

Opplevd stigma og selv-stigma: Effekt på deprimerte ungdommers hjelpsøking og opplevde behov for hjelp

Perceived stigma and self-stigma: Effect on depressed youths' help-seeking behavior and perceived need

—

Jørgen Mathias Olsen

Hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi - august 2016



Opplevd stigma og selv-stigma: Effekt på deprimerte ungdommers hjelpsøking og
opplevde behov for hjelp

Perceived stigma and self-stigma: Effect on depressed youths' help-seeking
behavior and perceived need

Jørgen Mathias Olsen

Hovedveileder: Martin Eisemann

Biveileder: Hans Christian Vangberg

Psy-2901

Hovedoppgave for graden Cand. Psychol.

Institutt for psykologi

Det helsevitenskapelige fakultet

UiT, Norges arktiske universitet

November, 2016



Forord

Takk til hovedveileder Martin Eisemann og biveileder Hans Christian Vangberg for god oppfølging gjennom hele perioden. Takk til Martin Eisemann for hjelp til å finne oppgavetema, for en god introduksjon til emnefeltet og gjennomlesing av oppgaven med tilbakemelding i hele prosessen. Takk til Hans Christian Vangberg for veiledning knyttet til struktur av oppgaven, fokus for analysen, tilbakemelding på oppgaven og god motivering. Oppgaven er utformet i sin helhet av kandidaten.

Opplevd stigma og selv-stigma: Effekt på deprimerte ungdommers hjelpsøking og opplevde behov for hjelp

Perceived stigma and self-stigma: Effect on depressed youths' help-seeking behavior and perceived need

Jørgen Mathias Olsen

Psy-2901

Hovedoppgave for graden Cand. Psychol.

November, 2016

Hovedveileder: Martin Eisemann

Biveileder: Hans Christian Vangberg

Sammendrag

Depresjon hos ungdom er et viktig satsningsområde både for å forbedre livskvaliteten til ungdom og for å forebygge voksendepresjon. Mange ungdommer som sliter med depressive symptomer oppsøker ikke profesjonell hjelp. Dette skyldes blant annet at psykiske lidelser og depresjon er stigmatiserte tilstander. I denne studien undersøkte vi hvordan ungdommer mellom 15 og 20 år som er over klinisk terskel for depresjon (CES-D-skåre >24) ble påvirket av stigma når de skal vurdere hvorvidt de behøver hjelp eller skal oppsøke hjelp. Det ble brukt t-tester for å avdekke korrelasjoner mellom to typer stigma (selv-stigma og opplevd stigma) og to typer hjelpsøking (følt behov for hjelp og hjelpsøking). Begge typene stigma korrelerte med en av hjelpsøkingstypene, men ikke den samme. Ungdommer som hadde søkt hjelp for problemene sine hadde gjennomsnittlig lavere grad av opplevd stigma enn de som ikke hadde søkt hjelp, mens selv-stigma var likt for begge grupper. Ungdommer som følte et behov for hjelp hadde gjennomsnittlig lavere grad av selv-stigma enn de som ikke følte et behov for hjelp, mens opplevd stigma var likt for begge grupper. Variasjonen i hvordan typer stigma kan påvirke hjelpsøkingstiltak belyser viktige aspekter ved stigma blant deprimerte ungdommer.

Abstract

Depression among youths is an important area in health care both when aiming to improve the quality of life of youths, and in preventing depression among adults. Many youths that struggle with depression do not seek help. One of the causes for this is the stigma concerning mental health and depression. In this study we investigated how youths between the age of 15 and 20 who are over the clinical cut off for depression (CES-D score >24) are affected by stigma when they consider whether or not they need help, and whether they are going to seek help. T-tests were used to show correlations between two types of stigma (self stigma and perceived stigma) and two types of help seeking behavior (perceived need for help and actual help seeking). Both types of stigma correlated with one of the help seeking factors, but not the same. Youths who had sought help for their problems had a lower average of perceived stigma than youths who had not sought help, while degree of self stigma was similar for both groups. Youths who had a perceived need for help had a lower degree of self stigma than youths who did not have a perceived need for help, while perceived stigma was similar for both groups. The variation in how different types of stigma can affect help seeking behavior gives nuance to the effect of stigma on depressed youths.

Introduksjon

Depresjon er en alvorlig og utbredt psykisk lidelse som rammer ungdom i hele verden med en årlig prevalens på omtrent 5 % blant ungdommer (Costello et al. 2005, 2006; Merikangas et al. 2010; Thapar et al. 2012), noe som gjør depresjon til en ledende årsak til global funksjonsnedsettelse (Lopez et al. 2006; Murray and Lopez 1996; World Health Organization (WHO) 2004).

