

Svenska skådespelares psykiska hälsa hösten 2014

- Hur mår medlemmarna i teaterförbundets skådespelaravdelning

Andreas Eneborg & Lina Pleijel

Örebro Universitet

Sammanfattning

En skådespelares konstnärliga arbete är attraktivt för de utövande. En baksida kan vara de arbetsmässiga villkoren. Resultaten från tidigare forskning har antytt höga nivåer av ångest, stress och sömnbesvär. Syftet med denna studie var att replikera, bredda och fördjupa kunskapsbasen kring skådespelares mående genom att undersöka hälsopsykologiska problem. En webbenkät bestående av frågor kring ångest, depression, stress, sömn, upplevelsemässigt undvikande, livstillfredsställelse och smärta riktades till samtliga medlemmar i Teaterförbundets skådespelaravdelning varav 443 personer svarade. Resultaten visar hög ångest och något förhöjda nivåer av stress. Kronisk smärta är dubbelt så vanligt bland skådespelarna. De förhöjda värdena verkar inte vara kopplade till skådespelarnas livstillfredsställelse eller sömnproblem. Med bakgrund av de förvånande resultaten diskuteras möjliga alternativa tolkningar, som dock skulle behöva utforskas ytterligare.

Nyckelord. *Skådespelare, deskriptiv enkätstudie, hälsopsykologi, ångest, smärta*

Handledare: Ida Flink
Psykologprogrammet, avancerad nivå, 30 hp
HT 2014

Swedish Actors' Mental Health Autumn 2014¹
- The wellbeing of members of the Theatrical Union's actors' section

Andreas Eneborg & Lina Pleijel

Örebro University

Abstract

An actor's artistic work is attractive to the actor herself. However, a down side to the work could be the applicable terms and conditions. Results of previous research have suggested high levels of anxiety, stress and insomnia. The purpose of this study was to replicate, broaden and deepen the knowledge base of actors' wellbeing by using concepts found in health psychology. An online questionnaire comprising questions about anxiety, depression, stress, sleep, experiential avoidance, life satisfaction and pain was directed to all members of the Theatrical Union's actors' section, to which 443 people responded. The results show a high degree of anxiety and slightly elevated levels of stress. Chronic pain is twice as common amongst actors. The elevated values do not seem to relate to actors' life satisfaction or sleep problems. Bearing in mind these rather surprising results, possible alternative explanations are discussed which would, however, require further research.

Keywords: Actor, descriptive survey, health psychology, anxiety, pain

¹*Psychology, Master's thesis, Autumn 2014. Supervisor: Ida Flink*

Tack!

Teaterförbundet för er hjälp
Alla er som svarade på enkäten
Ida Flink för positiv och tillitsfull handledning
Hubert Best för att din lägenhet fått vara vårt arbetsrum
Varandra för gott samarbete

Svenska skådespelares psykiska hälsa hösten 2014	5
Ångest.....	8
Depression.....	9
Stress	11
Sömn	12
Upplevelsemässigt undvikande	13
Livstillfredställelse	14
Smärta	15
Metod.....	17
Deltagare.....	17
Bortfallsanalys.....	17
Etiska överväganden.	18
Bakgrundsvariabler.	18
Material.....	20
Hospital anxiety and depression scale (HADS).....	20
Percieved stress scale (PSS-10).....	21
Insomnia severity index (ISI).	21
Acceptance and action questionnaire (AAQ-II).	22
Satisfaction with life scale (SWLS).	23
Stress, smärta och sömnproblem (SSS).....	24
Procedur.....	24
Databearbetning/analys	25
Resultat.....	25
Skattningsformulär.....	25
Korrelationer mellan utfallsmåtten.....	27
Ångest.....	27
Depression.....	27
Stress	28
Sömn	29
Upplevelsemässigt undvikande	30
Livstillfredställelse	31
Smärta	31
Diskussion.....	33
Resultatdiskussion.....	33
Ångest.....	33
Depression.	35
Stress.	35
Sömn.....	37
Upplevelsemässigt undvikande.	37
Livstillfredställelse	38
Smärta.....	39
Metoddiskussion.....	40
Referenser	43

Svenska skådespelares psykiska hälsa hösten 2014

Så fort man befinner sig i en ljuscirkel helt omringad av mörker, känner man sig genast fullständigt isolerad. Där, i denna ljuscirkel, känner man sig som hemma, man är inte rädd för någon, och man skäms inte för någonting. Man kan lösa svåra problem och analysera alla nyanser i sina egna känslor och tankar. Man kan ha kontakt med en annan person, förnimma den, anförtro den sina intimaste tankar och i sitt minne återuppliva det förflutna och drömma om framtiden

Konstantin Stanislavskij (2004, sid. 125) ur "En skådespelares arbete med sig själv"

Många drömmer om en karriär som skådespelare. Men forskningen vet fortfarande ganska lite om hur skådespelare mår. Utifrån de särskilda villkor som skådespelare lever under är det både viktigt och intressant att studera deras psykologiska hälsa och försöka beskriva hur de förhåller sig till sina livsomständigheter.

Skådespelaryrket förknippas med synliggörandet av mänskliga beteenden och relationer (Rönn, 2009). Arbetet är kreativt och lustfyllt; det konstnärliga skapandet ses som en ständigt pågående process. Frilansstillvaro innebär inte enbart otrygghet utan kan upplevas som en frihet att till viss mån styra över sitt eget liv (Miscovic, 2014). Skådespelaryrket är attraktivt för de utövande och det är en "lyx" att få möjlighet att arbeta undersökande tillsammans med andra människor, enligt en av de intervjuade i Danka Miscovics avhandling *Bortom scenen - en sociologisk studie av frilansande skådespelares villkor från 2014*. Många kan inte tänka sig att leva på något annat sätt (Torkelsson, 1998).

Baksidan av arbetet är de arbetsmässiga, sociala och ekonomiska villkoren. I en rapport från Konstnärsnämnden om konstnärers villkor skriver författaren Marita Flisbäck (2010) att konstnärer är högutbildade i större utsträckning än befolkningen i övrigt men har lägre medianinkomst. För skådespelares arbete gäller dessutom ofta korta anställningar på några månader, anställningar på andra orter än hemorten och udda arbetstider, detta i högre utsträckning än för människor på arbetsmarknaden generellt (Flisbäck, 2010). Att arbeta som

skådespelare innebär dessutom att snabbt gå in i intensiva och intima arbetsrelationer under mycket begränsade och korta perioder, för att sedan skiljas från ensemblen på obestämd tid. Denna brist på kontinuitet skulle kunna skapa svårigheter både känslomässigt och arbetsmässigt (Torkelson, 1998).

Skådespelare är överetablerade på arbetsmarknaden i förhållande till de arbetsmöjligheter som finns och konkurrensen om jobb är mycket hård (Arbetsförmedlingen, 2014). Perioder av arbete varvas ofta av perioder av arbetslöshet och det är få som har möjlighet att finna tillsvidareanställning. Uppskattningsvis har ca 83 procent av de skådespelare, som hösten 2014 är medlemmar i Teaterförbundets skådespelaravdelning, tidsbegränsade anställningar (uppgift i samtal med kansliet, Teaterförbundet, hösten 2014). I befolkningen i stort råder, i princip, omvända förhållanden där ungefär nio av tio av de som har ett arbete har en tillsvidareanställning (Danielsen Rackner, 2014). Yrkeskategorin skådespelare har alltid haft förhållandevis otrygga anställningar men har sedan ett antal år, i ännu högre grad än tidigare, anställningar med korta kontrakt (Arbetsförmedlingen, 2014). Det bekräftades 2003 i statens offentliga utredningar (SOU, 2003:21) där man såg en minskande tendens att tillsvidareanställa vid institutionsteatrarna.

Det kan ta tid att etablera sig som skådespelare (Jansson & Power, 2008). För kvinnliga skådespelare över fyrtiofem år är arbetssituationen dessutom svårare än för män, då manliga skådespelare har fler arbetsmöjligheter, med störst skillnad i åldersintervallet 45 - 54 år (Engberg, 2003). Detta är samtidigt en ålder då många skådespelare upplever att de har mycket att bidra med i form av erfarenhet och arbetskunskap (Miscovic, 2014). Därför är det enkelt att föreställa sig att denna svårighet, i synnerhet för kvinnliga skådespelare över fyrtiofem, att finna intressanta arbetsuppgifter ibland ger upphov till både frustration och ilska (Miscovic, 2014, SOU, 2006:42).

För en skådespelare är rampfeber, scenskräck eller premiärnervver inga ovanliga tillstånd (Studer, Gomez, Hildebrandt, Arial & Danuser, 2011). Ångest, eller nervositet, inför ett framträdande kan vara det som skärper sinnet och ökar prestationen på scenen (Barlow & Durand, 2012). Det är kanske inte alla som kan säga som Willem Dafoe: "You do your best work when you are scared." (Rose, 2012). Men citatet säger något om skådespelarens förutsättningar - en strävan att pressa sig bortom sina begränsningar. I samtal med Per Sandborgh (skådespelare, teaterlärare och sekreterare i skådespelaravdelningens styrelse) bekräftar han detta och säger att han brukar uppmana sina elever att "få igång adrenalinet" innan de ska gå upp på scenen. En tolkning av uppmaningen kan vara att han ber dem skärpa sitt fokus, att lämna sina vardagliga jag.

Under 2009 undersöktes och belystes skådespelares psykiska och fysiska hälsa i en studie av Charlotte Söderström (Söderström, 2009). Hon kom bland annat fram till att skådespelare led av sämre fysisk och psykisk hälsa än genomsnittet och att de framför allt hade högre ångest- och stressnivåer. Söderström tolkade även resultaten som att skådespelare sov sämre än svenskar i allmänhet. Detta sågs som ett symtom på de osäkra anställningsvillkor som gällde för skådespelare där endast en låg andel av de skådespelande medlemmarna i teaterförbundet var tillsvidareanställda. Ytterligare potentiella förklaringar till skådespelarnas dåliga mående var arbetsförhållanden som innebär obekväma arbetstider, flytande gräns mellan arbete och fritid samt en kultur där prestationen förväntas ligga på topp.

Det råder brist på forskning om svenska skådespelares psykiska hälsa. Befintlig forskning behöver både replikeras och kompletteras för att nyansera bilden av skådespelares mående. Den behöver även kompletteras för att skapa en bredare förståelse för tidigare fynd.

Syftet med denna studie är att kartlägga ett urval av svenska skådespelares psykiska mående, hösten 2014, genom att undersöka de hälsopsykologiska koncepten ångest, depression, stress, sömn, livskvalitet, upplevelsemässiga undvikande och smärta. I denna

studie har vi alltså tagit avstamp i hälsopsykologiska begrepp. Hälsopsykologin intresserar sig för biologiska, psykologiska, beteende- och miljömässiga faktorerers bidrag till hälsa respektive ohälsa hos människor samt hur faktorerna inom detta biopsykosociala perspektiv samvarierar, vidmakthåller eller förebygger varandra (Passer et al., 2009). För att ta reda på hur skådespelarna i studien mår använde vi oss av några kända mått på psykisk hälsa.

Som en bakgrund till undersökningen kommer vi nu ge en översikt av de olika begreppen samt ge en förklaring till varför vi anser att de är de bäst lämpade för en studie av den här typen.

Ångest

Enligt Charlotte Söderström rapporterade skådespelare hösten 2009 höga nivåer av ångest. Vi tyckte därför att det därför var viktigt att ta med ångest som en del i vår undersökning.

Kommer denna studie få liknande svar som Söderström?

Sammanfattat om ångest kan man säga att det är en negativ sinnesstämning karakteriserad av en stark till intensiv oro och ängslan, eller olust. Den kan fysiskt yttra sig som inre spänningar, huvudvärk eller illamående. Både kroppen, tankar och känslor är, med andra ord, engagerade vid ångest (Barlow & Durand, 2012; Fredrickson, 2013; SBU, 2012). Upplever vi alltför stark ångest kan det få konsekvenser i vårt dagliga liv och vi får svårt att fungera som vi skulle önska att vi kunde.

