

Sammendrag

Bakgrunn: Psykiske lidelser er en belastning for enkeltindividet og samfunnet. Noen psykiske lidelser debutterer i ung alder, og en rekke informasjonsprogrammer rettet mot å opplyse ungdom om psykiske lidelser sikter mot å lette stigmatiserende holdninger. Negative holdninger kan være en tilleggsbelastning for mennesker med psykiske lidelser, og hindre hjelpsøking hos de som trenger det. Blandede resultater er rapportert om disse informasjonsprogrammene. Det er et behov for mer informasjon om hva som ligger til grunn for ungdommers stigmatiserende holdninger til psykiske vansker. Denne studien ser derfor nærmere på noen variabler som kan spille inn på slike stigmatiserende holdninger. **Metode:** Data ble samlet inn hos tre ungdomsskoler i Halden kommune av ungdom i alderen 13–16 år (n=231). Dimensjonene Kunnskap, Åpenhet, Oppfattet kunnskap, Kjønn, Alder, Klassetrinn, og Kjenner noen med en psykisk lidelse, ble vurdert for å finne sammenhenger med Stigmatiserende holdninger. **Resultater:** Kjønn viste seg å ha sterkest kobling til Stigmatiserende holdninger. Hos gutter var Kunnskap den sterkeste prediktoren for Stigmatiserende holdninger, mens hos jenter var Kjenner noen den største prediktoren. Hos jenter som oppga at de ikke Kjenner noen, hadde Kunnskap en større sammenheng med Stigmatiserende holdninger enn hos jenter som oppga at de Kjenner noen. **Konklusjon:** For å redusere ungdommer stigmatiserende holdninger mot psykiske lidelser er det viktig å vurdere hvordan kunnskap om emnet henger sammen med disse holdningene, også sett i sammenheng med kjønn og det å kjenne noen med en psykisk lidelse. Videre studier burde gjennomføres for å vurdere hvilke andre faktorer som er sentrale.

Forord

Hvorfor temaet ungdom og psykiske lidelser? Jeg har i flere år deltatt som frivillig i opplæringsprogrammet Venn1, fra Mental Helse Norge. Gjennom Venn1 har jeg fått gleden av å reise rundt og snakke med ungdom på både ungdomsskoler og videregående skoler, om psykisk helse; hva det er, hvordan vedlike holde den, og hvordan hjelpe andre å vedlikeholde og forbedre sin psykiske helse. Gjennom dette har min erfaring vært at psykiske lidelser er et fremmed tema for ungdommene, som sjeldent diskuteres i noe annet enn overfladiske vendinger. Likevel er det en nysgjerrighet til emnet, og et ønske om bedre kunnskap. Jeg ville derfor benytte denne sjansen til å se hva som kan ligge til grunn for stigmatiserende holdninger, og slik gi mitt bidrag til forskningen innen dette meget viktige området.

Jeg vil også gripe sjansen til å takke alle de som har støttet meg og gjort ferdigstillelse av denne oppgaven mulig. Først en takk til veileder Øyvind Kvello, for støtte og oppmuntring gjennom hele denne lange perioden. Jeg setter virkelig pris på det. Også en takk til Tonje Zahl, som hjalp meg med analyser, og kom med kloke og opplysende innspill. Takk til ungdomsskolene i Halden, som var så entusiastiske og positive da jeg henvendte meg, og takk til elevene som deltok. Takk til alle venner som har hørt meg snakke om rare uttrykk, og snuble over meg selv når jeg skal forklare hvorfor temaet tatt opp i denne oppgaven er så viktig for meg. En spesiell takk til Cathrine Kristiansen, som har støttet meg på flere måter enn jeg tror hun vet om. Takk til Sigrun Dybvad og Kaja Strandjord, uten dere hadde denne oppgaven ikke eksistert.

Til slutt vil jeg takke moren min. Uten hennes støtte, oppmuntring og omtanke hadde det ikke bare *ikke* blitt en ferdig oppgave, jeg hadde mest sannsynligvis aldri begynt på et masterprogram heller. Takk, Mamma.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Forord	2
Ungdom og psykiske lidelser	5
Begrepsdefinering og forskning	6
Psykiske lidelser og vansker	6
Holdninger	8
Stigma	10
Metode	14
Deltakere	14
Utvalg	15
Måleinstrumenter og variabler	15
Generelt om psykisk helse og psykiske lidelser	16
Enighetsbias	16
Stigma	17
Kunnskap om psykiske lidelser	18
Analyser	18
Resultater	19
Oppsummering	24
Diskusjon	26
Begrensninger	30
Konklusjon	32
Referanseliste	34
Vedlegg 1 Spørreskjemaet UHPL	44
Vedlegg 2 Informasjon- og samtykkeskjema: Ungdommers holdninger til psykiske lidelser	48

Tabeller

Tabell 1: Beskrivende analyser	18
Tabell 2: Korrelasjoner	19
Tabell 3: Korrelasjoner – jenter	20
Tabell 4: Korrelasjoner – gutter	21
Tabell 5: Prediktorer for stigmatiserende holdninger	23
Tabell 6: Prediktorer for stigmatiserende holdninger, delt på kjønn	24

Ungdom og psykiske lidelser

Begrepet psykisk helse kan deles inn i psykisk velvære, psykiske plager, og psykiske sykdommer/lidelser (Helland & Mathiesen, 2009). God psykisk helse handler blant annet om å ha en tilpasningsdyktig emosjonell utvikling, evne til å danne velfungerende sosiale relasjoner, og evne til fleksibilitet i tanker og handling (Helland & Mathiesen, 2009; Kashdan & Rottenberg, 2010; Keyes, 2005). Selv om det lenge var et fravær av psykiske plager og psykiske lidelser som definerte god psykisk helse (Keyes, 2005), regnes dette ikke i dag som en tilfredsstillende definisjon (Helland & Mathiesen, 2009).

Mellom 15–20% av barn og unge har til enhver tid psykiske problemer (Andersson, Bjørngaard, mfl., 2009; Van Roy, Grøholt, Heyerdahl, & Clench-Aas, 2006), med så omfattende symptomer at det går ut over deres trivsel, læring, daglige gjøremål, og samvær med andre. Omtrent 8 % av barn og unge i Norge har en psykisk lidelse (dvs. innfrir kriteriene som er satt for én eller flere diagnoser), og hver tredje 16-åring vil ha oppfylt kriteriene for en psykisk lidelse en eller annen gang i løpet av barneårene (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). De fleste barn og unge som utvikler psykiske lidelser kommer fra vanlige familier med få risikofaktorer (Mykletun mfl., 2009). Den psykiske helsen blant norske barn anses generelt sett å være god (Helland & Mathiesen, 2009), men noen barn opplever psykiske lidelser i en kortere periode av oppveksten. Det å oppleve belastninger og stressplager er ansett som normalt gjennom puberteten (Mathiesen mfl., 2007), men ulike risikofaktorer kan lede til at disse utvikler seg til problematiske vansker/lidelser. Blant annet varierer ulike psykiske lidelser i grad av genetisk arvelighet, i tillegg til påvirkningsstyrken i miljøforhold (Sroufe, 2013).

Flere programmer som sikter mot å bedre ungdommenes kunnskap om psykiske lidelser har blitt satt i gang, med håp om at dette skal redusere nivå av negative og stigmatiserende holdninger til mennesker med psykiske problemer. Stigmatiserende holdninger til psykiske lidelser fører ikke bare til økt distansering fra de som oppfattes som mentalt syke (Martin, Pescosolido, Olafsdottir, & McLeod, 2007), men også at ungdom som opplever at de har psykiske problemer vegrer seg mot å oppsøke hjelp (Chandra & Minkovitz, 2006; Corrigan, 2004). Selv om det er gjennom de siste tiårene er registrert en positiv endring i grad av åpenhet samfunnet når det gjelder psykiske lidelser (Lunde, 2001), er det fortsatt stigmatiserende holdninger knyttet til dette – både hos voksne, barn, og ungdom (Solvang & Kilsti, 2000). Dårlig psykisk helse anses som noe skambelagt, både av mennesker med og uten psykiske lidelser (Anvik & Gustavsén, 2012).

I en forskningsrapport fra NordlandsForskning, passende titulert «Ikke slipp meg» (Anvik & Gustavsen, 2012), forteller unge mennesker som har eller har hatt psykiske lidelser, om sine kompliserte møter med samfunn og støtteapparater. De forteller om kampen mot sitt eget sinn, og hvordan uvitenhet, nedlatenhet, og likegyldighet både hos vanlige mennesker, og hos de profesjonelle som skal være der for å støtte dem og hjelpe dem frem i livet, tynger denne byrden unødig.

Begrepsdefinering og forskning

Psykiske lidelser og vansker

Det er vanlig å skille mellom psykiske plager eller vansker, og psykiske lidelser, men disse kan ikke defineres separat (Sosial- og helsedepartementet, 2000). Når man likevel skiller mellom disse to, er det fordi de fleste psykiske plager anses som forbigående (Skogen mfl., 2014). Psykiske plager kan være diffuse å avgrense, og glir gjerne over i beskrivelsene for psykiske lidelser. Psykiske lidelser lar seg derimot avgrense og definere av en rekke diagnostiske systemer, slik som ICD-10 (International Classification of Diseases), eller DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual for the Mental Disorder) ("American Psychiatric Association," 2015). Ifølge Kessler (2005), starter psykiske lidelser hos tre av fire pasienter før 25-årsalder. De fleste av disse har tilbakevendende plager gjennom livet.

Psykiske lidelser medfører, i tillegg til store belastninger for den som har den psykiske lidelsen og menneskene rundt dem, store økonomiske belastninger for samfunnet. Én av hundre arbeidsdager tapes på grunn av sykemelding for psykiske lidelser, og en økende andel tilskrives psykiske vansker (Brage, 2012). Mellom 80–90 prosent av personer som har alvorlige, forholdsvis vedvarende psykiske lidelser står utenfor arbeidsmarkedet i Norge, mens det samme gjelder mellom 20–35 % av personer som har lettere psykiske lidelser (Ose, Jensberg, Kaspersen, Kalseth, & Lilleeng, 2008). Når det gjelder ungdom, står 5,5 prosent av de mellom 15–24 utenfor arbeid, utdanning, eller opplæring (Halvorsen, Hansen, & Tagtström, 2012). 16,5 prosent av respondentene i et utvalg unge mellom 18–24 år i en undersøkelse fra Folkehelseinstituttet (Nes & Clench-Aas, 2011), oppgir at de har hatt redusert arbeidsevne på grunn av psykiske vansker de siste tolv månedene. I 2011 var hver tredje uførepensjon (i dag det samme som uføretrygd) tilskrevet en psykisk lidelse (FHI, 2014), og over halvparten av de som fikk uførepensjon før 40-årsalder, fikk denne begrunnet i en psykisk lidelse (NAV, 2014). Ved utgangen av 2012 hadde 32,4 % av alle uførepensjonister en psykisk lidelse (NAV, 2012). I aldersgruppen 18–39 år hadde hele 58 %

av uførepensjonistene en psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse. I Norge er psykiske lidelser den mest kostbare sykdomsgruppen med en samfunnsøkonomisk kostnad på 60–70 milliarder kroner per år (HOD, 2010). Hele 44 % av samfunnets sykdomsbyrde fra psykiske lidelser skyldes depresjon, noe som blant annet skyldes at depresjon oppstår i ung alder, rammer mange, ofte fører til langtidssykefravær, og man opplever ofte tilbakefall. Om man fant en måte å forebygge tidligere for psykiske lidelser, ville det kanskje være mulig å både legge grunnlaget for et enklere liv for mange mennesker, med færre plager og psykiske lidelser, og også redusere kostnadene rundt dette.

