007).

2.2.2 Kognitiv beteendeterapi (KBT)

KBT utgår ifrån helheten genom att kartlägga klientens omgivning, tankar, beteenden, känslor och fysiologi för att med det som utgångspunkt arbeta för en förändring (Larsson & Wisung 2005; Oestrich 2003). Det innebär också att fokus i första hand är på nuet, snarare än på det förflutna (Öst 2006). "Behandling går ut på att korrigera missförstånd, omstrukturera destruktiva tankeprocesser och lära sig nya attityder och antaganden" (Oestrich 2003). Målet med KBT är att förändra tanke och beteendemönster i syfte att bättre kunna hantera känslomässiga problem. Internetbaserad KBT terapi innebär är att personer med bland annat ångestsyndrom får kognitiv beteendeterapi förmedlad via nätet. Programmet är

ofta upplagt i olika avsnitt som innehåller information och läxor (Bergström 2010).

2.2.3. Psykoanalys och psykodynamisk terapi

I psykodynamisk terapi är relationen mellan klient och behandlare mycket betydelsefull. Psykodynamisk psykoterapi sker oftast genom samtal en gång i veckan och kan variera från terapi på flera år till terapier som sker på 10-20 sessioner (Milrod 2008). Genom att klienten blir medveten om sina egna mönster kan de uppfatta dessa för att sedan kunna förändra sina mönster till mer användbara livsmönster. Flera kliniska studier visar att patienter upplever en bred omfattning av känslor under en panikattack i form av bland annat förödmjukelse eller förlorad kontroll (ibid.). Terapier som baseras på psykodynamiska teorier har dock studerats mycket lite vid ångestsyndrom (SBU 2005). I psykoanalys träffar klienten en analytiker 3-5 gånger i veckan under flera års tid. Målet för psykoanalytisk behandling handlar inte om att reducera symtom av ångestsyndrom utan mer om självinsikt och en genomgripande förändring i personligheten (Bering & Merete 1990).

2.2.4 Exponering och avslappning

Vissa beteendeterapeutiska metoder som exponering och avslappning kan vara en typ av behandling vid ångestsyndrom (Almén 2007). Exponering innebär att patienten utsätter sig för den situation hen känner rädsla och ångest för. Denna exponering kan ske stegvis eller direkt. Meningen med behandlingen är att patienten ska klara av att uthärda sin rädsla utan att fly (Milrod 2008). Avslappning kan bland annat ske i form av massage eller meditation (Almén 2007).

2.3 Professioner

Psykolog: Psykologer utreder, diagnostiserar och behandlar psykiska problem och sjukdomar och har i syfte att förebygga psykisk ohälsa. De utbildas inom psykologprogrammet som innehåller både teori och praktik (Arbetsförmedlingen 2013). Psykologi är kunskapen om människans handlingar, tankar, känslor (Holmqvist & Philips 2008). Psykologer har även en grundläggande

psykoterapiutbildning i sin utbildning då de under handledning lär sig att behandla olika psykiska störningar och besvär. Psykologer och psykiater är därmed behöriga för att vidareutbilda sig till legitimerade psykoterapeuter genom sin utbildning (ibid.). Även kuratorer kan utbilda sig till psykoterapeut med skillnaden att de måste läsa en grundläggande psykoterapiutbildning innan de kan vidareutbilda sig till psykoterapeut (Lundin 2009).

Psykiater: En legitimerad psykiater är en läkare med specialisering inom psykiska sjukdomar, tillstånd och störningar (Kristiansson 2013). Genom sin läkarutbildning gör en psykiater diagnoser av patientens tillstånd genom fysisk undersökning och samtal. Behandling kan ske genom psykofarmaka och/eller samtalsterapi eller livsstils och miljöändringar (ibid.). I förhållande till andra professioner som behandlar ångest har psykiatern högst status i samhället (Blomqvist 2009).

Kurator: En examinerad kurator har oftast en socionomutbildning med en vidareutbildning i bland annat socialt arbete, socialt behandlingsarbete eller beteendevetenskaplig utbildning (Arbetsförmedlingen 2013). Kuratorer kan arbeta på psykiatriska mottagningar med förebyggande arbete för att försöka minska psykisk och fysisk ohälsa bland ungdomar genom psykosocialt samtal (Lundin 2009). De använder i samband med samtalen även metoder för att arbeta med tankar, känslor och beteenden. Ofta ingår de i ett arbetslag tillsammans med läkare, psykologer eller annan vårdpersonal vid behandling av ångest (ibid.).

3. Tidigare forskning

I sökandet av tidigare forskning om olika yrkesidentiteters syn på ångest och deras roller vid behandling hittade jag inte mycket om olika rollers syn på varandras professioner. Dock hittade jag en del om kuratorns syn på sin yrkesroll och även studier som undersökte kuratorer, psykologer och psykiater i samspel med varandra samt hur en individ utvecklar en yrkesidentitet. Majoriteten av studierna var inriktade kring kognitiv beteendeterapi i förhållande till andra behandlingsmetoder för ångest. Jag kommer att presentera de artiklar jag funnit

som är relevanta till min undersökning och beskriver först hur jag gått tillväga med sökandet.

3.1 Litteratursökning

För att hitta tidigare forskning och information om mitt område har jag främst använt mig av LIBRIS, Lovisa, Google scholar och LUBsearch. I sökandet av vetenskapliga artiklar avgränsade jag mig till "peer reviewed" och tillgängliga artiklar i full text. På de svenska databaserna användes begrepp som *ångest behandling*, *yrkesroll ångest* och *ångestsyndrom*. Begreppet *ångest behandling* gav 64 träffar på LIBRIS och jag valde bland dessa rapporten; *Behandling av ångestsyndrom (2005)* då rapporten beskriver olika behandlingsmetoder som utövas av olika professioner samt deras effektivitet. Det andra begreppet gav inga träffar och tredje begreppet gav 75 träffar som bestod av böcker om ångest men inte om professioner som behandlade ångest. Anledningen till att jag valt att kombinera ord är för att avgränsa sökresultaten då det hade tagit alldeles för lång tid att gå igenom alla träffar. Trots sökning med roll orienterade begrepp så var det inte möjligt att hitta mycket forskning som berörde psykologer och psykiaters yrkesroll i förhållande till behandling av ångest. Jag använde därmed begrepp som *kurator*, *KBT* och de andra yrken och behandlingar som ingår i min studie som sökord. I letandet har även tidigare C-uppsatser, böckers, artiklars och rapporters referenslistor använts för att söka ytterligare material som bland annat; "Kuratorn förr och nu" (Olsson 1999), "Professional identity: a qualitative inquiry of experienced counsellors" (Gazzola & Alves 2011) och "Kompetensutnyttjande i mångprofessionella psykiatriska team" (Blomqvist 2009).

I sökandet av internationell forskning har begreppen *role anxiety*, *anxiety treatment* och *anxiety view* använts. Jag fick 4, 876 träffar på första begreppet och hittade en studie som stack ut, den fokuserar sig på behandling och den professionella rollen. Det andra begreppet gav 11,091 träffar och den tredje 1, 039. Andra begreppet visade inte någon artikel som var relevant och på tredje begreppet la jag till *treatment* och fick 262 träffar och hittade den artikel som jag valt på första sökordet. Det var även svårt att hitta internationell forskning kring den professionella yrkesrollen vid behandling av ångest så jag sökte på ytterligare

begrepp som *cognitive behavioural therapy* och fick 3, 348 träffar på Psychinfo. Genom att lägga till *anxiety* som sökord reducerades antalet träffar till 187 stycken och bland dessa hittade jag Sethis (2012) artikel som kommer att presenteras i tidigare forskning.

3.2 Behandling och professionell roll

Blomqvist (2009) skriver i sin avhandling ”Kompetensutnyttjande i mångprofessionella psykiatriska team” om hur det blir allt mer vanligt att olika professionella måste arbeta i team för att tillgodose patientens behov. Då patienter ofta har sociala, psykologiska och kroppsliga behov som måste tillfredsställas kräver detta att de olika professionerna samarbetar för att hitta lösningar. Dock kan detta samarbete bli komplext på grund av identifikation med egna professionella gruppen istället för teamet.

”Skillnader i sätt att se på psykiska symtoms etiologi och skillnader i sätt att se på vårdkvalitet och mål som kan följa kan ses som kopplade till skillnader vad gäller kompetensområden. [...]. Åtgärder som har till syfte att minska den negativa inverkan dessa skillnader kan ha på teamsammanhållningen bör därför ta sin utgångspunkt i frågan om de skilda kompetensområdena” (Blomqvist 2009).

Problem som ofta uppstår är brist på engagemang i arbetet men även konflikter mellan de olika yrkesgrupperna då det råder en brist av kunskap om varandras kompetens (Blomqvist 2009). Avhandlingen belyser hur viktigt det är att de olika professionerna verkligen utför sin del av arbetet i teamet för att patientens ska få ta del av de olika yrkenas kompetenser. Författaren beskriver tydligt i sitt resultat att psykologiska synpunkten värderades mer när patienten hade bakomliggande faktorer till sitt tillstånd. När beskrivelsen av patienten var aktuell tog den sociala synvinkeln mest plats och när det handlade om åtgärder värderades den kroppsliga synvinkeln i högsta grad. Det var även tydligt att de professioner med högre utbildning hade mer att säga och värderades mer i förhållande till de yrkena med lägre utbildningsnivå (ibid.).