Men trots att ångest kan upplevas som obehag är den en naturlig del av människans liv (Öst, 2006). Ångest är kroppens sätt att förbereda sig för att stå emot närstående hot och fara. Ångest kan alltså vara bra för oss, i alla fall i mindre mängd och i kortare stunder. Barlow och Durand (2012) refererar till en 106 år gammal källa (Yerkes & Dodson, 1908) när de menar att psykologer sedan länge känt till att måttlig ångest momentant höjer vår sociala, intellektuella och fysiska prestation. Den gör oss redo för problemlösning och ökar vårt fokus. Om ångesten inte går över eller om den är så stark att den upplevs som ohanterbar, eller

skapar sekundära problem i livet, så klassificeras den som klinisk ångest. Det finns ett antal typer av vanligt förekommande kliniska ångestsyndrom, till exempel paniksyndrom, tvångssyndrom (OCD), generaliserat ångestsyndrom (GAD), specifik fobi, social fobi, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), samt ångestsyndrom utan närmare specifikation UNS (American Psychiatric Association, 2000). Under en 12-månadersperiod uppger mellan 12-17% av den vuxna befolkningen i Sverige att de har sådana symtom att de kan klassificeras som en ångeststörning (SBU, 2005). Samsjukligheten mellan olika ångestsyndrom är hög och det är även samsjukligheten med andra psykiska syndrom, till exempel depression och missbruk (Barlow & Durand, 2012; Häggström & Magnil, 2013). Hur vi hanterar ångest har med en mängd psykosociala och biologiska faktorer att göra. Vi kan vara sårbara för ångest av olika skäl och inte sällan går ångestbeteenden i arv mellan generationer (Barlow & Durand, 2012). Kvinnor har visat sig drabbas av ångestsyndrom dubbelt så ofta som män. Förklaringarna till varför det är så är olika men innefattar såväl biologiska/hormonella såväl som psykosociala faktorer som till exempel dubbelarbete (von Knorring, Hedin & von Knorring, 2014).

Depression

Eftersom det har visat sig att depression samvarierar i hög utsträckning med andra mått på psykisk ohälsa (Balch, Freischlag & Schanafelt, 2009; Bergbom, 2014; Liu & Alloy, 2011) sågs det som angeläget att skådespelarna i den här studien fick svara på frågor som rör depressionssymptom. I SBU:s rapport om arbetsmiljöns betydelse från februari 2014 kan man läsa att det finns många arbetsmiljömässiga faktorer som bidrar till både depression och utmattning. Några sådana faktorer är till exempel möjligheten att påverka sin arbetssituation, i förhållande till de krav som ställs på den anställde, eller osäkerhet kring anställning. Skådespelare lever under relativt extrema arbetsförhållanden, som vi nämnt tidigare, med

korta anställningar och hög arbetslöshet. Men även med en känsla av frihet i förhållande till sitt arbete, som skulle kunna ses som en möjlig skyddande faktor.

Nedstämdhet, sorgsenhet och energilöshet behöver inte vara sjukliga tillstånd. Det kan vara fullt naturliga och adekvata känslor. Kanske en tillfällig reaktion på till exempel en förlust eller en svår livssituation (Andersson, 2012). När man däremot får svårt att ta sig ur nedstämdheten, den varar länge eller får stora negativa konsekvenser på livet i övrigt, så övergår tillståndet till depressionssyndrom (American Psychiatric Association, 2002). Depressionssyndrom är vanligt förekommande och brukar beskrivas som en folksjukdom (Andersson, 2012). Depression kan ta en mängd olika uttryck och påverkar ofta hela personen. Den kan yttra sig genom, för den drabbade, förändrade känslor, tankar och handlingar. Den känslomässiga påverkan är ofta stor och kraftig nedstämdhet är ett av de vanligaste symtomen (Andersson, 2012). Ältande av misslyckanden och tankar kring hopplöshet förekommer ofta tillsammans med en allmänt pessimistisk inställning till sig själv och även till möjligheten att en dag kunna må bättre. Ofta påverkas kroppen genom att sömn och aptit minskar (eller ökar). Många får även svårt att fatta beslut eller att koncentrera sig. Det kan få stora konsekvenser för livet i övrigt och för närstående (Ramnerö, 2006). Det kan vara svårt att ta sig ur en depression på egen hand då man kan hamna i en ond cirkel där man isolerar sig från människor och drar sig undan från aktiviteter som man tidigare uppskattat. Vissa deprimerade blir passiva och fastnar i mönster som är svåra att bryta när energinivån är låg (Ramnerö, 2006). Det uppskattas att cirka 6 % av den svenska befolkningen uppvisar sådana symtom att en depressionsdiagnos skulle kunna ställas, att dubbelt så många kvinnor (som män) i vuxen ålder drabbas och att samsjukligheten med ångest och missbruk är hög (Häggström & Magnil, 2013).

Stress

I den tidigare kartläggningen av skådespelares psykiska hälsa (Söderström, 2009) såg man att de hade höga nivåer av stress. Stress kan definieras som hur vi kognitivt, fysiologisk och beteendemässigt svarar an på upplevelsen av obalans mellan olika situationella krav och de resurser vi har att klara av dem (Passer et al., 2009).

Stress är en komplex interaktion mellan stressorer (en olycka, eller kanske en större prestation som kräver vår fulla kapacitet), kognitiva uppskattningar av stressorerna, våra kroppsliga reaktioner på dem och hur vi beter oss för att klara av situationen (Westerlund, 2014; Passer et al., 2009; Lazarus, 1994). Som vi beskrivit tidigare i inledningen lever många skådespelare med en obalans mellan krav på prestation och resurser i form av trygga anställningar. Förväntningarna på goda prestationer är höga samtidigt som tillfällena att utöva, och fördjupa, yrkeskunskaperna kommer oregelbundet för gruppen frilansande skådespelare (Miscovic, 2014). En relevant fråga att ställa är om detta kan leda till högre nivåer av stress i den här gruppen? Nedan kommer en lite mer allmän beskrivning av begreppet stress för att vidga förståelsen för stress och dess konsekvenser.

Stress kallas ibland för vår tids stora folkhälsoproblem och många rapporterar att de känner sig stressade (Stressforskningsinstitutet, 2014). Det finns många definitioner av stress; stress som stimulus, stress som respons och stress som en ständigt pågående interaktion mellan organismen och dess omgivning (Passer et al., 2009). Det vi vet idag är att stress är ett komplext fenomen. Hög stress och vår föreställning att stress påverkar vår hälsa negativt, har båda samband med sämre hälsa och för tidig död (Keller et al., 2012). Att förändra sin tolkning av kroppslig "arousal" har förbättrande effekt på både de kognitiva och de kardiovaskulära responserna på stress (Jamieson, Nock & Mendes, 2011). Även om stress är ett omdebatterat begrepp så visar statistiken att stressnivån ökar i de lägre åldrarna och att man framförallt hos unga kvinnor ser en ökning av stressrelaterade fysiska symtom (Nordin &

Nordin, 2013; Stressforskningsinstitutet, 2014). Kan det vara så att kvinnliga skådespelare rapporterar stress i högre utsträckning än manliga skådespelare? Är yngre kvinnliga skådespelare mer stressade än den övriga gruppen skådespelare?

Hugo Westerlund på stressforskningsinstitutet vid Stockholms universitet, resonerar kring varför stressen har gått ner i åldrarna och varför unga kvinnor är mer drabbade och har några möjliga svar. Ett svar kan vara att vi mår bättre idag än vi gjort i tidigare generationer, det vill säga vi lever längre och är friskare. Vi har därför möjlighet att på ett, för människan, nytt sätt reflektera kring vår stress och uppmärksamma den hos oss själva. En annan tolkning av siffrorna, enligt Westerlund, kan vara att särskilt unga (kvinnor) i dag har höga förväntningar på sig att vara stresståliga, problemfria och friska (och dessutom ha fläckfria CVn) (Stressforskningsinstitutet, 2014).

Det finns starka samband mellan stress och störd sömn. Stress ses i dag som en starkt bidragande faktor vid sömnproblem (Åkerstedt, et al, 2012), särskilt där negativ ruminering (svårighet att släppa ältande tankar på olösliga problem) fungerar som mediator (Berset, et al., 2010). Det finns vidare samband mellan stress och ångest (McEwen, Eiland, Hunter & Miller, 2012), depression (Liu & Alloy, 2011) och utmattning (Balch, Freischlag & Schanafelt, 2009). Så även om stress kanske är en så kallad välfärdssjukdom så är ett kroniskt stresstillstånd ett allvarligt tillstånd som bör behandlas.

Sömn

Människor sover ungefär en tredjedel av sina liv. Sönnen är livsviktig för att kroppen ska kunna återhämta sig. Att inte få tillräckligt med sömn påverkar oss fysiskt, bland annat genom nedsatt immunförsvar (Lekander, 2002). Sönnen spelar även en roll i psykiska åkommor såsom depression och stresstillstånd, till exempel utmattningssyndrom, där sömnproblem kan predicera framtida utveckling av psykopatologi (Lustberg and Reynolds, 2000; Morin et al 2003). Sömnbesvären anses då ha övergått från primära (då problemen enbart har endogena

orsaker), till komorbida, eller sekundära. Sekundära sömnproblem har kroppslig eller psykisk sjukdom som grund (SBU, 2010). Sömnproblem finns även med som kriterium i många ångestdiagnoser (Barlow, 2012). Enligt SBU:s rapport från 2010 är sömnproblem ett vanligt hälsoproblem i Sverige, framför allt bland äldre, kvinnor och i socioekonomiskt svaga grupper. Sett över den svenska vuxna befolkningen (enligt 2008 års SBU-undersökning) var förekomsten av sömnproblem 24 procent, 19 procent bland män och 29 procent bland kvinnor. I SBU:s undersökning definierades sömnproblem som att man fler än 3 ggr/vecka har svårt att somna eller att ha svårigheter att somna om när man vaknar under natten (SBU, 2008).

Vi undersöker om svenska skådespelare i dag har sömnbeteenden som skiljer sig från övriga befolkningen då sömnen är en viktig faktor för psykiskt välmående.

Upplevelsemässigt undvikande

Vi ville veta mer om deltagarnas förhållningssätt till egna känslor, tankar och upplevelser. Detta baserat på Söderströms (2009) tidigare forskning, i vars resultat man sett höga nivåer av ångest och stress inom gruppen. Vi ansåg det därför lämpligt att undersöka deltagarnas möjliga grad av undvikande av obehag. Upplevelsemässigt undvikande är en term som används inom Acceptance and Commitment therapy (ACT) och som kan förstås som att en person har en låg grad av öppenhet för det obehagliga eller störande i livet (Otto, 2010). Öppenhet ses i ACT som en av tre kärnprocesser, eller tre pelare, som är fundamentet i vår förmåga till psykologisk flexibilitet, där de andra två är närvaro och engagemang (Strosahl, Robinson & Gustavsson, 2014). Att undvika, eller inte vara öppen för känslor, tankar, minnen eller kroppsliga förnimmelser är motsatsen till att ha acceptans för dem och det kan ställa till det, psykologiskt, för människor (Ruiz, 2010). I synnerhet ett upplevelsemässigt undvikande i så pass hög grad att det skapar problem, tillsammans med andra komponenter i psykologisk inflexibilitet, har visat sig öka risken för utvecklandet och vidmakthållandet av bland annat

depression, ångestsyndrom, lägre livskvalitet och smärta (Hayes, Louma, Bond, Masuda & Lillis, 2006; Ruiz, 2010). I stället förespråkar Acceptance and Commitment-terapin ett fokus på mer långsiktiga värderingar, samt att behålla öppenhet även inför oönskade och obehagliga upplevelser - något som man i ACT ser som naturliga delar av livet samt något som man inte kan undfly utan bör acceptera (Strosahl, et al., 2014). Genom att varken undvika eller fastna i negativa tankar och känslor kan man skapa större flexibilitet, få fler erfarenheter i sitt liv och bli bättre rustad att möta svårigheter (Ghaderi & Parling, 2009). I stället för att i stunden undvika obehag (i syfte att kortsiktig reducera ångest) - utan förhålla sig öppen för det som kommer, underlättar man för att röra sig vidare i sin värderade riktning, något som på längre sikt leder till ett rikare liv och bättre mående enligt ACT-förespråkarna (Hayes, 2004).

Livstillfredsställelse

Ett sätt att ta reda på hur skådespelare mår generellt är att ställa frågor kring deras subjektivt upplevda tillfredsställelse med livet. Bedömningen av den egna livstillfredsställelsen är ett viktigt komplement till livets negativa omständigheter (Pavot & Diener, 1993). Genom att få ett mått på hur skådespelare förhåller sig till sin situation skulle man kunna förklara, till exempel, att många verkar klara sig bra, trots pressande omständigheter.

Livstillfredsställelse är en term som uppmärksammas inom positiv psykologi där människors styrkor och vad som gör människor lyckliga sätts i fokus till skillnad från den klassiska forskningen kring psykologiska problem eller psykiska sjukdomar (Pavot & Diener, 1993). Livstillfredsställelse är den subjektiva uppfattningen om hur det egna livet upplevs i jämförelse med ett eget ideal eller i jämförelse med andras liv (Snyder, Shane & Lopez, 2007; Pavot & Diener, 1993). Uppfattningen är påverkbar antingen genom att förändra sättet att tänka kring sitt liv eller genom att välja andra personer att jämföra sig med (Wills, 1981). En förändrad upplevelse av det egna livet påverkar därmed livstillfredsställelsen. Man har även sett att olika personer har olika förmåga att ändra sitt sätt att förhålla sig till sin egen situation.