Kjønn er en betydelig prediktor for utvikling av mentale lidelser (Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2001). Av unge mellom 6–12 år, er 2/3 med diagnostiserbare lidelser gutter. Etter puberteten snur dette; da er 2/3 av de med psykiske lidelser jenter (Wichstrøm, 1999). Jenter har mer emosjonelle problemer enn gutter (Van Roy mfl., 2006), og flere jenter enn gutter har også mer problemer med depresjon i puberteten (Wichstrøm, 1999). Gutter har på den annen side større problemer med atferdsproblemer enn jenter (Van Roy mfl., 2006). Mentale lidelser og stigmatiserende holdninger mot mentale lidelser har også vist seg å ha felles risikofaktorer (Andersson, Bjørngaard, mfl., 2009). I tillegg til kjønnsforskjeller, har sosial bakgrunn mye å si både for utviklingen av psykiske problemer og lidelser, og også stigmatiserende holdninger mot disse (Andersson, Bjørngaard, mfl., 2009). Jenter har større sannsynlighet for å oppsøke hjelp for emosjonelle problemer (Rickwood & Braithwaite, 1994), og har mindre fordomsfylte holdninger mot mennesker med psykiske lidelser (Chandra & Minkovitz, 2006; Corrigan & Watson, 2007). Sosioøkonomiske endringer slik som skilsmisse, eller det å bo i husholdninger med en enslig forelder (Nævdal, 2004; Sourander mfl., 2001), er begge risikofaktorer for problemer med den mentale helse. I tillegg har det blitt antydnet en sammenheng mellom fordomsfylte holdninger til mennesker med psykiske lidelser, og lav sosioøkonomisk status (Corrigan & Watson, 2007), i tillegg til at holdningene kan variere avhengig av kultur (Angermeyer & Dietrich, 2006).

Uførepensjon for psykiske lidelser innvilges ofte ved yngre alder enn for somatiske sykdommer, og medfører derfor flere tapte arbeidsår enn alle andre sykdommer (Mykletun mfl., 2009). Angstlidelser og depressive lidelser er de to største årsakene til arbeidsuførhet blant de psykiske lidelsene, fordi disse er de vanligste lidelsene i befolkningen, og de er også de vanligste psykiske lidelsene i barne- og ungdomsårene (Avenevoli & Steinberg, 2002; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003). Det må nevnes at alle ungdommer som selv synes de har et psykisk helseproblem ikke blir fanget opp av den offisielle statistikken, fordi de ikke har hatt en formell diagnostisering (Anvik & Gustavsen, 2012). Det kan være

vanskelig for voksne som ikke er trent helsepersonell å forstå at ungdom har psykiske problemer, fordi det kan uttrykkes på en annen måte enn det gjør hos voksne. For eksempel kan depresjon hos barn og unge uttrykkes gjennom irritabelt humør i stedet for tristhet, som er det mest karakteristiske trekket hos deprimerte voksne (Helland & Mathiesen, 2009). Blant annet derfor får ikke noen ungdommer hjelp selv om de selv opplever at de har behov for det.

I Folkehelseinstituttets rapport fra 2009 (Mykletun mfl.), vises det til flere problemer på veien til å gi mennesker med psykiske lidelser behandling som virker: Det første de nevner er å få disse menneskene til å oppsøke profesjonell hjelp. Dette gjelder i hovedsak voksne. Det er mange grunner til at voksne mennesker ikke oppsøker hjelp selv, blant annet manglende kunnskap om hvor de skal henvende seg, om problemene er alvorlige nok, og frykt for stigmatisering. Det finnes flere grunner også, men det er mulig å påstå at frykten for stigmatisering spiller en markant rolle i at mennesker med psykiske lidelser og vansker velger å unngå å oppsøke hjelp (Corrigan, 2004). Det kan være lett å avskrive stigmatisering av disse menneskene ved å tenke at dette ikke er noe som skjer i Norge, men det er absolutt et fenomen også her i landet (Hamre, Dahl, & Malt, 1994; Wahl, O. F., 1999). Når så voksne mennesker ikke vil oppsøke hjelp for sine problemer, kan vi virkelig forvente at ungdom skal gjøre det?

Holdninger

Begrepet holdninger brukes når man referer til en persons generelle evaluering av personer, objekter, eller hendelser (Petty & Wegener, 1998). Denne evalueringen kan være positiv eller negativ, og uttrykkes gjennom kognitive og/eller affektive reaksjoner (Crano & Prislin, 2006; Myers, Abell, Kolstad, & Sani, 2010). Evalueringen kan variere i styrke, noe som igjen vil være avgjørende for hvor varig og resistent den er (Petty, Tormala, & Rucker, 2004). Selve evalueringen foregår i sinnet til hver enkelt person, og holdningene kommer til når individet oppfatter objektet for holdningene, og gir en implisitt eller eksplisitt respons til dette (Eagly & Chaiken, 2007). Dermed kan holdninger observeres, på tross av at de eksisterer internt hos mennesker, gjennom responsene en gir. Holdninger kan altså påvirke våre handlinger og følelser, men ikke alle holdninger er like viktige, eller påvirker oss like mye (Eaton, Majka, & Visser, 2009). Andre holdninger vil igjen være meget varige, stabile over tid, og stå imot ny kunnskap som kan avkrefte holdningen (Eaton mfl., 2009).

Man kan ha flere holdninger til det samme objektet, personen eller hendelsen. Eksplisitte og implisitte holdninger kan eksistere ovenfor det samme objektet, og avhengig av situasjonen hvor man påkaller en holdning fra minnet, og styrken på holdningen man har,

viser man den ene eller andre atferden, eller affektive respons (Wilson, Lindsey, & Schooler, 2000). Med implisitte holdninger menes her de holdningene man ubevisst trekker på i situasjoner, og som kommer raskest til minne når man ikke har mulighet til å vurdere sine valg (Greenwald & Banaji, 1995). Eksplisitte holdninger er de holdningene vi er bevisste på, og som vi gjerne kommer frem til når vi får tid til å evaluere et emne, og vurdere våre egne handlinger ut fra hva vi ønsker at vi vil gjøre i visse situasjoner. Implisitte holdninger er vanskelige å undersøke, siden disse kan være motstridende til en persons eksplisitte holdninger, men også fordi disse underbevisste holdningene kan stride imot det som dikteres som sosialt akseptabelt av samfunnet rundt. Etter hvert som kampanjer rettet mot å øke kunnskap om og bedre holdningene til mennesker med lidelser har blitt gjennomført, har det blitt mer tydelig at det å avvise noen fordi de har psykiske vanske eller lidelser er uønsket atferd (Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004). Dette kan føre til at folk adopterer mer nøytrale eller positive eksplisitte holdninger ovenfor mennesker med psykiske lidelser, men at disse holdningene ikke reflekteres i deres faktiske atferd (Wilson mfl., 2000). Teachman, Wilson, og Komarovskaya (2006) fant bevis for mer negative, implisitte holdninger ovenfor mennesker med psykiske lidelser, fremfor mennesker med fysiske lidelser. Det ble samtidig funnet mer eksplisitte negative holdninger til mennesker med psykiske lidelser, men dette er også i forhold til mennesker med fysiske lidelser, og generelt sett var de absolutte evalueringene til psykisk syke mennesker ikke negative.

Når man omtaler implisitte og eksplisitte holdninger er det viktig å nevne at den ene eller andre av disse ikke kan defineres som den «sanne» holdningen hos mennesker, noe Fazio og Olson (2003) argumenterer for. De påpeker at holdningene som speiles i atferd er avhengig av kontekst, og at lav grad av motivasjon aktiverer automatiske holdninger, mens høy grad av motivasjon vil gi mer bevisst atferd. Holdninger må derfor sees i kontekst av situasjonen hvor de aktiveres. Fazio og Olson (2003) trekker også frem at implisitte holdninger ikke nødvendigvis er ubevisste, og at flere studier viser at de som er motivert til å gjøre det, «korrigerer» for sine automatisk aktiverte holdninger. Dermed kan det argumenteres for at selv om eksplisitte og implisitte holdninger kan være forskjellige, kan holdninger endres over tid, om man bare får nok mulighet til å forsterke sin nye holdning.

Det å endre holdninger kan være utfordrende. Crano og Prislin (2006) forklarer at dersom en holdningsendring skal forekomme må budskapet som fremmer endringen være tilpasset mottakerens motivasjonsnivå. Om mottaker er motivert til å analysere budskapet vil et velresonert og logisk budskap være overbevisende. Om mottakere er umotiverte, eller ikke i stand til å prosessere budskapet, må man finne andre måter å endre holdninger på, for

eksempel gjennom mer perifere stimuli (f. eks. en attraktiv budbringer). I utgangspunktet foretrekker vi å både oppsøke og motta informasjon som bekrefter våre holdninger om et tema (Brannon, Tagler, & Eagly, 2007). Sterke holdninger er mer motstandsdyktige til endring, men hva som styrker holdninger kan variere (Eaton mfl., 2009; Prislín, 1996). Styrken på en holdning er ikke kun avhengig av individets vurdering, men også av hvordan denne holdningen vurderes i sosial kontekst. Om medlemmer i ens eget sosiale nettverk viser motstridende holdninger til de en selv har, er det større sjanse for at egne holdninger svekkes, enn om de viser kongruente holdninger (Eaton mfl., 2009; Visser & Mirabile, 2004). Dersom man anser sin egen holdning å være i mindretall vil man uttrykke denne holdningen saktere enn de som anser sin holdning å være i flertall (Bassili, 2003).

Når det gjelder holdninger til mennesker med psykiske lidelser er det vanskelig å vurdere dette uten å samtidig ta for seg begrepet stigma, og hvordan negative holdninger mot mennesker med psykiske lidelser er en del av dette begrepet.

Stigma

Det finnes flere måter å definere stigma (Sayce, 1998). En av de mest siterte definisjonene av stigma, finner man hos Goffman (1968). Han beskriver det som en «attribute that is deeply discrediting», og som reduserer den som bærer stigmaet «from a whole and usual person to a tainted, discounted one» (s. 3). Jones mfl. (1984) bygde videre på Goffmans (1968) definisjon, og brukte uttrykket «mark», eller «merke», om en rekke tilstander som anses som avvikende av samfunnet, og som kan initiere den stigmatiserende prosessen. Stigma skjer altså når dette «merket» knytter uønskede karakteristikk til en person, som slik diskrediterer han eller henne i andres øyne. Corrigan (2000) beskrev stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser som bestående av tre elementer: stereotypier, fordommer, og diskriminering. Selv om Link og Phelan (2001) fremhever at det ikke finnes én universell måte å definere stigma på, beskriver de det nærmeste man kan komme en generell definisjon av stigma som tilfeller hvor «labeling, stereotyping, separation, status loss and discrimination co-occur in a power situation that allows them to unfold» (s. 367). I senere tid (Link mfl., 2004) har det blitt lagt til at emosjonelle responser på stigma er nødvendige for å kunne forstå atferden til både de som stigmatiserer og de som blir stigmatisert. Oppsummert av disse kan man her beskrive offentlig stigmatisering (i motsetning til selv-stigmatisering) av mennesker med psykiske lidelser som en kombinasjon av stereotypier, fordommer, og diskriminering, satt i en kontekst av maktforskjeller (Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005).

Som nevnt tidligere er «labeling», på godt norsk det å sette noen i bås, et aspekt ved

stigmatisering (Link & Phelan, 2001). Dette kan skje gjennom generiske betegnelser på mennesker med psykiske lidelser, for eksempel ved å referere til noen som «gal» eller «psyko», eller ved bruk av uttrykk fra medisinen, som «bipolar» eller «anorektisk». Gjennom å gjøre dette separer man sitt «oss» fra «de», noe som ofte fører til en oppfatning om at «de» er fundamentalt forskjellige fra «oss» (Link & Phelan, 2001; Perdue, Dovidio, Gurtman, & Tyler, 1990; Rüsch mfl., 2005). Det kan til og med oppfattes som at de *er* det de betegnes som, slik at en person *er* deprimert, schizofren, eller bipolar. Dette står i kontrast til det å ha en fysisk sykdom, hvor en person *har* kreft eller hjerteproblemer – de er fremdeles en av «oss», de har bare tilfeldigvis en alvorlig sykdom (Link & Phelan, 2001). Videre kan dette føre til stereotypisering, dominerende kulturelle tanker om hvilke karakteristikk en person i en bestemt sosial gruppe innehar (Augoustinos, Ahrens, & Innes, 1994; Hilton & von Hippel, 1996; Judd & Park, 1993; Krueger, 1996; Mullen, Rozell, & Johnson, 1996). Det er i utgangspunktet en effektiv måte å kategorisere informasjon om forskjellige grupper, men bare i den forstand at det kjapt genererer inntrykk og forventninger til de som tilhører den stereotypiserte gruppen (Hamilton & Sherman, 1994; Link & Phelan, 2001). Stereotypisering i seg selv er ikke nødvendigvis negativ, det er fullt mulig å knytte positive stereotyper til en gruppe. Vanlige stereotyper om mennesker med psykiske lidelser er at de er voldelige, inkompetente, og at de har seg selv å skyld på for at de har en mental lidelse (Brockington, Hall, Levings, & Murphy, 1993; Corrigan mfl., 2000; Hamre mfl., 1994; Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, & Pescosolido, 1999). Stereotyper ligger gjerne til grunn for holdninger, og når disse er negative vil man ofte beskrive de som fordommer. Det må likevel bemerkes at fordommer gjerne omfatter noe mer enn bare negative holdninger, da det også involverer forhåndsdomming av medlemmer av en grunn, på grunnlag av deres gruppemedlemsskap (Hilton & von Hippel, 1996). En fordomsfylt person vil ikke bare tenke negative tanker om gruppen som stereotyperes, men også oppleve negative emosjoner som angst, sinne, medlidenhet, avsky, eller fiendtlighet (Link mfl., 2004; Rüsch mfl., 2005; Thornicroft, Rose, Kassam, & Sartorius, 2007). Fordommene kan videre føre til diskriminering, hvor man devaluerer, avviser, og ekskluderer gruppen (Link mfl., 2004). Det skilles mellom individuell og strukturell diskriminering. Individuell diskriminering forekommer når noen for eksempel ikke vil ansette en person på grunn av mentale lidelser, eller ikke vil leie ut til noen som det er kjent har psykiske problemer. Strukturell diskriminering skjer når en vanlig praksis i en institusjon virker til ulempe for den stigmatiserte gruppen (Link & Phelan, 2001; Link mfl., 2004). Link mfl. (2004) trekker frem som eksempel at forskning på schizofreni får mindre midler enn forskning på andre sykdommer, og behandlingssentre for schizofreni er gjerne