Siv Olssons (1999) avhandling "Kuratorn förr och nu" beskriver hur kuratorns roll såg ut tidigare och hur den har utvecklats genom tiden. Trots att avhandlingen är gammal nämner författaren många intressanta aspekter som är värda att belysa. Hon menar att kuratorns sociala ställning har försvagats genom 1990-talet och att kuratorer har tagit avstånd från sitt sociala arbete som är deras grund. Med fokus på kuratorer som arbetar på psykiatriska vården menar hon att de i allt större grad utbildar sig till psykoterapeut vilket innebär att det bidrar till en större fokus på personen än det sociala området. En annan orsak kan även vara den otydliga bilden av kuratorns arbetsuppgifter. Då kuratorer har en mängd olika arbetsuppgifter är det lätt hänt att de ersätts av andra yrkesroller eller blir svåra att identifiera (Olsson 1999; Gazzola & Alves 2011; Liljegren 2008). Hon beskriver även att det kan vara problematiskt för kuratorer att bedriva sin ståndpunkt, när deras roll redan från början innebär att anpassa sig till andra och vara mottaglig för de aktuella nödvändigheterna. Kuratorns arbetsuppgifter har inte varit självklara inom sjukvården, skolan eller andra områden (Olsson 1999).

I Keeley och Storchs artikel "Anxiety disorders in youth" (2005) tar de upp olika behandlingar som används för personer med ångestsyndrom. De menar på att behandlingen får bäst effekt om den möts utifrån olika perspektiv. Dessa kan vara behavioristiska interventioner, kognitiv behavioristiska interventioner, mediciner, familjeterapi och psykodynamisk terapi. Olika behandlingar är lämpliga för olika personer vilket innebär att hänsyn måste tas till ålder, kön och livsvillkor. Artikeln tar vidare upp att nutida undersökningar visar att användningen av farmakologiskt medel visat sig vara effektiva och ökar alltmer som behandlingsform (Keeley & Storchs 2005; 1995). Farmakologiska medel liksom kognitiv beteendeterapi har en klinisk relevant effekt men behandlingseffekterna är ofta otillräckliga om de används på egen hand menar författarna (ibid.).

3.3 Behandling och ångest

I SBU:s (2005) rapport "Behandling av ångestsyndrom" volym 2 fokuserade de sig på att hitta studier som värderar effekten av behandlingarna på lång sikt på grund av att ångestsyndrom generellt har en långdragen process. Rapporten är grundad på en systematisk genomgång av litteraturen. Genom en utsträckt databassökning

kunde de först urskilja alla publikationer om ångest och behandlingar för syndromen. De studier som valdes uppfyllde de krav som förekommer i SBU:s kvalitetsgraderingsmall för psykiatriprojekt (ibid.). Utvärderingen av läkemedelseffekter grundades på de undersökningar där medicinen jämförts med placebo eller annan verksam behandling. I slutsatsen kom de fram till att vissa bensodiazepiner har en dokumenterad effekt vid behandling av ett antal ångestsyndrom. Dock markerar de att preparaten ger betydande bekymmer i form beroende, biverkningar samt förvärrning av ångestsymtom efter behandlingen (ibid.). Undersökningar av psykodynamiskt orienterade behandlingar saknas då det inte forskas mycket kring området. Rapporten visar även att samhällskostnaderna är höga på grund av nedsatt skapande förmåga, förhöjd sjuklighet, dödsfrekvens (ibid.).

I artikeln "Who gets the most out of cognitive behavioural therapy for anxiety disorders? The role of treatment dose and patient engagement" undersökte ett antal amerikanska forskare vilken roll dosen av behandlingen och klientens engagemang spelade i resultatet av kognitiv beteendeterapi för ångestdiagnoser (Glen et al 2013). Med dosen syftade forskarna på närvaron samt fullföljda exponeringar i behandlingen och med klientens engagemang syftade de på hemläxor och åtagandet av behandlingen. Enligt studien finns det behandlingsrelaterade (dåligt utförda KBT, låg dos i behandlingen) och patientrelaterade (motivation och engagemang) faktorer som har betydelse för att terapin skall ge positiva eller negativa resultat. De patienter som utsatte sig för sin rädsla, kom på varje samtal och gjorde alla hemläxor visade bättre resultat på både 12 och 18 månaders behandling. Högt KBT engagemang visade även bättre resultat på 18 månaders behandling. När klienten inte är redo för att gå på alla samtal, utsätta sig för samtliga exponeringar, göra hemläxor och engagera sig i den kognitiva beteendeterapi kan KBT terapi därmed vara icke effektiv (ibid.).

I Sethis (2012) artikel "Treating youth depression and anxiety: A randomised controlled trial examining the efficacy of computerised versus face to face cognitive behavioral therapy" undersökte forskaren om det fanns några skillnader på effekten av internetbaserad KBT behandling jämfört med KBT samtal. Som forskaren nämner i sin studie har kognitiv beteendeterapi blivit mycket

uppmärksammas då terapin lär klienten självhjälpsstrategier för framtida bruk. Den negativa sidan av behandlingen är att den oftast är eftertraktad och således kostsam. För de personer som inte har möjlighet att gå på vanliga KBT samtal är internetbaserad KBT behandling en möjlighet. Det är även så att unga känner sig mer bekväma med nätet idag och gillar att kunna vara anonyma i behandlingen av känsliga diagnoser. En annan forskning som gjordes av Caspar, Boettcher och Berger (2013) visar att internetbaserad behandling för ångestdiagnoser är lovande. De hittade inga större skillnader i resultatet av behandlingarna och kom därför fram till att både formerna av behandlingssätt fungerar som bra alternativ för de olika diagnoserna av ångest.

3.4 Syn på yrkesidentitet

I Gazzola och Alves (2011) artikel "Professional identity: A qualitative inquiry of experienced counsellors" var studiens syfte att undersöka hur kuratorer upplever sin yrkesidentitet och förstå hur de definierar sig som professionella. Samtliga kuratorer uttryckte att de hade en neutral yrkesidentitet. Det förekom dock skilda åsikter mellan den personliga och den professionella identiteten då somliga ansåg att det är omöjligt att den personliga identiteten inte påverkar den professionella rollen. Resterande menade att det är möjligt att hålla en neutral professionell identitet utan påverkan från den personliga identiteten. Alla kuratorer var eniga om att det tar tid att skapa en neutral identitet i båda aspekterna då det krävs erfarenhet, utbildning och reflektion för att kunna hålla en neutral ställning. Något intressant som framkom i studien var att intervjupersonerna inte nämnde något om teori- eller vetenskapsbaserade behandlingar hade något inflytande i deras arbete som kuratorer. De ansåg att många års erfarenhet och professionell utveckling är tillräckligt för att göra ett bra arbete. De faktorer som ansågs påverka den professionella yrkesrollen var bland annat *individ*, *självförtroende*, *självmedvetenhet* och *klientrelation* (ibid.).

Liljgren (2008) beskriver också innebörden av att definiera sig gentemot andra yrkesgrupper för att ha möjlighet att göra anspråk på kontroll över arbetsuppgifter. Exempelvis brukar kuratorer nämna att de arbetar utifrån ett psykosocialt perspektiv och utifrån ett helhetsperspektiv (ibid.). Detta kan uppfattas som en

strategi för att framkalla en ensamrätt på arbetsplatsen då kuratorer inte har en legitimation att utgå ifrån. Liljegren nämner även att skiljaktigheten mellan gruppernas gränskonstruktion ligger i deras egna sätt att se på sin yrkesroll och andras yrkesroller (ibid.). Detta innebär att yrkesgruppen kan uppfatta sitt eget arbete som komplicerat i förhållande till andra yrkesgrupper.

4. Teoretiska utgångspunkter

För att genom mina intervjuer få svar på frågorna jag studerar behövs teorier som speglar den insamlade empirin. En teori är en nödvändighet för att se något i det material forskaren samlat in. Teori kan fungera som ett par glasögon som gör att vissa aspekter av världen blir tydliga medan andra hålls i bakgrunden (Ahrne & Svensson 2011). Jag har valt att använda mig av sociala identitetsteorin och Hasenfelts teori om människobehandlande organisationer. Anledningen till att jag inte valde en professionsteori grundar sig på att jag hittade två andra teorier som var mer användbara för att kunna analysera min empiri och besvara studiens syfte. Jag valde den sociala identitetsteorin då denna studies intervjupersoner befinner sig i olika sociala grupper som de identifierar sig med vilket kan påverka deras syn på sin egen yrkesidentitet och andra yrkesidentiteter. Teorin är därmed relevant för min studie och ger mig möjlighet att utveckla mitt intervju-material. Jag valde sedan Hasenfelts teori om människobehandlande organisationer för att analysera empirin utifrån ett organisatoriskt perspektiv. Intervjupersonerna i denna studie arbetar i olika människobehandlande organisationer som påverkar deras val av behandlingsmetod då organisationerna har olika resurser och strategier som påverkar den professionellas roll och handlingsutrymme.