Man har i studier, för att ta ett exempel, sett att personer som drabbats av ryggmärgsskador anpassar sig olika väl till sin nya situation och sina ändrade förutsättningar, och detta reflekteras i deras upplevda livskvalitet (Argyle, 2001). Vissa teoribildningar såsom Acceptance and Commitment Therapy (ACT) lägger mer fokus på människors egna förhållningssätt till sin situation, snarare än objektiva observerbara förhållanden (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Inom ACT anses att personens uppfattning av sig själv och sin situation är viktigare för måendet än om personen uppvisar specifika symtom. Man har, inom ACT, inställningen att oavsett ångest, smärta eller obehag så är medveten närvaro och beteende i enlighet med ens egna värderingar det som spelar roll för det långsiktiga måendet och tillfredställelsen med livet (Hayes et al., 1999).

Smärta

Skådespelares instrument är deras kroppar och deras röster och de är beroende av att dessa fungerar (Miscovic, 2014). Man skulle kunna spekulera i att kroppens rörlighet är en viktig faktor och något som upptar skådespelares uppmärksamhet. En viktig fråga för oss att ställa var således; om skådespelare rapporterar hälsopsykologiska problem, har de i högre utsträckning också kronisk smärta? För att bättre förstå vad smärta är inom det hälsopsykologiska fältet kommer här en beskrivning av begreppet.

Smärta är en mycket vanlig anledning för människor att uppsöka vård. Enligt SBU (2010) beräknas det att upp emot 20% av befolkningen i Sverige rapporterar att de lider av kronisk smärta, vilket definieras som att den varat i tre månader eller längre. Det är dock viktigt att nämna att akut kroppslig smärta är något som de flesta av oss någon gång upplevt eller kommer att uppleva. Hur vi upplever den, kommer att påverkas av vilka vi är och av våra erfarenheter (SBU, 2010). Att reagera på akut smärta är evolutionsbiologiskt viktigt. Den akuta smärtan tar vår uppmärksamhet och ökar stressen (det vill säga vår handlingsberedskap) i kroppen (Westman, 2010). Den fungerar aktiverande för både det centrala och det perifera

nervsystemet och leder nociceptiva (smärtframkallande) impulser till hjärnan (SBU, 2010). För några av oss kommer den akuta smärtan övergå till att bli kronisk. När en akut smärta går över till att bli kronisk spelar biopsykosociala faktorer en viktig roll (Bergbom, 2014; Westman, 2010). Fysisk långvarig smärta ses idag ur ett multidimensionellt perspektiv där såväl biologi och psykologi som sociala och existentiella faktorer har betydelse (SBU, 2010). Enligt Main, Kendall och Hasenbring (2012) finns ett antal kända variabler som kan fungera som prediktorer för framtida smärtproblematik. Dessa variabler är upplevelsen av den egna hälsan på ett generellt plan, psykiskt mående, depression, rädsla- och undvikandebeteenden, smärtekatastrofiering och smärtbeteenden. Inte sällan finns en samvariation mellan smärta och psykiska ohälsotillstånd som depression, där undvikande och katastrofiering kan fungera som underliggande faktorer (Bergbom, 2014; Linton, 2013), och störd sömn (Moldofsky, 2001). Att katastrofiera kan ha en emotionsreglerande funktion vid smärta, i syfte att nedreglera negativ affekt, men har i förlängningen en vidmakthållande effekt på smärtproblematiken (Landström Flink, Boersma & Linton, 2013). Beroende på hur en person bemöter och reagerar på smärta kan man alltså ganska väl förutsäga om den personen kommer att utveckla långvarig smärta eller inte utifrån vissa aspekter (Bergbom, 2014).

Denna studies huvudsakliga syfte är alltså att på kvantitativ väg följa upp tidigare studies resultat (Söderström, 2009) angående skådespelares nivå av ångest, depressionssymtom, stress och sömnbesvär, samt att bredda befintlig kunskap om skådespelares psykiska mående med hjälp av frågeställningar kring livskvalitet, upplevelsemässigt undvikande och smärta. Avgränsningen är således gjord kring några hälsopsykologiska mått, som funnits vara de mest lämpliga för denna undersökning, i ett försök att ge både bredd och djup. Samband och skillnader mellan de olika måtten beräknas. Frågeställningar för undersökningen är:

- Gäller de tidigare fynden om skådespelares mycket höga ångest- och stressnivå, höga nivå av sömnbesvär och förhöjda nivå av depressionssymtom även hösten 2014?
- Hur ser den kroniska smärtan ut i gruppen?
- Är skådespelare tillfredställda med sina liv?
- Hur ser nivån av upplevelsemässigt undvikande ut i gruppen skådespelare?
- Hur förhåller sig resultaten till aktuell forskning om samsjuklighet?

Metod

Deltagare

Tillvägagångssättet för denna tvärsnittsstudie är en enkätundersökning där skådespelare svarat på självskattningsformulär kring ett antal hälsopsykologiska frågor. Detta ger en tydlig bild av den subjektiva upplevelsen av psykisk hälsa hos gruppen.

Samtliga medlemmar (2736 personer hösten 2014) i Teaterförbundets skådespelaravdelning bjöds in att delta i studien. De aktuella yrkeskategorierna var skådespelare, röstskådespelare/dubbing, talboksinsläsare, mimare, sufflör, dockteaterspelare och programledare. De personer som angav annan yrkeskategori än de ovan nämnda utelämnades från analysen eftersom de enligt Teaterförbundet då inte ska ingå i skådespelaravdelningen. Bakgrundsvariabler valdes i syfte att kunna avgöra om deltagarna i studien var representativa för hela skådespelaravdelningen, men även för att möjliggöra analyser av mående mellan grupper.

Bortfallsanalys.

Totalt svarade 472 personer på enkäten vilket motsvarar ungefär 17 %. Utav dessa tillhörde 443 någon utav skådespelaravdelningens yrkeskategorier. I en bortfallsanalys jämfördes andelen kvinnor som valt att svara på enkäten (59,7 %) med uppgifter från Teaterförbundet avseende andelen kvinnor i skådespelaravdelningen (54,2 %). Detta anser vi vara relativt

representativt. En jämförelse gjordes även avseende variabeln anställningsform där 25 % av deltagarna angav att de var tillsvidareanställda. Detta är en högre andel än den som uppskattningsvis gäller för skådespelarförbundet i stort (ca 17 %). Även om stickprovet är någorlunda representativt avseende fördelningen av de nämnda variablerna så är bortfallet stort vilket kan ha implikationer för resultatet. Detta behandlas mer ingående i uppsatsens diskussionsdel under rubriken Metoddiskussion.

Etiska överväganden.

Genomförandet av studien har skett i enlighet med Vetenskapsrådets forskningsetiska principer samt de yrkesetiska regler som gäller för psykologer. För att garantera deltagarnas anonymitet gjordes epostutskick med inbjudan att delta via Teaterförbundet. Författarna tog aldrig del av namn eller e-postadresser. Insamlingen av data via internet är helt anonym och endast författarna hade tillgång till svaren. Dessa innehöll bland annat uppgifter om kön, ålder och anställningsform vilket gör att möjligheten att identifiera en deltagare ökar. Därför var alla frågor frivilliga och varje enskild deltagare fick ta ställning till hur mycket information de ville lämna. Deltagarna fick även godkänna att deras svar användes inom ramen för just denna forskning samt att deras anonymitet garanterades.

Bakgrundsvariabler.

Följande uppgifter efterfrågades inledningsvis i enkäten: födelseår, kön, civilstånd, teaterutbildning, yrkeskategori, försörjning, sysselsättning, anställningsform och nöjdhet med anställningsform. Se Tabell 1.

Tabell 1.

Bakgrundsvariabler hos deltagarna

Variabel	n (%)	Kvinnor n (%)	Män n (%)
Deltagare	443 (100)	259 (59,7)	174 (40,1)
Ålder (år)			
Min-Max	19 - 77	20 - 77	19 - 76
Medel (SD) [median]	44,2 (13,3) [42]	42,9 (12,7) [41]	46,5 (13,9) [45]
Civilstånd			
Ensamstående	147 (33,4)	92 (35,5)	52 (30,1)
Sambo eller gift	293 (66,6)	167 (64,5)	121 (69,9)
Teaterutbildning			
Teaterhögskolan	285 (69)	166 (69,5)	111 (67,7)
4 år eller mer	29 (7)	19 (7,9)	8 (4,9)
3 år	37 (9)	19 (7,9)	18 (11,0)
2 år	43 (10,4)	28 (11,7)	15 (9,1)
0 -1 år	0	0	0
Ingen	19 (4,6)	7 (2,9)	12 (7,3)
Yrkeskategori			
Skådespelare	424 (95,7)		
Röstskådespelare/dubning	4 (0,9)		
Talboksinläsare	1 (0,2)		
Mimare	7 (1,6)		
Sufflör	0		
Dockskådespelare	6 (1,4)		
Programledare	1 (0,2)		
Försörjning inom yrkeskategorin			
100%	235 (53,2)	128 (49,4)	103 (59,5)
75%	73 (16,5)	45 (17,4)	23 (13,3)
50%	53 (12)	34 (13,1)	18 (10,4)
25%	53 (12)	34 (13,1)	19 (11,0)
0%	28 (6,3)	18 (6,9)	10 (5,8)
Sysselsättning			
Arbetar	326 (73,6)	183 (70,7)	134 (77)
Arbetssökande	100 (22,6)	65 (25,1)	34 (19,5)
Föräldraledig	11 (2,5)		
Pensionerad	31 (7)		
Sjukpensionär	0		
Sjukskriven	9 (2)		
Student	21 (4,7)		
Anställningsform			
Tillsvidare	85 (25)	38 (19,9)	45 (31,9)
Teateralliansen	21 (6,2)	11 (5,8)	10 (7,1)
Långtid, 3 år eller mer	16 (4,7)	7 (3,7)	9 (6,4)
Långtid, 2 år	8 (2,4)	3 (1,6)	5 (3,5)
1-årsanställning	30 (8,8)	20 (10,5)	8 (5,7)
Korttidsanställning	83 (24,4)	53 (27,7)	29 (20,6)
Pjäskontrakt	97 (28,5)	59 (30,9)	35 (24,8)
Nöjd med anställningsform			
Instämmer helt	87 (24,6)	40 (20,0)	45 (31,3)
Instämmer	59 (16,7)	34 (17,0)	24 (16,7)
Instämmer på ett ungefär	48 (13,6)	26 (13,0)	20 (13,9)
Varken instämmer eller inte	26 (7,4)	12 (6,0)	13 (9,0)
Instämmer inte helt	45 (12,7)	29 (14,5)	16 (11,1)
Instämmer inte	42 (11,9)	23 (11,5)	17 (11,8)
Instämmer inte alls	46 (13)	36 (18)	9 (6,3)

Material

De instrument som användes var genomgående självskattningar, som är ett vanligt sätt att kvantitativt mäta en grupps upplevelser av till exempel psykiskt mående (Breakwell, 2006). Skattningsformulären är alla av god psykometrisk kvalitet och är välanvända inom såväl kliniskt utredningsarbete som inom forskning. Etablerade svenska översättningar av formulären användes genomgående.

Hospital anxiety and depression scale (HADS).

HADS (Zigmond & Snaith, 1982) är ett självskattningsinstrument som innehåller 14 frågor uppdelade på två delskalor där sju stycken avser att mäta depressionssymtom och sju avser att mäta ångestsymtom hos patienter, ursprungligen konstruerat för den somatiska vården. HADS har visat sig fungera väl när det gäller att skatta graden av ångest- och depressionssymtom hos både patienter i den psykiatriska och den somatiska vården, samt i den generella populationen (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelman, 2001). I samma studie konstaterades även goda psykometriska egenskaper. Cronbachs alfa för depressionsskalan var i medel ,82 och för ångestskalan ,83. Instrumentets validitet var god då korrelationen med andra mått på ångest och depression var ,49 respektive ,83.

Deltagarna graderar delskalornas olika påståenden på en fyrgradig likertskala från 0 till 3 poäng, där svarsalternativen är anpassade individuellt för varje påstående. Påståendena avser den senaste veckan. Exempel på påstående är: "Jag uppskattar fortfarande saker jag tidigare uppskattat" (depressionsskalan), "Jag känner mig orolig, som om jag har 'fjärilar' i magen" (ångestskalan). Poängen för de sju olika svaren på respektive delskala räknas samman och kan nå en maximal poäng på 21 på respektive delskala. Upp till sju poäng indikerar normal nivå av depressiva symptom eller ångest. Poäng mellan 8 och 10 utgör gränfall, medan poäng mellan 11 och 15 indikerar att personen sannolikt har depression eller ångest på en klinisk nivå. Poäng upp till 21 visar på svår ångest eller depression. Medelvärdet i ett

svenskt urval för HADS-Å är 4,55 ($SD = 3,73$) och för HADS-D 3,98 ($SD = 3,46$) (Lisspers, Nygren & Söderman, 1997).