plassert på isolerte steder. En annen viktig del av stigma er sosial, økonomisk og politisk makt (Link & Phelan, 2001; Link mfl., 2004). Dersom en minoritetsgruppe, som for eksempel psykiatriske pasienter, stereotyperer og viser fordommer mot en gruppe med mer makt enn de selv har, for eksempel psykiatere, vil ikke dette ha noen reell stigmatiserende effekt for psykiaterne. Da de psykiatriske pasientene ikke har noen form for makt vil det ikke være noen diskriminerende konsekvenser ovenfor psykiaterne (Link mfl., 2004).

Emosjonelle reaksjoner har, som nevnt, blitt trukket frem som et viktig aspekt ved stigma (Link mfl., 2004). Dette gjelder ikke bare de emosjonelle responsene som fremmer fordommene hos de som stigmatiserer, men også den som utsettes for stigmatiserende holdninger. Hos de som står for de stigmatiserende holdningene vil emosjonene være hovedsakelig negative, og «de»-gruppen vil betraktes med følelser av sinne, irritasjon, angst, medlidenhet, eller frykt (Link mfl., 2004), rettet direkte mot gruppen eller oppfattede medlemmer av gruppen. Når det gjelder de som blir stigmatisert er emosjonene hovedsakelig internalisert, slik som skam, frykt, forlegenhet, sinne, eller en følelse av fremmedgjøring (Link mfl., 2004). Disse emosjonelle reaksjonene kan være en del av selv-stigmatisering (Corrigan & Penn, 1999; Corrigan & Watson, 2002). Selv-stigmatisering utspiller seg på samme måte som offentlig stigmatisering, i at personen som har en mental lidelse setter seg selv i en spesifikk bås («jeg er min mentale lidelse»), og basert på fordommer personen enten har hatt selv eller de oppfatter at samfunnet har mot denne gruppen de nå finner at de er en del av, faller de inn i atferd som er selv-diskriminerende, som for eksempel ved å la være å jobbe eller å bo alene (Rüsch mfl., 2005). Noe forskning har vært rettet mot å redusere selv-stigma hos de med psykiske lidelser (Macinnes & Lewis, 2008), da dette kan være en unødvendig, ekstra påkjenning for noen som allerede sliter med psykiske problemer. Selv-stigmatisering kan likevel ses som et resultat av at personen tar til seg samfunnets stigmatisering av sin egen gruppe, og kanskje også egen stigmatisering av gruppen man før stod utenfor i sin tilstand som «normal». Ved å redusere eller endre samfunnets stigmatiserende holdninger kan man forestille seg at dette også kan redusere selv-stigmatisering. I det minste er det viktig å vurdere emnet stigmatisering ut fra både selv-stigmatisering og offentlig stigmatisering (Corrigan, 2004). Stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser er altså et reelt problem som bringer en ekstra byrde til mennesker som burde bruke sin tid og energi på å gjøre en sykdom til noe de kan leve med, fremfor noe de gjemmer fra verden omkring seg. En følelse av skam blitt knyttet til unngåelse av behandling, både når denne følelsen ligger hos personen med den psykiske lidelse (Sirey mfl., 2001), men også om det oppfattes at familien vil skamme seg over at et familiemedlem trenger behandling for mentale lidelser (Leaf, Bruce,

& Tischler, 1986).

Det meste av forskning rundt stigma knyttet til psykiske lidelser er gjennomført med voksne deltagere. Noe forskning har også vært rettet mot hvorvidt barn har stigmatiserende holdninger til mennesker med psykiske lidelser. Det er et område som fremdeles har lite forskning, men det fattes økende interesse. Pescosolido (2013) fant at barn og ungdom demonstrerer det vi som voksne vil betegne som stigmatiserende holdninger ovenfor andre barn og ungdom som de oppfatter har en psykisk lidelse, noe som også støtter tidligere forskning på dette (Chandra & Minkovitz, 2006; Martin mfl., 2007; Pinto-Foltz, Logsdon, & Myers, 2011; Wahl, O. E., 2002). Disse stigmatiserende holdningene hos ungdommer er problematiske i at de blant annet forhindrer unge mennesker med psykiske lidelser i å snakke med sine jevnaldrende om problemene de står ovenfor, og også i å oppsøke hjelp (Corrigan, Watson, Byrne, & Davis, 2005; Moses, 2010). Det later til å være egne stigma knyttet opp til det å søke profesjonell hjelp for psykiske problemer og lidelser, som dermed fører til lavere villighet til å oppsøke denne type hjelp selv om den er nødvendig (Schomerus, Georg & Angermeyer, 2008). I Norge er det fremdeles ikke gjennomført mange undersøkelser på problemer i forhold til ungdommers stigmatiserende holdninger til psykiske lidelse, men blant annet har Andersson, Bjørngaard, mfl. (2009) og Rørvik (2013) funnet sammenhenger mellom stigmatiserende holdninger til psykiske lidelser og manglende hjelpsøking hos ungdom. Tidligere har også Leong og Zachar (1999) påpekt at menneskers holdninger til mentale lidelser vil påvirke deres holdninger til å skulle oppsøke profesjonell hjelp.

Som en del av arbeidet med å endre stigma til mennesker med en psykisk lidelse har en rekke programmer rettet mot ungdom og psykisk helse blitt etablert og gjennomført opp gjennom årene, blant annet gjennom satsningen Psykisk helse i skolen (Houg, 2004). Disse har hatt varierende effekter (Andersen, Johansen, & Nord, 2010; Andersen & Nord, 2010; Andersson, Kaspersen, mfl., 2009; Motzfeldt & Vigen, 2005), men flere er fremdeles i bruk i dag, og anses som et godt utgangspunkt for å informere ungdom om psykisk helse. Flere av disse programmene vurderer formidling av kunnskap om psykisk helse og/eller psykiske lidelser som et viktig aspekt for å endre negative holdninger til mennesker med psykiske lidelser. Spørsmålet er om dette virkelig er den beste måten å «angripe» problemet på. Selv om stigma noen ganger er relatert til mangel på kunnskap om tilstanden som har ført til stigmatisering (Thornicroft mfl., 2007), er det ikke nødvendigvis slik at mer kunnskap reduserer de negative holdningene (Pinto-Foltz mfl., 2011; Watson mfl., 2004). Et annet aspekt som kan ha en like stor innflytelse på å endre holdningene er kontakt med noen som har en psykisk lidelse, men også her er det sprikende resultater (Corrigan, Barbara Demming,

mfl., 2005; Couture & Penn, 2003; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000; Pinto-Foltz mfl., 2011). Noen påpeker viktigheten av å kombinere økt kunnskap med kontakt med noen fra den stigmatiserte gruppen (Corrigan, Larson, Sells, Niessen, & Watson, 2007; Holmes, Corrigan, Williams, Canar, & Kubiak, 1999; Mann & Himelein, 2008). Pinto-Foltz og Logsdon (2009) kommenterer også at ved å bruke en universell tilnærming for å redusere stigmatiserende holdninger hos ungdommer vil man kunne «reform a culture, within adolescent social networks, that embraces discussion of mental disorders and is inclusive of adolescents with mental disorders» (s. 2).

Pescosolido og Martin (2007) påpeker at stigmatisering av mentale lidelser er basert på sosiale forhold og konteksten av miljø. Det er derfor nødvendig å gjennomføre undersøkelser her i Norge for å kunne etablere hva som vil være mest effektivt i et preventivt program for ungdom. Med dette som bakgrunn har denne undersøkelsen tatt for seg forbindelsen mellom kunnskap og stigma hos ungdom ved tre ungdomskoler her i Norge.

For å prøve å forstå hva som virker inn på ungdommers stigmatiserende holdninger til psykiske lidelser tar denne studien for seg følgende forskningsspørsmål:

1. Er det sammenhenger mellom Kjønn, Alder, Klassetrinn, Kjenner noen, og Kunnskap, Oppfattet kunnskap, Åpenhet, og Stigmatiserende holdninger?
2. Er det kjønnsforskjeller i Kunnskap, Oppfattet kunnskap, Åpenhet og Stigmatiserende holdninger?
3. Hvor stor del av Stigmatiserende holdninger kommer av manglende Kunnskap, og hvordan vil Kjønn, Klassetrinn og det å kjenne noen med en psykisk lidelse påvirke dette?

Metode

Deltakere

Spørreskjemaet Ungdommers holdninger til psykiske lidelser (UHPL) ble utviklet for å besvare forskningsspørsmålene med bakgrunn i to tidligere studier utført av Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) (Blåka, 2012; Myrvold, 2008). Hverken NSD eller REK anså studien for å være søknadspliktig. Spørreskjemaet fra NIBR ble opprinnelig presentert gjennom et telefonintervju, og det har derfor blitt gjort visse endringer i spørreskjemaet utarbeidet til denne studien. I det store og hele holdt UHPL seg nært til det opprinnelige

skjemaet, men noen spørsmål ble ansett som irrelevante når de skulle presenteres til ungdom under 18. Andre spørsmål, som omhandlet sosioøkonomisk status, ble endret for å kunne besvares enklere av ungdommene (se vedlegg 1). Dette er den første undersøkelsen som benytter disse spørsmålene fra NIBR på respondenter under 18 år.

Undersøkelsen ble gjennomført ved alle ungdomsskolene i Halden kommune. For at skolene lettest mulig skulle kunne gjennomføre undersøkelsen og nå ut til flest mulig elever, fikk de informasjon- og samtykkeskjema (vedlegg 2) og spørreskjemaer med konvolutter utdelt på forhånd, og gjennomførte selve undersøkelsen selv når de fant det passende i sin timeplan. Undersøkelsen ble delt ut av lærer, sammen med en blank konvolutt. Når skjemaet var utfyllt av eleven la de den selv i konvolutten, og leverte den tilbake til læreren. Utfylling av skjema tok mellom fem og femten minutter. Da informantene kunne være mellom 12 og 16 år var det nødvendig med foresattes underskrift på samtykkeskjema for at eleven skulle ha mulighet til å delta i undersøkelsen. Antall deltagere var 231. Aldersnivået lå fra 13 år opp til 16 år.

Utvalg

Analysene baserer seg på 231 elever fra tre forskjellige ungdomsskoler. Totalt finnes det omtrent 1500 ungdommer i alderen 13–16 i Halden kommune (tall fra SSB, N=1449, gjeldende 1. januar, 2015). I denne undersøkelsen var altså ca. 15 % av ungdom i ungdomsskolealder i Halden deltakere.

Det er vanlig i undersøkelser som omhandler temaet psykisk helse at det er en overvekt av kvinnelige deltakere (Myrvold, 2008), men det var derimot ikke tilfellet i denne studien. Jenter utgjorde med 109 deltagere her bare 47.2 % av utvalget, mot 121 gutter, som utgjorde 52,4 %. Én deltager krysset ikke av for kjønn. Det viste seg at dette reflekterte antall gutter og jenter i denne aldersgruppen i kommunen, da det ifølge tallene fra SSB er 1,2 % flere gutter enn jenter (784 vs. 665) her.

