

Bacheloroppgave

Mannens psykiske helse

Stigma og depresjon

Jonas Røyset

Sosialt arbeid - Sosionom

2021

Antall ord: 8892



HØGSKULEN
I VOLDA

Egenerklæring

Denne oppgaven er mitt eget og selvstendige arbeid. Den gjør ikke bruk andre sitt arbeid uten at det er oppgitt, den gjør ikke bruk av tekst fra eget arbeid uten at det er oppgitt, og kilder som er brukt er ført inn både i tekst og kildeliste på en måte som gjør at jeg ikke vil få en «ufortjent renomegevinst». Den har heller ikke blitt brukt som eksamenssvar eller arbeidskrav tidligere.

Jeg vet at oppgaven vil bli elektronisk kontrollert for plagiat og at alvorlige brudd med «god statistikk» blir behandlet som juks jf. UH-loven § 4-7 og § 4-8, 3. ledd.

Personopplysninger har ikke blitt behandlet i arbeidet med oppgaven. Prosjektet er dermed ikke omfattet personopplysningsloven.

Jeg gir Høgskulen i Volda rett til å publisere oppgaven vederlagsfritt i elektronisk form.

Sammendrag

Denne oppgaven ser nærmere mannens psykiske helse med utgangspunkt i problemstillingen: *Hvordan forstå stemningslidelser hos menn, og hvilke konsekvenser kan dette ha for deres oppsøking av hjelpetjenester?*

Opgaven tar utgangspunkt i teori om depresjon, stigma og normer for å skape forståelse for hvordan depresjon kommer til uttrykk hos menn som gruppe, og hvilke faktorer i samfunnet som påvirker menn og kvinners psykiske helse.

Dette er en teoretisk oppgave som tar utgangspunkt i teori og forskning om depresjon, kjønnsforskjeller i psykisk helse, stigma som fenomen og hvilke konsekvenser stigmatisering har for utviklingen av stemningslidelser som depresjon.

Sentrale symptom ved depresjon er nedstemthet og senket stemningsleie, men det kan forekomme forskjeller i hvordan depressiv lidelse kommer til uttrykk hos menn og kvinner. Dette er betinget av kulturelle normer knyttet til kjønn og mestringsstrategiene menn og kvinner velger i møte med psykiske helseplager.

Stigma knyttet til psykisk helse er også en sentral faktor hvordan stemningslidelser kommer til uttrykk, og vil virke inn på de ulike kjønnenes mestringsstrategi ved depressiv lidelse. Mannens oppsøking av hjelpetjenester kan også ses i sammenheng med strukturelle normer og stigma, der forventninger og holdninger til hvordan mannen skal møte følelsesmessige påkjenninger vil virke inn på mannens kontakt med helsetjenesten.

Det kommer frem at menn kan oppleve en motvilje for å oppsøke helsetjenester på grunn av forventninger om diskriminering, og individets egne fordommer til vanlige behandlingsformen. Samtidig har mannen utbytte av hjelpetjenester da dette bidrar til å skape forståelse for egne følelsesmessige påkjenninger.

Nøkkelord: Depresjon, kjønn, psykisk helse, stemningslidelser, stigma

Abstract

This thesis aims to examine how one can understand mood disorders in men, and what consequences issues related to mental health can have for men's chances in seeking help.

The thesis is based on theory about depression, stigma, and social norms to give an understanding of how depression expressed in men, and which factors in society can affect men and women's mental health.

This is a theoretical thesis based on theory and research on depression, gender differences in mental health, stigma as a phenomenon and the consequences of stigmatization for the development of mood disorders such as depression.

Central symptoms of depressive disorder are fatigue and lowered mood, but there may be differences in how depression is expressed by men and women. This is conditioned by cultural norms related to gender and the coping strategies men and women choose experiencing mental health issues.

Stigma associated with mental health is also a key factor in how mood disorders are expressed, and will affect the different genders' coping strategy for depressive disorder. Men's probability for seeking healthcare services can also be seen in connection with social norms and stigma, where expectations and prejudice about how men should deal with emotional stress will affect men's contact with mental health services.

Findings show that men may experience a reluctance to seek help for mental health issues because of their beliefs regarding psychotherapy treatment and anticipations related to discrimination. Despite this group's scepticism to psychotherapy, findings show that the men's contact with mental health services can create an understanding for one's own mental health.

Keywords: Depression, gender, mental health, mood disorders, stigma

Forord

Hei! Eg er Mr. Sur og Tverr

År for år blir det verr' og verr'

Eg starta ut som ein munter gut

Så kom Tverr og Sur og skremde 'n ut

- *Odd Nordstoga (2011), Kaldt Vatn*

Takk til veileder Anders Bergstøl for gode samtaler underveis i prosessen.

Takk til gode medstudenter som har kommet med oppmuntrende og støttende ord i løpet av denne våte og kalde våren, det har vært kjærkomment i møte med et ellers tungt tema.

Innhold

| | |
|---|-----|
| Sammendrag | iii |
| Abstract | iv |
| Forord | v |
| Innhold | vi |
| 1. Innledning | 1 |
| 1.1 Aktualisering | 1 |
| 1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål | 2 |
| 2. Kunnskapsgrunnlag | 4 |
| 2.1 Bakgrunn | 4 |
| 2.2 Depressiv lidelse | 6 |
| 2.1.2 Behandling av stemningslidelser | 7 |
| 2.2 Kultur, kjønn og psykisk helse | 9 |
| 2.3 Stigma og psykisk helse | 13 |
| 2.3.1 Offentlig stigma og selvstigma | 13 |
| 3. Diskusjon | 16 |
| 3.1 Hvordan kommer depresjon til uttrykk hos menn og kvinner? | 16 |
| 3.2 Hvordan påvirker stigma individets psykiske helse? | 17 |
| 3.3 Hvordan virker stigma inn på individets oppsøking av hjelpetjenester? | 19 |
| 4. Konklusjon | 22 |
| Referanseliste | 24 |

1. Innledning

I den vestlige verden blir det diagnostisert dobbelt så mange kvinner som menn med depressiv lidelse på generell basis, til tross for at mesteparten av selvmord blir utført av menn (World Health Organization, 2020, ss. 16-17). Mannens psykiske helse knyttet til depresjon og selvmord er et felt det har vært lite fokus på i psykisk helsevern (Strand, 2014), men som har blitt problematisert i forskningen i nyere tid da kunnskapen rundt selvmord hos menn som gruppe har vært begrenset med grunnlag i at forståelsen er basert på behandlingsmodeller som fokuserer på sykdom fremfor konteksten rundt selvmordshandlingen (Borge, 2018).

Problemstillinger om mannen og hans psykiske helse har i forskningen fått mer oppmerksomhet internasjonalt enn i Norge, hvor stemningslidelser hos menn blant annet blir relatert til mannens sosiale posisjon i samfunnet knyttet til forventninger, normer og verdier relatert til hans tradisjonelle kjønnsrolle.

Kjønnsforskjeller knyttet til psykisk helse oppstår allerede i barndommen, der det har blitt rapportert at jenter i større grad enn gutter opplever å bli utsatt for angst og depresjon (Mæland & Haugland, 2007, ss. 71-72). I Norge er forekomsten av stemningslidelser som depresjon tilnærmet lik hos både gutter og jenter i småbarn- og skolealderen, men i overgangen til puberteten og ungdomsårene blir jenter rammet av depresjon i større grad enn gutter (Folkehelseinstituttet, 2018). I den voksne befolkningen oppfylder kvinner oftere enn menn kriteriene for angstlidelser og depressiv lidelse (Dahl, 2007, s. 169), og på verdensbasis blir flere kvinner diagnostisert med disse lidelsene (World Health Organization, 2017, s. 8). I forhold til psykiske helseplager knyttet til rusmisbruk og avhengighet, forekommer dette oftere hos menn (Dahl, 2007, s. 75), der særlig alkoholmisbruk er vanligere hos den mannlige delen av befolkningen i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 105). Individets selvoppfatning i forhold til normer og roller knyttet til kjønn i det miljøet de lever, er faktorer som betinger kjønnetenes atferdsmønster (Mæland & Haugland, 2007, s. 78).