Perceived stress scale (PSS-10).

PSS presenterades 1988 av Cohen och Williamsson (Nordin & Nordin, 2013). Den bestod då av 14 frågor om olika stressrelaterade oförutsägbara, okontrollerbara och överväldigande upplevelser av händelser i livet (Nordin & Nordin, 2013). PSS mäter subjektivt upplevd stress, eftersom en situation är stressande främst om den upplevs som det (Lazarus, 1994). PSS-10 är ett självskattningsinstrument med 10 frågor. Man har i studier sett att den kortare versionen har goda psykometriska egenskaper och anses effektivare än 14-frågorsversionen (Nordin & Nordin, 2013). Instrumentet har översatts till många olika språk och är normerat till en svensk population (Nordin & Nordin, 2013). Det har god intern konsistens (Cronbachs alfa = ,84) samt god konstruktvaliditet med ångest, depression och mental/fysisk utmattning (Nordin & Nordin, 2013). Det innebär att stress, som begrepp, avgränsats väl från övriga nyss nämnda begrepp. Deltagaren graderar frågor av typen "Hur ofta har du under den senaste månaden känt att du inte kunnat kontrollera viktiga saker i ditt liv?" på en 5-gradig likertskala där 0 motsvaras av "Aldrig" och 4 motsvaras av "Väldigt ofta". Totalsumman i PSS-10 går från 0 till 40 där högre poäng står för högre nivåer av stress. I Nordin och Nordins (2013) studie var medeltalet för stress 13,96 ($SD = 6,34$).

Insomnia severity index (ISI).

Att använda instrumentet ISI (Morin, 1993) är ett ofta förekommande sätt att mäta sömnproblem. I engelsk originalversion har instrumentet visat sig ha goda psykometriska egenskaper med god intern konsistens (Cronbachs alfa = ,74) och god validitet när instrumentet jämfördes med sömndagböcker och polysomnografi (ett verktyg som används vid mätning och diagnosticering av sömnbesvär) (Morin, 1993).

Instrumentet består av 7 frågor och utvärderar själva insomnandet, sömnen under natten, för tidigt uppvaknande, känslan att vara utvilad, om sömnproblemen påverkar livet i övrigt samt om man bekymras av sitt sömnmönster. Instrumentet fokuserar på de två senaste veckorna och deltagarna ska gradera påståenden på en femgradig likertskala där 0 motsvaras av "inte alls" och 4 motsvaras av "våldigt mycket". Maximalt kan deltagaren få 28 poäng där höga poäng motsvarar svårare problematik. Poäng mellan 0 och 7 tyder på att personen sannolikt inte har sömnproblem, 8 till 14 poäng är under gränsvärdet för sömnproblem men indikerar att deltagaren har vissa problem med sömnen. 15 till 21 poäng indikerar en kliniskt signifikant sömnstörning. 22 till 28 poäng indikerar svåra sömnproblem på kliniskt signifikant nivå (Bastien, Vallieres, & Morin, 2001).

I syfte att kunna jämföra denna studies resultat med SBU:s (2010) prevalensstudie för sömnproblem så inkluderades två frågor, som utgjorde gränsvärdet för sömnproblem i SBU-studien. Deltagare i den studien som svarat att de haft svårt att somna mer än tre gånger i veckan eller att de vaknat under natten mer än tre gånger i veckan ansågs ha sömnproblem.

Acceptance and action questionnaire (AAQ-II).

AAQ-II är ett formulär som har utvecklats inom acceptance and commitment therapy-området för att mäta graden av upplevelsemässigt undvikande (motsatsen till att ha acceptans för oönskade känslor och inre upplevelser), som har visat sig vara en bidragande faktor i utvecklandet av bland annat depression, ångestsyndrom, lägre livskvalitet och smärta (Hayes et al., 2006; Ruiz, 2010).

Den engelska versionen av AAQ-II innehåller 7 frågor. Denna har visat på tillfredställande psykometriska egenskaper med god intern konsistens (Cronbachs alfa = ,84) och en lika god test-retestreliabilitet (,81) efter tre månader. Den har även god validitet då den korrelerar med mått för psykopatologi och livstillfredsställelse (Bond et al., 2011). I denna undersökning användes en svensk översättning av AAQ-II innehållande de 7 frågorna.

Deltagaren skattar de sju påståendena på en sjugradig likertskala där 1 motsvaras av "aldrig sant" och 7 motsvaras av "alltid sant". Påståendena är av typen "Jag oroar mig för att inte kunna kontrollera mina bekymmer och känslor." Poängen går från 7 till max 49 där låga poäng motsvaras av låg grad av upplevelsemässigt undvikande vilket ses som positivt och medför lägre risk för utvecklande av psykopatologi. Medelpoängen för formuläret är 21,41 ($SD = 7,97$). En poäng på 28 har med hjälp av regressionsanalys kunnat associeras med ett värde på Beck Depression Index (BDI) på 14 poäng, vilket är gränsen för kliniska depressionssymtom (Bond et al., 2011).

Satisfaction with life scale (SWLS).

I SWLS mäts livstillfredställelse som den subjektiva uppfattningen om ens eget liv jämfört med det liv som man själv skulle vilja leva. Fokus ligger sålunda på den kognitiva uppfattningen om ens egna liv i ett längre perspektiv, vilket gör instrumentet mindre känsligt för tillfällig affektiv påverkan (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985).

Instrumentet består av fem påståenden av typen "Så här långt har jag fått de saker som jag anser viktiga i livet". Deltagarna graderar påståendena på en sjugradig likertskala där 1 motsvaras av "instämmer helt" och 7 motsvaras av "instämmer inte alls". Maximalt kan deltagaren få 35 poäng och höga poäng motsvarar livsnöjdhet i högre grad. Poäng mellan 5 och 9 motsvarar extremt missnöje, 15 till 19 poäng visst missnöje, 20 poäng ett neutralt läge, 21 till 25 poäng viss tillfredställelse, 26 till 30 poäng tillfredställelse. Normalvärdet är 23,7 ($SD = 6,4$) bland amerikanska collegestudenter, vilket är representativt även för andra populationer av friska vuxna (Pavot & Diener, 1993). Testet har god reliabilitet (Cronbachs alfa = ,87, test-retest reliabilitet = ,82) (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Även validiteten har visats vara god genom att instrumentet korrelerar väl med andra typer av livstillfredställestest som administrerats på andra sätt, till exempel i intervjuform eller genom observation (Pavot & Diener, 1993).

Stress, smärta och sömnproblem (SSS).

För att mäta deltagarnas upplevelser av smärta så inkluderades en fråga (nummer 17) från det sammansatta formuläret Stress, Smärta och Sömnproblem (SSS) (Linton, Jansson & MacDonald, Opublicerat). Deltagarna svarar på om de upplever smärta och i så fall dess lokalisering (var någonstans), intensitet (styrka), frekvens (hur ofta), duration (hur länge) samt om smärtan stör och inverkar på vardagen. Inga normer eller gränsvärden finns. Ett smärtindex (SSS index) baserat på smärtintensitet samt hur mycket smärtan stör/hindrar i vardagen skapades och visade god intern konsistens (Cronbachs alfa = ,82). Duration kan delas upp i akut smärta 0 till 2 veckor, subakut smärta 2 till 12 veckor och kronisk smärta 3 eller flera månader (Bergbom, 2014; Merskay & Bogduk, 1994).

Procedur

Inbjudan till enkäten skickades via e-post till de skådespelare som vid tidpunkten var medlemmar i teaterförbundets skådespelaravdelning. Därigenom nåddes de medlemmar som hade en uppdaterad e-postadress. Brevet innehöll, förutom inbjudan, en länk till en hemsida (www.skadespelarenkaten.se) där enkäten fanns publicerad. Utskicket gjordes från Teaterförbundets kansli för att garantera deltagarnas anonymitet och vi fick aldrig tillgång till enskilda deltagares adresser. För att nå de deltagare som inte hade en uppdaterad e-postadress hos Teaterförbundet publicerades en annons med information om enkäten på Teaterförbundets hemsida vid start av datainsamlingen samt en påminnelse om undersökningen i Teaterförbundets tidning Scen & film. Enkäten skickas ut på en måndag i mitten på oktober och en påminnelse skickas ut en vecka senare. Måndagar valdes då många teatrar har stängt den dagen och skådespelare är lediga. Enkäten låg öppen för deltagarna att fylla i under 16 dagar. Enkäten ifylldes av varje deltagare vid valfri tidpunkt och var av självskattningstyp. Informationen som gavs till deltagarna var:

“Detta är en undersökning om skådespelares psykiska hälsa som genomförs av psykologkandidaterna Andreas Eneborg och Lina Pleijel vid Örebro Universitets psykologprogram, under handledning av universitetslektor Ida Flink. Resultatet kommer att publiceras i en examensuppsats under januari 2015.

Genom att du skickar in enkäten så godtar du att dina svar används i vår forskning. Din medverkan är frivillig och dina svar är helt anonyma, endast tillgängliga för forskargruppen och kommer inte att användas utanför den här studien. Eftersom svaren är anonyma så går det inte att ändra eller återkalla svaren efter att enkäten är inskickad. Den tar ca 15 minuter att fylla i.”

Genom att klicka på “Jag vill svara på enkäten” godkände deltagaren villkoren för undersökningen.

Databearbetning/analys

Resultaten sammanställdes och analyserades i SPSS. Där undersöktes även samband mellan variabler med Pearsonkorrelationer, skillnader mellan grupper med *t-test* och frekvensfördelningar med *chi-2-test*.

Resultat

Skattningsformulär

I Tabell 2 redovisas antalet svarande på de skattningsformulär som ingick i enkäten. Varje formulärs medelvärde och standardavvikelse redovisas för hela gruppen, samt uppdelat på kvinnor och män. Dessutom redovisas det möjliga poängintervall som var möjligt att uppnå på varje enskilt formulär. Samtliga formulär hade en svarsfrekvens över 96 %. I tabellen framgår även vilka medelvärden som, mätt med *t-test*, hade en signifikant skillnad mellan könen. Kommentarer kring enskilda skattningsinstrument återfinns under respektive skattningsformulär. I Tabell 3 redovisas medelvärden och standardavvikelser för skattningsformulären uppdelat på kön och ålderskategori. Där redovisas även den andel av deltagarna som haft kronisk smärta samt ett flertal bakgrundsvariabler uppdelat på kön och ålderskategori.

Tabell 2.

Antal deltagare, medelvärden och standardavvikelse (totalt och per kön) samt möjligt intervall

Hälsopsykologiska begrepp	Skattningsformulär	n	M (SD) Totalt	M (SD) Kvinnor	M (SD) Män	Möjligt intervall
Ängest	HADS-Å	425	8,50 (4,2)***	9,43 (4,1)*** ^k	7,19 (4,0)*** ^k	0 - 21
Depression	HADS-D	426	4,73 (3,4)***	4,85 (3,5)	4,56 (3,2)	0 - 21
Stress	PSS-10	428	17,57 (6,9)***	18,66 (6,8)*** ^k	15,88 (6,8)*** ^k	0 - 40
Sömn	ISI	433	9,07 (6,3)	9,18 (6,7)	8,90 (5,8)	0 - 28
Upplevelsemässigt undvikande	AAQ-7	429	20,5 (8,0) ^{0,05}	21,67 (7,9)*** ^k	18,82 (7,7)*** ^k	7 - 49
Livstillfresställelse	SWLS	431	22,51 (6,6)***	22,23 (6,7)	22,96 (6,6)	5 - 35
Smärtintensitet	SSS-index	290 ^a	4,20 (2,1) ^a	4,16 (2,2) ^a	4,37 (2,0) ^a	0 - 10
Smärtduration	SSS-duration	298 ^a	8 Mdn	8 Mdn	8 Mdn	0 - 8

Not. * Skillnad mellan observerat värde och normvärde $p < ,05$; *** Skillnad mellan observerat värde och normvärde $p < ,001$; ***^k Skillnad mellan kvinnor och mäns medelvärde $p < ,001$; ^a Siffrorna avser endast personer med kronisk värk