Informantene var ujevnt fordelt over klassetrinn, med 38 elever fra 8. trinn, 110 elever fra 9. trinn, og 78 elever fra 10. trinn. 5 elever krysset ikke av for trinn.

Måleinstrument og variabler

Spørreskjemaet Ungdommers holdninger til psykiske lidelser (UHPL) ble adaptert fra NIBRs spørreskjema brukt i tidligere undersøkelser om innbyggernes kunnskaper og holdninger til psykiske lidelser (Blåka, 2012; Myrvold, 2008). Se vedlegg 1.

Generelt om psykisk helse og psykiske lidelser

For å vurdere hva ungdommene selv mener om egen kunnskap og åpenhet rundt psykiske lidelser, er fem påstander om dette satt frem under Generelt om psykisk helse og psykiske lidelser.

For å vurdere hva ungdommene selv mener de kan om psykiske lidelser består indeksen Oppfattet kunnskap av to påstander («Jeg har nok kunnskap om psykiske problemer og psykiske lidelser», «Jeg vet nok om hvordan jeg kan unngå å utvikler psykiske problemer og psykiske lidelser») som kunne besvares på en Likert-skala fra 1 (svært uenig) til 7 (svært enig). Denne ble målt til en Cronbachs alfa på $\alpha = .49$. Lav alfa antas her å være på grunn av det lave antallet testledd i denne indeksen. Lave verdier for intern konsistens omtales under implikasjoner.

For indeksen Åpenhet, som bestod av tre påstander med en Likert-skala fra 1 (svært uenig) til 7 (svært enig) kom det frem en total Cronbachs alfa på $\alpha = .74$. Analysene viste at dersom man fjernet det første spørsmålet, som gjelder åpenhet ovenfor egen familie, økte α til .75.

Enighetsbias

Som brakt opp hos Blåka (2012) og Myrvold (2008) kan det være et problem at deltakere i undersøkelser vil besvare undersøkelser på en måte som fremstiller dem som mer positive enn de faktisk er. Dette vil gjøre at de føler de gir et bedre inntrykk av seg selv. Dette er muligens mer fremtredende i undersøkelser der deltakerne har en direkte kontakt med en intervjuer, men det kan også dukke opp i skriftlige spørreundersøkelser som den presentert her, spesielt hvor det er spørsmål som er sensitive i forhold til kulturelle normer (Krumpal, 2013). Tendensen til å være enig har vist seg å ha sammenheng med utdanning, hvor folk med lav utdanning tenderer mot å være mer enig enn folk med høy utdanning (Hellevik, 2002). Nå har utdannelsesnivå nødvendigvis ikke så mye å si i denne undersøkelsen, da alle deltakerne går på ungdomsskole, men som Blåka (2012) fremhever i sin rapport er det også en korrelasjon mellom tendensen til å si seg enig, og alder og kjønn på respondentene. Det var derfor en interessant indeks å ta med i en undersøkelse med yngre deltakere enn det som tidligere har blitt målt av denne variabelen. Den fremstilles som en additiv indeks med seks «par» med påstander, hvor parene har positivt og negativt fortegn. Høy grad av enighet over hele skalaen indikerer dermed høy grad av «ja-nominering», eller enighetsbias.

1. Folk med psykiske problemer er vanskelige å være sammen med.

2. Folk med psykiske problemer kan være like hyggelige å være sammen med som andre folk.
3. Det er flaut å ha psykiske problemer.
4. Det er ikke flaut å ha psykiske problemer.
5. Folk med psykiske problemer blir aldri helt friske igjen.
6. Folk med psykiske lidelser kan bli helt friske igjen.
7. Folk som er psykisk syke er ofte farlige for omgivelsene.
8. Folk som er psykisk syke er sjelden farlige for omgivelsene.
9. Folk som har vært psykisk syke kan aldri bli helt lykkelige igjen.
10. Folk som har vært psykisk syke kan bli helt lykkelige igjen.
11. Man kan ikke selv gjøre noe med sin egen psykiske helse, for den er medfødt.
12. Man kan selv gjøre mye for å styrke sin egen psykiske helse.

Korrelasjon mellom enighetsbias og henholdsvis kjønn og alder ble undersøkt ved bruk av Pearson product-moment korrelasjonskoeffisient. Preliminære analyser ble gjennomført for å forsikre at det ikke var noen brudd på antagelsene om normalitet, linearitet, og homoskedasitet. Det viste seg å være liten til ingen korrelasjon mellom variablene, med kjønn: $r = .08$, $n = 216$, og alder: $r = -.03$, $n = 212$, og ingen av resultatene var statistisk signifikante med $p > .5$. Enighetsbias vil derfor ikke inkluderes som en kontrollvariabel i noen av analysene.

Stigmatiserende holdninger

For å undersøke negative, eller stigmatiserende holdninger til psykiske lidelser og mennesker med psykiske lidelser, ble det konstruert en indeks basert på indeks i tidligere versjoner av denne spørreundersøkelsen (Blåka, 2012; Mykletun mfl., 2009). Indeksen består av ni punkter målt langs en syvpunkts Likert-skala, hvor høyere skåre indikerer en mer negativ, eller mer stigmatiserende holdning til psykiske lidelser og mennesker som har en psykisk sykdom. Punktene inkludert i indeksen er:

1. Folk med psykiske problemer er vanskelige å være sammen med
2. Det er flaut å ha psykiske problemer
3. Folk med psykiske problemer blir aldri helt friske igjen
4. Folk som er psykisk syke er ofte farlige for omgivelsene
5. Folk som har vært psykisk syke kan aldri bli helt lykkelige igjen
6. Man kan ikke selv gjøre noe for sin egen psykiske helse, for den er medfødt

7. Det er ikke mye som kan gjøres for en person som får en psykisk lidelse
8. Folk som får psykiske lidelser har liten viljestyrke
9. Hvis man får psykiske problemer har man mislykkes i livet

Indeksen har en Cronbachs alfa på $\alpha = .68$.

Kunnskap om psykiske lidelser

Som mål på ungdommenes kunnskap om psykiske lidelser brukes skalaen kjennskap til psykiske problemer og lidelser, her kalt «Kunnskap om psykiske lidelser». Her ble deltakerne presentert for 11 tilstander/betegnelser på lidelser. De skulle krysse av på en 7-punkts Likert-skala, hvor 1 betyr at de ikke kjenner begrepet, 2 betyr at de kjenner begrepet i svært liten grad, og 7 betyr at de kjenner begrepet i svært stor grad. Cronbachs alfa viste en høy reliabilitet, med $\alpha = .86$.

Analysen

Beskrivende analyser er presentert i Tabell 1 nedenfor. Det ble undersøkt om alle variablene var normalfordistribuert, noe det viste seg at de ikke var. Kunnskap og Oppfattet kunnskap var tilnærmet normalfordistribuert, men både Stigmatiserende holdninger og Åpenhet hadde litt større grad av positiv skjevhet (skew) og negativ kurtosis. Det ble likevel ikke ansett som såpass mye at det ville påvirke analysene i stor grad, da testene er såpass robuste at de kan håndtere dette. I de tilfeller hvor skjevhet og kurtosis vil kunne ha en effekt på resultater vil ikke-parametriske analyser bli benyttet. I forkant av analysen ble det sjekket for statistiske uteliggere, og manglende data ble utelukket parvis. Variablene er ikke kontinuerlige, men de er målt på ordinalnivå langs en 7-punkts Likert-skala, og behandles som data på intervallnivå, noe som vanligvis aksepteres (Tabachnick & Fidell, 2014).

Tabell 1

Beskrivende analyser

	Mean	SD
Stigmatiserende holdninger (1-7)	2.74	.83
Kunnskap (1-7)	3.89	1.19
Oppfattet kunnskap (1-7)	3.78	1.39
Åpenhet (1-7)	2.77	1.62

(n = 231)

Resultater

Forholdet mellom Kjønn, Alder, Klassetrinn, og Kjenner noen med en psykisk lidelse (betegnet som Kjenner noen) og Åpenhet, Oppfattet kunnskap, Kunnskap og Stigmatiserende holdninger ble undersøkt ved hjelp av Spearmans rho (se Tabell 2). Denne viste en liten, positiv korrelasjon mellom Kunnskap og Oppfattet kunnskap, og en liten, negativ korrelasjon mellom Kunnskap og Stigmatiserende holdninger. Den viste også at Kjønn hadde en liten, negativ korrelasjon med både Oppfattet kunnskap og Stigmatiserende holdninger. I tillegg hadde Alder, Klassetrinn, og Kjenner noen en liten, positiv korrelasjon med Kunnskap. Kjenner noen var også negativt korrelert med Stigmatiserende holdninger, men med en liten effektstørrelse. Det ble ikke funnet noen signifikant sammenheng mellom Stigmatiserende holdninger og Åpenhet eller Oppfattet kunnskap.

Tabell 2

Korrelasjoner

Spearmans rho mellom kjønn, alder, klassetrinn, og Kjenner noen, og kunnskap, oppfattet kunnskap, åpenhet, og stigmatiserende holdninger

	1	2	3	4
Kjønn ^a	.10	-.21**	-.11	-.18**
Alder	.23**	-.12	.11	-.10
Klassetrinn	.25**	-.12	.10	-.14
Kjenner noen ^b	.26**	-.00	-.01	-.18*
1. Kunnskap	-	.16*	.00	-.14*
2. Oppfattet kunnskap		-	.09	.12
3. Åpenhet			-	.04
4. Stigmatiserende holdninger				-

Note. ^a jenter = 1, gutter = 0, ^b kjenner noen = 1, kjenner ikke noen = 0.

*. $p < 0.05$ (2-tailed), **. $p < 0.01$ level (2-tailed).

For å avdekke eventuelle kjønnsforskjeller i Oppfattet kunnskap, Kunnskap, Åpenhet og Stigmatiserende holdninger ble korrelasjonsanalyser for hvert av kjønnene gjennomført.

Dette viste at det er kjønnsforskjeller innen disse områdene. Kjenner noen hadde en liten, negativ sammenheng med Kunnskap hos begge kjønn, men denne var marginalt høyere hos jentene enn guttene. Kjenner noen hadde også en liten, positiv korrelasjon med Stigmatiserende holdninger hos jentene. Jentene viste sterkere positive korrelasjoner mellom Kunnskap og Oppfattet kunnskap, med en middels effektstørrelse, og Oppfattet kunnskap og Stigmatiserende holdninger, med en liten effektstørrelse (se Tabell 3), enn guttene viste. Hos jentene er det også en liten, positiv korrelasjon mellom Alder og Kunnskap, og en liten, men ikke-signifikant sammenheng mellom Klassesetrinn og Kunnskap. Guttene viste en større, negativ korrelasjon mellom Kunnskap og Stigmatiserende holdninger (se Tabell 4) enn jentene, selv om denne hadde en liten effektstørrelse. Her var det også en liten, positiv sammenheng mellom Alder og Kunnskap, men en middels, positiv sammenheng mellom Klassesetrinn og Kunnskap. I tillegg var det en liten, negativ sammenheng mellom Alder og Oppfattet kunnskap hos guttene. Det ble også funnet en større sammenheng mellom Oppfattet kunnskap og Åpenhet, og Åpenhet og Stigmatiserende holdninger hos guttene enn hos jentene, men denne var ikke signifikant. En liten, negativ sammenheng mellom Klassesetrinn og Oppfattet kunnskap viste seg også, sammen med en liten, positiv korrelasjon mellom Klassesetrinn og Åpenhet, men disse var heller ikke signifikante.

Tabell 3

Korrelasjoner - jenter

Spearmans rho for alder og klassesetrinn, og Kunnskap, Oppfattet kunnskap, Åpenhet, og Stigmatiserende holdninger - hos jenter

	1	2	3	4
Alder	.20*	-.01	.13	-.05
Klassesetrinn	.19	-.08	.04	-.14
Kjenner noen	-.28**	-.01	.13	.20*
1. Kunnskap	-	.30**	.05	.02
2. Oppfattet kunnskap		-	-.03	.27**
3. Åpenhet			-	-.09
4. Stigmatiserende holdninger				-

*. $p < 0.05$ (2-tailed), **. $p < 0.01$ level (2-tailed).