1.1 Aktualisering

De siste par årene har gutter og menns psykiske helse blitt omtalt i media i større grad enn før, med fokus på at menn må være mer åpne om vanskelige følelser og problemer de opplever (Bjurstrøm, 2020). I kronikken «Alle de triste gutta» (Holmen, 2020) kommer det frem at flere unge gutter og menn opplever at det er utfordrende å dele vanskelige følelser med andre, og følelsene gutter fremviser ikke nødvendigvis reflekterer hvordan de har det på innsiden. I

Norge har mannens psykiske helse blitt et aktuelt tema i populærkulturen for ungdom og unge voksne gjennom serier som «Rådebank» (Elissaen, 2021) og «Sigurd fårke pult» som tar for seg problemstillinger knyttet til unge menns psykososiale helse med fokus på relasjoner, tilhørighet og følelsen av å ikke mestre eget liv (Hammer, 2020). Seriene tematiserer også det å ikke bli tatt seriøst i møte med hjelpeapparatet, og hvordan dårlig psykisk helse hos unge menn ofte ikke kommer til uttrykk. Dette står i kontrast til hvordan psykiske lidelser har blitt fremstilt tidligere, der ulike lidelser hos både menn og kvinner blir fremstilt som en form for galskap (Haider, 2018) som kan bidra til stigmatisering av psykiske helseplager. Stigma knyttet til psykiske helseproblemer er en sentral utfordring i sosialt- og helsefaglig arbeid, da dette kan virke inn på individets vilje for å kontakte helsetjenesten (Holm, 2014). På et strukturelt nivå kan stigmatisering av psykiske lidelser virke inn på mulighetene de har i forhold til for eksempel arbeid (Kolseth, Våge, & Nylenna, 2021), der personer med utfordringer knyttet til psykisk helse opplever å bli valgt bort som jobbsøkere.

I forhold til stemningslidelser som depresjon er det flere dimensjoner som virker inn på hvordan menn som gruppe opplever psykiske påkjenninger, der sosiokulturelle og samfunnsmessige strukturer og normer knyttet til kjønn, stigma og hjelpeapparatet sammen med biologiske forklaringer er sentrale faktorer (Mæland J. G., 2020, ss. 150-154).

At menn ikke tar kontakt med hjelpeapparatet gjør det utfordrende for helse- og sosialarbeidere å møte menn på en god måte, der en konsekvens av dette er at det kan være utfordrende å oppdage menn med psykiske helseplager. For at helse- og sosialarbeidere skal kunne tilby et godt tjenestetilbud, er det nødvendig å være bevisst hvordan normer og verdier knyttet til kjønn virker inn på stemningslidelser, og de utfordringene menn som gruppen kan oppleve relatert til stigma og psykisk helse.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Med utgangspunkt i tematikken rundt psykisk helse hos menn er det vesentlig for sosialarbeidere i møte med menn som gruppe å ha kunnskap knyttet til depresjon som psykisk lidelse, og årsaker for hvorfor menn i mindre grad enn kvinner oppsøker ulike hjelpeinstanser i primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette er nødvendig for at helse- og sosialarbeidere i større grad skal kunne være bevisst hvordan psykiske lidelser kan komme til uttrykk hos menn for å kunne utøve nødvendig hjelp. For å undersøke dette temaet stilles derfor problemstillingen:

Hvordan forstå stemningslidelser hos menn, og hvilke konsekvenser kan dette ha for deres oppsøking av hjelpetjenester?

For å svare på problemstillingen har denne videre blitt delt inn i tre ulike forskningsspørsmål. Som helse- og sosialarbeider er det nødvendig å ha kunnskap om ulike psykiske lidelser som depresjon og hvilke behandlingsformer som benyttes, slik at individet kan motta den hjelpen som er nødvendig. På bakgrunn av dette er det viktig at helse- og sosialarbeidere har kunnskap om hvordan depresjon uttrykker seg ulikt mellom menn og kvinner slik at hjelpeapparatet kan møte menn som gruppe på best mulig måte. Det første forskningsspørsmålet er derfor:

Hvordan kommer depresjon til uttrykk hos menn og kvinner?

En konsekvens av dårlig psykisk helse er at individet kan oppleve at de ikke lever opp til de forventningene miljøet de tilhører har til deres sosiale rolle. I sosialt- og helsefaglig arbeid er det derfor nødvendig å ha kjennskap til hvordan faktorer i samfunnet bidrar til stigmatisering av personer med dårlig psykisk helse. Det andre forskningsspørsmålet er derfor:

Hvordan påvirker stigma individets psykiske helse?

Stigma knyttet til psykisk helse er videre en sentral faktor for individets kontakt med ulike hjelpetjenester, der statistikk viser at menn på generell basis er i mindre kontakt med hjelpetjenester for psykiske helse enn kvinner. Det er derfor nødvendig med en forståelse for sosiale faktorer som spiller inn på individets oppsøking av hjelpetjenester. Det tredje forskningsspørsmålet vil undersøke:

Hvordan virker stigma inn på individets oppsøking av hjelpetjenester?

2. Kunnskapsgrunnlag

For å undersøke tematikken rundt depresjon, kjønn og stigma er det nødvendig å ha kjennskap til depressiv lidelse som diagnose, sosialiseringen av menn og kvinner i samfunnet, og teori om stigma. I den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer blir depresjon kategorisert som en *affektiv lidelse*, eller stemningslidelse, under kodene F32 for «depressiv episode», F33 for «tilbakevendende depressiv lidelse» og F34 for «vedvarende affektive lidelser» som innebærer mildere depresjon som vedvarer over tid (Verdens helseorganisasjon, 2019, ss. 66-74). Ved depresjon forekommer det flere symptomer som påvirker den rammedes livskvalitet, der et sentralt symptom er senket stemningsleie over en lengre periode (Verdens helseorganisasjon, 2019, ss. 66-67). For å skape en forståelse av hvordan depressiv lidelse kommer til uttrykk hos individet vil det være aktuelt å sette stemningslidelsen i en samfunnsvitenskapelig kontekst. Strukturer i samfunnet knyttet til *normer* og *verdier* i forhold til kjønn og roller er sentrale faktorer som virker inn på hvordan enkeltindividet handler i det miljøet de tilhører. Begrepet *stigma* blir i sosiologien benyttet for å beskrive egenskaper og kjennetegn ved en person eller gruppe som fører til at de ikke blir akseptert i det miljøet de beveger seg i (Schiefløe, 2019, s. 202), egenskaper som kan føre til stigmatisering er blant annet sykdom, religiøs tilhørighet og etnisitet. I arbeidet med forståelsen av hvordan psykiske lidelser kan bidra til stigmatisering, blir det skilt mellom offentlig stigma og selvstigma, der offentlig stigma er stigmatisering som kommer frem i samfunnet – og selvstigma som innebærer at den deprimerte internaliserer de negative holdningene til psykiske lidelser som kommer frem i samfunnet (Simonsen, 2015, s. 135). Databasen Oria (www.oria.no) har vært benyttet for innhenting av forskning rundt temaet, med en kombinasjon av ulike søkeord på norsk og engelsk. Søketermene som har vært benyttet er: «kjønn», «menn», «psykisk helse», «stigma» og «depresjon». På engelsk har kombinasjoner av søkeordene: «gender», «men», «depression», «mental health», «mental illness» og «stigma» blitt brukt.