En stor del av voksne med depressive lidelser fikk sin første episode i ungdomsalderen. Dette gjør ungdomstiden til et viktig satsningspunkt for forebygging av voksendepresjon, i tillegg til at psykisk helsehjelp gjør hverdagen til ungdommene bedre.

Depresjon

Depresjon er en lidelse som diagnostiseres ved hjelp av to forskjellige diagnosesystemer, ICD (Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer) og DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Kriteriene som må oppfylles er forskjellige i de to systemene, og måten undertypene av depresjon kategoriseres på varierer også.

I helsevesenet i Norge brukes ICD i sin nyeste utgave (ICD-10, referanse), og depresjon kategoriseres under affektive lidelser. Depresjon oppstår oftest her som depressive episoder med en varighet på minst to uker. De depressive episodene kan være milde, moderate eller alvorlige avhengig av symptomtrykk. De vanligste symptomene er depressivt stemningsleie, interesse- og gledesløshet og energitap, men symptomer som redusert konsentrasjon, redusert selvfølelse, skyldfølelse, søvnforstyrrelser, redusert appetitt og selvmordstanker/-planer er med på å avgjøre alvorlighetsgraden.

I tillegg til depressive episoder omfatter de affektive lidelsene manisk episode, bipolar affektiv lidelse, tilbakevendende depressiv episode, vedvarende affektive lidelser, andre affektive lidelser og uspesifisert affektiv lidelse. Disse diagnosene dekker et spekter av lignende lidelser, men skiller hovedsakelig fra depressiv episode i varighet, variasjon i symptomer og tillegg av forhøyet stemningsleie.

I DSM-5 kategoriseres det med lignende symptomer og kriterier, men sorterer kategoriene forskjellig. "Major depressive disorder" inkluderer både en variant lik depressiv episode og en lik tilbakevendende depressiv episode. Selv om ICD brukes i det kliniske i Norge, forholder norske forskere seg som oftest til DSM.

Hjelpsøking og stigma

Hjelpsøking (*help seeking behavior*) i helsesammenheng er atferd der en person søker hjelp med et helseproblem. Dette inkluderer besøk til en lege eller forespørsler om hjelp fra venner. Det er ikke hjelpsøking om hjelp gis under tvang, eller om man får hjelp uten å ha etterspurt det. Hjelpsøking er en problemfokuset, tilsiktet og interpersonlig handling (Cornally 2011).

Problemfokuset: En person som søker hjelp har et problem som utfordrer ens personlige ressurser, og som en ønsker ekstern hjelp til å løse. De fleste har forskjellig terskel for å oppsøke helsehjelp, men alle har til felles at de har et problem.

Tilsiktet: Det må alltid foreligge en intensjon om å oppsøke hjelp om det skal være hjelpsøking. En person må handle med et ønske om å få hjelp. Om man mottar hjelp uten å ha etterspurt hjelp er det ikke hjelpsøking, selv om personen egentlig ønsket hjelp. Hjelp som mottas under tvang er ikke knyttet til hjelpsøking.

Interpersonlig: Det er alltid et interpersonlig element ved hjelpsøking. På et tidspunkt må problemet verbaliseres og kommuniseres til en eventuell hjelper. Det er flere barrierer knyttet til det interpersonlige aspektet av hjelpsøking. Det er et aspekt av *social exchange theory* hvor en person vil kommunisere problemet sitt i bytte mot informasjon eller ressurser som kan hjelpe. Kostnaden av å dele informasjon om problemet sitt er ofte høy på grunn av usikkerhet hos den hjelpsøkende og faren for fordømmelse fra andre.

Flere ungdommer går til behandling, men vi vet at ikke alle gjør det. Hvorfor ikke? Når ungdommer blir 16 år gamle er de ansvarlige for sin egen behandling, og foreldrene har ikke lengre innsyn i behandlingsforløpet. Det legges et større ansvar på ungdommen og faktorer som påvirker ungdommen vil i større grad enn tidligere påvirke hvorvidt ungdommen oppsøker hjelp eller ikke.

En landsdekkende studie i USA konkluderte med at de største barrierene for hjelpsøking var å vente til problemet gikk over av seg selv, fulgt av opplevelse av at man ikke egentlig trenger hjelp (Mojtabai et al. 2011).