Tabell 4
Korrelasjoner - gutter

Spearman's rho for alder og klasstrinn, og Kunnskap, Oppfattet kunnskap, Åpenhet, og Stigmatiserende holdninger - hos gutter

	1	2	3	4
Alder	.25**	-.27*	.11	-.14
Klasstrinn	.31**	-.16	.15	-.15
Kjenner noen	-.21**	-.02	-.09	.07
1. Kunnskap	-	.09	-.03	-.25**
2. Oppfattet kunnskap		-	.12	-.05
3. Åpenhet			-	.13
4. Stigmatiserende holdninger				-

*. $p < 0.05$ (2-tailed), **. $p < 0.01$ level (2-tailed).

En videre korrelasjonsanalyse hos jentene i sammenheng med Kjenner noen og Kunnskap, Oppfattet kunnskap, og Stigmatiserende holdninger, viste at det var en liten, men signifikant effekt mellom Kunnskap og Oppfattet kunnskap hos jenter som oppga at de kjente noen med en psykisk lidelse, $r = .27$, $n = 76$, $p < .05$. Det ble ikke funnet noen signifikant korrelasjon mellom Kunnskap og Oppfattet kunnskap hos de som oppga at de ikke kjente noen med en psykisk lidelse, $r = .36$, $n = 22$, $p = .10$, men dette kan ha vært på grunn av et lite utvalg (Pallant, 2010). Det ble heller ikke funnet noen signifikant korrelasjon mellom Kunnskap og Stigmatiserende holdninger hos de som oppga at de kjente noen med en psykisk lidelse, $r = .15$, $n = 77$, $p = .19$. Korrelasjonen mellom Kunnskap og Stigmatiserende holdninger hos de som oppga at de ikke kjente noen med en psykisk lidelse hadde det en mye høyere, middels, negativ effektstørrelse, $r = -.44$, $n = 21$, $p < .05$. Oppfattet kunnskap og Stigmatiserende holdninger var ikke korrelert hos de som oppga at de ikke Kjenner noen med en psykisk lidelse, $r = -.00$, $n = 22$, $p = .99$. Derimot var Oppfattet kunnskap og Stigmatiserende holdninger positivt korrelert, med en middels effektstørrelse, hos de som svarte at de Kjenner noen med en psykisk lidelse, $r = .36$, $n = 75$, $p < .005$.

En Mann-Whitney U test viste noen små, men signifikante forskjeller i både Oppfattet kunnskap og Stigmatiserende holdninger hos gutter og jenter. For Oppfattet kunnskap hos

jenter ($Md = 3.5$, $n = 106$) og gutter ($Md = 4$, $n = 119$), $U = 4776$, $z = -3.16$, $p < .005$, $r = -.21$. Stigmatiserende holdninger hos jenter ($Md = 2.6$, $n = 105$) og gutter ($Md = 2.9$, $n = 110$), $U = 4551.5$, $z = -2.69$, $p < .01$, $r = -.18$. Det ble ikke funnet noen signifikant forskjell i Kunnskap eller Åpenhet. For Kunnskap var det hos jenter ($Md = 4.1$, $n = 107$) og gutter ($Md = 3.8$, $n = 117$), $U = 5527.5$, $z = -1.51$, $p = .13$, $r = -.10$. For Åpenhet hos jenter ($Md = 2$, $n = 109$) og gutter ($Md = 2.5$, $n = 120$), $U = 5717.5$, $z = -1.66$, $p = .10$, $r = -.01$.

En Mann-Whitney U test ble også gjennomført for å undersøke om det var noen signifikant forskjell på jenter som oppga at de Kjenner noen med en psykisk lidelse (Ja), vs. jenter som oppga at de ikke Kjenner noen med en psykisk lidelse (Nei), i Kunnskap, Oppfattet kunnskap, og Stigmatiserende holdninger. Det kom frem små, men signifikante forskjeller i Kunnskap og Stigmatiserende holdninger, men ikke i Oppfattet kunnskap. Kunnskap hos Ja ($Md = 4.1$, $n = 78$) og Nei ($Md = 3.4$, $n = 23$), $U = 553.5$, $z = -2.78$, $p < .01$, $r = -.28$. Stigmatiserende holdninger hos Ja ($Md = 2.6$, $n = 77$) og Nei ($Md = 2.7$, $n = 23$), $U = 64.5$, $z = -2.01$, $p < .05$, $r = -.20$. Oppfattet kunnskap hos Ja ($Md = 3.5$, $n = 76$) og Nei ($Md = 3.3$, $n = 24$), $U = 902$, $z = -.08$, $p = .94$, $r = -.01$.

Kunnskap, kjønn, Kjenner noen, og Klassesetrinn ble brukt som predikerende variabler i en hierarkisk multippel regresjonsanalyse. Kunnskap ble satt inn i analysen først, deretter Kjønn, og så ble Kjenner noen og Klassesetrinn tvunget inn i analysen. Stigmatiserende holdninger ble brukt som utfall. Det ble undersøkt at ingen av antakelsene om normalitet, linearitet, eller homoskedastisitet av residualer, eller multikollinearitet ble brutt. Resultatene av regresjonsanalysen for å predikere Stigmatiserende holdninger er oppsummert i Tabell 4. Kunnskap ble ført inn i blokk 1, og kan forklare 4.6% av variansen i Stigmatiserende holdninger. I blokk 2 ble Kjønn introdusert, og den totale variansen forklart av modellen økte til 7.8 %, $F(2, 191) = 8.03$, $p < .001$. I blokk 3 ble også Kjenner noen og Klassesetrinn inkludert, og den totale variansen forklart av modellen i sin helhet var her 9.4 %, $F(4, 189) = 4.88$, $p < .005$. Kjenner noen og Klassesetrinn forklarte 1.6 % til av variansen i Stigmatiserende holdninger, når man kontrollerte for Kunnskap og Kjønn, $R^2 \text{ change} = .016$, $F \text{ change}(2, 189) = 1.66$, $p = .19$. I den andre blokken var både Kunnskap og Kjønn statistisk signifikant, mens i den siste blokken var det bare Kjønn som var statistisk signifikant.

Tabell 5
Prediktorer for stigmatiserende holdninger

Stigmatiserende holdninger			
	B	SE B	β
Blokk 1			
Konstant	3.30	.20	
Kunnskap	-.15	.05	-.22***
Blokk 2			
Konstant	3.38	.203	
Kunnskap	-.14	.05	-.19**
Jente	-.29	.11	-.18*
Blokk 3			
Konstant	4.44	.76	
Kunnskap	-.10	.05	-.14
Jente	-.28	.12	-.17*
Kjenner noen	-.16	.13	-.10
Klassetrinn	-.12	.09	-.10

Note. $N = 198$. $R^2 = .05$ for Blokk 1, $\Delta R^2 = .03$ for Blokk 2 ($p < .05$), $\Delta R^2 = .02$ for Blokk 3 ($p = .19$).

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .005$

Bakgrunnen for å benytte Kunnskap i første blokk er at økt kunnskap om psykiske lidelser for å bedre holdninger rettet mot mennesker med psykiske lidelser ligger til hovedgrunn for så godt som alle holdningsorienterte programmer rettet mot ungdom i Norge i dag. I andre blokk legges Kjønn til som prediktor, da det har vist seg i en rekke studier at det er signifikante kjønnsforskjeller både i kunnskap om psykiske lidelser, og i stigmatiserende holdninger til mennesker med psykiske lidelser (Burns & Rapee, 2006; Chandra & Minkovitz, 2006; Cotton, Wright, Harris, Jorm, & McGorry, 2006; Leong & Zachar, 1999), også i Norge (Andersson, Bjørngaard, mfl., 2009). Videre ble Kjenner noen og Klassetrinn brukt i siste blokk da disse har vist seg å ha en viss effekt i tidligere programmer, om enn ikke i like stor grad som kjønn (Andersson, Bjørngaard, mfl., 2009; Corrigan mfl., 2007; Mann & Himelein, 2008).

En standard multipl regressjonsanalyse ble videre gjennomført separat for jenter og gutter med prediktorene Kunnskap, Kjenner noen, og Klassestrinn. Utfall var her Stigmatiserende holdninger. Det ble undersøkt at ingen av antakelsene om normalitet, linearitet, eller homoskedastisitet av residualer, eller multikollinearitet ble brutt. I regresjonen med Jenter ble antagelsen om normalitet brutt, og resultatene kan dermed ikke generaliseres utover dette utvalget. Analysene viste at hos jenter forklarte modellen 8.6 % av variansen i Stigmatiserende holdninger. Av variablene involvert forklarte Kjenner noen størst varians ($B = -.43$), og var også den eneste som bidro signifikant ($p < .05$). Hos gutter forklarte modellen 6.6% av variansen i Stigmatiserende holdninger, men her var det Kunnskap som bidro mest ($B = -.17$), og var den eneste med signifikant resultat ($p < .05$).

Tabell 6
Prediktorer for stigmatiserende holdninger, delt på kjønn

	Stigmatiserende holdninger		
	B	SE B	β
Jenter^a			
Konstant	4.99	1.10	
Kunnskap	-.01	.08	-.02
Kjenner noen	-.43	.20	-.22*
Klassestrinn	-.22	.12	-.19
Gutter^b			
Konstant	3.70	1.05	
Kunnskap	-.17	.07	-.25*
Kjenner noen	-.00	.17	-.00
Klassestrinn	-.02	.12	-.02

Note. ^a $N = 96$, ^b $N = 98$, * $p < .05$

Oppsummering

Hvilke korrelasjoner, om noen, finnes mellom Kjønn, Alder, Klassestrinn, Kjenner noen, og Kunnskap, Oppfattet kunnskap, Åpenhet, og Stigmatiserende holdninger? Generelt viste det seg at Alder, Klassestrinn, og Kjenner noen hadde en liten, positiv sammenheng med Kunnskap om psykiske lidelser. Kjønn hadde en negativ sammenheng med Oppfattet kunnskap og Stigma. Kunnskap hadde en positiv sammenheng med Oppfattet kunnskap, men en negativ sammenheng med Stigmatiserende holdninger. Hos jenter har Alder og Oppfattet kunnskap en positiv sammenheng med Kunnskap, mens Kjenner noen med en psykisk lidelse faktisk hadde en negativ sammenheng med Kunnskap. Stigmatiserende holdninger var også positivt korrelert med Oppfattet kunnskap og Kjenner noen med en psykisk lidelse. Hos gutter hadde Kunnskap en positiv sammenheng med Alder og Klassestrinn. Sammenhengen var liten for Alder, men medium for Klassestrinn. Kunnskap var negativt korrelert med Kjenner noen, og med Stigmatiserende holdninger.

Hos jenter, har Kjenner noen noe å si for korrelasjoner mellom Kunnskap, Oppfattet kunnskap, og Stigmatiserende holdninger? Jenter som Kjenner noen viste en positiv korrelasjon mellom Oppfattet kunnskap og Stigmatiserende holdninger, med en middels effektstørrelse. De viste også en liten, positiv korrelasjon mellom Kunnskap og Oppfattet kunnskap, og mellom Kunnskap og Stigmatiserende holdninger. Jenter som ikke Kjenner noen viste en mye sterkere, middels, og negativ korrelasjon mellom Kunnskap og Stigmatiserende holdninger. De viste også en middels, positiv korrelasjon mellom Kunnskap og Oppfattet kunnskap. Ingen korrelasjon ble funnet mellom Oppfattet kunnskap og Stigmatiserende holdninger.

Er det noen forskjell på jentene og guttene når det gjelder Kunnskap, Oppfattet kunnskap, Stigmatiserende holdninger, og Åpenhet? Det viste seg en signifikant forskjell mellom gutter og jenter i både Oppfattet kunnskap og Stigmatiserende holdninger, hvor guttene skåret høyere enn jentene på begge to. Effektstørrelsen var liten, og negativ. For Kunnskap skåret jentene høyest, og i Åpenhet skåret guttene høyest, men disse forskjellene var ikke signifikante.

Er det en forskjell på jenter som Kjenner noen med en psykisk lidelse i forhold til de som ikke Kjenner noen med en psykisk lidelse, når det kommer til Oppfattet kunnskap, Kunnskap og Stigmatiserende holdninger? En signifikant forskjell mellom jenter som Kjenner noen versus de som ikke Kjenner noen med en psykisk lidelse kom frem både i Kunnskap og Stigmatiserende holdninger, med en liten, negativ effektstørrelse for begge to. Det var ingen

signifikant forskjell i Oppfattet kunnskap.