2.1 Bakgrunn

Folkehelseinstituttets rapport «Psykisk helse i Norge» fra 2018 viser at kvinner i større grad enn menn er i kontakt med primær- og spesialisthelsetjenesten for konsultasjon og behandling for psykiske lidelser. Rapporten viser blant annet at 12,1 prosent av kvinner var i kontakt med fastlege eller legevakt for depressiv lidelse i tidsrommet 2011 til 2015, i motsetning til menn hvor bare 7,0 prosent var i kontakt med helsetjenestene (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 35).

Psykiske lidelser forekommer sjeldent alene, og rapporten viser en klar komorbiditet (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 32) mellom blant annet angst og depresjon, hvor kvinner også er overrepresentert i antall personer som er i kontakt med helsevesenet for angstlidelser (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 37). Man ser også en stor sammenheng mellom psykiske lidelser og rusproblematikk, der studier viser at en høy andel av pasienter i behandling knyttet til rusproblemer også har en eller flere psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 106). Videre ble det i 2016 registrert til sammen 614 selvmord i Norge, der 418 av disse ble utført av menn (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 118). I Norge er risikoen for å begå selvmord omtrent dobbelt så høy for menn som for kvinner, og i Europa er selvmordsraten generelt lavere blant kvinner enn hos menn (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 120). Selvmord og selvmordsproblematikk er nært knyttet til ulike psykiske lidelser som depresjon, eller andre psykiske og somatiske helseplager knyttet til rus, angst og kognitive tilstander (Stänicke, 2018, ss. 381-382), og er et fenomen som blir tematisert i en rekke ulike fagfelt. Symptomer og årsakssammenhenger knyttet til selvmord og depresjon kan være vanskelige å oppdage da dette kan være en konsekvens av vanskelige følelser, psykiske og somatiske påkjenninger. Dette blir problematisert i en norsk studie om selvmord blant unge menn fra 2018 (Rasmussen & Diesrud, 2018), der det gjennom 61 dybdeintervju med etterlatte kommer frem at tegn for selvmordsrisiko hos unge menn kan være helt eller delvis skjulte, eller så tvetydige at faren for selvmord eller alvorlig psykisk lidelse ikke blir tatt på alvor. I intervjuene kommer det frem at mennene viser stor mestringsevne på flere arenaer som skole og jobb, samtidig som de har hatt et sosialt nettverk som ikke har hatt grunnlag for å være bekymret for den de har mistet. Dette er en problemstilling som knyttes både til den allmenne kunnskapen om psykiske lidelser, og tilgang til helsetjenesten og det tilgjengelige tjenestetilbudet (Rasmussen & Diesrud, 2018). Videre i studien kommer det frem at flere av de avdøde ikke var i kontakt med helsetjenesten, til tross for at pårørende oppfordret til dette. Årsaken til at de unge mennene ikke kontaktet relevante helsetjenester blir satt i sammenheng med følelse av skam eller følelse av nederlag knyttet til mestring av eget liv (Rasmussen & Diesrud, 2018).

På generell basis er menn i mindre grad enn kvinner i kontakt med primær- og spesialisthelsetjenestene relatert til psykisk uhelse, der kvinner er overrepresentert i statistikken for depressive lidelser og angstlidelser. Samtidig er menn som gruppe overrepresentert i diagnose- og behandlingsstatistikk for rusrelaterte lidelser, hvor gruppen også er overrepresentert i selvmordsstatistikken. Det er ingen klar årsak for hvorfor menn ikke

kontakter hjelpetjenester i møte med psykiske utfordringer, men fenomenet kan knyttes til følelser av skyld og skam relatert til å ikke mestre eget følelsesliv.

2.2 Depressiv lidelse

Depressiv lidelse blir i den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer kategorisert som en *affektiv lidelse*. Stemningslidelser kjennetegnes av både psykiske og somatiske symptomer, der karakteristiske symptomer for depressiv lidelse er nedstemthet ved mangel på interesse, glede og lav energi, ofte i kombinasjon med lav selvfølelse, skyldfølelse og nedsatt konsentrasjonsevne (Skårderud, Haugsjerd, & Stänicke, 2018, s. 362). Nasjonalt og internasjonalt blir flere kvinner enn menn diagnostisert med depressiv lidelse, og i tidsperioden 2011-2015 var det i Norge nesten dobbelt så mange kvinner som menn til konsultasjon for depressiv lidelse (Folkehelseinstituttet, 2018, ss. 35-36). Dette er også gjeldende på verdensbasis, der depresjon oftere forekommer hos kvinner i alle aldersgrupper fra 15 til 80 år (World Health Organization, 2017, ss. 8-9). Det ligger flere årsaker bak hvorfor personer blir rammet av depresjon, og faktorer knyttet til biologi, arv, psykologi, kultur og samfunn er forhold som spiller inn på utviklingen av depresjon (Eknes, 2006, s. 52). Dette kan være årsaker knyttet til vanskelige livshendelser som oppleves belastende, som tap av nære relasjoner i tidlig barndom eller senere i livet (Eknes, 2006, ss. 52-53). Dette kan innebære dårlig tilknytning til viktige andre i barndommen, belastninger i form av traumer knyttet til omsorgssvikt, kriser eller overgrep i tidlig alder, eller tap av viktige andre i voksen alder gjennom skilsmisser, død eller alvorlig sykdom (Eknes, 2006, s. 54). Depresjon kan også ha miljømessige og sosiale årsaker, som problemstillinger knyttet til økonomi, tap av rolle og status, og hendelser i livet som bidrar til store forandringer; som å bytte bosted eller arbeidsplass der man kan oppleve andre mestringskrav enn forventet (Eknes, 2006, ss. 54-55). To sentrale begreper i forståelsen av depresjon er følelsene skyld og skam (Eknes, 2006, s. 55). Individets følelse av skam kan knyttes til flere forhold i personens liv. Årsakene for de negative følelsene kan for eksempel være belastende og traumatiske hendelser i barndommen, eller miljømessige og sosiale faktorer knyttet til forventninger i samfunnet personen tilhører. Følelsen av skyld er ofte relasjonelt forankret, der skyldfølelsen blir en konsekvens av at man har forsømt, skadet eller såret andre. I noen tilfeller kan skyldbyrden som den deprimerte bærer bli så stor at dette går ut over individets evne til å føle og anerkjenne glede.

Forskning viser at det ikke er noen særegne mønster for hvordan depresjon arter seg hos de ulike kjønnene, men at det forekommer forskjeller i hvordan depresjon kommer til uttrykk hos

menn og kvinner, der kvinner i større grad enn menn internaliserer lidelsen ved å velge mestringsstrategier hvor de trekker seg tilbake og blir passive (Parker & Brotchie, 2010, s. 434). Denne formen for mestringsstrategi innebærer ofte innagering ved at den deprimerte skjuler følelser ved å tie og vende blant annet aggressive følelser mot en selv (Maji, 2018, ss. 397-400). Menn velger ofte mestringsstrategier der vanskelige følelser blir eksternalisert gjennom aggresjon og utagerende og risikofylt atferd (Parker & Brotchie, 2010, s. 434). Den utagerende atferden som knyttes til den eksternaliserende mestringsstrategien menn velger i møte med depressiv lidelse kommer ofte til uttrykk gjennom aggressivitet, irritabilitet, rus- og alkoholmisbruk, og annen impulsiv atferd (Oliffe et al., 2019, s. 103).