Stigma knyttet til psykiske lidelser kan være en viktig årsak til nedsatt hjelpsøking. Stigma kan defineres som en prosess som inneholder merking, atskillelse fra gruppen, stereotype-bevissthet, stereotype-annerkjennelse, fordømmelse og diskriminering i en kontekst hvor sosial, økonomisk eller politisk makt blir utøvd til en av partenes ulempe (Link & Phelan, 2001).

Stigma knyttet til psykiske lidelser opptrer oftest som verdier og oppfatninger av mennesker som har psykiske lidelser. Vanlige stigmatiserende tanker knyttet til psykiske lidelser kan for eksempel være, "Mennesker med depresjon er svake mennesker". Det er

stor grad av stigma knyttet til psykiske helsevansker i samfunnet (Phelan, Link, Stueve, & Pescosolido, 2000). Stigmaet knyttet til psykiske lidelser opptrer i forskjellige former avhengig av sammenhengen og rammen stigmaet opptrer i. To vanlige kategoriseringer av stigma av psykiske lidelser er selv-stigma og opplevd stigma.

Selv-stigma

Selv-stigma er en persons egne holdninger til stigmarelaterte spørsmål. Eksempel på en selv-stigma-holdning er "Jeg ville ikke ha stemt på en politiker hvis jeg visste at han eller hun hadde vært deprimert."

Det er en sammenheng mellom høy selv-stigma og lavere hjelpsøking blant både voksne (Cooper, Corrigan, & Watson, 2003) og ungdommer (Penn et al., 2005). I en annen studie ble det funnet at personer som syntes psykisk helsehjelp var flaut eller skjemmende opplevde mindre behov for hjelp eller nytte av psykisk helsetjeneste (Mojtabai, Olfson, & Mechanic, 2002).

Det er naturlig å tenke at om man reduserer stigmatisering kan man få flere ungdommer til å oppsøke hjelp når de trenger det. Det er derimot begrenset bevis på at alt stigma faktisk påvirker bruk av psykisk helsehjelp.

Opplevd stigma

Opplevd stigma er en persons vurdering av de fleste menneskers stigmarelaterte holdninger. Det inkluderer ikke direkte en persons egne holdninger og etterspør generelle personers syn på generelt stigma. Et eksempel på en opplevd stigma-uttalelse er "De fleste mennesker tror at deprimerte mennesker er uforutsigbare."

I likhet med selv-stigma påvirker opplevd stigma hjelpsøking. Blant studenter under 22 var høyere opplevd stigma knyttet til lavere sannsynlighet for å oppleve et behov for hjelp (Golberstein, 2008). Det var ingen sammenheng mellom opplevd stigma og faktisk bruk av helsehjelp.

Selv-stigma kan være viktigere for hjelpsøking enn opplevd stigma. I to studier var det kun selv-stigma som predikerte lavere hjelpsøking. (Vogel et al, 2007; Eisenberg et al, 2009)

Ungdommer med psykiske lidelser

Det er en bratt økende kurve i prevalens for depresjon i tenårene. Omtrent 5 % av ungdommer på 15 år rammes av depresjon (Fergusson et al., 1993; McGee et al., 1990), mens omtrent 17 % av 18-åringer rammes (Fergusson et al., 2001; Feehan et al., 1994).

Opptil 50 % av voksne med psykiske lidelser hadde lidelsen i barndommen eller ungdomstiden (Davis, 2005).

Diagnostisering av ungdommer med voksen-diagnoser er vanlig praksis, men det kan være noe overdiagnostisering. Ungdommer er vist å skåre signifikant høyere enn voksne på selv-rapporteringskjemaer. Omtrent 40 % til 50 % av ungdommer skårer over klinisk cut-off for depresjon, mens bare 16 % til 20 % av voksne skårer over cut-off (Roberts, Andrews, Lewinsohn, & Hops, 1990). Det er større svingning i ungdommers normale stemningsleie sammenlignet med voksne, og de fleste ungdommer kan i kortere perioder oppfylle kravene for en voksen-diagnose. Dette betyr ikke at de fleste ungdommer har en psykisk lidelse i løpet av ungdomstiden, men heller at kriteriene for slike diagnoser bør tilpasses ungdommene, for eksempel ved å øke kriteriene for en diagnose. I tillegg kan symptombildet endres, for eksempel hos barn og unge kan depresjon vises gjennom irritasjon, ikke nødvendigvis nedstemthet. (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009)

Ungdommer er i en viktig periode av utviklingen sin og depresjon kan gi negative langtidseffekter som for eksempel dårlig fysisk helse, redusert evne til å ha gode relasjoner og problemer med utdanning (Birmaher et al., 1996; Lewinsohn et al., 1998). Depressive episoder blant ungdom har i tillegg oftere større komorbiditet og dårligere fungering sammenlignet med voksne med depresjon (Aisook et al., 2007)

Problemstilling

I denne studien ønsker jeg å finne ut mer om hvordan stigma påvirker hjelpsøking blant deprimerte ungdommer. Spesielt interessant er nyansene mellom forskjellige typer stigma og om de påvirker hjelpsøkingen på forskjellige måter.