Tabell 3

Utfallsmått fördelat på ålderskategori

	19-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år
Antal personer	56	103	97	59	57	9
varav kvinnor, män	37, 19	71, 32	57, 40	36, 23	26, 31	4, 5
HADS-Å M (SD)						
alla	9,96 (3,6)	9,35 (4,0)	8,89 (4,0)	8,20 (4,9)	6,16 (4,0)	4,22 (2,2)
kvinnor	10,39 (3,8)	9,35 (4,2)	9,78 (4,0)***	9,74 (4,6)**	7,75 (4,1)**	4,50 (1,2)
män	9,12 (3,3)	9,34 (3,7)	7,68 (3,6)***	5,71 (4,3)**	4,49 (3,4)**	4,00 (2,2)
HADS-D M (SD)						
Alla	4,79 (2,8)	5,29 (3,6)	4,98 (3,3)	5,12 (3,7)	3,78 (3,5)	2,20 (1,9)
kvinnor	4,51 (2,6)	5,03 (3,7)	4,96 (3,4)	5,54 (3,9)	4,48 (4,24)	3,00 (2,7)
män	5,16 (3,3)	5,90 (3,3)	5,00 (3,1)	4,48 (3,4)	3,17 (2,7)	1,60 (0,6)
PSS-10 M (SD)						
alla	20,29 (6,2)	19,18 (6,4)	18,34 (7,0)	15,7 (6,5)	13,81 (7,4)	11,38 (6,9)
kvinnor	20,86 (5,9)	19,17 (6,2)	19,68 (7,5)	16,29 (6,8)*	16,58 (7,3)	11,67 (10,1)
män	19,05 (6,7)	19,19 (6,8)	16,6 (6,0)	14,83 (5,9)*	11,60 (6,8)	11,20 (5,6)
ISI M (SD)						
alla	9,27 (6,2)	8,64 (5,6)	9,8 (6,8)	9,15 (7,0)	9,11 (6,7)	5,11 (4,4)
kvinnor	8,49 (6,2)	8,46 (6,3)	10,21 (7,5)	9,92 (7,8)	9,83 (6,3)	5,25 (5,1)
män	10,83 (6,4)	9,03 (3,7)	9,25 (5,8)	7,96 (5,6)	8,55 (7,1)	5,00 (4,3)
AAQ M (SD)						
alla	22,14 (6,9)	21,87 (8,0)	21,37 (7,9)	18,9 (7,5)	17,8 (8,8)	15,33 (6,7)
kvinnor	23,41 (6,7)*	21,84 (8,2)	22,36 (8,3)	20,19 (7,8)	20,48 (8,8)*	15,5 (7,0)
män	19,37 (6,7)*	21,93(7,7)	20,13 (7,2)	16,87 (6,8)	15,81 (8,3)*	15,2 (7,4)
SWLS M (SD)						
alla	22,24 (6,5)	22,26 (6,5)	21,9 (6,8)	21,43 (6,8)	24,38 (6,4)	24,89 (6,6)
kvinnor	22,47 (6,5)	22,56 (6,4)	22,45 (7,1)	20,31 (6,6)	22,08 (6,9)*	27,25 (6,2)
män	22,32 (6,5)	21,63 (6,7)	21,13 (6,4)	23,13 (6,7)	26,30 (5,3)*	23,00 (7,0)
SSS-index (kronisk)						
Alla	4,05 (2,2)	4,25 (2,0)	4,20 (2,1)	4,68 (2,3)	3,72 (2,12)	2 (-)
Kvinnor	3,69 (2,0)	4,13 (2,2)	3,90 (2,0)	4,70 (2,7)	4,33 (2,22)	0
män	5,12 (2,3)	4,54 (1,5)	4,64 (2,2)	4,64 (1,4)	3,35 (2,0)	2 (-)
	19-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år
Kronisk smärta						
% (antal)						
alla	33,4 (19)	43,7 (45)	44,3 (43)	37,3 (22)	40,3 (23)	11,1 (1)
kvinnor	40,5 (15)	45,1 (32)	40,4 (23)	36,1 (13)	42,3 (11)	0
män	21,1 (4)	40,6 (13)	50 (20)	39,1 (9)	38,7 (12)	20 (1)
Tillsvidareanställning						
% (antal)						
alla	7,9 (3)	19 (15)	28,6 (22)	26,1 (12)	45,5 (20)	0 (0)
kvinnor	8,3 (2)	16,4 (9)	25,6 (11)	8 (2)***	38,9 (7)	66,7 (2)
män	7,7 (1)	25 (6)	32,4 (11)	47,6 (10)***	50 (13)	50 (1)
Försörjning till 100%,						
% (antal)						
Alla	43,9 (25)	53,4 (55)	53,6 (52)	52,5 (31)	63,2 (36)	44,4 (4)
Kvinnor	45,9 (17)	46,5 (33)	54,4 (31)	44,4 (16)	61,5 (16)	25 (1)
Män	36,8 (7)	66,8 (22)	52,5 (21)	65,2 (15)	64,5 (20)	60 (3)
Ensamstående						
% (antal)						
alla	54,4 (31)	31,1 (32)	25 (24)	35,6 (21)	36,8 (21)	33,3 (3)
kvinnor	45,9 (17)	31,0 (22)	24,6 (14)	41,7 (15)*	50 (13)	50 (2)
Män	68,4 (13)	31,3 (10)	25,6 (10)	26,1 (6)*	25,8 (8)	20 (1)
Nöjd med anställningsform						
% (antal)						
alla	26,9 (11)	24,4 (20)	43,4 (36)	42,5 (20)	53,5 (23)	100 (6)
kvinnor	23,1 (6)	24,6 (14)	43,8 (21)	34,6 (9)	61,1 (11)	100 (3)
män	35,7 (5)	24,0 (6)	42,9 (15)	52,3 (11)	80 (20)	100 (3)

Not. * Skillnad mellan kvinnor och män inom ålderskategori $p < ,05$; ** Skillnad mellan kvinnor och män inom ålderskategori $p < ,01$; ***Skillnad mellan kvinnor och män inom ålderskategori $p < ,001$;

Korrelationer mellan utfallsmåtten

De undersökta utfallsmåtten HADS-Å, HADS-D, PSS-10, AAQ-II och SWLS var starkt korrelerade med varandra. ISI var medelstarkt korrelerat med samtliga övriga mått.

Smärtmått (SSS-duration och SSS-index) var svagt till medelstarkt korrelerat med alla övriga mått. Se Tabell 4.

Tabell 4.
Samband mellan undersökta variabler mätt med Pearson korrelation

	HADS-Å	HADS-D	PSS-10	ISI	AAQ-II	SWLS	SSS duration	SSS-index
HADS-Å	-	,64**	,74**	,46**	,67**	-,49**	,22**	,27**
HADS-D	,64**	-	,63**	,43**	,63**	-,61**	,23**	,30**
PSS-10	,74**	,63**	-	,45**	,70**	-,58**	,20**	,29**
ISI	,46**	,43**	,45**	-	,42**	-,35**	,30**	,40**
AAQ-II	,67**	,63**	,70**	,42**	-	-,59**	,26**	,24**
SWLS	-,49**	-,61**	-,58**	-,35**	-,59**	-	-,21**	-,23**
SSS-duration	,22**	,23**	,20**	,30**	,26**	-,21**	-	,30**

Not. ** $p < ,01$

Ångest

Ångest mättes med HADS-Å och hade i helgruppen ett medelvärde ($M = 8,5$, $SD = 4,2$) som skiljer sig signifikant ($t_{(424)} = 19,38$, $p = ,000$) från normvärdet ($M = 4,55$, $SD = 3,73$). Se Tabell 2. Kvinnors medelvärde ($M = 9,43$, $SD = 4,1$) skiljer sig signifikant ($t_{(415)} = 5,54$, $p = ,000$) från mäns ($M = 7,19$, $SD = 4,0$). I Tabell 5 redovisas den procentuella fördelningen mellan deltagarnas ångestnivåer, totalt och fördelat på kön. HADS-Å visar ett positivt samband, mätt med Pearsons korrelation, med HADS-D, PSS-10, ISI, AAQ-II och smärtmått. Ett negativt samband finns med SWLS. Se Tabell 4.

Tabell 5
Ångest hos deltagarna uppdelat i svårighetsgrad

HADS-Å	Totalt %	Kvinnor %	Män %
Normal (0 – 7)	43,1	36,6	51,5
Gränsfall (8 – 10)	24,7	23,6	26,9
Klinisk (11 – 14)	25,4	29,7	19,3
Svår klinisk (15 – 21)	6,8	10,2	2,3

Depression

Depression mättes med HADS-D och i helgruppen återfanns ett medelvärde ($M = 4,73$, $SD = 3,4$) som skiljer sig signifikant ($t_{(425)} = 4,61$, $p = ,000$) från en normalpopulations medelvärde ($M = 3,98$, $SD = 3,46$). Kvinnors medelvärde ($M = 4,85$, $SD = 3,5$) skiljer sig inte signifikant

($t_{(415)} = 0,86, p = ,390$) från mäns ($M = 4,56, SD = 3,2$). Se Tabell 2. I Tabell 6 redovisas den procentuella fördelningen mellan deltagarnas depressionsnivåer, totalt och fördelat på kön.

HADS-D visar ett positivt samband, mätt med Pearsons korrelation, med HADS-Å, PSS-10, ISI, AAQ-II, och smärtmått. Ett negativt samband finns med SWLS. Se Tabell 4.

Tabell 6

Depressiva symtom hos deltagarna uppdelat på svårighetsgrad

HADS-D	Totalt %	Kvinnor %	Män %
Normal (0 – 7)	81	80,6	81,7
Gränsfall (8 – 10)	12,7	12,1	13,6
Klinisk (11 – 14)	5,2	5,2	4,7
Svår klinisk (15 – 21)	1,2	2	0

Stress

Självskattad stress mättes med PSS-10 och gav ett medelvärde ($M = 17,57, SD = 6,9$) som skiljer sig signifikant ($t_{(427)} = 10,81, p = ,000$) från en normalpopulations medelvärde ($M = 13,96, SD = 6,34$). Kvinnors medelvärde ($M = 18,66, SD = 6,8$) skiljer sig signifikant ($t_{(416)} = 4,10, p = ,000$) från mäns ($M = 15,88, SD = 6,8$). Se Tabell 2. Medelvärden för både män ($M = 19,14, SD = 6,7, t_{(50)} = 5,51, p = ,000$) och kvinnor ($M = 19,75, SD = 6,1, t_{(105)} = 9,72, p = ,000$) under 40 år är signifikant högre än normalpopulationens, medan i åldersgrupper över 40 år så uppvisar endast kvinnor ($M = 17,81, SD = 7,5$) signifikant högre ($t_{(113)} = 5,51, p = ,000$) värden medan männens medelvärde ($M = 14,38, SD = 6,5, t_{(97)} = 0,64, p = ,527$) inte skiljer sig från normalpopulationens. I ålderskategorin 60-69 år är männens medelvärde ($M = 11,60, SD = 6,8$) signifikant ($t_{(29)} = -1,92, p = ,065$) lägre och kvinnors ($M = 16,58, SD = 7,3$) signifikant ($t_{(23)} = 1,77, p = ,091$) högre än normalpopulationen. Män som är sambo/gifta visar signifikant lägre nivåer av stress ($M = 15,03, SD = 6,7, t_{(168)} = 2,43, p = ,016$) än ensamstående ($M = 17,73, SD = 6,7$). Stressen hos kvinnor med tillsvidareanställning ($M = 17,64, SD = 6,2$) är inte signifikant ($t_{(178)} = 0,336, p = ,737$) skild från stress hos kvinnor med kortare anställningar ($M = 18,05, SD = 6,6$). Däremot visar ”nöjdhet med anställning” att stressen är signifikant lägre hos både kvinnor ($M = 15,43, SD = 6,8, t_{(187)} = 4,60, p = ,000$) och män ($M = 13,31, SD$

= 6,7, $t_{(139)} = 3,86, p = ,000$) som är nöjda, jämfört med de kvinnor ($M = 19,82, SD = 6,0$) och män ($M = 17,45, SD = 6,0$) som anser sig mindre nöjda. Stressen hos de kvinnor ($M = 17,41, SD = 7,2, t_{(245)} = -2,91, p = ,004$) och män ($M = 14,80, SD = 7,0, t_{(169)} = -2,56, p = ,010$) som kan försörja sig till 100% inom sin yrkeskategori är signifikant lägre än för kvinnor ($M = 19,91, SD = 6,3$) och män ($M = 17,46, SD = 6,2$) som inte kan det. Andelen kvinnor i 50-59-årsåldern som är nöjda med sin anställning, 34,6%, ($\chi^2(1) = 5,59, p = ,018$) är signifikant lägre än för kvinnor i 60-69-årsåldern. Även den andel som har möjlighet att försörja sig till 100%, 44,4%, ($\chi^2(1) = 3,09, p = ,079$) är signifikant lägre bland 50-59-åringar än bland 60-69-åringar, om än på en något högre signifikansnivå. Här har dock männens livstillfredsställelse ($M = 26,30, SD = 5,3$) ökat till nivåer signifikant ($t_{(53)} = 2,57, p = ,013$) högre än kvinnornas ($M = 22,08, SD = 6,9$). Se Tabell 3. PSS-10 visar ett positivt samband, mätt med Pearsons korrelation, med HADS-Å, HADS-D, ISI, AAQ-II och smärtmåtten. Ett negativt samband finns med SWLS. Se Tabell 4.