2.1.2 Behandling av stemningslidelser

Stemningslidelser som depresjon blir i dag behandlet gjennom både psykologiske og biologiske behandlingsformer, avhengig av lidelsens alvorlighetsgrad (Skårderud et al., 2018, s. 375). Biologisk behandling ved depresjon innebærer i hovedsak medikamentell behandling ved antidepressiva i tillegg til psykoterapeutisk behandling, der hensikten med antidepressiva vil være å stabilisere og vedlikeholde brukerens stemningsleie (Skårderud et al., 2018, ss. 375-376). Psykologisk behandling blir delt inn i fire hovedtyper (Skårderud et al., 2018, ss. 376-379); *psykoedukasjon* som består av informasjonsformidling om ulike psykiske lidelser til pasient og pårørende, og hvilke behandlingsformer som er aktuelle for pasientens stemningslidelse. *Korttidspsykoterapi* ved depresjon består hovedsakelig av kognitiv terapi, der det blir foretatt systematisk kartlegging av symptomer og aktuelle faresignaler ved pasienten, og av konteksten rundt lidelsen, som pasientens psykososiale livssituasjon. Formålet med kartleggingen vil være å identifisere pasientens kognitive skjemaer og tanker for at pasient og behandler skal kunne opprette mål og delmål for å forebygge selvsaboterende kognitive skjema og utfordre pasientens automatiske tanke sett (Skårderud et al., 2018, s. 377). *Forebyggende støtteterapi* blir benyttet ved blant annet tilbakevendende depressiv lidelse, med hensikt å støtte pasienten i de påkjenningene de møter for å forebygge stress som kan utløse nye depressive episoder (Skårderud et al., 2018, s. 377). Støtteterapi skal også opprettholde pasientens motivasjon til å fullføre biologisk behandling ved medikasjon, og til å unngå stressfremkallende situasjoner og livsmønstre (Skårderud et al., 2018, s. 377). *Psykodynamisk psykoterapi* er en behandling som blir benyttet ved flere former for stemningslidelser, og hovedsakelig ved lettere og moderate lidelser, der målet med behandlingen er å fremme pasientens egen evne til å regulere negative følelser (Skårderud et al., 2018, s. 377). En forutsetning for denne behandlingstypen er at pasienten er motivert, og

at det foreligger en god relasjon mellom pasient og behandler både emosjonelt og kognitivt (Skårderud et al., 2018, s. 377). Behandlingen av stemningslidelser hos voksne er i helsesystemet fordelt mellom primær- og spesialhelsetjenestene, der de ulike tjenestene har ulike ansvarsområder og oppgaver relatert til pasientens tilstand og symptombylde, som legger føringer for henvisning, aktiv- eller akutt behandling (Helsedirektoratet, 2009, s. 31).

Primærhelsetjenestens ansvarsområde i forhold til behandlingen av depressiv lidelse hos voksne er hovedsakelig behandling av mild til moderat depresjon (Helsedirektoratet, 2009, s. 51 og 55). Om pasienten skal tilbys råd og oppfølging, eller aktiv behandling i primærhelsetjenesten er avhengig av pasientens fremvisning av symptom, deres sykdomshistorie, sosiale nettverk, funksjonsevne og selvmordsrisiko (Helsedirektoratet, 2009, s. 32). Rådgivning og oppfølging av symptomutvikling skal tilbys om pasienten viser få symptomer for depresjon som har vart i mindre enn to uker, eller som har vært periodisk tilbakevendende, dersom pasienten viser fem symptomer eller mer gir dette grunnlag for aktiv behandling (Helsedirektoratet, 2009, s. 32). Lite sosial støtte er en faktor som gir grunnlag for aktiv behandling i primærhelsetjenesten, dette gjelder også om pasienten, eller noen i deres familie har depresjon i sin sykdomshistorikk (Helsedirektoratet, 2009, s. 32). Videre er selvmordstanker og funksjonstap faktorer som gir grunnlag for aktiv behandling. Dersom pasienten viser lite tap av funksjonsevne og ikke uttrykker risiko for selvmord vil dette være grunnlag for råd og oppfølging (Helsedirektoratet, 2009, s. 32). Henvisning til spesialhelsetjenesten vil være nødvendig dersom pasienten har dårlig utbytte av behandling, eller at ønsker henvisning til spesialhelsetjenesten. Videre har pasienten rett på henvisning til spesialisthelsetjenesten om de har hatt tilbakefallsepisode av lidelsen innen ett år, det forekommer risiko for selvmord, og nedsatt evne til egenomsorg (Helsedirektoratet, 2009, s. 33). Henvisning til akutt psykisk helsevern er nødvendig dersom pasienten har selvmordsplaner, eller fremviser psykotiske symptomer og andre alvorlige symptomer, og alvorlig nedsatt evne til egenomsorg (Helsedirektoratet, 2009, s. 33).

Behandling av gjennom samtalerapi er en effektiv behandlingsform for stemningslidelser (Rabinowitz & Cochran, 2008, s. 576), men oppsøkingen av denne type behandling kan være en utfordring for menn som gruppe. Mannens utfordring med å kontakte hjelpetjenester blir i forskning sett i sammenheng med at menn kan oppleve det som stigmatiserende å anerkjenne og formidle psykiske påkjenninger, fordi det bryter med strukturelle normer og forventninger til deres kjønnsrolle (Moss-Racusin & Miller, 2016, s. 321).

2.2 Kultur, kjønn og psykisk helse

I en sosiologisk og sosialantropologisk kontekst er *kultur* et begrep for å beskrive sentrale trekk ved et samfunn, som menneskene som tilhører samfunnet tar med seg fra tidligere generasjoner, og bringer videre til nye generasjoner (Schiefløe, 2019, s. 122). Et samfunns kultur omfatter blant annet samfunnets normer, verdier, moral, viten, tro, skikker, og koder og symboler som mennesker bærer, og er en viktig forutsetning for samfunnets eksistens (Schiefløe, 2019, s. 122). De kulturelle omgivelsene individet lever og vokser opp i, er avgjørende for utviklingen av kunnskap og ferdigheter, og de holdningene og verdiene individet bærer (Schiefløe, 2019, s. 127). Videre vil kulturen individet tilhører og bærer med seg være styrende for hva som oppfattes positiv og negativ atferd i det miljøet en tilhører (Schiefløe, 2019, ss. 128-129). Kulturer som sosiale fenomen består også av normative elementer som definerer hva som er akseptabelt og uakseptabelt i forhold til normer, holdninger og atferd i den kulturen og miljøet individet tilhører (Schiefløe, 2019, s. 129). Normer står sentralt i mellommenneskelige relasjoner og er betinget av verdiene og forventningene i samfunnet som individet beveger seg, normer legger dermed føringer for hvordan det er akseptabelt og uakseptabelt å handle i miljøet man lever i (Schiefløe, 2019, ss. 141-142).