Hvilken effekt på Stigmatiserende holdninger har Kunnskap i forhold til Kjønn, Klassestrinn, og det å kjenne noen med en psykisk lidelse? Kunnskap viste seg i utgangspunktet å forklare mye av variansen i Stigmatiserende holdninger, også når Kjønn ble introdusert som prediktor. Når Kjenner noen og Klassestrinn ble introdusert viste det seg derimot at bare Kjønn bidro signifikant i modellen.

Hvilken effekt på Stigmatiserende holdninger har Kunnskap i forhold til Klassestrinn og Kjenner noen med en psykisk lidelse hos jenter i forhold til gutter? Det viste seg at det var forskjell mellom gutter og jenter i hvilken prediktor som ga den største forklaringen på varians i prediktoren Stigmatiserende holdninger. Hos jenter forklarte Kjenner noen størst varians i utfallet, og var også den eneste signifikante prediktoren. Hos gutter forklarte Kunnskap størst varians i utfallet, og var også den eneste signifikante prediktoren.

Diskusjon

Kunnskap har blitt ansett som en viktig måte å redusere stigmatiserende holdninger til psykiske lidelser. Ved å øke kunnskapen om psykiske lidelser og menneskene som lider av dette, er håpet at det tydeliggjør at de ikke er fundamentalt annerledes enn de som ikke har psykiske lidelser. Det er ikke noen substansiell «de» i forhold til et «oss». Det har blitt utført mange undersøkelser på hvordan programmer som sikter mot å øke kunnskap om mental helse hos barn, unge og voksne reduserer deres nivå av stigmatiserende holdninger mot mennesker med mentale lidelser. Det har kommet blandede resultater ut av dette, og noen undersøkelser stiller spørsmål ved hvorvidt økt kunnskap burde være det eneste virkemiddelet for å redusere stigmatiserende holdninger (Angermeyer, Holzinger, & Matschinger, 2009; Dietrich, Matschinger, & Angermeyer, 2006; Lauber, Carlos, & Wulf, 2005; Wang & Lai, 2008). Thornicroft mfl. (2007) går så langt som å si at økt kunnskap ikke nødvendigvis hverken forbedrer holdninger eller atferd mot mennesker med psykiske lidelser. Det samme kom frem i en metaanalyse gjennomført av Schomerus, G. mfl. (2012), hvor de fant at økt kunnskap om de biologiske årsakene til psykiske lidelser ikke førte til mindre sosial avstand til mennesker med psykiske lidelser. Denne studien ble utført på en voksen populasjon, men det finnes bevis for at dette også vil gjelde ungdom (Wright, Jorm, & Mackinnon, 2011). Likevel anbefaler flere av studiene at det videre må gjennomføres tiltak for å øke kunnskapen om mentale lidelser, for slik å redusere stigmatiserende holdninger, man må bare ta hensyn til hva slags kunnskap man fokuserer på, og hvordan denne formidles. Resultatene i den

nåværende studien viste at selv om Kunnskap og Stigma hadde en signifikant, negativ sammenheng, var denne sammenhengen liten. Det viste seg også at denne sammenhengen var størst hos gutter, hvor større nivå av Kunnskap hang sammen med lavere nivå av Stigmatiserende holdninger. Hos jentene kom det ikke frem noen sammenheng mellom Kunnskap og Stigmatiserende holdninger. Siden det ikke viste seg å være noen betydelig forskjell mellom nivået av Kunnskap hos jenter i forhold til gutter, kan det være at økt kunnskap er veien å gå for å endre gutters holdninger til psykiske lidelser, noe som også støttes opp av resultatene fra regresjonsanalysene. Det burde også videre undersøkes hvilke sammenhenger kunnskap om psykiske lidelser har med klassetrinn i forhold til alder, da det ble funnet at Klassetrinn hadde en større effekt på Kunnskap enn Alder hadde hos gutter. En lignende sammenheng har blitt funnet av Andersson, Bjørngaard, mfl. (2009), som fant at antallet jenter i forhold til gutter i en klasse hadde en sammenheng med guttenes holdninger til psykiske lidelser, men ikke hos jentene. Undersøkelser har også vist at gutter har et lavere kunnskapsnivå om psykiske lidelser enn det jenter har (Cotton mfl., 2006), og det kan derfor være et område som burde undersøkes nærmere. Det ble funnet en liten, men signifikant forskjell i Stigmatiserende holdninger hos gutter i forhold til jenter, hvor guttene viste mer stigmatiserende holdninger enn jentene, noe som støtter tidligere forskning (Andersson, Bjørngaard, mfl., 2009; Chandra & Minkovitz, 2006; Corrigan & Watson, 2007; Leong & Zachar, 1999). En grunn til at det er viktig å redusere disse stigmatiserende holdningene spesielt hos gutter er at en færre andel av gutter som får psykiske problemer eller lidelser oppsøker hjelp enn det jenter gjør, blant annet fordi de er redd for stigma knyttet opp til det å ha en psykisk lidelse (Andersson, Bjørngaard, mfl., 2009; Rørvik, 2013). Økt kunnskap om psykiske lidelser, hvor man kan få hjelp, og hvorvidt denne hjelpen er effektiv, øker sannsynligheten for hjelpsøking (Schomerus, Georg & Angermeyer, 2008).

Når det gjelder stigmatiserende holdninger til psykiske lidelser var det interessant å se at for jentene var det en liten, men signifikant sammenheng mellom Oppfattet kunnskap og Stigmatiserende holdninger. Denne sammenhengen var positiv, som vil si at jo mer kunnskap de *anså* at de hadde om psykiske lidelser, jo mer negative holdninger hadde de til mennesker med psykiske lidelser. Kunnskap og Oppfattet kunnskap hadde en middels, positiv effektstørrelse, som kan indikere at disse to henger sammen til en viss grad, men det ble likevel ikke funnet noen sammenheng mellom Kunnskap og Stigmatiserende holdninger. Dette virket som en merkelig sammenheng; jo mer kunnskap jentene selv mente de hadde om et emne, jo mer stigmatiserende holdninger ville de presentere, eller motsatt; jo mer stigmatiserende holdninger jentene hadde, dess mer mente de at de kunne om psykiske

lidelser. Samtidig kom det også frem en liten, men positiv sammenheng mellom Kjenner noen og Stigmatiserende holdninger, som vil si at de som kjente noen med en psykisk lidelse viste mer negative holdninger til mennesker med psykiske lidelser. Det var også en liten, men negativ korrelasjon mellom Kunnskap og Kjenner noen. Videre analyser indikerte en korrelasjon mellom Kunnskap, Oppfattet kunnskap, og Stigmatiserende holdninger, basert på hvorvidt de oppga om de kjente noen med en psykisk lidelse eller ikke. Resultatene av analysene indikerer at det eksisterer forskjeller mellom de jentene som kjenner noen med en psykisk lidelse, i forhold til de som ikke kjenner noen med en psykisk lidelse. De som svarte at de kjente noen med en psykisk lidelse viste en liten, positiv korrelasjon mellom Kunnskap og Oppfattet kunnskap. De som svarte at de ikke kjente noen med en psykisk lidelse viste en middels, positiv korrelasjon mellom Kunnskap og Oppfattet kunnskap. Det var altså en større effektstørrelse hos de som oppga at de ikke Kjenner noen. Likevel var det ikke noen signifikant forskjell på Oppfattet kunnskap mellom jenter som Kjenner noen, i forhold til de som ikke Kjenner noen. Videre kom det frem en liten, positiv korrelasjon mellom Kunnskap og Stigmatiserende holdninger hos de som oppga at de Kjenner noen, mens hos de som oppga at de ikke Kjenner noen var det en mye sterkere, negativ korrelasjon mellom Kunnskap og Stigmatiserende holdninger. Altså viste de som ikke kjente en person med psykiske lidelser at mer Kunnskap om psykiske lidelser hang sammen med mindre Stigmatiserende holdninger. Hos de som kjente noen med en psykisk lidelse kom det frem en middels, positiv effektstørrelse mellom Oppfattet kunnskap og Stigmatiserende holdninger. Her var det ingen effekt hos de som ikke kjente noen med en psykisk lidelse. Regresjonsanalysen viste også at Kjenner noen hadde en signifikant og større effekt på Stigmatiserende holdninger i forhold til Kunnskap og klassetrinn. Det er ikke mulig å trekke konklusjoner om kausalitet ut fra disse analysene, men det er mulig å komme med noen teorier. Siden undersøkelsen er basert på selvrapportering er det selvfølgelig mulig at de som har oppgitt et høyt kunnskapsnivå om de forskjellige psykiske lidelsene overvurderer egen kunnskap. Dette ville gi utslag både på mål av Oppfattet kunnskap og Kunnskap. Likevel ser vi at gruppen som har høyest korrelasjon mellom Kunnskap og Oppfattet kunnskap viser ingen effektstørrelse mellom Oppfattet kunnskap og Stigmatiserende holdninger, samtidig som de viser en negativ korrelasjon mellom Kunnskap og Stigmatiserende holdninger. En mulig grunn kan være at de som oppgir at de Kjenner noen, vurderer sin egen kompetanse på psykiske lidelser generelt hevet på grunn av dette. Dermed overvurderer de sin egen faktiske kunnskap om psykiske lidelser. Siden de anser at de har et høyere kunnskapsnivå om psykiske lidelser generelt, basert på sin kontakt med en de vet har en psykisk lidelse, øker de ikke sin

kunnskap om temaet, noe som reflekteres i deres holdninger til psykiske lidelser. Det å kjenne noen som har en psykisk lidelse fører ikke nødvendigvis til mer kunnskap om psykiske lidelser (Wolff, Pathare, Craig, & Leff, 1996). Hos de som ikke kjenner noen som de vet har en psykisk lidelse kan det være at det ligger mer reell kunnskap om psykiske lidelser til grunn for deres holdninger til mennesker med psykiske lidelser. I tillegg kan typen relasjon mellom ungdommen og personen(e) de kjenner som har en psykisk lidelse ha noe å si for deres holdninger til psykiske lidelser. Kolodziej og Johnson (1996) har trukket frem viktigheten av at kontakten mellom de med og uten psykiske lidelser er positiv, for at stigmatiserende holdninger skal endres. Det kan også tenkes at dersom bekjentskapet er personlig og nært at det kan oppleves som stressende. Om det for eksempel er en foresatt som har en psykisk lidelse kan dette virke belastende for den unge, både fordi det vanlige er å skjule den psykiske lidelsen fra barn og ungdom (Lefley, 1992), og fordi man av andre kan bli inkludert i stigmaet rundt det å ha en psykisk lidelse, selv om man selv ikke har det (Hinshaw, 2005). Det kan også oppleves som vanskelig å være søsken til en som har psykiske lidelser (Greenberg, Kim, & Greenley, 1997; Marsh & Johnson, 1997). Familier har vist seg å holde psykiske lidelser hos familiemedlemmer hemmelige fra utenforstående, for slik å unngå stigmatisering (Schulze & Angermeyer, 2003). Dette kan virke belastende på alle involvert, men kanskje spesielt barn og unge. Om relasjonen til den med en psykisk lidelse er negativ kan dette lede til økte stigmatiserende holdninger. I tillegg er bakgrunnen til de som har negative holdninger til psykiske lidelser en viktig faktor (Andersson, Bjørngaard, mfl., 2009).

Uavhengig av hva som er bakgrunnen for forskjellene i korrelasjonene mellom Kunnskap, Oppfattet kunnskap og Stigmatiserende holdninger hos de som kjenner eller ikke kjenner noen med en psykisk lidelse er det interessant at dette gjelder bare jentene. Selv om det kom frem en liten korrelasjon mellom Kjenner noen og Kunnskap, kom det ikke frem noen sammenheng mellom Kunnskap og Oppfattet kunnskap, eller mellom Oppfattet kunnskap og Stigmatiserende holdninger hos guttene.

Siden kunnskap promoterer som måten å redusere stigmatiserende holdninger på ble det gjennomført en multippel regresjonsanalyse av Kunnskap og Stigmatiserende holdninger, hvor det videre ble kontrollert for kjønn. Både Kunnskap og kjønn viste seg å være signifikante prediktorer. Når både kjønn, Kunnskap, Kjenner noen, og klassetrinn var inkludert i modellen var det bare kjønn som viste statistisk signifikant bidrag til modellen. For å vurdere hva som spilte inn på Stigmatiserende holdninger hos hvert av kjønnene ble videre analyser gjennomført, som viste at det var forskjell hos gutter og jenter i hva som påvirket Stigmatiserende holdninger mest – hos gutter var det Kunnskap, mens hos jenter var det

Kjenner noen. Dette, sammen med resultatene diskutert tidligere om gutter og Kunnskap, og jenter og Kjenner noen, fordrer til videre undersøkelser.