4.1 Sociala identitetsteorin

Den sociala identitetsteorin grundades av två brittiska psykologer; John Turner och Henri Tajfel när de sökte efter en förklaring till varför två grupper som varit eniga en gång skapade så stora olikheter mellan sig (Nilsson 1996). De hade en åsikt om att oavsett hur lika två grupper är leder de oundvikliga skillnaderna som ändå finns i en konkurrenssituation till att den ena gruppen främjas och den andra nedvärderas (ibid.). Genom att undersöka hur människans självuppfattning är fäst i de sociala grupperingar de befinner sig i kom de fram till att individens

självidentitet tar form efter de grupper de identifierar sig med (Tajfel 2010). Begreppet social identitet beskrivs som grupper vi identifierar oss med, och personlig identitet beskriver hur vi skiljer oss från andra människor i de grupper vi tillhör. Vi skapar vår identitet genom att ta avstånd från eller identifiera oss med andra människor (ibid.). Denna teori menar att vår upplevelse om vilka vi är inte bara beror på den personliga bilden av oss själva utan även vår sociala identitet som härstammar från de grupper vi befinner oss i (Nilsson 1996). Om den grupp vi befinner oss i har hög status, innebär det att även individen får hög status vilket i sin tur leder till att vi överskattar vikten av vår grupp, och ser ner på andra existerande grupper. Den personliga identiteten förstärker den sociala identiteten vilket enligt teorin innebär att vi överskattar vår egen grupp för att förstärka vår sociala identitet om vår personliga identitet ifrågasätts (Myers 2012).

Skiljelinjerna mellan olika grupper kan uppenbaras genom olika institutioner som utbildning, högtider och bland annat språk. Teorin förespråkar kortfattat att individer skapar sin identitet i relation till hur de identifierar sig i den sociala grupp de befinner sig i. Gruppens positiva egenskaper stärks medan andra grupperns negativa egenskaper stärks. Denna teori kan kopplas till min studie på så sätt att mina intervjupersoner befinner sig i olika sociala grupper som de identifierar sig med. Psykologer, psykiater och kuratorer har olika utbildningar och kompetenser vilket innebär att de har mest kunskap inom sin egen yrkesroll och sätt att utföra arbetsuppgifter (Blomqvist 2009). Detta kan leda till att de har en kritisk syn gentemot varandras sociala grupper trots att de har samma klientkrets då det inte finns en lika stor förståelse för de andra gruppernas sätt att utföra arbetet. Ett exempel är att en psykiater har medicinsk kunskap till skillnad från kuratorer och psykologer vilket placerar denna yrkesroll i en social grupp. I samband med dessa skillnader uppkommer även en konkurrenssituation som Tajfel (2010) talar om, då olika grupper konkurrerar inom samma arbetsmarknad med klienter/patienter som behöver hjälp med ångest. Den sociala grupp som värderas högre får fler klienter vilket bidrar till att andra sociala grupper nedvärderas.

Utformningen av social identitet enligt Turner och Tajfel (Tajfel 2010):

Kategorisering syftar på uppdelning av grupper, kulturer, människor på några kategorier som är hanterbara på ett regelrätt sätt. *Identifikation* syftar på

resonering om oss själva i förhållande till andra som leder till att vi skapar en social identitet genom självkategorisering och en personlig identitet genom att vi uppmärksammar hur vi skiljer oss från andra i samma kategori. *Social jämförelse* syftar till den egna gruppen och de grupper vi identifierar oss med uppfattas mer positivt i förhållande till utomstående grupper.

4.2 Hasenfelds teori om människobehandlande organisationer

Enligt Yeheskel Hasenfeld är det utmärkande med människobehandlande organisationsteorin att de behandlar människor. Människobehandlande organisationer har människor som arbetsmaterial och de strävar efter en förändring i dessa personers livssituation genom olika strategier (Hasenfeld 2010). Tillvägagångssättet för förändringsarbetet sker på tre olika sätt enligt Hasenfeld. *People-processing* avser att kategorisera en person för att andra instanser ska kunna känna igen klienter på ett lämpligt sätt, *people-sustainig* avser att bevara persons levnadsnivå och *people-changing* avser att förändra individens personliga egenskaper för att kunna öka deras hälsa genom bland annat medicinsk hjälp, terapi och habilitering (ibid.).

Hasenfeld (2010) karakteriserar människobehandlande organisationer som moraliskt arbetande organisationer. Med detta menar han att deras legitimitet samt överlevnad påverkas av deras förmåga att uppnå legitimitet utåt genom att andra institutioner och samhället uppfattar deras arbete som rättmätigt. De värderas mer för sin förmåga att verka som märke för rådande värdesystem än för de resultat verksamheten åstadkommer. Genom begreppet ”service technology” förklarar han att det finns en inbyggd osäkerhet kring vad som är den bästa tekniken för att bearbeta råvaran vilket i dessa organisationer är människan. Hasenfeld anser att människobehandlande organisationer därmed är beroende av att använda tekniker som är socialt erkända och legitima. För att ringa in denna balansgång mellan olika intressen tillsammans med de yrkesverksammas kunskaper och de teknologiska färdigheterna använder han begreppet ”practice ideology” (ibid.). De yrkesmässiga balanserar, professionella, organisatoriska samt personliga intressen med den enskilda institutionella logik och det värdesystem som finns i miljön.

Hasenfelds teori är relevant för min studie då de yrkesgrupper som är aktuella i min undersökning arbetar inom olika människobehandlande organisationer. Psykologers, psykiaters och kuratorers sätt att arbeta och deras sätt att välja behandling påverkas av deras organisationer. Olika människobehandlande organisationer har olika resurser och strategier, och dessa måste de anställda följa trots att de kanske inte är eniga om organisationens arbetssätt (ibid.). Mina intervjupersoner arbetar dels inom privata samt kommunala organisationer. Organisationerna måste konkurrera med andra inom samma arbetsfält för att få fler klienter och skapa ett bra rykte (ibid.). Faktorer som ekonomi och tidsbrist i en organisation kan leda till att klienter/patienter med ångest får en helt annan behandling på grund av att den professionella inte har eller har möjlighet att använda den behandling som hade varit lämpligast. De professionella får därmed använda alternativa lösningar som är relativt effektiva. I vissa människobehandlande organisationer arbetar psykologer, kuratorer och psykiater tillsammans och i andra arbetar de enskilt. Detta bidrar till att de eventuellt kan utveckla en skev bild av en annan yrkesroll och deras arbetssätt då personen inte har tillräcklig kunskap om andra yrkesidentiteters roll.

5. Metod och material

5.1 Val av metod och förtjänster/begränsningar

Studien är genomförd genom en kvalitativ metod i form av djupintervjuer då syftet är att belysa och beskriva olika yrkesidentiteters egna tankar och erfarenheter kring ångest och den roll deras yrkesidentitet spelar. Djupintervjuerna skedde med en kurator, en psykolog och en psykiatriker som behandlar ångestsyndrom. Kvalitativa intervjuer är oftast flexibla och följsamma efter den riktning som intervjupersonen går i och ger intervjuaren möjlighet att utveckla fler frågor av svaren (Bryman 2011). Detta är en av anledningarna att jag valt denna metod då jag ville att intervjupersonerna skulle ta en stor plats istället för att ge raka svar som inte hade en möjlighet att utvecklas. Det ger intervjuaren en chans att vara flexibel och få material som inte hade varit förutsägbart. Några tydliga skillnader mellan kvalitativ och kvantitativ som Bryman (2011) tar upp i sin bok beskriver grunden till mitt val av metod: kvantitativ metod ger resultat i siffror medan kvalitativ ger resultat i ord, i den kvantitativa metoden finns det en distans

mellan, forskare och deltagare medan kvalitativ forskning har en bättre kontakt mellan båda parter, kvantitativa metoder ger generaliserande resultat för valda populationer medan kvalitativ forskning ger djupare förståelse från given kontext och kvantitativ forskning ger hård data medan kvalitativ ger mer djup och fylligare data.

”Djupintervjuer innebär att två personer möts, samtalar länge och försöker möjliggöra en relation där båda kan vara öppna med sig själva. Genom den här formen vill man fånga de personliga aspekter hos den som intervjuas som ofta tas för givna, som identitet” (Ahrne & Svensson 2011). Genom djupintervjuer finns det en stor möjlighet att få djupare förståelse för en deltagares beteende, synpunkter och egna perspektiv. ”Steven Taylor och Robert Bogdan definierar kvalitativa metoder som forskning som producerar deskriptiva data: människors egna skrivna eller talade ord och observerbara beteenden” (Meeuwisse et al 2008). Att göra intervjuer ger en tydligare bild av intervjupersonens egen uppfattning utifrån deras egna erfarenheter och kunskaper. Olika professioner har olika erfarenheter vilket eventuellt kan leda till att de behandlar eller ser på samma syndrom på olika sett. ”Genom att fråga andra människor om exempelvis vad de gör eller hur de upplever ett fenomen kan forskare och studenter få de nödvändiga kreativa uppslagen till sitt fortsatta arbete (Ahrne & Svensson 2011). I denna studie är det av betydelse att få ta del av intervjupersonernas personliga reflektioner genom frågor som hur, vad och varför något är som det är och ge det möjlighet till översättning och att hitta röda trådar genom det insamlade materialet.

Intervjuare kan omedvetet överskatta sin förmåga att läsa av människor vilket psykologen Richard Nisbett kallar "intervju illusion" (ibid.). Under intervjuerna kunde det uppstå situationer då ett svar kunde bli svårt att tolka eller uppfatta rätt. Vid sådana situationer var det viktigt för mig att be intervjupersonen att förtydliga vad det var hen menade för att inte tolka svaret på ett felaktigt sätt. Att tolka ett svar som inte förstås tydligt kan leda till ett felaktigt resultat varav betydelsen av att vara tydlig under intervjuer (Bryman 2011).