Mennesket må alltid forholde seg til ulike sosiale strukturer, som er mønstre av sosiale elementer som legger føringer, muligheter og begrensninger for individets atferd og tilpasning (Schiefløe, 2019, s. 199). I den samfunnsmessige konstruksjonen av kjønn står kjønnsroller sentralt i sosialiseringen av gutter og jenter, der kjønnsidentitet formes av de forventningene og kravene som blir stilt de ulike kjønnene (Schiefløe, 2019, s. 205). Det tradisjonelle bildet av kjønn står fremdeles sterkt i flere miljøer, der kvinnen blir oppfattet som emosjonell, omsorgsorientert, lite ambisiøs og passiv; samtidig som mannen er instrumentell, rasjonell, aggressive og aktiv (Schiefløe, 2019, s. 205). I et historisk perspektiv har kjønnsroller også stått sterkt i psykologien; der den psykisk sunne mannen har blitt ansett som selvstendig, handledyktig, rettferdig og med evne til å realisere egne potensialer (Dahl, 2007, s. 164). I psykologien har kvinnen dermed blitt sett på som mannens motsetning, der det har blitt lagt vekt på motsatte verdier, der hun har blitt sett på som passiv, sårbar, følsom og uselvstendig (Dahl, 2007, s. 164). Dette er oppfatninger som i ulike samfunnsmessige kontekster kan spille inn på hvordan menn og kvinners psykiske og somatiske helse kommer til uttrykk (Srivastava & Anand, 2020, s. 13). I et internasjonalt perspektiv ser man at normer knyttet til kjønn har stor innvirkning på kvinner sin posisjon i samfunnet (Srivastava & Anand, 2020, ss. 8-9), og

betingelser blant annet atferd og muligheter til personlig utfoldelse. Sosiokulturelle forventninger til menns atferd legger vekt på stereotypiske maskuline kvaliteter, som kan knyttes til risikofylt atferd i forhold til rus- og alkoholbruk, aggressivitet i møte med konflikter og aversjon for å kontakte hjelpetjenester (Srivastava & Anand, 2020, s. 12). Tradisjonelt blir mannens atferd knyttet til maskulinitet, der gutter blir sosialisert inn i en maskulin verden som legger vekt på at gutten skal dristig og modig (Bakketeig & Nordhaugen, 2007, ss. 92-93).

I en amerikansk studie bestående av intervjuer med 45 menn om deres erfaringer med depresjon og oppfølging fra hjelpetjenester for psykisk helse, kom det frem at menn skjuler vanskelige følelser for å ikke fremstå svake og sårbare i møte med motgang (Rochlen et al., 2010, s. 168). Et sentralt tema som blir presentert i studien, var mannens evne til å gi uttrykk for eget følelsesliv og å sette ord på egne følelser. Deltagerne la vekt på at de sjeldent snakket om følelser eller relasjonelle forhold med andre, med mindre dette var temaer knyttet til en konkret problemstilling som måtte løses (Rochlen et al., 2010, s. 169). Mannens sosiale rolle er også et tema som blir tatt opp i intervjuene, der det blir trukket frem at mennene opplevde at det ikke var forventet at menn skulle fremvise negative følelser, der tristhet og gråting ble assosiert med å være svak (Rochlen et al., 2010, ss. 169-170). For deltagerne var det heller ikke forventet at menn skal uttrykke glede, for dette var følelsesuttrykk som bryter med den sosiale konstruksjonen av den stoiske mannen som skal være tøff, sterk og selvstendig (Rochlen et al., 2010, s. 170). Å fremvise glede ble av deltagerne i studien ikke regnet som en maskulin egenskap (Rochlen et al., 2010, s. 172), der det depressive og nedstemte stemningsleiet ble ansett som mer akseptert og i tråd med mannens sosiale rolle.

Konsekvensene av depresjon relatert til mannens rolle i familien blir også tematisert i studien (Rochlen et al., 2010, s. 171), der deltagerne opplevde at lidelsen hadde en negativ innvirkning på deres funksjon som forsørgere og beskyttere ved at de blant annet opplevde problemstillinger knyttet til relasjonelle konflikter. I relasjon til depressiv lidelse fortalte flere av deltagerne at de opplevde at depresjon hos menn artet seg annerledes enn hos kvinner, der de måtte vise et falskt ytre av stabilitet, og skjule negative følelser og indre smerte (Rochlen, et al. 2010, s. 171). Deltagerne i studien erfarte også at de skjulte og distanserte seg fra negative følelser gjennom rus- og alkoholbruk, overtidsarbeid eller andre former for eskapisme (Rochlen et al., 2010, s. 171). I studien kommer det frem at deltagerne var ambivalente til ulike behandlingsformer for psykiske lidelser som samtalerapi og psykofarmaka; terapeutens rolle ble blant annet oppfattet som lite konkret og inaktiv, samtidig som behandlingstilbudene bidro til at deltagerne fikk et nytt perspektiv på depresjon som en

legitim lidelse (Rochlen et al., 2010, ss. 171-172). Motviljen for å kontakte hjelpetilbud blir i studien sett i sammenheng med normer og holdninger knyttet til mannens sosiale rolle som selvstendig i møte med motgang (Rochlen et al., 2010, s. 173).

Relatert til psykisk helse er sosiokulturelle faktorer sentrale for hvordan psykiske lidelser utvikler seg og kommer til uttrykk hos menn og kvinner (Mæland & Haugland, 2007, s. 80). På generell basis er det vanskeligere for menn å uttrykke og sette ord på egen følelsesmessig tilstand, noe som kan knyttes til sosialisering og identitetsutvikling i tidlig barndom; der jenter utvikler kompetanse knyttet til følelser og relasjoner i større grad enn gutter, hvor identitet blir knyttet til konkurranse og prestasjoner (Mæland & Haugland, 2007, s. 81). Normer og atferd relatert til kjønn påvirker også hvordan menn og kvinner håndterer vanskelige følelser, der mannen i større grad enn kvinnen undertrykker vanskelige følelser som en del av sin mestringsstrategi i møte med emosjonelle utfordringer (Dahl, 2007, s. 172). I studier forekommer det også forskjeller for hva menn og kvinner opplever som utløsende årsak for dårlig psykisk helse, der kvinner legger vekt på relasjonelle forhold og følelsesmessige påkjenninger, i motsetning til menn som legger vekt på somatiske helseplager og problemstillinger knyttet til arbeid og arbeidsløshet (Dahl, 2007, s. 167). Annen forskning viser blant annet at menn snakker mer åpent om fysiske påkjenninger i forhold til psykiske helseplager som depresjon, i kontrast til kvinner som i større grad setter ord på følelser (Anderman, 2010, s. 505).

I en svensk studie bestående av 23 intervjuer med menn og kvinner i alderen 17 til 25 år om deres opplevelse og erfaring med depresjon, kommer det frem at menn og kvinner har forskjellige mestringsstrategier og følelser knyttet til depresjon og forventninger til kjønn (Danielsson, Bengs, Samuelsson, & Johansson, 2011, ss. 612-613). Relatert til mestringsstrategi var identitet og selvilde sentrale faktorer, hvor de kvinnelige deltagerne var opptatt av hvordan de ble oppfattet av andre, og om de handlet riktig i forhold til sosiale koder (Danielsson et al., 2011, s. 615). Relatert til erfaringer rundt å drøfte og å gi uttrykk for vanskelige følelser overfor andre var det et klart skille mellom gruppene, der de kvinnelige deltakerne opplevde at de lett kunne snakke med andre om egne følelser og personlige utfordringer (Danielsson et al., 2011, s. 615). De mannlige deltagerne beskrev en mestringsstrategi hvor de kunne fundere og prøve å løse problemer alene, uten å dele dette med andre fordi det ikke var forventet at de skulle gjøre dette fra sine omgivelser (Danielsson et al., 2011, s. 615). Samtidig kommer det frem at de mannlige deltagerne opplevde å bli møtt

med positive sanksjoner om delte vanskelige følelser med andre (Danielsson et al., 2011, s. 618).