Mer spesifikt vil jeg undersøke deprimerte ungdommers hjelpsøkingsatferd, og hvorvidt stigma kan forklare hvorfor mange ungdommer ikke oppsøker helsehjelp. Jeg har en hypotese om at forskjellige typer stigma både reduserer følelsen av et behov for hjelp og samtidig forhindre ungdommer som vil ha hjelp fra å oppsøke hjelp. Jeg mistenker at selv-stigma vil være viktigere enn opplevd stigma for både følt behov for hjelp og hjelpsøking blant de som vil ha hjelp.

Metode

Datainnhenting

Det er benyttet et utvalg på 1358 elever fra 11 videregående-skoler i Troms. Alle skolene i Troms fylke ble invitert til å delta i studien, men flere var allerede involverte i andre studier eller hadde andre grunner til at de ikke kunne være med. Det var altså ikke et randomisert utvalg skoler som ble tatt med, men de skolene som var tilgjengelige på dette tidspunktet.

Datasettet som er tatt utgangspunkt i er produsert av Vangberg og kolleger i 2009 (Vangberg et al, 2013). Dette datasettet er ikke offentlig tilgjengelig, men innhentet i samarbeid med min veileder Martin Eisemann da han var involvert i arbeidet med den originale studien.

I den opprinnelige studien var det gjeldende datasettet innhentet som pre-test samt samtykkeskjema for bruk av det internettbaserte programmet Moodgym. Spørreskjemaet inneholdt demografiske spørsmål, Rosenberg Self Esteem Scale, Generalised Self Efficacy Scale, CES-D, personlighetsmålet Junior Temperament and Character Inventory og spørsmål knyttet til bruk av Moodgym. I den nåværende studien ble det kun brukt informasjon fra CES-D, opplevd stigma, selvstigma og demografiske data. I tillegg var det et samtykkeskjema for å være med i spørreundersøkelsen og et separat skjema for å melde seg på en studie hvor Moodgym ble brukt.

Alle elevene som deltok i studien fikk informasjon om psykisk helse generelt og om Moodgym, et internettbasert selvhjelpsprogram mot depresjon. Forskerne besøkte hver enkelt skole og holdt foredrag før spørreskjema ble delt ut. Datainnhenting ble gjort som selvutfylling på enten datamaskin eller papirskjema.

Utvalg

Det var totalt 1358 deltakere, 50,4 % av disse var kvinner. Alle de inkluderte deltakerene var elever på videregående skole mellom 15 og 20 med en gjennomsnittlig alder på 16,8 år. Flesteparten gikk studiespesialiserende retning (68,9 %), mens resten gikk yrkesfaglig retning.

Mål og skjema

Spørreundersøkelsen som datasettet kommer fra inneholdt et bredt utvalg skjemaer som beskrevet under datainnhenting. I denne undersøkelsen ble det kun brukt demografiske data og mål på depresjon, stigma og hjelpesøking.

Depresjon

Det ble brukt en norsk versjon av Centre for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D) (Radloff, 1977). CES-D er et selvrapporterings skjema brukt for å kartlegge symptomer knyttet til depresjon. Skjemaet består av 20 spørsmål, hvor 4 er reverserte. Respondentene blir spurt om hvor ofte de har opplevd symptomer i løpet av den siste uken. Svar gis på en 4-punkts likert-skala fra "Sjelden eller ikke noe av tiden (mindre enn 1 dag)" til "Mesteparten eller hele tiden (5-7 dager)". Svarene omgjøres til 0 - 3 poeng og summeres til en skåre mellom 0 og 60 poeng. En høyere skåre er en indikator på høyere symptomtrykk.

Vanligvis brukes en cut-off på 16 for å vurdere om ungdommer oppfyller kriteriene for en depressiv episode, men ettersom CES-D er det eneste målet på depresjon i denne studien vil det brukes en cut-off på 24 poeng. Dette vil trolig gjøre vurderingen av ungdommenes faktiske tilstand mer presis, som diskutert av i tidligere studier (Radloff, 1991; Roberts, Lewinsohn, & Seeley, 1991).