5.2 Urval

Det är möjligt att det kan förekomma urvalsproblem i kvalitativa intervjuer och det är därmed viktigt att kunna få en trovärdighet genom att jag redogör för hur jag valt intervjupersonerna (Ahrne & Svensson 2011). Jag gjorde målstyrda urval som i huvudsak handlar om att välja ut personer med direkt hänvisning till det formulerade forskningsområde (Bryman 2011). De professioner som intervjuades var en kurator, psykolog och en psykiater med erfarenhet av att behandla unga vuxna klienter/patienter med ångest under lång tid. Jag valde att inte intervju fler professioner då syftet är att lyfta fram synsättet hos individer som är en del av de professioner som främst behandlar ångest i vården i Sverige. De valda professionerna samarbetar även i vården och har ett syfte att behandla personer med ångest, därmed kändes det relevant att undersöka deras sätt att se på varandras roller i behandling av ångest.

Snöbollsmetoden är en urvalsmetod som innebär att forskaren identifierar en eller flera intervjupersoner som i sin tur leder vidare till andra informanter (ibid.). Med hjälp av olika personer som jag kontaktade för en förfrågan om intervju fick jag hjälp att nå de personer som jag slutligen kunde genomföra en intervju med. Det krävdes mycket arbete för att hitta dessa personer och sedan utföra intervjuerna på grund av geografiskt avstånd och de professionellas upptagna schema. För att upprätthålla en oberoende ställning i min studie valde jag att inte ta kontakt med ett antal professionella som jag kände till genom arbetsplatsen och vänner. Innan intervjuerna undersökte jag hur djupintervjuer skall genomföras genom boken "Basic interviewing skills" (Gordens 1992) och Boyce & Neales (2006) guide "Conducting in-depth interviews: A guide for designing and conducting in-depth interviews for evaluation input".

5.3 Metodens tillförlitlighet

"Man assimilerar reliabilitet och validitet i den kvalitativa forskningen utan att i grunden ändra begreppets betydelse men däremot lägga mindre vikt vid frågor som rör mätning" (Bryman 2011). Validitet handlar i kvalitativ forskning om trovärdighet medan reliabilitet handlar om pålitlighet samt rimlighet i undersökningen. Validitet innebär därmed att forskaren tar reda på det som hen

avsett att undersöka. Det betyder även att forskaren förhåller sig granskande till sin analys och att man är ordentlig i tolkningen av resultatet. Jag anser att djupintervjuerna kommer att besvara syftet och frågeställningarna i min studie, dock finns det många faktorer som påverkar resultatet. Genom att redovisa allt i utförandet av studien kan läsaren ta ställning till trovärdigheten. Val av intervjupersoner gjordes mycket noggrant utifrån deras erfarenhet och kunskap om ämnet för att spegla ett tillförlitligt resultat i studien. Trots att djupintervjuerna var väldigt öppna hade jag förberett vissa inledningsfrågor som var relevanta till min studie. Detta hjälpte intervjupersonerna att reflektera och beskriva sina egna tankar kring olika frågor.

För att hålla en hög reliabilitet i studien har inspelning av intervjuer, anteckningar och kodning av materialet varit viktigt. Det var viktigt göra en systematisk kodning av materialet för att sedan jämföra intervjuerna och komma fram till ett resultat som ökar pålitligheten i studien. ”Reliabilitet rör frågan om huruvida resultaten från en undersökning blir detsamma om undersökningen genomförs på nytt, eller om den påverkas av slumpmässiga eller tillfälliga brister” (ibid.). Det är ett faktum min undersökning möjligen inte hade gett samma resultat om den hade gjorts av en annan forskare i framtiden. Det är som Bryman nämner omöjligt att ”frysa” en social miljö och de sociala betingelser som gäller vid en inledande studie för att göra den replikerbar (ibid.). I min studie har jag använt mig av tre intervjuer vilket innebär att studiens empiriska fundament är liten och det kan därmed inte dras några slutsatser som är generella. Studiens syfte är inte att dra generella slutsatser om olika professioner utan att belysa olika professionstillhörigheter syn på roller vid behandling av ångest. I studien redogör jag för insamlandet av mitt empiriska material och hur jag gått tillväga med mina intervjuer. Min intervjuguide och samtycken från de intervjuade personerna är bifogade som bilaga för att ge ett intryck av hur jag gått tillväga för att få svar på mina frågeställningar. Detta visar vilka grunder slutsatserna har tagits på (Ahrne & Svensson 2011).

5.4 Etiska överväganden

Etisk reflektion är en oundgänglig del av planering och genomförande av ett forskningsprojekt (Meeuwisse et al 2008). I studien var jag medveten om hur mitt forsknings sätt kunde påverka andra individer som berördes av min undersökning. Forskning kan bidra till negativa konsekvenser för deltagare om forskaren inte är etisk reflekterande under forskningens gång. Vad som är etiskt och vad som är oetisk är en diskussion som kan diskuteras i evighet. Men det finns grundläggande etiska överväganden som alla forskare skall ha kunskap om genom sin forskning. I min forskning tog jag därmed hänsyn till de fyra huvudkrav som presenterats av Vetenskapsrådet (2002):

- *Informationskravet:* Jag informerade mina intervjupersoner tydligt kring mitt syfte med min forskning. De hade rätt att avbryta sitt deltagande då deras medverkan var frivillig. De blev informerade om att intervjun skulle spelas in samt bearbetas och sedan bevaras på ett säkert ställe efter studien.
- *Samtyckeskravet:* Jag som forskare tog intervjupersonernas samtycke. Då intervjupersonerna är myndiga krävdes endast deras samtycke. Eventuellt samtycke kunde ha tagits från arbetsplats men det behövdes inte. De hade rätt att avbryta sin medverkan utan att det innebar en negativ påföljd för dem. Jag som forskare påverkade eller påtryckte inte deltagarna i mina intervjuer på något sätt och ett beroendeförhållande var inte aktuellt i min forskning.
- *Konfidentialitetskravet:* Intervjupersonerna har aidentifieras i min forskning då det hade varit oetiskt att göra det möjligt för andra läsare att identifiera mina intervjupersoner. Jag som forskare har givetvis tystnadsplikt för att känsliga uppgifter inte ska bli aktuellt för icke berörda.
- *Nyttjandekravet:* Uppgifter som jag fått av mina intervjupersoner användes inte för annat bruk än min forskning. Personuppgifter som jag samlade in för forskningsändamål användes inte för beslut eller åtgärder som direkt påverkar deltagare.

5.5 Bearbetning av insamlat material

Intervjuerna tog plats på samtliga intervjupersoners arbetsplatser och spelades in med hjälp av bandspelare. Efter att ha spelat in mina djupintervjuer transkriberade

jag dem i sin helhet vilket är det första steget i behandling och analys av data. Genom att transkribera översätter forskaren och ger form åt det talade språket i intervjun till skriftlig form (Ahrne & Svensson 2011). Detta leder till att en undersökning blir mer trovärdig samt tillförlitlig genom den systematiska rutinen och mindre risk att försumma angelägen information. Transkriberingen skedde i ett tidigt skede efter intervjuerna på grund av att jag ville behålla fräscht material. Sedan skickade jag det transkriberade materialet till intervjupersonen för att få feedback och eventuellt komplementär material. Jag analyserade sedan intervjuerna genom att bearbeta och koda det utskrivna materialet systematiskt (Bryman 2011). Kodningen i kvalitativ forskning handlar om att bryta ner data till olika delar som benämns på ett eller annat sätt (Ahrne & Svensson 2011). Alla inspelade intervjuer och utskrifter kommer att bevaras på ett säkert ställe efter studien.

Genom att läsa det utskrivna materialet, markera de begrepp och ordbyten som jag uppfattade som centrala samt genom att lyssna på intervjuerna flertals gånger identifierade jag olika centrala kategorier som jag ansåg var intressanta:

Kategorier	Olika perspektiv på ångest	Egna yrkesrollen	Jämförelser
Beskrivning av kategorier	Olika professioners sätt att beskriva ångest och anledningen bakom ökningen av syndromet.	Olika professioners tankar kring sin egen yrkesroll vid behandling av ångest.	Kurators, psykiaterns och psykologens beskrivning av de andra professionernas roller i förhållande till sina egen roll.
Begrepp	Samhälle, förväntningar, krav, missbruk	Utbildning, kompetens, teori	ekonomi, kunskap, roll, status

Intervjupersonerna har berättat om deras tolkning av ångestsyndrom och varför många unga upplever ökad ångest i vårt nuvarande samhälle. De beskrev sin syn

på ångest utifrån samhällets förändring, ökade missbruket, förväntningar och de krav unga känner av idag. Intervjupersonerna har även beskrivit hur deras roll ser ut i behandling av ångest då den kan vara annorlunda i förhållande till klientens/patientens tillstånd. De talade mycket om deras bakgrund och erfarenhet i form av utbildning och kompetens samt vilka teorier de behandlar efter. Intervjupersonerna talade om deras syn på olikheter i förhållande till andra yrkesroller. De diskuterade mycket om andra yrkesroller hade tillräckligt med kunskap för att behandla vissa tillstånd av ångestsyndrom. Även status och ekonomi blev centrala begrepp under intervjuerna.

6. Resultat och analys

I detta kapitel kommer resultatredovisningen utgå ifrån de centrala områden jag valt att beröra. Avsnitten olika perspektiv på ångest, egna yrkesrollen och jämförelser presenteras i olika rubriker med analys och tolkning efter varje avsnitt. Resultat redovisas genom samtal från intervjuerna. Jag analyserar empirin med hjälp av insamlat material och de teoretiska perspektiven sociala identitetsteorin och Hasenfjelds teori om människobehandlande organisationer. Uppsatsen avslutas med en sammanfattande slutdiskussion.