Flere programmer rettet mot å forbedre ungdommers holdninger til mennesker mer psykiske lidelser tar i bruk en kombinasjon av økt kunnskap og kontakt med en person som har eller har hatt en psykisk lidelse, som formidler egne erfaringer. Noen av disse har vist seg å ha en positiv effekt, både hos jenter alene (Pinto-Foltz mfl., 2011), og hos begge kjønn (Kelly, Jorm, & Wright, 2007). Likevel blir viktigheten av å fokusere på hvilken gruppe man sikter mot trukket frem av Kelly mfl. (2007). Som nevnt er kjønn en viktig faktor, men også kulturell bakgrunn kan ha mye å si for hvordan psykiske lidelser oppfattes, og til og med om det oppfattes som en psykisk lidelse i det hele tatt (Cauce mfl., 2002; Morris & Peng, 1994; Shulman & Adams, 2002; Townsend, 1975). Videre forskning på ungdom og deres holdninger til psykiske lidelser og mennesker med psykiske lidelser burde utforskes mer i en norsk setting. Mange studier finnes på temaet, men et overveldende flertall av disse er gjennomført i andre land, hvor USA er det dominerende. Som Andersson, Bjørngaard, mfl. (2009) påpeker har det blitt gjennomført få studier på europeiske ungdommers holdninger til mentale lidelser. Enda færre studier har blitt gjennomført i Norge. Det er selvfølgelig mulig å vurdere temaet basert på utenlandske studier, men det er viktig å gjennomføre undersøkelser her da kulturelle forskjeller kan spille stor rolle i resultatene. Norge holder på å bli mer multikulturelt, og det er derfor viktig å undersøke hvordan forskjellige kulturer vurderer psykiske lidelser. Det er også behov for mer dyptgående studier som ser på andre aspekter av hva som kan virke inn på stigmatiserende holdninger hos ikke bare voksne, men også barn og ungdom.

Begrensninger

Denne studien må sees i lys av sine begrensninger. Halden kommune er en mellomstor by, og er ikke representativ for resten av Norge. Det er likevel en by med over 30.000 innbyggere, og man kan dermed, i det minste, kunne trekke paralleller til andre byer av samme størrelse som deler samme demografiske nøkkelegenskaper som Halden. Uansett kan denne studien legge til mer kunnskap på feltet utenom det som har blitt gjennomført i de norske storbyene, som er hvor slik forskning hovedsakelig har blitt utført så langt her i landet. Det er viktig at også ungdom fra mindre byer blir hørt, for å slik kunne forstå videre hva som kan ligge til grunn for, og hjelpe å snu på ungdoms stigmatiserende holdninger til psykiske lidelser i hele Norge.

Det er flere andre variabler som kan påvirke både kunnskap om og holdninger til

psykiske lidelser. Blant annet kan det nevnes foreldrenes psykiske helse, deres utdannings- og inntektsnivå, bosituasjon, hvorvidt foreldrene fremdeles bor sammen eller ikke, og en rekke variabler på skole- og klassenivå (Andersson, Bjørngaard, mfl., 2009; Blåka, 2012; Helland & Mathiesen, 2009; Marcell & Halpern-Felsher, 2007). For eksempel har Andersson, Bjørngaard, mfl. (2009) funnet at stigmatiserende holdninger hos gutter har sammenheng med hvor stor andel jenter det er i klassen. Likevel er det enda såpass lite forskning på dette området i Norge at det er usikkert hva som har mest effekt, men ved å benytte seg av forskning utenfra Norge har man et utgangspunkt for hva som kan være tungtveiende. I denne studien har det derfor blitt lagt vekt på noen av de punktene som later til å ha størst effekt i tidligere studier gjennomført i andre vestlige land, og den kan dermed vurderes som en god kontribusjon til kunnskap om emnet for norsk ungdom.

Det var også noen metodologiske begrensninger. Selve spørreskjemaet benyttet i innsamlingen av data var i utgangspunktet beregnet på en voksen befolkning, og det ble brukt skjønn for å tilpasse skjemaet slik at det ville passe til ungdom i ungdomsskolealder. I tillegg ble egenrapportering av både åpenhet og kunnskap benyttet, og det kan derfor stilles spørsmål ved hvorvidt faktisk nivå av åpenhet eller faktisk kunnskapsnivå faktisk ble målt. Utvalget var heller ikke tilfeldig i den forstand at det er basert på elever som med foreldres samtykke ønsket å delta. Elever av foreldre som ikke tillot deres deltagelse vil kunne gi andre resultater i forhold til de som deltok.

Når det gjelder begrepene psykisk/mental sykdom/lidelse, ble det ikke gitt noen definisjon på dette til ungdommene. Dette fordi det var ønskelig at de ikke skulle oppfatte at det var noe som var et riktig svar i forhold til et galt svar når det gjaldt deres holdninger til dette. Likevel kan dette ha ført til at utfyllelsen ble gjennomført på ulikt grunnlag hos den enkelte elev. Det ble også informert fra den ene skolen om at elever på 8. trinn hadde problemer med utfyllelsen, som indikerer at spørsmålene eller begrepene ble for kompliserte for denne elevgruppen. Spørreskjemaet (UHPL) inneholdt også en rekke spørsmål og demografisk informasjon som ble utelukket fra analysen.

I analysene hadde variabelen Oppfattet kunnskap svært lav alphaverdi, mest sannsynligvis på grunn av at det var bare to testledd involvert. Ut fra sammenhengene mellom Oppfattet kunnskap, Kunnskap, og Kjenner noen her, kan videre undersøkelser gi enda mer interessante resultater. Dersom det er en reell sammenheng mellom disse tre variablene hos jenter vil det være nyttig informasjon å ha i videre utvikling av måter å redusere stigmatiserende holdninger. Videre undersøkelser må derfor finne en bedre måte å vurdere oppfattet kunnskap hos deltakere på. I tillegg viste det seg at antakelser om normalitet ble

brutt i regresjonsanalysen av jenter, og disse resultatene kan dermed ikke generaliseres. Resultatene her fordrer likevel at det kan være et område verdt å undersøke i videre forskning.

Konklusjon

Denne studien kommer som et bidrag til forskning på ungdommers holdninger til mennesker med psykiske lidelser, og hvilke faktorer som er viktige å vurdere for å endre negative holdninger. Forskning på stigmatiserende holdninger til psykiske lidelser har vist at faktorer som kjønn, kunnskap, og det å kjenne noen med psykiske lidelser påvirker hvorvidt holdningene er negative eller positive. Andre faktorer kan også spille inn, som for eksempel alder eller klassetrinn. For å videreutvikle undervisningsprogrammer eller lignende som sikter mot å forbedre holdningene ungdommer har til psykiske lidelser er det viktig med kunnskap om hva som ligger til grunn for holdningene. I forhold til forskningsspørsmålene i denne studien kom det frem at;

1. Alder og Kjenner noen hadde en sammenheng med Kunnskap hos begge kjønn. Hos jenter var det en sterkere sammenheng mellom Kunnskap og Oppfattet kunnskap, og Stigmatiserende holdninger og Oppfattet kunnskap. Hos gutter var det en større sammenheng mellom klassetrinn og Kunnskap enn mellom alder og Kunnskap. Kunnskap hadde også en viss sammenheng med Stigmatiserende holdninger hos gutter.
2. Det ble funnet kjønnsforskjeller i Oppfattet kunnskap og Stigmatiserende holdninger, men ikke i Kunnskap eller Åpenhet.
3. Kjønn viste seg å spille en stor rolle i Stigmatiserende holdninger. Denne prediktoren hadde mer å si enn både Kunnskap, Kjenner noen, og klassetrinn. Videre analyser viste at innenfor kjønnene var det forskjellige prediktorer som hadde mest å si for Stigmatiserende holdninger. Hos jenter var Kjenner noen den største prediktoren, og også den eneste som bidro signifikant. Hos gutter var Kunnskap den største prediktoren, og også den eneste som bidro signifikant.
4. Underveis i analysene kom det frem resultater som ble vurdert nærmere. Disse viste at hos jenter ble det funnet at Kjenner noen ga forskjellige korrelasjoner mellom Kunnskap, Oppfattet kunnskap og Stigmatiserende holdninger. Hos de som kjente noen med en psykisk lidelse ble det funnet en positiv sammenheng mellom Oppfattet kunnskap og Stigmatiserende holdninger. Hos de som ikke kjente noen med en

psykisk lidelse var det en negativ korrelasjon mellom Kunnskap og Stigmatiserende holdninger.

Videre forskning burde fortsette med et fokus på å få en bedre forståelse for hva som ligger til grunn for stigmatiserende holdninger, for slik å bedre kunne predikere hva som kan gi bedre holdninger til psykiske lidelser. Det er viktig å finne ut hvilke variabler som spiller inn, slik at videre øking av kunnskap hos ungdom gir positive utfall.

Referanseliste

- American Psychiatric Association. (2015). Innhentet 24.08.2015, 2015, fra <http://www.psychiatry.org/>
- Andersen, B. J., Johansen, R., & Nord, E. (2010). Undervisningsprogram i videregående skoler om psykiske plager: Effekter på elevers hjelpsøking og psykiske helse. *Norsk Epidemiologi*, 20(1), 23-32.
- Andersen, B. J., & Nord, E. (2010). Effekter av program i skolen for å forebygge psykiske plager. *Norsk Epidemiologi*, 20(1), 15-22.
- Andersson, H. W., Bjørngaard, J. H., Kaspersen, S. L., Wang, C. E. A., Skre, I., & Dahl, T. (2009). The effects of individual factors and school environment on mental health and prejudiced attitudes among Norwegian adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(5), 569-577. doi: 10.1007/s00127-009-0099-0
- Andersson, H. W., Kaspersen, S. L., Bjørngaard, J. H., Bungum, B., Åndanes, M., & Buland, T. (2009). *Psykisk helse i skolen: Effektevaluering av opplæringsprogrammene Hva er det med Monica?, STEP - ungdom møter ungdom og Venn1.no*. SINTEF Helsetjenesteforskning.
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163-179. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., & Matschinger, H. (2009). Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: A trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *European Psychiatry*, 24(4), 225-232. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.06.010
- Anvik, C. H., & Gustavsen, A. (2012). Ikke slipp meg!: Unge, psykiske helseproblemer, utdanning og arbeid: Nordlands Forskning.
- Augoustinos, M., Ahrens, C., & Innes, J. M. (1994). Stereotypes and prejudice: The Australian experience. *British Journal of Social Psychology*, 33(1), 125-141. doi: 10.1111/j.2044-8309.1994.tb01014.x
- Avenevoli, S., & Steinberg, L. (2002). The continuity of depression across the adolescent transition. In W. R. Hayne & K. Robert (Eds.), *Advances in Child Development and Behavior* (Vol. Volume 28, pp. 139-173): JAI.