Depresjons-stigma

En skala utviklet av Griffiths et al (2004) ble brukt for å måle stigma knyttet til depresjon. I skalaen blir det stilt 18 spørsmål om holdninger og syn på depresjon hvor halvparten omhandler respondentens eget syn på depresjon ("personlig stigma"), mens den andre halvparten omhandler respondentens vurdering av andres syn på depresjon ("opplevd stigma").

Skalaen består av to delskalaer på 9 spørsmål, totalt 18 spørsmål. Hver delskala kan gi 0 til 18 poeng og hele skalaen gir 0 til 36 poeng. Høyere skåre er en indikator på høyere grad av stigma.

Skalaen ble utviklet i sammenheng med en studie i 2004 og er beskrevet i videre detalj i den originale artikkelen (Griffiths et al., 2004). Studien ble gjort på Moodgym som er det samme programmet som det nåværende datasettet denne hovedoppgaven er produsert rundt.

Hjelpsøking

Tidligere kontakt med psykisk helsevern ble undersøkt som en del av demografiske data. Det ble stilt et generelt ja/nei screenings spørsmål om deltakeren noen gang i livet hadde følt et behov for hjelp med sosiale eller psykiske problemer. Om deltakeren hadde

følt et behov for hjelp var det flere oppfølgingsspørsmål sortert etter hvorvidt deltakeren hadde oppsøkt hjelp eller ikke.

Potensielle problemer ved datasettet

Det var 64 deltakere som hadde ufullstendige data. Basert på visuell undersøkelse av deltakerne var det ikke et samlende mønster for den manglende dataen. I de fleste tilfellene hadde deltakerne sluttet å fylle inn skjemaet før de var ferdige, men det var ingen tydelig sammenheng med spørsmålet de hadde sluttet på. Det er sannsynlig at deltakerne ble lei og avsluttet utfyllingen av spørreskjemaet på grunn av dette. De manglende dataene var for omfattende til å rekonstrueres, og deltakerne ble fjernet fra analysen.

Uteliggere i de normalfordelte variablene, altså stigma-dataene, ble identifiserte ved hjelp av uteligger-markeringsregelen (Hoaglin et. al, 1986). For hver variabel noteres verdiene ved 25. og 75. persentil, henholdsvis Q1 og Q3. Q1 subtraheres fra Q3 og summen multipliseres med en forhåndsbestemt variabel, g . Verdien av g er her blitt satt til 2,2 som anbefalt i en artikkel av Hoagling og kolleger (1987). For ikke-normalfordelte variabler ble det brukt visuell analyse av *scatter-plots*.

Normalfordeling av variablene ble undersøkt ved visuell inspeksjon med histogram, Q-Q og P-P plot, samt kvantitative mål som skew- og kurtosis-skårer (Tabell 1). Det er ingen objektiv terskel for skew- og kurtosis-verdier, men verdier over 1 eller under -1 kan være en indikator på manglende normalfordeling (Osborne, 2013) Depresjonsmålet CES-D var ikke normalfordelt og hadde en positiv skew og spiss kurve. Fordelingen ble forsøkt forbedret ved hjelp av log10-transformasjon, men fordelingen vurderes ikke som tilstrekkelig normalfordelt selv etter transformasjon. Både selv-stigma og opplevd stigma vurderes som tilstrekkelig normalfordelte variabler.

Det ble gjort en separat vurdering av variablene når kun deltakere som skårte over terskelskåren på CES-D ble inkluderte (se tabell 2). Begge stigma-variablene vurderes som tilstrekkelig normalfordelte, selv om selv-stigma hadde en spiss kurve.

Tabell 1

Vurdering av normalfordeling, alle deltakere

Variabel	Visuell inspeksjon	Skew	Std.avvik	Kurtosis	Std.avvik
CES-D	Positiv skew	1,118	,069	1,189	,355
CES-D log10-trans.	Negativ skew	-,829	,069	1,048	,355
Selv-stigma	Normal	-,421	,069	,876	,361
Opplevd stigma	Normal	-,134	,069	,310	,362

Tabell 2

Vurdering av normalfordeling, deltakere over terskelverdi på CES-D (N= 186)

Variabel	Visuell inspeksjon	Skew	Std.avvik	Kurtosis	Std.avvik
Selv-stigma	Normal, men spiss	-,395	,178	1,671	0,361
Opplevd stigma	Normal	-,053	,178	-,001	,362

Statistiske analyser

Det ble gjort en "independent t-test" for å undersøke sammenhengen mellom variablene samt undersøke kjønnsforskjeller. Alle antagelser for t-test er oppfylte. Disse inkluderer antagelse om normalfordeling, fravær av uteliggere og homogenitet i varians. Alle de analyserte variablene er tilstrekkelig normalfordelte for undersøkelse med t-test da dette er en komparativt robust test. Analysene ble gjort med SPSS-versjon 23 64-bit til OS X-versjon 10.11.4.