6.1 Olika perspektiv på ångest

Under djupintervjuerna berättade samtliga yrkesroller mycket om deras teorier kring ångest, dess uppkomst samt varför det har ökat så mycket i vårt samhälle. Deras synsätt grundade sig på de erfarenheter de fått genom arbetslivet och genom sin akademiska utbildning. Deras synsätt kolliderar då samtliga har en positiv tro för sin egen kompetens i form av akademisk grund (Tajfel 2010). Det kan också uppfattas som ett vi och dem tänkande vilket kan resultera i olika tolkningar om ångest och lämpliga behandlingar. Samtliga professioner var eniga om att vi lever i ett samhälle som är präglad av mycket information. Det kan handla om naturkatastrofer, krigssituationer och andra hotbilder som vi ser på nyheterna eller läser i tidningen varje dag. De var även överens om att unga går igenom förändringar i livet som skapar ångest hos dem (Folkhälsorapporten 2009). Med förändringar menade de att komma ut i arbetslivet, skapa familj eller börja på universitet och strävan efter karriär.

Kurator: ”Vi lever i ett 24/7 samhälle där man aldrig hinner avlasta huvudet”. *Psykolog:* ”Tänk såhär, flesta av oss läser nyheter några gånger om dagen, till och med på jobbet och sen på väg hem kollar de i telefonen hela tiden”.

Kuratorn och psykologen reflekterade mycket innan de svarade på frågor som berörde ångest och ökningen bakom syndromet jämfört med psykiatern som inte reflekterade mycket, utan svarade direkt på frågorna med auktoritet. Då psykiaters status är högt i förhållande till övriga professioner kan detta innebära att hen överskattar sin vikt av sin profession och kunskap (Tajfel 2010). Psykiatern såg på ångestproblematiken utifrån ett medicinskt perspektiv och menade att droger är en stor del av orsaken bakom ökningen av ångest bland ungdomar vilket övriga professioner inte nämnde. Psykiatern använde sig till skillnad från de andra två yrkesroller av ”people changing” där patientens hälsa ökas genom bland annat medicinsk hjälp och terapi (Hasenfeld 2010).

Psykiater: ”Unga har mer ångest för att kontexten i samhället har förändrats. Prester, mycket information, otroligt mycket missbruk som kan ge ångest, vissa provar att ta droger en gång och sedan får de ångest och panikattacker i tre månader på grund av drogen”.

De olika professionernas akademiska bakgrunder blev tydliga genom intervjuerna då de analyserade ångest utifrån medicinskt, psykologiskt och socialt perspektiv. Enligt Hasenfelds (2010) teori kan detta tolkas som yrkesrollernas strävan efter att få legitimitet till sin yrkesgrupp genom att belysa sin kompetens ur sitt egna perspektiv. Detta kan även betraktas som intervjupersonernas strävan att belysa ämnet ur sin egen kunskap då den inte kan tolkas ur annat perspektiv, men det kan även uppfattas som ett sätt att urskilja sig från andra yrkesgrupper och legitimera sin egen yrkesgrupp (Tajfel 2010). Kuratorn hade den mest neutrala rollen utav de tre professionerna. Det kan ses som att tillstånden och gruppdynamiken är svagare i deras yrkesgrupp i förhållande till de övriga två professioner (Olsson 1999). Det förutspås att under förhållanden där gruppgränserna anses vara svagare är individer mer benägna att engagera sig i enskilda strategier för rörlighet. Det vill

säga, individer tar avstånd från gruppen och driver individuella mål för att förbättra sin personliga status snarare än gruppens status (Tajfel 2010). Intervjupersonerna ger ett intryck av att kuratorer inte har lika högt status som de övriga professionerna. Deras kompetens värderas inte lika mycket som de övriga professioner (Olsson 1999; Blomqvist 2009; Gazzola & Alves 2011). Varken psykologen eller psykiatern nämnde att det kan vara lämpligt att vända sig till en kurator. Detta kan tolkas som att de övriga yrkesrollerna värderar sin egen yrkesgrupp mer och nedvärderar andra grupper (Myers 2012).

Kurator: ”I mottagningen tycker jag faktiskt att de flesta är medvetna om vår roll men det finns de som inte har arbetat med kuratorer och de är oftast omedvetna om vad det är vi gör”. *Psykolog:* ”Jag hade inte tänkt på kuratorer som behandlare utan mer som [...] informationsgivande och stöttande roll i klientens behandling”.

Den personliga identiteten förstärker den sociala identiteten vilket leder till att man överskattar sin egen grupp för att förstärka sin sociala identitet om den personliga identiteten ifrågasätts (Tajfel 2010). Psykiatern utför alltid en anamnes vilket innebär att undersöka sjukdomshistorien patienten medan psykologen börjar med en skattningsblankett som psykiatern uppfattar som en dålig metod. Utifrån begreppet *social jämförelse* innebär det att de ser positivare på deras egna sätt att behandla och kartlägga ångest i förhållande till de andra professionerna (ibid.). Deras likheter i kartläggningen är samtalen mellan klient och profession, samtliga intervjupersoner anser att det är viktigt att lyssna noga på personen för att veta vilken behandling personen behöver.

Psykiater: ”Som jag sa tidigare måste en klänning skraddarsys för att den ska sitta perfekt. Det handlar om behandlarens kompetens, genom åren har jag lärt mig att kartlägga vilken behandling som funkar bäst för mina patienter genom att göra anamnes först och sen gå vidare”.

Psykolog: ”Det är viktigt att ringa in och kartlägga ångestsymtomen. Om personen är i så djup depression på grund av ångesten behöver personen såklart medicinsk hjälp i samband med terapi och då är det en psykiater man ska gå till”.

Utifrån det sociala identitetsteoretiska perspektivet anses en grups status påverka individens status. Om gruppen eller organisationen har en hög status överskattar vikten av gruppen och ser inte samma kompetens i andra grupper (Tajfel 2010; Hasenfeld 2010). Individens val av beteende är till stor del belägen att dikteras till upplevda gruppens relation. Detta innebär då att beteende kan förändras beroende på om personen tillhör en grupp med högt status eller en grupp med lågt status (Myers 2012). Det kan tolkas som att det finns ett tydligt samband mellan positiv social identitet och bra självkänsla. Genom en bra gruppdynamik får individen god självkänsla och diskriminerar sig gentemot andra grupper/individer medan en dålig gruppdynamik leder till diskriminering inom gruppen och dålig självkänsla för de som befinner sig i denna grupp. Under intervjuerna uppfattades psykiatern mer självsäker på sina teorier medan övriga professioner tog sin tid och pratade om vilka orsaker som är möjliga men de gav inget bestämt uttalande om hur det är. Trots att dessa professioner har samma mål och likheter påverkar den akademiska och hierarkiska ställningen den professionella identiteten då en grupp nedvärderas medan andra gruppens synsätt värderas (Tajfel 2010). Skillnader i sättet att se på ångest och behandling kan därmed kopplas till skillnader i fråga om kompetensområde (Blomqvist 2009).

Resultaten av intervjuerna visar tydligt att kuratorn, psykologen och psykiatern följer trenden med KBT terapi och att de tydligt förklarar anledningen. Den har en evidensbaserad effekt och samtliga yrkesroller anser att det är en form av terapi som reducerar de symtom snabbt vilket är eftertraktat bland klienter/patienterna. De professionella balanserar på så sätt organisatoriska, individuella och yrkesmässiga intressen tillsammans med den enskilda institutionella logik och värdesystem som finns i omgivningen (Hasenfeld 2010). Detta kan tolkas som att de är medvetna om att de jagar samma produkt och klienterna/patienterna är en sorts vara som olika professioner strävar efter att behandla. Psykiatern berättade även att samhället är så stressigt att alla använder Internet som snabb lösning istället för att gå till vårdcentralen som endast lägger tio eller femton minuter på att prata med personen. Enligt Hasenfelds (2010) "service technology" förklarar han hur beroende människobehandlande organisationer är av att använda tekniker och information som är socialt erkända för att kunna uppnå legitimitet utåt.

Kuratorn nämnde att allt handlar om tid och effektivitet idag, alla vill ha snabb information och behandling som är kostnadseffektiv. Psykologen tyckte också att Internet är en bra informationskälla men även negativt eftersom det leder till att många självdiagnostiserar sig på grund av alla symtom de kan relatera sig till.

Psykiater: "Internet hjälper mycket och unga kan få behandling snabbt. KBT är effektivt för att det finns mycket struktur och det har ett mål. Unga generationer gillar nätet mer för att de känner sig mindre utsatta".

I våra aktuella människobehandlande organisationer spelar de ekonomiska villkoren en stor roll vilket har bidragit till att legitimiteten bland olika yrkesroller inte handlar om att vara behörig utan att visa upp snabba resultat (Hasenfeld 2010). Under djupintervjuerna beskrev psykiatern att det handlar om att hitta lösningar och utbilda sig i metoder som fungerar och ger resultat snabbt.

Psykiater: "Det finns en anledning till att många utbildar sig till psykoterapeuter idag, även jag [...]. Dem är mer eftertraktade än psykologer idag för att det är billigare och man arbetar målinriktat och får ofta resultat"

Både psykiatern och kuratorn är legitimerade psykoterapeuter. Som Olsson (1999) nämnde i sin avhandling innebär en sådan specialisering att yrkesrollen tar avstånd från sitt ursprungliga arbete och ingår i en ny grupp. Det finns därmed en stark konkurrens bland olika yrken som ingår i samma grupp men ändå betraktar de sig som annorlunda på grund av de olika bakgrunderna (Tajfel 2010). Psykiatern berättade att ett barn som växer upp med en förälder som har ångestdiagnos har mycket lättare för att utveckla samma beteende. Varken psykologen eller kuratorn nämnde mycket om genetik vilket visar hur de olika yrkesrollerna identifierar sig med sin egen sakkunskap och sociala identitet (Blomqvist 2009; Tajfel 2010; Myers 2012).