Sömn

Sömnproblem mättes med ISI och gav ett medelvärde på 9,07 ($SD = 6,3$). Kvinnors medelvärde ($M = 9,18, SD = 6,7$) skiljer sig inte signifikant ($t_{(421)} = 0,45, p = ,653$) från mäns ($M = 8,90, SD = 5,8$). Se Tabell 2. I Tabell 7 redovisas den procentuella fördelningen mellan deltagarnas nivåer av sömnproblem, totalt och fördelat på kön. ISI visar ett positivt samband, mätt med Pearsons korrelation, med HADS-Å, HADS-D, PSS-10, AAQ-II och smärtmåtten. Ett negativt samband finns med SWLS. Se Tabell 4.

Sömnproblem mättes även med två frågor tagna från SBU:s prevalensstudie av sömnproblem. Resultaten från dessa frågor uppdelade på subkliniska respektive kliniska symptom presenteras i Tabell 8. Ett *chi2-test* för goodness of fit visade ingen signifikant skillnad mellan andelen kvinnor 25,3%, ($\chi^2(1) = 1,685, p = ,194$) och män 19,9%, ($\chi^2(1) = 0,087, p = ,768$) med sömnproblem i denna studie (se resultat i Tabell 8), jämfört med tidigare studie (SBU,

2010). Ingen skillnad ($\chi^2(1) = 1.384, p = ,239$) fanns heller mellan de kliniska nivåerna mätt med ISI (Tabell 7) respektive SBUs frågor (Tabell 8).

Tabell 7
Sömproblem hos deltagarna uppdelat på svårighetsgrad

ISI	Totalt %	Kvinnor %	Män %
Inga sömnproblem (0 – 7)	44,6	45,8	43,6
Subkliniska symtom (8 – 14)	34,6	31,9	37,2
Kliniska symtom (15 – 21)	17,3	17,9	16,9
Svåra kliniska symtom (22 – 28)	3,5	4,4	2,3

Tabell 8
Sömproblem hos deltagarna uppdelat på svårighetsgrad

SBU	Totalt %	Kvinnor %	Män %
Subkliniska symtom	79,2	74,7	80,1
Kliniska symtom	23,1	25,3	19,9

Upplevelsemässigt undvikande

Upplevelsemässigt undvikande mättes med AAQ-II och gav ett medelvärde ($M = 20,5, SD = 8,0$) som är signifikant lägre ($t_{(428)} = -2,351, p = ,019$) än normalpopulationens medelvärde ($M = 21,41, SD = 7,97$). Kvinnors medelvärde ($M = 21,67, SD = 7,9$) skiljer sig signifikant ($t_{(418)} = 3,661, p = ,000$) från mäns ($M = 18,82, SD = 7,7$). Se Tabell 2. Deltagare som är sambo eller gifta ($M = 19,43, SD = 7,5$) har signifikant ($t_{(425)} = 3,88, p = ,000$) lägre upplevelsemässigt undvikande än ensamstående ($M = 22,56, SD = 8,5$). I Tabell 9 redovisas upplevelsemässigt undvikande hos deltagarna uppdelat på svårighetsgrad. AAQ-II visar ett positivt samband, mätt med Pearsons korrelation, med HADS-Å, HADS-D, PSS-10, ISI, och smärtmått. Ett negativt samband finns med SWLS. Se Tabell 4.

Tabell 9
Upplevelsemässigt undvikande hos deltagarna uppdelat på svårighetsgrad

AAQ-II	Totalt %	Kvinnor %	Män %
Poäng < 28	81,1	79,4	84,3
Poäng > 28 associeras med kliniska symtom	18,9	20,6	15,7

Livstillfredställelse

Livstillfredställelse mättes med SWLS och gav ett medelvärde ($M = 22,51$, $SD = 6,6$) som skiljer sig signifikant ($t_{(430)} = -3,72$, $p = ,000$) från en normalpopulations medelvärde ($M = 23,7$, $SD = 6,4$). Kvinnors medelvärde ($M = 22,23$, $SD = 6,7$) skiljer sig inte signifikant ($t_{(420)} = 1,11$, $p = ,266$) från mäns ($M = 22,96$, $SD = 6,6$). Se Tabell 2. I Tabell 10 redovisas den procentuella fördelningen mellan deltagarnas olika nivåer av nöjdhet, totalt och fördelat på kön. Deltagare som är sambo eller gifta ($M = 23,98$, $SD = 6,0$) har signifikant ($t_{(426)} = -6,57$, $p = ,000$) högre livstillfredställelse jämfört med ensamstående ($M = 19,74$, $SD = 6,8$). SWLS visar ett negativt samband, mätt med Pearsons korrelation, med HADS-Å, HADS-D, PSS-10, ISI, AAQ-II och smärtmåtten. Se Tabell 4.

Tabell 10
Livstillfredställelse hos deltagarna uppdelat i nivåer

SWLS (poäng)	Totalt %	Kvinnor %	Män %
Stort missnöje (5 - 14)	16,5	15,6	17,4
Visst missnöje (15 - 19)	16,0	18,4	12,2
Neutral (20)	3,0	4,4	1,2
Viss tillfredställelse (21 - 25)	25,3	23,6	28,5
Stor tillfredställelse (26 - 35)	39,2	38,0	40,7

Smärta

Den tid som deltagarna haft smärta mättes med SSS-duration. Av de deltagare som svarat att de haft problem med smärta i rygg, nacke, axlar, huvud eller mage någon gång under de senaste tre månaderna (67,3%) svarade 39,5% att smärtan varat 3 månader eller längre, vilket är definitionen av kronisk smärta. Detta är en signifikant högre andel ($\chi^2(1) = 105,32$, $p = ,000$) än den del av befolkningen i stort som rapporterar kronisk smärta (20%). För en översikt över andelen med smärta fördelad på duration, se Tabell 11. Skillnader i medelvärden för de olika hälsopsykologiska måtten, fördelat på personer med- respektive utan kronisk smärta redovisas i Tabell 12.

Smärta mättes även med det konstruerade indexet SSS-index, som består av deltagarnas svar på frågor om smärtintensitet och i hur hög grad smärtan uppfattas som

störande eller hindrande i livet. Medelvärde för gruppen med kronisk smärta var 4,20 ($SD = 2,1$). Medelvärde för kvinnor ($M = 4,16, SD = 2,2$) och för män ($M = 4,37, SD = 2,0$) skiljde sig inte signifikant åt ($t_{(280)} = -0,814, p = ,416$). Se Tabell 2. Båda smärtmått (SSS-duration och SSS-index) visar positiva samband, mätt med Pearsons korrelation, med HADS-Å, HADS-D, PSS-10, ISI, AAQ-II, och SWLS. Se Tabell 4.

Tabell 11

Duration av smärta uppdelat i nivåer (andel av samtliga deltagare)

SSS-duration (dagar)	Totalt %	Kvinnor %	Män %
Ingen smärta senaste 3 månaderna	32,7	30,5	36,8
Ingen smärta just nu	8,6	8,1	8,0
Akut smärta (1 - 14)	7,4	7,7	6,9
Subakut smärta (15 - 90)	11,3	12,4	9,8
Långvarig (90 -)	39,5	40,9	37,9
Ej specificerat duration	,5	,4	,6

Tabell 12.

Skillnader i medelvärden på respektive skattningsformulär uppdelat på deltagare med resp. utan kronisk smärta

Skattnings-formulär	Utan kronisk smärta	Med kronisk smärta
HADS-Å	7,93 (4,2)***	9,35 (4,1)
HADS-D	4,23 (3,1)***	5,49 (3,6)
PSS-10	16,85 (7,1)**	18,69 (6,4)
ISI	7,73 (5,8)***	11,1 (6,4)
AAQ-7	19,9 (8,0)***	22,49 (7,6)
SWLS	23,47 (6,3)***	21,06 (6,9)

Not. ** Skillnad i medelvärde, med respektive utan kronisk smärta $p < ,01$; *** Skillnad i medelvärde, med respektive utan kronisk smärta $p < ,001$

Sammanfattningsvis visar resultaten att förekomsten av ångest bland medlemmarna i teaterförbundets skådespelaravdelning, i likhet med tidigare studie (Söderström, 2009), är mycket högre än ångesten i en normalpopulation (Lisspers, Nygren & Söderman, 1997), och att kvinnliga skådespelares ångest är något högre än männens. Stressen i den undersökta gruppen är något förhöjd och framförallt kvinnor över 50 år visar signifikant högre stressnivå än män. Förekomsten av kronisk smärta är dubbelt så hög bland deltagarna jämfört med befolkningen i stort (SBU, 2010). Nivån av depressionssymtom, sömnsvårigheter, upplevelsemässigt undvikande och livstillfredsställelse skiljer sig visserligen signifikant från normalpopulationens värden, men skillnaderna är så pass små att vi ändå väljer att betrakta

nivåerna som jämförbara. Ingen av dessa skillnader står i paritet till den kraftigt förhöjda ångestnivån.

Diskussion

Att studera olika yrkesgrupper utifrån deras arbetsförhållanden och de hälsopsykologiska påfrestningar de lever under är ett sätt att förstå mer kring psykologiska fenomen i samhället. Skådespelare särskiljer sig genom att till hög grad arbeta under förhållanden som anses som otrygga och föränderliga, och som blir allt vanligare i det övriga samhället (SBU, 2014). Det finns forskning, som belyser skådespelares situation utifrån olika synvinklar, men få undersökningar har gjorts från ett psykologiskt perspektiv. Syftet med denna studie har varit att följa upp tidigare studier och bredda kunskapsbasen kring skådespelares psykiska mående. Detta görs med utgångspunkt i hälsopsykologin och synen på människans mående som en komplex biopsykosocial interaktionsprocess. Frågeställningarna berör dels huruvida resultaten är jämförbara med tidigare forskningsresultat (avseende skådespelares psykiska mående) samt även att bredda kunskapen, utifrån den forskning som tidigare gjorts.

Resultatdiskussion

Nedan diskuteras resultaten för varje hälsopsykologiskt område. De ställs i relation till varandra samt till skådespelares liv.

Ångest.

Bland deltagarna i studien hade 39,9% av kvinnorna och 21,6% av männen kliniska ångestsymtom. Det är en dubbelt så hög siffra i jämförelse med prevalensen av ångest hos den vuxna befolkningen i Sverige, som ligger på 12-17% (SBU, 2005). Studien visar att kvinnorna i nästan dubbelt så hög utsträckning har kliniska nivåer på sin ångest jämfört med männen. Kvinnorna fortsätter dessutom att ha relativt höga ångestnivåer högt upp i åldrarna medan de jämngamla männens ångest sjunker ner till mer normala nivåer. De höga siffrorna indikerar att en stor del av deltagarna har ångest på en nivå som skulle kunna innebära stora

besvär för dem. Enligt Barlow & Durand (2012) finns hög samsjuklighet mellan till exempel ångest och depression. Dessutom innebär hög ångest sekundära problem i livet som till exempel smärta i kroppen, rädsla (Bergbom, 2014) och svårigheter att sova (Åkerstedt et al., 2012). Dock visar våra resultat att deltagarna inte lider av den samsjuklighet som nyss nämnd forskning föreslår.

Den stora diskrepansen mellan ångestnivån och övriga mått går att belysa ur flera vinklar. Det använda ångestformuläret (HADS-Å) syftar till att, utifrån frekvens av ångestpåslag, definiera förekomsten av patologi. Ett återkommande inslag i skådespelarens arbetsvardag är att vara förberedd för scenisk prestation - där påslag av anspänning ibland är nödvändigt. Kanske skulle ett mått som differentierar mellan olika typer av ångest vara ett bättre sätt att upptäcka patologi i denna yrkesgrupp, snarare än frekvensen av ångestpåslag.