Resultater

Jeg ønsket å undersøke hvorvidt det var noen sammenheng mellom ungdommers syn på stigma og deres hjelpsøkingssatferd og opplevelse av behov for hjelp.

Omtrent en tredjedel av deltakerne ($N = 438$) hadde opplevd et behov for hjelp på et tidspunkt i livet, men kun 11,2 % ($N = 150$) av alle deltakerne hadde oppsøkt hjelp. Flesteparten av de som følte et behov for hjelp oppsøkte ikke hjelp, totalt 21,5 % ($N=288$) av utvalget. Med andre ord, 68 % av de som følte et behov for hjelp, oppsøkte ikke hjelp. Av de som hadde oppsøkt hjelp oppsøkte 71,0 % hjelp fra fagpersoner, mens resten hadde oppsøkt ikke-profesjonell fra venner, familie eller andre.

Det var en signifikant forskjell i stigma og depresjon mellom kjønnene: Kvinnene skårte signifikant høyere på både CES-D og selv-stigma. Opplevd stigma var likt for begge kjønn (se tabell 3).

Tabell 3

Kjønnsforskjeller (kvinner=k., menn=m.)

Variabel	Gjennomsnitt	Standardavvik	Frihetsgrader	t-skåre	Sig. (95%)
CES-D k.	15,79	9,81	1302	9,270	,000
CES-D m.	11,08	8,45			
Selv-stigma k.	20,75	5,05	1269	9,826	,000
Selv-stigma m.	17,89	5,32			
Oppl. stigma k.	14,14	5,16	1269	1,733	,083
Oppl. stigma m.	14,65	5,20			

Totalt 14,3 % av deltakerene skårte over den kliniske terskelen for depresjon på CES-D, som i denne undersøkelsen er definert som 24 poeng eller høyere. 71 % av disse var kvinner ($N = 132$).

Det ble gjort fire t-tester av gruppen deltakeren som skårte over terskelverdien på CES-D. Det ble undersøkt om det var forskjeller i syn på stigma blant deltakere som hadde søkt hjelp eller ikke (se tabell 4), og blant deltakere som ikke hadde søkt hjelp, men hadde følt et behov for hjelp eller ikke (se tabell 5).

De som hadde søkt hjelp skårte i gjennomsnitt 1,93 poeng lavere på opplevd stigma sammenlignet med de som ikke hadde søkt hjelp, noe som utgjorde en signifikant forskjell. Den første gruppen skårte også 1,30 høyere på selv-stigma, men forskjellen var ikke signifikant (se tabell 4).

Blant de som ikke søkte hjelp var det forskjeller i stigma mellom de som hadde opplevd et behov for hjelp og de som ikke hadde opplevd et slikt behov (se tabell 5). De som hadde opplevd et slikt behov skårte signifikant lavere på selv-stigma, i gjennomsnitt 3,93 poeng lavere. Dersom de som faktisk søkte hjelp tas med i samme gruppe som de med et opplevd behov for hjelp, blir forskjellen mellom gruppene mindre (1,65 poeng), men fremdeles signifikant ($t(177) = 3,847, p = ,039$). Det var ikke en signifikant forskjell mellom de to gruppene på opplevd stigma.

Tabell 4

Stigma blant deltakere over CES-D terskelverdi, hjelpsøking

Stigmatype	Søkt hjelp?	N	Gjennomsn.	Std.avvik	T-skåre	Sig. (95%)
Selv-stigma	Ja	47	21,68	5,10	1,424	,156
	Nei	130	20,38	5,43		
Oppl. stigma	Ja	47	11,74	5,88	2,009	,046
	Nei	130	13,67	5,51		

Tabell 5

Stigma blant deltakere over CES-D terskelverdi, opplevd behov for hjelp

Stigmatype	Følt behov?	N	Gjennomsn.	Std.avvik	T-skåre	Sig. (95%)
Selv-stigma	Ja	95	17,51	4,61	3,847	,000
	Nei	35	21,44	6,46		
Oppl. stigma	Ja	95	13,28	5,67	1,321	,189
	Nei	34	14,74	5,45		

Diskusjon

Ett av målene med studien ble oppnådd: Studien resulterte i en nyansering av forskjellige typer depresjons-stigmaers effekt på både hjelpsøking og følt behov for hjelp. Både opplevd stigma og selv-stigma viste en signifikant sammenheng med potensielt sett deprimerte ungdommers håndtering av vanskene sine, men de to typene stigma opptrådte ikke i felles sammenheng. Selv-stigma hadde en sterkere sammenheng med opplevd behov for hjelp, mens opplevd stigma hang sterkere sammen med faktisk hjelpsøking. På samme side hadde selv-stigma ikke sammenheng med hjelpsøking, og opplevd stigma hadde ikke sammenheng med følt behov for hjelp.