Psykologen pratade mycket om känslor genom hela djupintervjun och förklarade att det är viktigt att acceptera att det är okej att känna sig rädd, ledsen och arg. Även studier visar att många känslor upplevs i samband med en panikattack (Milrod 2008; 1990; 1989; 1985). Dessa forskare menar att klienten måste bli

medveten och uppleva alla känslor som uppkommer under panikattacken då det är de känslor som ger liv åt det nät som ångesten utspelar sig i (ibid.). Att kunna hantera sina känslor och acceptera sig själv är en stor del av behandlingen med psykologer.

Psykolog: ”De klienter jag har haft har fått lära sig att känna och inte undvika sina känslor [...]. Rädslan för att känna leder ofta till en massiv tankebomb som skapar oro”

Psykologen berättade att vissa inom psykiatrin har en övertro på medicin och att de ibland inte litar på psykologernas kompetens. Samtidigt var psykologen tveksam kring att kuratorn skulle kunna behandla en person med ångestdiagnos. Det visar att professioner med sämre status även blir betraktade som mindre kompetenta av andra yrkesgrupper, främst av dem som har högre status (Tajfel 2010). Detta kan vara ett medvetet eller omedvetet beteende. Således visar även resultaten att de olika professionerna är fästa vid sina egna sociala grupperingar och de identifierar sig främst med sina egna grupper (Nilsson 1996).

6.2 Egna yrkesrollen

Samtliga intervjupersoner berättade väldigt flitigt om sina egna yrkesroller. Det var tydligt att de valt sitt yrke på grund av att de ville hjälpa människor (Hasenfeld 2010). Deras strävan efter att legitimera sin yrkesroll kan tolkas som deras sätt att hjälpa klienten/patienten. De berättade att de utvecklat sin identitet genom sitt yrke och de erfarenheter de fått genom arbetet. Enligt begreppet *identifikation* som utvecklats ur sociala identitetsteorin uppmärksammar yrkesrollerna dessa skillnader för att skapa en social identitet genom självkategorisering (Tajfel 2010).

Psykiater: ”Som psykiater har jag samtal, jag bedömer och kan diagnoserna samt skriva ut medicin. Jag tror att statusen bland psykiater är högre på grund av den medicinska bakgrunden och på grund av att vi kan skriva ut mediciner”. *Psykolog:* ”Kuratorer har inte lika stor status

tyvärr, vad det kan bero är väl att de inte har en legitimation samt att många inte är medvetna om vad en kurator gör”.

Enligt sociala identitetsteorin kan individen som ingår i en grupp med högt status värdera sin kompetens så pass mycket att hen ser hur andra grupper kan vara till nytta (Tajfel 2010). Genom intervjuerna nämnde psykiatern aldrig att hen blivit behandlad som mindre kompetent av en annan profession medan kuratorn och psykologen att de känt att de blivit ansedda som mindre kompetenta av andra professioner med högre status. Den sociala identitetsteorin förklarar bland annat detta som en social jämförelse där utomstående grupper värderas mindre på grund av sin titel (Nilsson 1996; Myers 2012; Tajfel 2010).

När intervjupersonerna pratade om sin roll i sina behandlingar berättade de att det främst handlade om klientens/patientens tillstånd. Psykologen och psykiatern berättade att vissa metoder kräver mer samtal medan andra metoder kräver mer från klienten/patienten i form av olika uppgifter som hen måste utföra i behandlingen. De har därmed samma strategier i grunden av hur behandlingar skall gå till och delar samma mening. Dock var psykiatern mer bestämd när det gäller val av behandling i förhållande till kuratorn och psykologen som ansåg att klienten också ska bestämma hur hen vill behandlas.

Psykiater: ”Vill du ha hjälp då ska vi jobba på detta sätt säger jag, ibland är personen inte mogen för att göra det men de kommer ofta tillbaka efter ett tag [...]. Tror du att många får fel hjälp eller att man inte vill ta emot den hjälp man får”?

Det blev en lång diskussion kring professionernas tankar kring förändringar som de anser måste ske inom deras professionella yrken och i organisationerna som de befinner sig på. Det framkom att de upplever missnöje kring vårdens användning av resurser och att detta i sin tur påverkar professionerna och klienterna. Detta kan tolkas som yrkesgruppernas sätt att protestera och göra sig höra av de organisationer de befinner sig i (Hasenfeld 2010). Om deras röster inte blir tillräckligt hörda kan de istället upplysa allmänheten och vilket i sin tur påverkar organisationen på grund av att de förlorar legitimitet (ibid.). De kategorier som

berördes var tidsbrist, kontinuitet, att lyssna, uppföljning, innebörden av remittering och att vara noggrann.

Psykiater: ” Jag menar, det finns en stor skillnad på mitt jobb på privata mottagningen och på dem andra mottagningar jag jobbat på tidigare”.

Psykolog: ”Gick själv och sökte hjälp en gång och fick en diagnos efter 10 minuter med recept på antidepressiva när det tar mig tre samtal att göra samma sak”.

Människor blir material som dessa organisationer strävar efter att förändra genom olika strategier (Hasenfeld 2010). Psykiatern berättade att patienter får sämre vård idag på grund av tidsbristen och att den snabbaste lösningen är medicin. Att medicin används i större mån som behandling kan uppfattas som negativt, dock kan det tolkas som att professionella, utifrån de resurser de har försöker hjälpa patienten effektivt istället för att inte göra någon förändring i deras mående. Att låta patienten gå hem utan någon som helst hjälp kan kännas värre och därmed kan mediciner vara en lösning. Undersökningar visar idag att farmakologiska medel är mycket effektivt i behandling av ångestsyndrom (Keeley och Storch 2010). Psykiatern menar dock att utskrivning av antidepressiva kräver kontinuerlig kontakt i början av behandlingen på grund av bieffekterna. Psykiatern tror att missbruket av bensodiazepiner kommer att öka ännu mer då många läkare skriver ut det så lätt på grund av tidsbristen.

Kuratorn nämnde att alla psykologer på mottagningen hade slutat på grund av omorganiseringen på mottagningen och att allt handlar om ekonomin vilket påverkar deras arbete mycket. Hasenfeld (2010) menar att effektiviteten i en organisation beror på kvaliteten på relationen mellan arbetarna och klienterna, vi måste förstå de faktorer som formar organisationen. Psykologen använde ordet ”omänskligt” och anser att vissa organisationer ser människor som en produkt som inte har något värde.

6.3 Jämförelser

När de olika yrkesrollerna beskrev varandras yrkesroller framkom att de olika yrkesrollerna har skapat egna uppfattningar om varandras professioner som inte stämmer med deras egen syn på sin yrkesroll (Tajfel 2010; Myers 2012). Deras uppfattningar om varandras roller grundar sig på egna erfarenheter i arbetslivet samt utifrån deras kunskap om samtliga utbildningar som ligger i grunden för varje profession. Som Blomqvist (2009) nämnde i sin avhandling finns det en brist av kunskap om varandras kompetenser.

Psykolog: ”Psykiatrerna, då tänker jag att man träffar patient och ser till att patient får rätt medicin [...]. Kuratorer kan ju också hjälpa till med... och då tänker jag framförallt på strategier hur man ska hantera sin ångest, och kanske information, vad är ångest”. *Psykiater:* ”Psykologer försöker hitta lösningar genom att jobba med psykologiska aspekten av personens problem”. *Kurator:* ”Psykologer fokuserar sig mer på individens rötter och psykiater kan skriva ut medicin och behandlar ibland patienter med samtal”.

Psykologen uttryckte att medicin är en behandling som är behövlig i vissa situationer men nämnde flertals gånger att hen anser att läkare och även psykiatrin ibland har en övertro på medicinering genom egna erfarenheter. Det var även intressant att psykiatern höll med psykologen om att hens profession använder medicinering för mycket för att kunna behandla patienter snabbt. Det kan tolkas som att vissa yrkesidentiteter tror så starkt på deras kompetens att de istället för att hänvisa vidare till någon annan yrkesroll håller kvar klienter/patienter på grund av deras okunskap gentemot andra yrkesroller. Enligt Tajfel och Turner (2010) är det dock inte ovanligt att olika grupper är eniga i vissa situationer, de syftar på att grupperna i slutändan väljer att identifiera sig med sin egen grupp då det alltid finns vissa markanta skillnader bland grupper. Kuratorn hade en mer neutral syn på det hela men nämnde också att man ska vara noga med att skriva ut mediciner.

Kurator: ”På psykiatriska mottagningar skrivs inte beroendeframkallande mediciner ut så snabbt [...]. Det är oftast läkarna

på vårdcentralen som det handlar om, de har inte tid vilken leder till att de skriver ut mediciner snabbt”. *Psykiater:* ”Jag ser inte medicineringen som en quick fix men med rätt medicin och behandling kan det vara mycket hjälpsamt. Mediciner skrivs ut allt för snabbt på grund av tidsbristen och den ses som den bästa lösningen då men det tycker jag inte är rätt”.

Trots att samtliga intervjupersoner ställer sig kritiska till farmakologisk behandling hade de erfarenheter av att medicin varit positivt för klienter/patienter. De är eniga om att klienter/patienter som är i så dåligt skick att de inte kan vara mottagliga för terapi behöver medicin som komplement till behandlingen. Dock menar psykiatern att det handlar om att skriva ut låga doser i början, vara uppmärksam och höra av sig till patienten och följa upp processen.