En annan tolkning av det höga ångestresultatet är att det är ett rättvisande värde och att ångestnivån är en konsekvens av att skådespelare är en grupp människor som ständigt är utsatta för granskning av omvärlden (Miscovic, 2014; Torkelson & Lindén, 2001; ref. i Söderström, 2006). Deras framträdanden innebär höga krav på prestation och fokus, det vill säga förhöjda ångestnivåer (Barlow & Durand, 2012; Söderström, 2006). Balansen mellan ångest som drivkraft och hämmande ångest kan dock vara svår att hålla, beroende på till exempel yttre omständigheter eller inre sårbarhet (Barlow & Durand, 2012). Söderström skriver i sin uppsats från 2009 att många skådespelare verkar ha en självkänsla baserad på prestation. Det i kombination med nervositeten inför ett framträdande och de arbetsmässiga och ekonomiska förutsättningar som många arbetar utifrån skulle kunna vara en prediktor för olika ångesttillstånd. Men frågan kvarstår varför den höga ångesten inte påverkar livet i övrigt. En möjlig förklaring till detta är att skådespelarna på gruppnivå uppvisar marginellt lägre nivåer av upplevelsemässigt undvikande än en normalpopulation. Då detta mått i hög grad medierar (Hayes et al., 2006) psykisk ohälsa skulle man kunna peka på de lägre nivåerna

av upplevelsemässigt undvikande som en skyddsfaktor. Det skulle alltså vara styrka som gör att skådespelarna är mindre sårbara för höga ångestnivåer och som skyddar dem från att utveckla annan psykopatologi, trots den höga ångestnivån.

Vid mätning av bakgrundsvariabler kan man se att kvinnor i något högre utsträckning än män är anställda med korta kontrakt (ettårskontrakt, projektanställningar eller pjäskontrakt), samt att män i högre grad än kvinnor har tillsvidareanställningar. Det finns dock ingen signifikant skillnad i ångest mellan de kvinnor som har tillsvidareanställning och de som har de kortare formerna av anställning. För män är däremot ångesten hos tillsvidareanställda lägre jämfört med andra typer av anställningar.

Depression.

De depressiva symtomen i gruppen skiljer sig inte markant från en normalpopulations symtom. Inga skillnader finns mellan kvinnor och män och symtomen ligger på en något förhöjd nivå oavsett ålder, dock ligger de fortfarande på en normal nivå av depressiva symtom. Inga åldersgrupper utmärker sig med andra ord. Trots att gruppen har förhöjda värden på andra variabler som ångest och smärta tycks det inte vara kopplat till högre grad av nedstämdhet.

Stress.

Hela den studerade gruppen av skådespelare är något mer stressade än en normalpopulation. och det är främst kvinnorna som utmärker sig med högre stressnivåer, medan männen endast är marginellt mer stressade än normalpopulationen. Detta skulle kunna stämma överens med uppgifterna från Stressforskningsinstitutet (2014), där man kommit fram till att framför allt yngre kvinnor är de mest stressade. I denna studie är dock både de yngre kvinnorna och de yngre männen (upp till 40 år) signifikant mer, om än måttligt, stressade än resten av gruppen. När männen i studien blir äldre (> 40 år) sjunker dock stressen ned till nivåer under normalpopulationens. Män som är sambo/gifta har dessutom generellt lägre stressnivåer än

ensamstående män. Även för äldre kvinnor (> 50 år) sjunker stressen men landar trots det på relativt högre nivåer jämfört med både normalpopulationen och med männen.

Kvinnors höga stressnivå och lägre grad av tillsvidareanställning är intuitivt lockande att dra slutsatser kring. Forskningen har däremot visat att tillsvidareanställningar i sig inte är direkt bidragande till lägre stressnivåer (Aronsson & Göransson, 1997). Istället föreslår man att en känsla av att ha jobbmässiga valmöjligheter kan bidra till den psykiska hälsan. Vi ser i våra resultat att andelen kvinnor med tillsvidareanställningar sjunker i 50-årsåldern. Vi ser däremot inte några skillnader i stressnivåer mellan tillsvidareanställda kvinnor, och kvinnor med kortare anställningar. Detta skulle kunna tyda på att den lilla andel av kvinnorna som har en tillsvidareanställning inte känner att de har jobbmässiga valmöjligheter. Detta styrks av studiens resultat då samtliga kvinnor i denna ålder, jämfört med andra åldrar, anger lägre nöjdhet med sin anställningsform oavsett vilken anställningsform de har. Studiens resultat visar vidare att möjligheten att försörja sig till 100% inom sin yrkeskategori minskar för kvinnor i denna ålder. Möjligheten att försörja sig till 100% inom sin yrkeskategori har en koppling till bättre mående för både män och kvinnor i studien, men inte i lika hög grad som nöjdhet med anställningsform. Tidigare forskning om kvinnliga skådespelare och deras arbetsvillkor har visat att de över 45 år har svårare att hitta jobb (Enberg, 2003). Man kan även ana tendenser i forskning som tyder på att rollerna som erbjuds inte skulle vara tillräckligt utvecklande (Miscevic, 2014). I vår studie ser man att livstillfredsställelsen går ner marginellt i denna grupp, trots att stressen i viss mån också går ner - om än inte till männens nivå. Andelen män med tillsvidareanställning ökar under hela yrkeslivet och ligger i 50-årsåldern markant över kvinnornas nivå. Detta återspeglas i stressnivåerna som kontinuerligt sjunker och nöjdheten med anställningsformen som ökar bland männen. Tendensen har också länge varit att anställa fler män än kvinnor på institutionsteatrarna och de privata teatrarna, framför allt i storstäderna (Enberg, 2003).

Kvinnor över 50 är i högre grad ensamstående, en faktor det är svårt att dra några längre slutsatser kring eftersom forskningen går i sår i frågan. Dels finns studier som visar att kvinnor generellt mår sämre (än män) i traditionella parrelationer (Ahlborg, 2009) men annan forskning säger att skilda (eller aldrig sammanboende) kvinnor (och män) har högre depressionsnivåer än gifta och sammanboende (Osler, McGue, Lund & Christensen, 2008).

Sömn.

Ungefär var femte person i studien skattar sömnproblem på klinisk nivå, kvinnor i något högre grad än män. Detta är i samma utsträckning som befolkningen i stort rapporterar sömnproblem (SBU, 2010). Sömnproblemen samvarierar positivt i studien med ångest, depression, stress, upplevelsemässigt undvikande och smärtduration, medan en negativ samvariation finns med livstillfredsställelse. Detta stämmer väl överens med tidigare studier (Barlow, 2012) som understryker samvariation mellan sömnproblem och utvecklandet av andra psykiska problem.

Det finns en tydlig skillnad i graden av sömnproblem där de med kronisk smärta visar sömnproblem på subklinisk nivå medan de som inte rapporterar kronisk smärta uppnår normal nivå.

Upplevelsemässigt undvikande.

De undersökta skådespelarna uppvisade något lägre nivåer av upplevelsemässigt undvikande än en normalpopulation. För kvinnor är nivån relativt konstant, oavsett ålder, medan den för män börjar sjunka till ytterligare lägre nivåer efter 50-årsåldern. Vår studie visar att deltagare som är sambo eller gifta har högre livstillfredsställelse och lägre upplevelsemässigt undvikande än ensamstående. De i studien som uppvisar höga nivåer, som i tidigare studier förknippats med kliniska depressionsnivåer (Bond et al., 2011), är i något högre andel kvinnor än män.

Skådespelares något lägre nivå av upplevelsemässigt undvikande skulle kunna förstås i ljuset av att de använder sig av kroppen, kroppens uttryck och de egna känslorna som verktyg i sitt skapande arbete (SOU 2006:42). Utöver detta medför den ständiga exponeringen för mänskliga relationer och starka uttryck många tillfällen att bekanta sig med upplevelsen av sig själv. Detta ger enligt Hayes et al. (2004, 2006) möjlighet att leva ett mer autentiskt liv och större möjlighet att leva enligt sina egna värderingar, trots de eventuella motgångar man möter i livet.

Livstillfredställelse.

Livstillfredställelsen hos de undersökta skådespelarna är lägre än för befolkningen i stort. Skillnaden är dock endast marginell och kvinnors och mäns värden skiljer sig inte åt, med undantag för åldersgruppen över 60 år där män är något mer tillfredsställda med livet än kvinnor. Även om måttet på livstillfredställelse i studien samvarierar med ångest och stress, så är inte livstillfredställelsen sänkt i proportion till de höga nivåerna av ångest och stress.

Livstillfredställelse avser deltagarnas egen, subjektiva, uppfattning av eventuell diskrepans mellan vad som anses vara en tillfredställande standard och faktiska livsomständigheter. Att skådespelarna i studien ligger något lägre i livstillfredställelse skulle kunna bero på frustration över de begränsade möjligheterna att utöva yrket (Miscovic, 2014). Å andra sidan kanske det egentligen skulle vara rimligare med en betydligt sämre känsla av livstillfredställelse i gruppen än vad som framkommit av denna studie, med tanke på de begränsade arbetsmöjligheterna (Arbetsförmedlingen, 2007; Danielsen Rackner, 2014). Männen livstillfredställelse förbättras från och med 60 - års åldern, detta i samband med att deras ångest går ner och det upplevelsemässiga undvikandet sjunker ytterligare, vilket inte sker för kvinnorna. En hypotes kring detta samband kan vara att med lägre grad av upplevelsemässigt undvikande rör man sig mer i sin värderade riktning och därför närmare en större tillfredställelse med sitt liv.

Smärta.

Nästan fyrtio procent av deltagarna i studien rapporterar smärta som varat längre än tre månader och som därför kan beskrivas som kronisk. Det är en dubbelt så hög nivå jämfört med prevalensen i befolkningen (SBU, 2010). Andelen med kronisk smärta i vår studie varierar något mellan olika åldrar och mellan män och kvinnor, men är i huvudsak konstant. Nivån av det upplevelsemässiga undvikandet är, som tidigare nämnts, något högre hos den grupp som rapporterat kronisk smärta vilket kan sägas vara förväntat med tanke på att upplevelsemässigt undvikande är en medierande faktor vid utvecklandet av smärta (Hayes, 2006). Gruppen med kronisk smärta sover sämre än en normalpopulation samt har något sänkt livstillfredsställelse. Detta går i linje med annan forskning på området som pekar på att sömn smärta och livstillfredsställelse samvarierar (Molodovsky, 2001; Palermo & Kiska, 2005). Deltagarna med kronisk smärta har även marginellt höjda nivåer av ångest, depression och stress. Stress, undvikande och depressivitet anses vara avgörande faktorer vid utvecklandet av kronisk smärta (Bergbom, 2014; Boersma & Linton, 2012). Ett visst samband kan man alltså se i denna studie med försämrad psykisk hälsa, men möjligtvis inte i de nivåer som man kan förvänta sig vid kronisk smärta.

Som tidigare nämnt använder sig skådespelaren av sin kropp och sin röst som sitt instrument (SOU 2006:42) och borde då rimligtvis vara mycket beroende av att detta instrument fungerar som det ska. Detta kräver att röst och kropp tas i anspråk och tränas regelbundet, något som kanske är svårt vid längre perioder av arbetslöshet. Stort fokus, och uppmärksamhet, på kroppen i kombination med oro (Bergbom, 2014; Boersma, MacDonald & Linton, 2012) för att den inte ska fungera optimalt när det behövs (under en föreställning till exempel) skulle delvis kunna förklara det stora antal med kronisk smärta i gruppen. Dessutom arbetar skådespelare i hög utsträckning trots sjukdom. Att ställa in en föreställning är något som undviks i det längsta, något som torde slita på kroppen.

I studiens smärtindex ser man mått på smärtans intensitet samt hur mycket smärtan stör eller hindrar livet. Resultaten visar att män och kvinnor rapporterar liknande grad av detta.

Metoddiskussion

Enligt Kazdin (2003) finns i enkätstudier alltid en viss skevhet i svarsmönster; där till exempel kvinnor tenderar att svara oftare än män, högutbildade oftare än lågutbildade, allt lite beroende av enkätens syfte och frågeställningar. En motsvarande svag skevhet skulle därför vara att förvänta även här.

Att enkäten fick en svarsfrekvens på 17 % är en svaghet då det innebär ett stort bortfall. Bortfallet skulle till dels kunna bestå av personer som på grund av hög arbetsbelastning och hög stress inte hunnit delta i enkäten. Många skådespelare har en splittrad arbetssituation vilket skulle kunna minska möjligheterna att sitta framför datorn och besvara enkäter. Det är tänkbart att dessa personer skulle kunnat påverka resultatet om de hade varit med, framför allt genom högre stressnivåer. En annan möjlig förklaring till det stora bortfallet skulle kunna vara att skådespelare som är vana att bli granskade och att vara föremål för andras åsikter ogärna vill medverka i sammanhang som ytterligare riskerar att befästa eller öka existerande fördomar om skådespelare. För vissa kan det vara viktigt att värna om sin egen integritet och drar sig därför för att svara på frågor som upplevs vara av privat karaktär.