Ulikhetene mellom de to typene stigma kan bety flere ting. Det virker naturlig at opplevd stigma påvirker hjelpsøking mer enn selv-stigma da handlingen ved å oppsøke hjelp gjør personen utsatt for fordømmelse som diskutert i innledningen. Om en person opplever at de rundt dem ser på problemene deres som negative for dem selv som person er det naturlig at terskelen for å oppsøke hjelp blir høyere. På den andre siden er selv-stigma kanskje ikke like utslagsgivende for en slik vurdering.

Når man vurderer om man trenger hjelp selv ville det nok også forventes at opplevd stigma vil være en større barriere enn selv-stigma, slik som i tidligere studier. Årsaken til den signifikante forskjellen av selv-stigma på følt behov for hjelp er uklar, men bør undersøkes nærmere i fremtidige studier.

Sammenlignet med en lignende studie av Eisenberg og kolleger (2009) var det store ulikheter i resultatene. I den refererte studien var det tre hovedfunn: (a) Opplevd stigma var merkbart større enn selv-stigma, (b) selv-stigma var høyere blant studenter som var menn, og (c) selv-stigma korrelerte negativt med diverse hjelpsøkingssatferder. I den nåværende studien var to funn motstridende med Eisenbergs et al. (2009) funn. Selv-stigma var merkbart større enn opplevd stigma og selv-stigma var høyere blant kvinner enn menn. Likt med Eisenbergs et al. (2009) studie ble det funnet en negativ korrelasjon mellom selv-stigma og en form for hjelpsøkingssatferd, som i den nåværende studien var på følt behov for hjelp.

Men hva kan så påfallende ulikheter i tilsynelatende like studier skyldes? Forskjellen i grad av opplevd stigma sammenlignet med selv-stigma kan kanskje skyldes foredraget som ble holdt før spørreskjemaene til den nåværende studien ble gitt ut. Det er mulig at ungdommene har fått inntrykket av at psykiske lidelser ikke er en stigmatisert tilstand i det daglige, og derfor har skåret opplevd stigma lavere enn andre ungdommer ville ha gjort. Selv-stigma kan være upåvirket av dette opplegget, og virke forhøyet til sammenligning. Om et foredrag har en så tydelig effekt på opplevd stigma kan det være

nyttig som holdningsendring om opplevd over tid kan påvirke selv-stigma. En annen faktor kan være alder, da deltakerene i den refererte studien er flere år eldre enn de i den nåværende studien og yngre ungdommer ofte har høyere grad av stigma (Mojtabai, 2007). Til tross for ulikhetene til den refererte studien er det ingen grunn til å avskrive resultatene i den nåværende studien, spesielt ikke i sammenhengen mellom stigma-typene.

Begrensninger

Studien er basert på et tidligere-produsert datasett som ikke var satt sammen for å besvare den nåværende problemstillingen. Hadde datainnhenting blitt gjort med utgangspunkt i problemstillingen ville deltakernes hjelpsøking atferd og følt behov for hjelp kunne blitt undersøkt nærmere. I tillegg har det vært vanskelig å kontrollere for skjevheter i utvalget. Hadde mer informasjon om innhenting av data vært tilgjengelig kunne eventuelle *weights* blitt påført.

På grunn av studiens krysseksjonelle design er det ikke mulig å si noe om kausalitet. Det er flere andre studier som undersøker korrelasjoner, og det ville sannsynligvis vært nyttigere med en longitudinell studie. I tillegg er det en mulighet for at hjelpsøking reduserer stigma i like stor grad som stigma øker hjelpsøking.

Stigma-målet i denne studien er kun brukt i noen få tidligere studier, noe som gjør det vanskelig å sammenligne resultater med annen forskning. Hadde et mer utbredt instrument blitt brukt kunne man lettere ha sammenlignet resultatene og kategorisert de forskjellige stigma-typene.