Studien illustrerer også hvordan menn og kvinner har forskjellige bilder og opplevelser av hva depresjon innebærer. Bildet av den deprimerte kvinnen ble av kvinnelige deltagere beskrevet som en person som var sårbar, avhengig av andre og som fremviser følelser ved å gråte (Danielsson et al., 2011, s. 614-615). Mennene som deltok i studien identifiserte seg i stor grad med maskuline forbilder fra fiksjon og film, der de oppfattet seg selv som et handlende subjekt i møte med et individuelt problem de hadde ansvar for å løse selv (Danielsson et al., 2011, s. 615). En fellesnevner blant deltagerne i studien var at begge kjønnene opplevde at depresjon ble forbundet med følelsene håpløshet og ensomhet, og opplevelsen av å ikke ha kontroll over eget liv (Danielsson, et al., 2011, s. 615). I relasjon til følelser knyttet til psykisk helse kom det frem flere forskjeller mellom kjønnene, kvinnene formidlet at de var bekymret for områder ved livet de ikke hadde kontroll over, og at de kunne føle skam rundt forholdet til egen kropp (Danielsson et al., 2011, ss. 615-616). Dette står i kontrast til mennene, som skjulte nedstemthet gjennom aggresjon for å fremstå tøffe og lite sårbare (Danielsson et al., 2011, s. 616). Videre formidlet mannlige deltagere i studien at følelsen av skam knyttet til negativ psykisk helse var enklere å forholde seg til om de var i kontakt med hjelpetjenesten (Danielsson et al., 2011, s. 618).

Flere av mennene i studien opplevde at det å dele vanskelige følelser med andre gikk imot de normene som var forventet fra dem, fordi det ikke var forventet å dele personlige problemer med venner (Danielsson et al., 2011, s. 616). Relatert til dette var det flere av mennene i studien som gav uttrykk for at de skammet seg over negative følelser, som videre i studien knyttet til ønsket unge mennesker har til å passe inn i miljøet deltagerne tilhører (Danielsson et al., 2011, s. 616 og 620). Sosialisering og normer relatert til kjønn blir i studien fremstilt som en faktor i deltagerens relasjonelle forhold, der deltagerne formidlet en stereotypisk oppfatning av kjønn og kjønnsroller i fremstillingen av egne foreldre. Mor ble ofte beskrevet med kvaliteter knyttet til mors- og kvinnerollen som empatisk og omsorgsfull overfor andre, samtidig ble far beskrevet som fraværende, distansert og likegyldig, men også sterk, stødig og rolig (Danielsson et al., 2011, s. 617 og 620). Videre var det forventet at farsfiguren ikke skulle være sårbar, og ikke vise følelser i møte med motgang. Et sentralt poeng som kommer frem i studien var at deltagerne var bærere av de stereotypiske normene og verdiene knyttet til kjønnsroller, der flere av de mannlige deltagerne knyttet egne utagerende mestringsstrategier opp mot fedrenes atferd i møte med personlige utfordringer (Danielsson et al., 2011, s. 617).

Med dette ser man at sosiale normer og verdier i samfunnet betinger individets atferd, og hvordan forventinger til de ulike kjønnene virker inn på sosialiseringen av gutter og jenter. Sosialiseringprosessen kan videre virke inn på mestringsstrategiene menn og kvinner velger i møte med påkjenninger og utfordringer relatert til deres psykiske helse, der den stereotypiske fremstillingen av kjønnsroller kan være en sentral faktor for hvordan individet velger å handle. I forskning kommer det frem at menn og kvinner har ulike former for mestringsstrategier i møte med følelsesmessige påkjenninger og negative følelser, hvor menn i ofte velger å eksternalisere den psykiske lidelsen gjennom utagerende og aggressiv atferd imens kvinnes internaliserer lidelsen og uttrykker den gjennom innagering i form passivitet og nedstemthet.

2.3 Stigma og psykisk helse

Begrepet *stigma* blir av Goffman definert som en egenskap ved individet som vil være diskrediterende i møte med sosiale relasjoner (Goffman, 1968, s. 13). Egenskapene som bidrar til at individet blir stigmatisert vil i seg selv inneha hverken en positiv eller negativ verdi, da verdien egenskapene har er betinget av de arenaene individet tilhører og beveger seg i (Goffman, 1968, s. 13). Et karaktertrekk som blir oppfattet negativt i en sosial relasjon, kan være normen i en annen (Goffman, 1968, s. 13). Videre skiller Goffman mellom tre former for stigma: Fysiske kjennetegn, egenskaper ved personen som blir oppfattet negativ, og personens gruppetilhørighet (Goffman, 1968, s. 14). Egenskaper som oppfattes som negative er holdninger og handlinger som oppleves som normbrytende, eller personlige egenskaper knyttet til seksualitet, rusmisbruk, arbeidsløshet og psykisk helse; for eksempel psykisk sykdom eller selvmordsforsøk (Goffman, 1968, s. 14). Den stigmatiserte lever i det samme samfunnet som de som «normale», som er majoriteten av samfunnet som ikke bærer et tydelig stigma, og den stigmatiserte vil bære de samme holdningene knyttet til ulike stigma som majoriteten av samfunnet (Goffman, 1968, s. 17). Med utgangspunkt i denne definisjonen av *stigma*, blir begrepet anvendt i flere fagdisipliner innen psykologi, sosiologi og andre fagfelt for å beskrive og forstå egenskaper som bidrar til å marginalisere individer ved de blir diskriminert eller oppfattet negativt av miljøene at de beveger seg i (Link & Phelan, 2001, ss. 363-365).

2.3.1 Offentlig stigma og selvstigma

Relatert til psykisk helse skiller Corrigan og Watson mellom *offentlig stigma* som eksisterer på et gruppe- og systemnivå, og *selvstigma* som eksisterer på individnivå (Simonsen, 2015, s. 135). Offentlig stigma er stigmatisering av personer med psykiske lidelser som kommer til

utrykk gjennom diskriminerende holdninger i omgivelsene og samfunnet generelt (Simonsen, 2015). Stigma rundt psykisk helse på det offentlige nivået kan føre til diskriminering og negative sanksjoner mot både grupper og individer, ved at stereotypier og holdninger blir styrende for hvordan personer med ulike utfordringer knyttet til psykisk helse blir møtt i samfunnet (Corrigan, 2004, ss. 615-616). Dette er holdninger som ofte er en konsekvens av manglende kunnskap knyttet psykisk helse, som kan bidra til negative holdninger som kommer til uttrykk gjennom fordommer og diskriminering (Simonsen, 2015, s. 135). Negative holdninger til psykiske helseplager i samfunnet kan ha den konsekvensen at personer som opplever at de er rammet av denne typen skjult stigma, ikke ønsker å kontakte helsetjenester på grunn av internaliserte fordommer og frykt for å bli assosiert med den stigmatiserte gruppen de tilhører (Corrigan, 2004, s. 616). Den offentlige stigmatiseringen av psykiske lidelser kan føre til personlig stigmatisering ved at mennesker med psykiske lidelser internaliserer negative tanker og fordommer rundt egen psykiske helse (Simonsen, 2015, s. 136), noe som vil virke inn på enkeltpersonens selvfølelse og tro på egen mestringsevne, (Corrigan, 2004, s. 618). Selvstigma blir av Corrigan og Wattson definert som internalisering av negative følelser som skyld, skam og håpløshet, der individet opplever en frykt for diskriminering knyttet til psykiske lidelser (Simonsen, 2015, s. 136). Selvstigma består videre av *forventet stigma*, som er individets forventninger om å oppleve diskriminering og stigma knyttet til psykiske lidelser, i motsetning til *opplevd stigma* som er stigmatiseringen individet faktisk opplever (Simonsen, 2015, s. 136). Konsekvensen av å internalisere negative holdninger at individets selvbilde og mestringstro i forhold til eget liv blir svekket, som videre påvirker deres livskvalitet (Corrigan, 2004, s. 618). Samtidig ønsker ikke individet å bli assosiert med den stigmatiserte grupper på grunn av de negative egenskapene og verdiene assosiert med for eksempel psykiske lidelser (Corrigan, 2004, s. 618). Selvstigma rundt psykiske lidelser påvirker individet negativt på flere ulike felt, og studier viser at selvstigma kan knyttes til høyere symptomnivå, redusert selvtillit og mestringsfølelse, og et redusert fokus på å bedre egen livssituasjon (Simonsen, 2015, s. 136). Studier viser også at skam er en sentral faktor i hvorfor personer ikke ønsker å kontakte hjelpetjenestene knyttet til psykisk helse, der personer som opplever at de følte skam over egen psykisk helse, eller at deres nære sosiale nettverk bærer negative holdninger knyttet til psykiske lidelser ikke benytter seg av hjelpetjenester (Corrigan, 2004, s. 618). I tillegg til redusert bruk av hjelpetjenester, har studier vist at selvstigma kan virke inn på hvordan individet håndterer egen psykisk helse, gjennom blant annet sosial unngåelse og dårligere sosial funksjon, unnvikende mestringsstrategier og dårlig håndtering av egen lidelse (Simonsen, 2015, s. 136).