Det är svårt att uttala sig om hur representativa de skådespelare som är anslutna till teaterförbundet är för hela den svenska skådespelarpopulationen, vilket innebär att möjligheten att generalisera till denna är begränsad. Det stickprov som undersökningen baseras på är dock i relativt hög grad representativt för skådespelaravdelningens medlemmar med avseende på fördelningen av kvinnor respektive män. Ofta presenteras resultaten i studien specificerat på kvinnor respektive män, i syfte att kunna utläsa eventuella

könsskillnader, vilket då innebär att eventuella skevheter i urvalet inte påverkar resultaten. En person i studien angav kön ”annat” och för att bevara den personens anonymitet har vi valt att inte presentera denna kategori vid uträkningar som avser könsskillnader. Andelen med tillsvidareanställning är något högre i stickprovet jämfört med den andel som, uppskattningsvis, var tillsvidareanställda enligt Teaterförbundet under hösten 2014. Den något högre andelen med tillsvidareanställning bedöms inte påverka i hög grad då detta inte framkommit som en betydande faktor för måendet i denna studie. Det faktum att enkäten distribuerades via dator kan ha inneburit att vissa personer kan vara underrepresenterade i urvalet. Till exempel personer på resande fot utan tillgång till internet eller äldre som inte använder IT-teknik i samma utsträckning som yngre. Påverkan bedöms som marginell i sammanhanget.

En svaghet i studien är i viss mån de kategorier som valdes för de olika anställningsformerna. Skådespelares anställningar är komplexa, där korta perioder av olika typer av skådespelarjobb varvas med andra anställningar och arbetslöshet. Att använda sig av Teaterförbundets kategorier var visserligen inte felaktigt, men uteslöt några variationer i anställningsformer. Vi skulle istället ha undersökt hur skådespelare själva benämner sina olika anställningsformer. Detta var något som skådespelarna också efterlyste i den del av enkäten där fria svar tilläts, och som återspeglas i den något lägre svarsfrekvens som denna fråga fick. Frilans och egenföretagare var de två mest frekvent efterfrågade svarsalternativen.

Styrkor i studien är att svarsfrekvensen generellt är hög, även om den varierar lite mellan de olika formulären. Vi ser ingen uttrötningseffekt i enkäten, och det kan ses som ett tecken på att vi lyckats väl med vår ambition att skapa en tillräckligt innehållsrik enkät utan att den blivit alltför krävande att besvara. Välkända och validerade formulär med goda psykometriska egenskaper och existerande översättningar till svenska har använts. Normerade gränsvärden för respektive formulär har använts då sådana funnits. Detta har bidragit till att

studien i hög grad är jämförbar med tidigare studier och det finns god test-retestreliabilitet då den är enkel att replikera.

Sammanfattningsvis visar resultaten från denna studie på en mer positiv bild av skådespelares psykiska mående än förväntat. Att arbeta som skådespelare är att arbeta under mycket specifika omständigheter som kan vara både påfrestande men även utvecklande. Deltagarna visade sig skatta lägre på samtliga mått, i förhållande till de relativt höga måtten på ångest, än vad man skulle kunna förvänta sig. Hur det kommer sig att de ändå rapporterar betydligt högre ångestnivåer än en normalpopulation skulle vara viktigt att undersöka ytterligare för att ännu bättre förstå deras situation. Är deras relativt låga nivåer av upplevelsemässigt undvikande möjligtvis en medierande faktor, och därmed ett skydd mot till exempel förhöjd depressivitet? Skådespelare är en intressant grupp att studera utifrån de ovan nämnda aspekterna. Vi hoppas att denna studie ska kunna bidra till att bredda grunden för fortsatt psykologisk forskning kring denna yrkesgrupps förhållanden och styrkor.

Referenser

- Ahlborg, T., Lillengen, A-M., Lönnfjord, V. & Petersen, C. (2009). Quality of dyadic relationships in Swedish men and women living in long-term relationships and in couples in family counselling: Introduction of a new self-report measure, QDR36. *Nordic Psychology* 61(3), 23-46.
- American Psychiatric Association (2002). *Mini-D IV: Diagnostiska kriterier enligt DSM- IV-TR*. Danderyd: Pilgrim press.
- Andersson, G. (2012). *Psykologisk behandling vid depression: teorier, terapimetoder och forskning*. (1. uppl.) Stockholm: Natur & kultur.
- Arbetsförmedlingen (2007). *Yrkesinformation, Skådespelare*. Hämtad den 24 november 2014, från <http://www.arbetsformedlingen.se/For-arbetsgivare/Hitta-medarbetare/Rekryteringstips/Yrken-A-O.html?sv.url=12.6ce34027120299daa868000126146&url=1119789672/Yrken/YrkesBeskrivning.aspx?iYrkeId=356>
- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness* (2. uppl.). East Sussex: Routledge.
- Aronsson, G., & Göransson, S. (1997). Fasta anställningen men inte det önskade jobbet. En empirisk studie. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 3(3), 193–205.
- Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2012). *Abnormal psychology: an integrative approach*. (6. uppl., Internationell uppl.) Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.
- Berset, M., Elfering, A., Lüthy, S., Lüthi, S. and Semmer, N. K. (2011), Work stressors and impaired sleep: rumination as a mediator. *Stress and Health*, 27: e71–e82. doi: 10.1002/smi.1337
- Bjelland, I., Dahl A. A., Haug T. T., Neckelmann D. (2001). The validity of the Hospital and Anxiety Depression scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research* 52 (2002) 69 – 77.
- Boersma, K., MacDonald, S. and Linton, S. J. (2012), Longitudinal Relationships Between Pain and Stress Problems in the General Population: Predicting Trajectories From Cognitive Behavioral Variables. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 17, 229–248.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. C., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. and Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Breakwell, G.M. (Red.) (2006). *Research methods in psychology*. (3 uppl.). London: SAGE.
- Danielsen Rackner, A (2014). Tidsbegränsat anställda oroliga för ekonomin. *Välfärd*. Statistiska Centralbyrån. Hämtad 9 december, 2014 från

http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Tidsbegransat-anstallda-oroliga-for-ekonomin/

- Diener E., Emmons, R. A., Larsen R. J., & Griffin S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of personality assessment*, 49, 71-75.
- Enberg, K. (2003). *Fan ska vara skådespelerska 45 +: en kartläggning av arbetsmarknaden 2001 för Skådespelare Dramatiker Regissörer*. Stockholm: Teaterförbundet.
- Flisbäck, M. (2010). *Konstnärernas inkomster ur ett jämställdhetsperspektiv: ekonomi, arbete och familjeliv*. Stockholm: Konstnärsnämnden.
- Frederickson, J. (2013). *Co-creating change: effective dynamic therapy techniques*. (1. uppl.) Kansas City, MO: Seven Leaves Pressl.
- Ghaderi, A., & Parling, T. (2009). *Lev med din kropp – Om acceptans och självkänsla*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Louma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hägström, L., & Magnil, M. (2013). Förstämningssyndrom. I H. Ramström (Red.), *Läkemedelsboken 2014* (s. 1038-1054). Uppsala: Läkemedelsverket.
- Jamieson, J. P., Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2012). Mind over matter: reappraising arousal improves cardiovascular and cognitive responses to stress. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(3), 417.
- Jansson, J. & Power, D. (2008). *Leva på kultur: preliminära resultat från en studie av kulturella näringar*. Forskningsrapport: Uppsala universitet. Hämtad 17 oktober 2014, från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-98793>.
- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology*. (4. uppl.) Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Keller, A., Litzelman, K., Wisk, E. L., Maddox, T., Cheng, E. R., Creswell, P. D., et al. (2012). Does the Perception That Stress Affects Health Matter? The Association With Health and Mortality. *Health Psychology*, 31(5) 677-684.
- Knorring, L. von, Hedin, K., & Knorring, A. von (2013). Ångest och oro. I H. Ramström (Red.), *Läkemedelsboken 2014* (s. 1022-1037). Uppsala: Läkemedelsverket.

- Landström Flink, I., Boersma, K., & Linton, J. S. (2013) Pain Catastrophizing as Repetitive Negative Thinking: A Development of the Conceptualization, *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(3), 215-223.
- Lazarus, R., Folkman, S. (Red.). (1994). *Stress, appraising, and coping*. New York: Springer.
- Lekander, M. (2002). Ecological Immunity: The role of the Immune System in Psychology and Neuroscience. *European Psychologist*, 7(2), 98–115.
- Linton, S. (2013). A Transdiagnostic Approach to Pain and Emotion. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 18(2) 82–103.
- Lisspers, J., Nygren, A., & Söderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD); Some Psychometric Data for a Swedish Sample. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 96, 281-286.
- Lustberg, L. & Reynolds, C. F.III., (2000). Depression and insomnia: Questions of cause and effect. *Sleep Medicine Review*, 4, 253-262.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (Red.). (1994) *Classification of Chronic Pain*, (2. uppl.), (s. xi). Seattle: IASP Press.
- Moldofsky, H. (2001). Sleep and pain. *Sleep medicine reviews*, 5(5), 385-396.
- Nordin, M., Nordin, S. (2013). Psychometric evaluation and normative data of the Swedish version of the 10-item perceived stress scale. *Scandinavian Journal of Psychology*. 54, 502–507
- Osler, M., McGue, M., Lund, R. & Christensen, K. (2008). Marital Status and Twins' Health and Behavior: An Analysis of Middle-Aged Danish Twins. *Psychosomatic Medicine*, 70, 482-487.
- Otto, N., (2010). Den svenska versionen av Acceptance and Action Questionnaire: En psykometrisk utvärdering. (Opublicerad psykologexamensuppsats). Uppsala Universitet, Institutionen för psykologi.
- Pavot, W & Diener, E. (1993) Review of the Satisfaction With Life Scale, *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Palermo, T. M., & Kiska, R. (2005). Subjective sleep disturbances in adolescents with chronic pain: relationship to daily functioning and quality of life. *The Journal of Pain*, 6(3), 201-207.
- Passer, M., Smith, R., Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., & Vlieg, M. (2009). *Psychology - the science of Mind and Behaviour*. Berkshire; McGraw-Hill Higher Education.
- Ramnerö, J., (2006) Depression och bipolär störning. I L-G. Öst (Red.), *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin* (s. 143-160). Stockholm: Natur & kultur.

- Rose S., (2012). *Willem Dafoe: You do your best work when your're scared*. Hämtat den 5 december, 2014 från <http://www.theguardian.com/film/2012/jul/04/willem-defoe-hunter-interview>
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Rönn, M. (2009). *Det är inte förrän man gör det som man förstår: om kommunikativa hinder vid en teaterhögskola*. Doktorsavhandling vid institutionen för Nordiska språk. Stockholm: Stockholms universitet.
- Snyder, C., & Lopez, S. (2007). *Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths*. Thousand Oaks, Californien: SAGE Publications.
- SOU 2006:42. *Plats på scen – betänkande av Kommittén för jämställdhet inom scenkonstområdet*. Stockholm: Kulturdepartementet.
- Stanislavskij, K.S. (2004). *En skådespelares arbete med sig själv: i inlevelsens skapande process*. Stockholm: Prisma.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar: en systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: SBU.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Behandling av ångestsyndrom: en systematisk litteraturöversikt*. Vol. 1. Stockholm: SBU.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2010). *Behandling av sömnbesvär hos vuxna: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: SBU.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2014). *Arbetsmiljöns betydelse för symptom på depression och utmattningssyndrom*. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU.
- Stressforskningsinstitutet (2014). Hämtat den 5 november 2014, från <http://www.stressforskning.su.se/om-oss/nyheter/är-stress-vår-tids-stora-folkhälsoproblem-1.173181>
- Studer, R., Gomez, P., Hildebrandt, H., Arial, M., & Danuser, B. (2011). Stage fright: Its experience as a problem and coping with it. *International Archives of Occupational Environmental Health*, 84(7), 761-71.
- Söderström, C. (2010). *Den inbillade sjuke, hur mår du?: En kartläggning av skådespelares psykiska och fysiska hälsa*. (Opublicerad examensuppsats). Linköpings universitet, Psykologiska institutionen.
- Torkelson, E., & Lindén, J. (2001). Skådespelaryrket - dröm och hård verklighet. I Y. Johansson Liljeholm & T. Theorell (Red.). *Artisters hälsa och arbetsmiljö* (s.

51-69) Institutet för psykosocial medicin.

- Torkelson, E. (1998). Krav, kontroll och socialt stöd: om scenartisters psykosociala arbetsmiljö. *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, 4(2).
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983), The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.
- Åkerstedt, T., Orsini, N., Petersen H., Axelsson J., Lekander M., & Kecklund G. (2012). Predicting sleep quality from stress and prior sleep – A study of day-to-day covariation across six weeks. *Sleep Medicine*. 12, 674-679.
- Öst, L. G. (2006) Specifik fobi och social fobi. I L-G. Öst (Red.), *KBT kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin* (s. 71-88). Stockholm: Natur & kultur.