Konklusjon

Selv-stigma og opplevd stigma påvirker hjelpsøkende atferd på forskjellige måter blant ungdom som skårer over terskelnivå på CES-D. En slik nyansering kan forhåpentligvis hjelpe forståelsen av annen forskning av stigmas effekt på hjelpsøking blant deprimerte ungdommer. På sikt bør man jobbe for å redusere grad av selv-stigma og opplevd stigma blant ungdom.

Referanser

- Alonso J., Angermeyer M. C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T. S., Bryson H. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 420, 47–54.
- Aisook S., Lesser I, Stewart J. W. (2007). Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *Am J Psychiatry*; 164: 1539–1546.
- Birmaher B., Ryan N. D., Williamson D. E. et al. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years: part 1. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 35: 1427–1439.
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 972–986.
- Costello, E. J., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1263–1271.
- Davis, N. M. (2005). Depression in children and Adolescents. *The Journal of School Nursing*, 21, 311-317
- Eisenberg D., Downs M., Golberstein E. (2009). Stigma and help-seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review*. 522-541
- Fergusson D. M., Horwood L. J., Lynskey M. T., (1993) Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 32: 1127–35.
- Fergusson D. M., Horwood L. J., (2001). The Christchurch Health and Development Study: review of findings on child and adolescent mental health. *Aust N Z J Psychiatry*; 35: 287–96.

- Feehan M., McGee R., Raja S. N., Williams S. M., (1994) DSM-III-R disorders in New Zealand 18-year-olds. *Aust N Z J Psychiatry*; 28: 87–99.
- Golberstein E., Eisenberg D., Gollust S. E. (2008). Perceived stigma and mental health care seeking. *Psychiatric Services*;59:392–399. [PubMed: 18378838]
- Griffiths K. M., Christensen H., Jorm A. F., Evans K., Groves C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression. *The British Journal of Psychiatry*, 185 (4) 342-349; DOI: 10.1192/bjp.185.4.342)
- Hoaglin, D.C., Iglewicz, B., and Tukey, J.W. (1986). Performance of some resistant rules for outlier labeling, *Journal of American Statistical Association*, 81, 991-999.
- Hoaglin, D. C., and Iglewicz, B. (1987), Fine tuning some resistant rules for outlier labeling, *Journal of American Statistical Association*, 82, 1147-1149.
- Kessler R., Demler O., Frank R., Olsson M., Pincus H., Walters E., Wang P., Wells K., Zaslavsky A. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine* 352, 2515–2523.
- Lewinsohn P. M., Rohde P., Seeley J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors and clinical implications. *Clin Psychol Rev*; 18: 765–794.
- Link B., Phelan J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *American Review of Sociology* 27, 363–385.
- Lopez, A., Mathers, C., Ezzati, M., Jamison, D., & Murray, C. (2006). Global burden of disease and risk factors. *Washington: Oxford University Press*.
- McGee R., Feehan M., Williams S., Partridge F., Silva P. A., Kelly J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 29: 611–19.

- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., et al. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the national comorbidity survey replication-adolescent supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989.
- Mojtabai, R. (2007). Americans' attitudes toward mental health treatment seeking: 1990-2003. *Psychiatric Services*, 58, 642-651.
- Mojtabai R, Olfson M, Sampson N, Jin R, Druss B, Wang P, Wells K, Pincus H, Kessler R (2011). Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine* 41, 1754–1761.
- Osborne, J. W. (2013). Best practices in data cleaning : a complete guide to everything you need to do before and after collecting your data. *SAGE Publications, Inc.*, ISBN 978-1-4129-8801-8 (pbk.)
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self report depression scale for research in the general. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Radloff, L. S. (1991). The use of the center for epidemiologic studies depression scale in adolescents and young-adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 149- 166.
- Roberts, R. E., Andrews, J. A., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990). Assessment of depression in adolescents using the Center for Epidemiologic Studies Depression scale. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 851-854
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379, 1056–1067.
- Thornicroft G. (2007). Most people with mental illness are not treated. *Lancet* 370, 807–808.

- Vogel D. L., Wade N. G., Hackler A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: the mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*. 54, 40–50.
- Vangberg, H. C. B., Eisemann, M., Waterloo, K., Richter, J., Rozsa, S., & Cloninger C.R. (2013). The Norwegian Junior Temperament and Character Inventory (JTCl): An assessment of its psychometric properties. *Comprehensive Psychiatry*. 54, 904-910
- Wittchen H, Jacobi F (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15, 357–376.
- World Health Organization (WHO). (2004). The world health report 2004: Changing history. Annex Table 3: Burden of disease in DALYs by cause, sex, and mortality stratum in WHO regions, Estimates for 2002 (Vol. A126–A127). *Geneva: WHO*.