Under intervjuerna berättade intervjupersonerna om deras kritik gentemot studiens samtliga yrkesroller. De tog avstånd från att identifiera sig med de andra yrkesroller trots de likheter de har (Hasenfeld 2010). Detta kan ses som ett uttryck för att de olika kompetensernas utbildningsområde användes som kritik gentemot varandra då det är den kunskap de kan utgå ifrån om den andra personen. Psykiatern kritiserades för medicinska användningen medan psykologen kritiserades för sin icke medicinska kunskap samtidigt som kuratorn kritiserade för att ha en alltför generell utbildning som uppfattades som otillräcklig i behandling av ångest. Tajfel och Turner menar att det inte är ovanligt att grupper som har stora likheter ändå hamnar i en konkurrenssituation på grund av de små skillnader där ena gruppen gynnas och den andra underskattas (Tajfel 2010; Nilsson 1996; Myers 2012). Dock var samtliga intervjupersoner även diplomatiska i sina svar genom att de inte ville generalisera hela professionerna utan bara ge sitt perspektiv utifrån egen erfarenhet.

Psykolog:” Men jag anser att psykiater har som jag tidigare sagt en övertro på medicin [...] och kuratorer kan i vissa fall ha för lite kunskap för att behandla ångest. *Kurator:* ”I psykiatri arbetar mycket med medicin... psykologer kan inte göra en bedömning om ångesten beror på någon fysisk sjukdom”. *Psykiater:*” Jag anser att vissa kunskaper är nödvändiga för att

behandla vissa ångestsyndrom. [...] psykologer kan inte göra bedömningar på somatiska symtom vilket kan vara negativt”.

Råvaran i människobehandlande organisationer är individen vilket innebär att samtliga yrkesroller i denna studie har samma mål, vilket är att behandla människor med psykisk ohälsa (Hasenfeld 2010). Likheten mellan samtliga yrkesroller är att de träffar personer med ångestsyndrom och har samtal med dessa individer. Skillnaden är att behandlingen för ångest sker på olika sätt (ibid.). Samtliga yrkesroller har egna kunskaper och erfarenheter som gör att de har kunskap om deras eget område men oftast mindre kunskap om andras yrkesroller (Tajfel 2010; Olsson 1999; Blomqvist 2009). Trots att många kuratorer också är utbildade som psykoterapeuter liksom kuratorn som intervjuades verkar de inte uppfattas som lika kompetenta på grund av sin grundutbildning i förhållande till psykologer och psykiater som har högre status (Gazzola & Alves 2011). Hasenfeld (2010) anser att legitimitet påverkas av vad som uppfattas som rättmätigt arbete. En psykiatriker har legitimation som visar på deras kompetens och det har även psykologer men inte kuratorer, detta kan bidra till en osäkerhet kring yrkesrollen vilket kan vara en förklaring till att kuratorn i min studie inte tog så mycket plats i förhållande till övriga professioner.

7. Slutdiskussion

Uppsatsen har beskrivit hur kurator, psykiater och psykolog beskriver ångest utifrån sin kompetens och erfarenhet. Uppsatsen illustrerar de olika yrkesrollernas syn på sin egen roll i behandling av ångest och samtidigt deras syn på varandras yrkesroller. Studien har genom forskning och analys besvarat de frågor som denna undersökning hade.

7.1 Beskrivelse av ångest

Studien visar att beskrivelsen av ångest är unik i förhållande till yrkesrollerna. Samtliga utgick ifrån sin akademiska och sin yrkesrelaterade kunskap som grund för sin tolkning av ångest. Jag anser att professionella idag kan dra tydliga gränser mellan sitt sätt att se på ångest, sin egen yrkesroll och andras. Liljegren (2008) menar att olika yrkesroller avgränsar sig mot andra yrkesroller för att gör anspråk

på arbetsuppgifter. Dock tror jag att professionella avgränsar sig automatiskt då olika professioner har olika akademiska grunder. Det hade exempelvis varit olämpligt att uttala sig om medicin i alltför stor grad utan kunskap och utbildning.

Moderna samhällets struktur och dess informerande kultur visar sig vara en faktor som orsaker ökad ångest enligt min studie. Det är väldigt logiskt då krig, miljökatastrofer och konflikter som speglas på nyheterna varje dag kan bidra till oro och i sin tur ångest. Keeley & Storchs artikel (2005) studie visade även hur kraven och prestationen i vardagslivet kan vara jobbigt för många unga att hantera. Detta nämnde även mina intervjupersoner som menar att unga har för höga krav och förväntningar på hur livet skall vara då de strävar efter bra utbildning, karriär och partnerskap.

7.2 Syn på egen yrkesroll

Enligt min valda teori; sociala identitetsteorin identifierar sig individen alltid till sin egna sociala grupp vilket jag inte håller med om helt och hållet. Även i min studie visar det sig att psykiatern som har högst status, kunde kritisera sin egen profession där hen ansåg sig vara annorlunda i förhållande till andra psykiater. Trots att det finns professionella som tror starkt på sin egen profession i förhållande till andra professioner finns det även de som kan reflektera och se det positiva och negativa i yrkesroll. Det är riskabelt att dra så stora slutsatser och paralleller då de yrkesroller som är aktuella i denna studie inte är en färdig produkt utan människor. Det går aldrig att generalisera en grupp människor då alla är olika och oförutsägbara. Olika faktorer som kunskap, erfarenhet och möten med klienter kan påverka den professionella att se utanför ramarna.

Det är dock tydligt att psykiatern och psykologen som har högre grundlig utbildningsnivå identifierade sig mer med sin egen yrkesgrupp i förhållande till kuratorn, som hade en relativt neutral ställning och såg sig som en del av ett team i sin yrkesroll. Detta kan även kopplas till tidigare forskning då kuratorerna som intervjuades i två olika studier ansåg sig vara neutrala och en del av ett team med olika professionella (Olsson 1999; Gazzola och Alves 2011). Psykiatern utstrålade

mer auktoritet och säkerhet i sina resonemang medan kuratorn och psykologen reflekterade mer innan de resonerade kring ett tema.

7.3 Syn på likheter och skillnader

Studien visar att det finns en brist på kunskap om varandras kompetenser då samtliga yrkesroller hade en beskrivelse av den andra personen utifrån sin egen erfarenhet som inte stämde med de andra framställningarna. Som Blomqvist (2009) och Olsson (1999) nämner i sin avhandling värderas inte kuratorns skicklighet lika mycket och det finns en osäkerhet kring kurators roll och arbetsuppgifter. Denna studie visade även tydligt att kuratorns roll som behandlare av ångest inte anses vara av stor grad. I undersökning blir det tydligt att psykologen och psykiatern inte tog så mycket hänsyn till kuratorn som behandlare vid ångestsyndrom. Kuratorns roll uppfattades som en informativ och stödjande yrkesroll men inte som en professionell behandlare. Även det faktum att en kurator i grunden inte är legitimerad, och att de inte kan göra utredningar eller lägga diagnoser på klienter kan vara en bidragande orsak till att de inte uppfattas som lika kompetenta vid behandling av ångest.

Studien visar att den psykiatriska yrkesrollen har en hög status och det var tydligt att den medicinska bakgrunden och möjligheten att skriva ut mediciner var faktorer som bidrar till denna tro på kompetens. Det var intressant att de olika yrkesrollerna inte diskuterade de likheter de har, olikheterna tog större plats. Olika professioner har därmed olika status i samhället vilket påverkar deras sätt att se på varandras roller. Forskning belyser hur viktigt det är att behandla olika klienter/patienter utifrån deras tillstånd och de menar att alla effektiva behandlingar inte är lämplig för alla (Keeley & Storch 2005). Forskningen visar även hur viktigt det är att bemöta en behandling utifrån olika perspektiv då personer med ångestsyndrom inte är mottaglig för vissa behandlingar (SBU 2005). SBU rapporten belyser att vissa personer inte är lämpliga för vissa behandlingsmetoder då de kan skapa en motsatt effekt. Exempelvis visar min studie att en person som har depressiva symtom eller en person som inte orkar göra läxor, inte hade gynnats av KBT terapi då sannolikheten är stor att behandling blir icke effektiv. Ibland kan även vissa behandlingsmetoder

kombineras för att nå ett bra resultat vilket framkom tydligt under mina intervjuer. I min studie blir det även tydligt att psykologen anser att professioner måste bli bättre på att remitera klienter/patienter när de inte har resurser eller tillräcklig kompetens att behandla individen.

Undersökningen visar även att samtliga yrkesroller använder samma behandlingsmetoder, bland annat KBT då det är en populär trend som fungerar med snabb dokumenterad effekt. Enligt min studie och tidigare forskning uppskattas snabba metoder som är ekonomiska vilket leder till att professioner vidareutbildar sig för att kunna ta emot fler klienter (Glen et al 2013; Bergström 2010; Caspar et al 2013). Avslutningsvis innebär detta att yrkesrollernas syn på varandra är olika och synsätten påverkas av faktorer som; akademisk utbildning, status, legitimering och erfarenhet.