Offentlig stigma og selvstigma er sentrale prosesser for hvordan individet opplever egen psykisk helse, og stigmatiseringsprosessen relatert til psykiske lidelser har flere konsekvenser for individet (Moss-Racusin & Miller, 2016, s. 320). Stigmatiseringsprosessen kan blant annet føre til statustap; der individet opplever å møte sanksjoner i form av sosial utestenging, negative reaksjoner fra andre knyttet til frykt eller aggresjon, og diskriminering på ulike strukturelle nivå (Moss-Racusin & Miller, 2016, s. 320). I forskning rundt menn og kvinners opplevelsen av stigma relatert til psykiske lidelser som depresjon er tilnærmet lik hos de ulike kjønnene, der de møter ulike fordommer gjennom at de blir oppfattet som mindre imøtekommende og kompetente i forhold til andre (Moss-Racusin & Miller, 2016, s. 235). Menn som gruppe kan oppleve en forventning om å bli stigmatisert og diskriminert på grunnlag av dårlig psykisk helse, og kan derfor oppleve at det er en utfordring å kontakte hjelpetjenester (Moss-Racusin & Miller, 2016, s. 331). Den aktive handlingen å oppsøke helsetjenester kan føre til at mannen opplever redusert stigma knyttet til egen psykisk helse (Moss-Racusin & Miller, 2016, ss. 328-329), ved at mannen da blir sett på som aktiv handlere i tråd med normer assosiert med mannens sosiale rolle. I samfunnet kan det fremstå som mer normativt for kvinner å ta kontakt med hjelpetjenester fordi dette er i tråd med kjønnsmessige stereotyper assosiert med kvinnens sosiale rolle (Moss-Racusin & Miller, 2016, s. 322). Kvinner kan derfor oppleve at opplevelsen av stigmatisering relatert til egen psykiske helse ikke endrer seg noe særlig (Moss-Racusin & Miller, 2016, s. 329).

Stigma relatert til kjønn og psykisk helse er dermed en sentral faktor for hvordan individet opplever egen psykisk helse, og individets internalisering av holdninger og fordommer til ulike psykiske lidelser kan virke inn på deres oppsøking av hjelpetjenesten. Holdninger til psykiske lidelser vil også ha konsekvenser for individet på et strukturelt nivå, der individet kan oppleve å bli ekskludert fra viktige sosiale arenaer.

3. Diskusjon

I forskning relatert til kjønn og psykisk helse, kommer det frem at normer og verdier relatert til kjønn og deres tradisjonelle sosiale rolle kan ha en innvirkning for hvordan menn og kvinner mestrer ulike psykiske lidelser som depresjon. For å skape forståelse for hvordan depresjon kommer til uttrykk hos menn og kvinner vil det være relevant å undersøke hvordan kulturelle normer relater til kjønn virker inn på utviklingen og fremstillingen av psykiske lidelser. Stigma er en sentral faktor for hvordan individet opplever og mestrer psykiske lidelser som depresjon. Stigmatisering foregår på ulike nivåer, hvor offentlig stigma og selvstigma vil virke inn på hvordan individet mestrer egen psykisk helse, og hvilke barrierer de kan oppleve i møte med hjelpetjenester.

3.1 Hvordan kommer depresjon til uttrykk hos menn og kvinner?

Depressiv lidelse er en stemningslidelse som i utgangspunktet arter seg likt hos både menn og kvinner, der sentrale symptom er at den rammede har et senket stemningsleie og føler på nedstemthet gjennom mangel på glede, interesse og lav energi (Stänicke, 2018, s. 362). Hovedskillet i hvordan depressiv lidelse kommer til uttrykk hos menn og kvinner kan knyttes til individets valg av mestringsstrategi i møte med psykiske helseplager. Relatert til depresjon viser forskning at kvinner ofte internaliserer lidelsen, i motsetning til menn som eksternaliserer lidelsen gjennom for eksempel utagerende atferd. At kvinner internaliserer depresjonen, innebærer at de trekke seg tilbake og gir uttrykk for nedstemthet gjennom følelsesuttrykk som assosieres med tristhet, som for eksempel gråting (Parker & Brotchie, 2010, s. 343). Menn har ofte enn mer handlende og «aktiv» mestringsstrategi i møte med vanskelige følelser og problemstillinger knyttet til psykisk helse, dette kommer til uttrykk ved at de kan eksternalisere psykiske lidelser i form av aggressivt temperament og utagerende atferd i form av rus- og alkoholmisbruk (Srivastava & Anand, 2020, s. 12). De ulike mestringsstrategiene kan knyttes til normer, verdier og forventninger til kjønnsrollene i samfunnet og kulturen individet tilhører. Sosialiseringen av de ulike kjønnene kan ses på som en sentral faktor for hvordan individet møter ulike påkjenninger, der normer og forventninger kan være faktorer for hvordan depresjon kommer til uttrykk hos menn og kvinner. Tradisjonelt blir det lagt vekt på ulike verdier i sosialiseringen av gutter og jenter. Hos jenter blir det lagt større vekt på at de skal utvikle relasjonell og emosjonell kompetanse, og hos gutter blir det lagt vekt på konkurranser og prestasjoner (Mæland & Haugland, 2007, s. 81). Kvinnens strategi ved å internalisere lidelsen og vise innagerende atferd gjennom passivitet kan videre ses i sammenheng med sosiale normer knyttet til feminitet, hvor kvinnen i et historisk

perspektiv har blitt ansett som sårbar og følsom (Dahl, 2007, s. 164). Kvinnen kan da tenkes at blir sosialisert til å skjule vanskelige følelser, hvor hun skal lide i stillhet for ikke å bryte de normene hun er sosialisert inn i (Maji, 2018, s. 399). Dette bildet av den sårbare og passive kvinnen blir illustrert i studien til Danielsson et al. (2011, s. 614), der de kvinnelige deltagerne i studien beskriver den deprimerte kvinnen som innesluttet, trist og nedstemt.

Forskning viser at menn ofte ser på depresjon som et individuelt problem som de står ansvarlige for å løse selv, der de stereotypiske følelsene knyttet til depresjon ikke blir opplevd som kompatible i forhold til de samfunnsmessige forventningene til mannens kjønnsrolle. Dette kan knyttes til den maskuline rollen gutter blir sosialisert inn i fra tidlig alder, der det blir lagt vekt på at de skal være modige (Bakketeig & Nordhaugen, 2007, s. 93). Den stereotype maskuline mannen blir også beskrevet som en rollemodell for mennene i studien til Danielsson et al. (2011, s. 620), der mannen blir fremstilt «følelsesløs» gjennom at han blant annet skal være sterk, stødig og ikke vise sårbarhet i møte med motgang. Denne fremstillingen av mannen kan videre sees i sammenheng med hvordan den psykisk sunne mannen har blitt fremstilt i psykologien i et historisk perspektiv; som handlekraftig og selvstendig (Dahl, 2007, s. 164). Denne fremstillingen av mannen går også igjen i studien til Rochlen et al. (2010, s. 170), der deltagerne i studien legger vekt på at mannen skal være selvstendig og ikke utrykke følelser. Mestringsstrategier relatert til å eksternalisere følelser gjennom utagerende atferd blir videre illustrert i studien til Rochlen et al. (2010, s. 171), der deltagerne formidler at de distanserer seg fra negative følelser gjennom ulike former virkelighetsflukt, bruk av rusmidler eller å sysselsette seg med arbeid.