- Bassili, J. N. (2003). The minority slowness effect: Subtle inhibitions in the expression of views not shared by others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 261-276. doi: 10.1037/0022-3514.84.2.261
- Blåka, S. (2012). Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom: Status etter Opptrappingsplanen: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brannon, L. A., Tagler, M. J., & Eagly, A. H. (2007). The moderating role of attitude strength in selective exposure to information. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(4), 611-617. doi: 10.1016/j.jesp.2006.05.001
- Brockington, I. F., Hall, P., Levings, J., & Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *The British Journal of Psychiatry*, 162(1), 93-99.
- Burns, J. R., & Rapee, R. M. (2006). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 29(2), 225-239. doi: 10.1016/j.adolescence.2005.05.004
- Cauce, A. M., Domenech-Rodríguez, M., Paradise, M., Cochran, B. N., Shea, J. M., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 44-55. doi: 10.1037/0022-006x.70.1.44
- Chandra, A., & Minkovitz, C. S. (2006). Stigma starts early: Gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 754.e751-754.e758. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.08.011
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48-67. doi: 10.1093/clipsy.7.1.48
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614
- Corrigan, P. W., Barbara Demming, L., Goldman, H. H., Slopen, N., Medasani, K., & Phelan, S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, 56(5), 544-550.
- Corrigan, P. W., Larson, J., Sells, M., Niessen, N., & Watson, A. C. (2007). Will filmed presentations of education and contact diminish mental illness stigma? *Community Mental Health Journal*, 43(2), 171-181. doi: 10.1007/s10597-006-9061-8
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776. doi: 10.1037/0003-066x.54.9.765

- Corrigan, P. W., River, L., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Campion, J., Mathisen, J., . . . Kubiak, M. A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 28(1), 91-102.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43(5), 439-458.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., Byrne, P., & Davis, K. E. (2005). Mental illness stigma: Problem of public health or social justice? *Social Work*, 50(4), 363-368. doi: 10.2307/23721317
- Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.837
- Cotton, S. M., Wright, A. M., Harris, M. G., Jorm, A. F., & McGorry, P. D. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(9), 790-796. doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01885.x
- Couture, S., & Penn, D. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12(3), 291.
- Crano, W. D., & Prislin, R. (2006). Attitudes and persuasion. *Annual Review of Psychology*, 57, 345-374. doi: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190034
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4-7.
- Dietrich, S., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006). The relationship between biogenetic causal explanations and social distance toward people with mental disorders: Results from a population survey in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(2), 166-174. doi: 10.1177/0020764006061246
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social Cognition*, 25(5), 582-602.
- Eaton, A. A., Majka, E. A., & Visser, P. S. (2009). Emerging perspectives on the structure and function of attitude strength. *European Review of Social Psychology*, 19(1), 165-201. doi: 10.1080/10463280802383791

- Fazio, R. H., & Olson, M. A. (2003). Implicit measures in social cognition research: Their meaning and use. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 297-327. doi: doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145225
- Goffman, E. (1968). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin.
- Greenberg, J. S., Kim, H. W., & Greenley, J. R. (1997). Factors associated with subjective burden in siblings of adults with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(2), 231-241. doi: 10.1037/h0080226
- Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102(1), 4-27. doi: 10.1037/0033-295x.102.1.4
- Halvorsen, B., Hansen, O. J., & Tagtström, J. (2012). *Unge på kanten: Om inkludering av utsatte ungdommer*. København: Nordisk ministerråd.
- Hamilton, D. L., & Sherman, J. W. (1994). Stereotypes. In R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (2nd ed., pp. 1-68). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hamre, P., Dahl, A. A., & Malt, U. F. (1994). Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 48(4), 275-281. doi: doi:10.3109/08039489409078149
- Helland, M. J., & Mathiesen, K. S. (2009). 13-15-åringer fra vanlige familier i Norge - hverdagsliv og psykisk helse. Nydalen, Norge: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap* (Vol. 7). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hilton, J. L., & von Hippel, W. (1996). Stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 47(1), 237-271. doi: doi:10.1146/annurev.psych.47.1.237
- Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 46(7), 714-734. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x
- HOD. (2010). *Forslag til ny folkehelselov. Samhandlingsreformen*. (10). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 447-456.
- Houg, T. (2004). Psykisk helse i skolen. *Suicidologi*, 9(3). doi: 10.5617/suicidologi.1889
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Basic Books.

- Judd, C. M., & Park, B. (1993). Definition and assessment of accuracy in social stereotypes. *Psychological Review*, 100(1), 109-128. doi: 10.1037/0033-295x.100.1.109
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865-878. doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.001
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(7), S26-30.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539
- Kolodziej, M. E., & Johnson, B. T. (1996). Interpersonal contact and acceptance of persons with psychiatric disorders: A research synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1387-1396. doi: 10.1037/0022-006x.64.6.1387
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091-1098. doi: 10.1176/appi.ajp.158.7.1091
- Krueger, J. (1996). Personal beliefs and cultural stereotypes about racial characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 536-548. doi: 10.1037/0022-3514.71.3.536
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Quality and Quantity*, 47(4), 2025-2047. doi: 10.1007/s11135-011-9640-9
- Lauber, C., Carlos, N., & Wulf, R. (2005). Lay beliefs about treatments for people with mental illness and their implications for antistigma strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(12), 745-752.
- Leaf, P., Bruce, M., & Tischler, G. (1986). The differential effect of attitudes on the use of mental health services. *Social psychiatry*, 21(4), 187-192. doi: 10.1007/bf00583999
- Lefley, H. P. (1992). The stigmatized family. In P. J. Fink & A. Tasman (Eds.), *Stigma and mental illness* (pp. 127-138). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Leong, F. T. L., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27(1), 123.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363

- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health, 89*(9), 1328-1333.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin, 30*(3), 511-541.
- Lunde, E. S. (2001). Større åpenhet om psykiske lidelser. *Samfunnsspeilet*(5), 21-29.
- Macinnes, D. L., & Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*(1), 59-65. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01212.x
- Mann, C., & Himelein, M. (2008). Putting the person back into psychopathology: an intervention to reduce mental illness stigma in the classroom. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 43*(7), 545-551. doi: 10.1007/s00127-008-0324-2
- Marcell, A. V., & Halpern-Felsher, B. L. (2007). Adolescents' beliefs about preferred resources for help vary depending on the health issue. *Journal of Adolescent Health, 41*(1), 61-68. doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.02.006
- Marsh, D. T., & Johnson, D. L. (1997). The family experience of mental illness: Implications for intervention. *Professional Psychology: Research and Practice, 28*(3), 229-237. doi: 10.1037/0735-7028.28.3.229
- Martin, J. K., Pescosolido, B. A., Olafsdottir, S., & McLeod, J. D. (2007). The construction of fear: Americans' preferences for social distance from children and adolescents with mental health problems. *Journal of Health and Social Behavior, 48*(1), 50-67. doi: 10.2307/27638690
- Mathiesen, K. S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L., & Helgeland, H. (2007). Rapport 2007: Trivsel og oppvekst - barndom og ungdomstid: Folkehelseinstituttet.
- Morris, M. W., & Peng, K. (1994). Culture and cause: American and Chinese attributions for social and physical events. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(6), 949-971. doi: 10.1037/0022-3514.67.6.949
- Moses, T. (2010). Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social Science & Medicine, 70*(7), 985-993. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.12.022
- Motzfeldt, S. C., & Viggen, M. (2005). STEP - ungdom møter ungdom: En evaluering av et valgfag på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med

- Opptappingsplanen for psykisk helse: Sosial- og helsedirektoratet.
- Mullen, B., Rozell, D., & Johnson, C. (1996). The phenomenology of being in a group: Complexity approaches to operationalizing cognitive representation. In J. L. Nye & A. M. Brower (Eds.), *What's social about social cognition? Research on socially shared cognition in small groups* (pp. 205-229). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Myers, D., Abell, J., Kolstad, A., & Sani, F. (2010). *Social psychology*. Berkshire: McGraw-Hill.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv (Vol. 8). Nydalen: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Myrvold, T. M. (2008). Psykisk helse og psykisk sykdom: Innbyggernes kunnskaper og holdninger: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Nes, R. B., & Clench-Aas, J. (2011). Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Nævdal, F. F. (2004). Residence arrangements and well-being: A study of Norwegian adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(5), 363-371. doi: 10.1111/j.1467-9450.2004.00418.x
- Ose, S. O., Jensberg, H., Kaspersen, S. L., Kalseth, B., & Lilleeng, S. (2008). Kunnskapsstatus: Arbeid, psykisk helse og rus. Trondheim: SINTEF Helse.
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual* (4 ed.). Berkshire: McGraw-Hill.
- Perdue, C. W., Dovidio, J. F., Gurtman, M. B., & Tyler, R. B. (1990). Us and them: Social categorization and the process of intergroup bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 475-486. doi: 10.1037/0022-3514.59.3.475
- Pescosolido, B. A. (2013). The public stigma of mental illness: What do we think; what do we know; what can we prove? *Journal of Health and Social Behavior*, 54(1), 1-21. doi: 10.1177/0022146512471197
- Pescosolido, B. A., & Martin, J. K. (2007). Stigma and the sociological enterprise. In W. R. Avison, J. D. McLeod & B. A. Pescosolido (Eds.), *Mental Health, Social Mirror* (pp. 307-328): Springer US.
- Petty, R. E., Tormala, Z. L., & Rucker, D. D. (2004). Resisting persuasion by counterarguing: An attitude strength perspective. In J. T. Jost, M. R. Banaji & D. A. Prentice (Eds.), *Perspectivism in social psychology: The yin and yang of scientific progress* (pp. 37-51). Washington, DC, US: American Psychological Association.

- Petty, R. E., & Wegener, D. T. (1998). Attitude change: Multiple roles for persuasion variables. In D. T. Gilbert, S. Fiske & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (Vol. 1, pp. 323-390). New York: McGraw-Hill.
- Pinto-Foltz, M. D., & Logsdon, M. C. (2009). Conceptual model of research to reduce stigma related to mental illness in adolescents. *Issues Ment Health Nurs*, 30(12), 788-795. doi: 10.3109/01612840903267620
- Pinto-Foltz, M. D., Logsdon, M. C., & Myers, J. A. (2011). Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents. *Social Science & Medicine*, 72(12), 2011-2019. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.04.006
- Prislin, R. (1996). Attitude stability and attitude strength: one is enough to make it stable. *European Journal of Social Psychology*, 26(3), 447-477.
- Rickwood, D. J., & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science & Medicine*, 39(4), 563-572. doi: 10.1016/0277-9536(94)90099-X
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004
- Rørvik, S. S. (2013). *Ungdom og hjelpesøking: Om ungdoms villighet til å søke hjelp for psykiske vansker*. Master, Norges teknisk-vitenskapelige universitet, Trondheim.
- Sayce, L. (1998). Stigma, discrimination and social exclusion: What's in a word? *Journal of Mental Health*, 7(4), 331.
- Schomerus, G., & Angermeyer, M. C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 17(01), 31-37. doi: doi:10.1017/S1121189X00002669
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440-452. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56, 299-312.

- Shulman, N., & Adams, B. (2002). A comparison of Russian and British attitudes towards mental health problems in the community. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(4), 266-278. doi: 10.1177/002076402128783307
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 479-481. doi: doi:10.1176/appi.ajp.158.3.479
- Skogen, J. C., Kjeldsen, A., Knudsen, A. K., Myklestad, I., Nesvåg, R., & Major, E. (2014). Psykisk helse hos barn og unge. Innhentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=110703>
- Solvang, I. L., & Kilsti, S. (2000). *Ungdom og mental helse*. Norsk Gallup Institutt A/S.
- Sosial- og helsedepartementet (2000). *Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser*. [Oslo]: Sosial- og helsedepartementet.
- Sourander, A., Helstelä, L., Ristkari, T., Ikäheimo, K., Helenius, H., & Piha, J. (2001). Child and adolescent mental health service use in Finland. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 36(6), 294-298.
- Sroufe, L. A. (2013). The promise of developmental psychopathology: Past and present. *Development and Psychopathology*, 25(4pt2), 1215-1224. doi: 10.1017/S0954579413000576
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2014). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Essex: Pearson Education Limited.
- Teachman, B. A., Wilson, H. G., & Komarovskaya, I. (2006). Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 25(1), 75-95.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192-193. doi: 10.1192/bjp.bp.106.025791
- Townsend, J. M. (1975). Cultural conceptions, mental disorders and social roles: A comparison of Germany and America. *American Sociological Review*, 40(6), 739-752.
- Van Roy, B., Grøholt, B., Heyerdahl, S., & Clench-Aas, J. (2006). Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10–19 years. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(4), 189-198. doi: 10.1007/s00787-005-0521-4
- Visser, P. S., & Mirabile, R. R. (2004). Attitudes in the social context: The impact of social network composition on individual-level attitude strength. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(6), 779-795. doi: 10.1037/0022-3514.87.6.779

- Wahl, O. E. (2002). Children's views of mental illness: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(2), 134-158. doi: 10.1080/10973430208408408430
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478.
- Wang, J., & Lai, D. (2008). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of Affective Disorders*, 110(1-2), 191-196. doi: 10.1016/j.jad.2008.01.005
- Watson, A. C., Otey, E., Westbrook, A. L., Gardner, A. L., Lamb, T. A., Corrigan, P. W., & Fenton, W. S. (2004). Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 563-572.
- Wichstrøm, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 35(1), 232-245. doi: 10.1037/0012-1649.35.1.232
- Wilson, T. D., Lindsey, S., & Schooler, T. Y. (2000). A model of dual attitudes. *Psychological Review*, 107(1), 101-126. doi: 10.1037/0033-295x.107.1.101
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Leff, J. (1996). Public education for community care. A new approach. *The British Journal of Psychiatry*, 168(4), 441-447.
- Wright, A., Jorm, A. F., & Mackinnon, A. J. (2011). Labeling of mental disorders and stigma in young people. *Social Science & Medicine*, 73(4), 498-506. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.06.015