8. Litteraturförteckning

Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber

Almén, Niclas (2007). *Stress- och utmattningsproblem: kognitiva och beteendeterapeutiska metoder*. Lund: Studentlitteratur

Angelöw, Bosse (1999). *Att hantera stress och möta förändringar*. Stockholm: Natur och kultur

Arbetsförmedlingen 2013. Kurator. Redaktionen för yrkesinformation.
[http://www.arbetsformedlingen.se/yrken-
ojsessionid=CB7F4F5F5C250D731F66A38A22D0B72B?url=1119789672%2FYrken%2FYrkesBeskrivning.aspx%3FiYrkeId%3D208&sv.url=12.78280711d502730c1800072](http://www.arbetsformedlingen.se/yrken-
ojsessionid=CB7F4F5F5C250D731F66A38A22D0B72B?url=1119789672%2FYrken%2FYrkesBeskrivning.aspx%3FiYrkeId%3D208&sv.url=12.78280711d502730c1800072) (Hämtad 2013-11-12).

Arbetsförmedlingen 2013. Psykolog. Redaktionen för yrkesinformation.
[http://www.arbetsformedlingen.se/yrken-
o?url=1119789672%2FYrken%2FYrkesBeskrivning.aspx%3FiYrkeId%3D317&sv.url=12.78280711d502730c1800072](http://www.arbetsformedlingen.se/yrken-
o?url=1119789672%2FYrken%2FYrkesBeskrivning.aspx%3FiYrkeId%3D317&sv.url=12.78280711d502730c1800072) (Hämtad 2013-11-12).

Ashton, Heather (2005). *Benzodiazepiner: hur de påverkar kroppen och hur man trappar ner*. Herrljunga: Evoca information

Behandling av ångestsyndrom: en systematisk litteraturöversikt Vol. 2. (2005). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)

Berger, Thomas, Boettcher, Johanna & Caspar, Franz 2013. Internet-Based Guided Self-Help for Several Anxiety Disorders: A Randomized Controlled Trial Comparing a Tailored With a Standardized Disorder-Specific Approach. *Educational Publishing Foundation* 1: 1-13.

Bergström, Jan (2010). *Internet-based treatment for depression and panic disorder [Elektronisk resurs] : from development to deployment*. Diss.

(sammanfattning) Stockholm : Karolinska institutet, 2010. Tillgänglig på Internet:
<http://diss.kib.ki.se/2010/978-91-7409-800-6/>

Bering, Elna & Brandt, Merete (red.) (1990). *Vad är psykoanalys?: erfarenheter och upplevelser*. Stockholm: Rabén & Sjögren

Blomqvist, Suzanne (2009). *Kompetensutnyttjande i mångprofessionella psykiatriska team*. Diss. Linköping: Linköpings universitet, 2009

Boyce, C and Neale, P. (2006) *Conducting In-Depth Interviews: A Guide for Designing and Conducting In-Depth Interviews for Evaluation Input, Monitoring and Evaluation - 2*. Pathfinder International.

Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder. 2.*, [rev.] uppl. Malmö: Liber

Danielsson, Louise, Scherman Hansson, Marianne, Rosberg, Susanne 2013. Physiotherapists perceptions of their treatment for patients with generalized anxiety. *Physiotherapy Theory and Practice* 8: 604-15.
doi:10.3109/09593985.2013.778382.

Farm Larsson, Maria & Wisung, Håkan (2005). *Fri från oro, ångest och fobier: råd och tekniker från kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Forum

Folkhälsorapport. 2009. (2009). Socialstyrelsen. Tillgänglig på Internet:
http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf

Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. (2002). Stockholm: Vetenskapsrådet

Gazzola, Nicola, Alves, Sara, (2011). A qualitative inquiry of experienced counsellors. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, Vol 45 (3)189-207.

Glenn Daniel, Golinelli, Daniela, Rose, Raphael RD, Roy-Byrne, Peter, Stein, Murray B, Sullivan, Greer, Bystriksy, Alexander, Sherbourne, Cathy, Craske, Michelle G (2013). Who gets the most out of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders? The role of treatment dose and patient engagement. *US: American Psychological Association* 4:639-649. doi: 10.1037/a0033403.

Gordon, R. (1992). *Basic interviewing skills*. Itasca, IL: Peacock

Grip, Lars (2003). *Medicin mot livet: om antidepressiva läkemedel*. Stockholm: Carlsson

Hasenfeld, Yeheskel (red.) (2010). *Human services as complex organizations*. 2. ed. Los Angeles: Sage

Hirsch, Colette R. Mathews, Andrew Lequertier, Belinda Perman, Gemma Hayes, Sarra ; *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Vol 44(4), Dec, 2013. pp. 388-395. [Journal Article]

Houellebecq, Michel (1999). *Whatever: a novel*. London: Serpents Tail

Keeley, Mary L, Storch Eric A (2009) Anxiety disorders in youth. *Journal of Pediatric Nursing*, 2009: 24: 26-40

Kristiansson, Nille (2013). Vem gör vad inom psykiatrisk vård. *1177 Vårdguiden*. <http://www.1177.se/Skane/Tema/Psykisk-halsa/Soka-var-d-och-hjalp/Soka-var-d/Vem-ar-vem-inom-psykiatrisk-var-d/?ar=True> (Hämtad 2013-11-12).

Leahy, Robert L. (2010). *Ångestfri: bli av med dina rädslor och fobier*. Stockholm: Natur & kultur

Liljegren, Andreas (2008). *Professionellt gränsarbete: socionomexemplet*. Diss. (sammanfattning) Göteborg : Göteborgs universitet, 2008

Lundin, Annika (2009). *Kurator inom hälso- och sjukvård*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur

Läkemedelsverket 2007. *Läkemedelsbehandling vid ångest*.
<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Att-anvanda-lakemedel/Sjukdom-och-behandling/Behandlingsrekommendationer---listan/Angest/> (Hämtad 2013-11-28).

Meeuwisse, Anna, Swärd, Hans, Eliasson-Lappalainen, Rosmari & Jacobsson, Katarina (red.) (2008). *Forskningsmetodik för socialvetare*. 1. utg. Stockholm: Natur & kultur

Milrod, Barbara (2008). *Psykodynamisk behandling vid panikstörning: manual för behandling enligt panikfokuserad psykodynamisk psykoterapi, PFPP*. 1. uppl. Stockholm: Studentlitteratur

Myers, David G. (2012). *Exploring social psychology*. 6., [updated] ed., [McGraw-Hill international ed.] New York: McGraw-Hill

Nilsson, Björn (1996). *Socialpsykologi: utveckling och perspektiv*. Lund: Studentlitteratur

Oestrich, Irene (2003). *Tankens kraft - kognitiv terapi i klinisk praktik*. Lund: Studentlitteratur

Olsson, Siv (1999). *Kuratoren förr och nu: sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv = [The hospital social worker then and now] : [in a historical perspective]*. Diss. Göteborg : Univ.

Philips, Björn & Holmqvist, Rolf (red.) (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?*. 1. uppl. Stockholm: Liber

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

Sethi, Suvena 2012. _Treating Youth Depression and Anxiety: A Randomised Controlled Trial Examining the Efficacy of Computerised versus Face-to-face Cognitive Behaviour Therapy. *The Australian Psychological Society* 4: 249-257.
DOI: 10.1111/ap.12006

Tajfel, Henri (red.) (2010). *Social identity and intergroup relations*. 1. paperback print. Cambridge: Cambridge Univ. Press

Öst, Lars-Göran (red.) (2006). *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och kultur

9. Bilagor

9.1 Intervjuguide

DJUP-INTERVJU GUIDE

Yrkeskategori: Psykolog/ psykiater/ kurator

Introduktion: Tack för att du var villig att göra denna djupintervju med mig. Denna intervju kommer att handla om din yrkesroll i behandling av ångest men även din syn på andra professioners roller som behandlar ångest.

- Har du några frågor du skulle vilja ställa innan vi sätter igång?

Teman:

- Bakgrund
- Ångest
- Behandling
- Yrkesroll
- Andra professioner

Öppna frågor att utgå ifrån:

- Berätta om dig själv?
- Vad är din yrkestitel idag, kan du beskriva den?
- Hur hade du beskrivit ångest?
- Hur påverkar din profession ditt synsätt?
- Vad har du för erfarenhet inom ångestrelaterade sjukdomar?
- Vilka faktorer har bidragit till ökningen bland unga vuxna?
- Hur hade du beskrivit dig som kurator, psykolog, psykiater?
- Hur ser du på din profession?
- Hur ser du på andra professioners roller som behandlar ångest?
- Vad är en kurators/ psykiaters/ psykologs roll?
- Vilka skillnader ser du på din profession i förhållande till resterande nämnda professioner?
- Vilka metoder brukar du använda dig av för att behandla ångestproblematik?
- Nackdelar/ fördelar med andra professioners arbetsmetoder?
- Vad tycker du om psykologers/ psykiaters/ kurators sätt att hantera klienter med ångest?

Avslutande fraser:

- Är det någon du skulle vilja lägga till eller säga?
- Tack för att du tog din tid för denna djupintervju.

9.2 Samtyckesblankett

SAMTYCKE

Jag samtycker till att göra en djupintervju med Sükran Sönmez. Det som kommer tas upp under intervjun är beskrivelsen av ångest, mina tankar kring min yrkesroll i behandling av ångest samt vilka likheter och skillnader som jag kan se på andra professioners roll vid behandling av ångest i förhållande till min egen. Jag är medveten om att denna intervju kommer att spelas in för att inte misstolka mina svar. Intervjuaren har tystandsplikt och allt som sägs under samtalet kommer att hållas konfidentiellt. Detta innebär att läsare av denna studie inte kommer att kunna identifiera mig som person. Jag är medveten om att jag inte behöver svara på frågor som känns obehagliga för mig och jag har rätt att avbryta intervjun när jag känner för det.

Namn:.....

Signatur:.....

Datum:.....

Intervjuarens signatur:.....