Hovedforskjellene i hvordan depressiv lidelse kommer til uttrykk hos menn og kvinner kan knyttes til individets mestringsstrategi, der forskning viser at menn ofte velger en strategi hvor de eksternaliserer lidelsen gjennom utagerende atferd i form av rus- og alkoholmisbruk og aggressivitet. Mestringsstrategiene menn og kvinner velger i møte med motgang kan videre knyttes til rollene de ulike kjønnene blir sosialisert inn i fra et historisk perspektiv.

3.2 Hvordan påvirker stigma individets psykiske helse?

I forhold til hvordan stigma påvirker stemningslidelser, er dette betinget av flere ulike faktorer. Forventninger og normer relatert til menn og kvinners sosiale rolle i kulturen de tilhører er strukturelle faktorer som kan spille inn på diagnostiseringen av psykiske lidelser som depresjon (Rabinowitz & Cochran, 2008, s. 575). Selvstigma som konsekvens av

offentlig stigma innebærer at individet internaliserer de negative holdningene og fordommene for ulike psykiske lidelser som er i miljøet individet beveger seg i (Simonsen, 2015, s. 136).

I forhold til mannens rolle, hvor det tradisjonelt har blitt lagt vekt på maskulinitet (Bakketeig & Nordhaugen, 2007, s. 92) og forventninger om at han skal tåle ulike helseplager (Schei & Sundby, 2007, s. 41), blir det satt grenser for hvordan menn som gruppe uttrykker psykiske helseplager (Rochlen et al., 2010, s. 167). De sosiokulturelle grensene i miljøet mannen beveger seg i, kan føre til at menn som gruppe ikke viser atferd som er assosiert med stemningslidelser og de diagnostiske kravene for depressiv lidelse i de standardiserte diagnosesystemene (Rabinowitz & Cochran, 2008, ss. 575-576). Depresjon hos denne gruppen kommer ofte til uttrykk gjennom atferd som irritabilitet og aggresjon der de kan oppleve relasjonelle konflikter, problemer relatert arbeid eller arbeidsplassen, og bruk og misbruk av alkohol og rusmidler (Rabinowitz & Cochran, 2008, s. 576). Menn med denne typen psykiske lidelser kan også oppleve utfordringer knyttet til å leve opp til forventninger relatert til kjønnsrolle, svekket selvtillit og selvrespekt, eller utvise antisosiale og narsissistiske karaktertrekk (Rabinowitz & Cochran, 2008, s. 576). Forventninger til kjønnsrollen kan også være styrende for hvordan kvinner opplever egen psykisk helse. Kvinner kan oppleve negative sanksjoner ved å bryte normer knyttet til feminine kvaliteter, som forventningen om at kvinnen skal være passiv og empatisk (Maji, 2018, s. 399).

Selvstigma fører dermed til at individet skjuler psykiske lidelser for å ikke møte stigmatisering og negative sanksjoner i miljøet de beveger seg i. Konsekvensen av selvstigma kan dermed knyttes til individets valg av mestringsstrategier for psykiske helseplager, hos kvinner kan dette for eksempel være at negative følelser som aggresjon blir internalisert og kommer til uttrykk gjennom for eksempel selvskading (Maji, 2018, s. 400). Dette blir videre illustrert i studien til Danielsson et al. (2011, s. 616), hvor flere av de deltagerne formidlet at de opplevde en følelse av skam knyttet til egne negative følelser (Danielsson et al., 2011, s. 620), fordi det de ønsket å passe inn i miljøet de tilhørte. Dette blir også tematisert i studien til Rochlen et al. (2010, s. 171), hvor deltagerne erfarte at den depressive lidelsen hadde negative konsekvenser for deres sosiale rolle relatert til blant annet familien. Holdninger om at menn ikke må bryte med de stereotypiske normene knyttene til den mannlige kjønnsrollen (Moss-Racusin & Miller, 2016, s. 321) kan bidra til selvstigma hos menn ved at de forventer sanksjoner om de bryter forventningen om at de skal være handlekraftige og selvstendige. Stigma i form av selvstigma kan dermed bidra til at mannen velger mestringsstrategier der de eksterialiserer lidelsen gjennom å skjule depresjonen gjennom utagerende atferd. Den

utagerende atferden hvor mannen skjuler vanskelige følelser relatert til egen psykiske helse kan for eksempel komme til uttrykk ved at mannen fremviser atferd som ikke passer den stereotypiske fremstillingen av depresjon slik den illustrert i media (Danielsson et al., 2011, s. 619) ved å forsøke å fremsvise styrke, eller skjule depresjonen ved å bruke presentere en illusjon av god fungering (Rochlen et al., 2010, s. 171). Menn kan også skjule eller distansere seg fra depresjon ved å benytte seg av alkohol og rusmidler, eller andre former eskapisme gjennom aktiviteter og arbeid (Rochlen et al., 2010, s. 171).

Selvstigma som en konsekvens av offentlig stigma bidrar til et at individet kan internalisere de negative holdningene til psykiske lidelser. Relatert til depressiv lidelse kan individet oppleve tap status, og møte sanksjoner i samfunnet ved at man kan bli ekskludert fra arbeidsplassen eller andre viktige sosiale arenaer. Stigma knyttet til psykiske lidelser kan føre til at individet velger mestringsstrategier der de skjuler vanskelige følelser gjennom atferd som ikke åpenbart assosieres med depressiv lidelse.

3.3 Hvordan virker stigma inn på individets oppsøking av hjelpetjenester?

I primær- og spesialisthelsetjenesten er det hovedsakelig samtalerapi og psykofarmaka som tilbys i behandlingen av psykiske lidelser som depresjon. I statistikk som omhandler ulike gruppers kontakt med hjelpetjenester knyttet til psykisk helse, kommer det frem at menn som grupper er i mindre kontakt med hjelpetjenester i forhold til kvinner både i Norge og internasjonalt. I forskning kommer det fram at dette er behandlingsformer menn som gruppe kan anse som lite effektive, eller utfordrende å forholde seg til. Dette blir illustrert i studien til Rochlen et al. (2010), der deltagerne i studien formidler en skepsis til psykoterapi og medikamentell behandling. Skepsisen relatert til de ulike behandlingsmetodene kan ses i forhold til normer og verdier ved mannens kjønnsrolle, der mannen skal vise styrke gjennom å være stoisk og selvstendig (Moss-Racusin & Miller, 2016, s. 321). Dette kan videre knyttes opp mot de ulike kjønnes valg av mestringsstrategi i møte med psykiske påkjenninger som depresjon. Fra ung alder blir gutter sosialisert inn i en rolle der de skal løse problemstillinger ved egen psykiske helse på egenhånd (Danielsson et al., 2011, s. 615), da det ikke forventet at denne gruppen ikke skal dele påkjenninger relatert til eget indre følelsesliv (Danielsson et al., 2011, s. 616). Å søke hjelp kan for menn oppleves som en utfordring fordi dette bryter med normene de er sosialisert inn i (Moss-Racusin & Miller, 2016, s. 321), som videre kan føre til valg av utagerende mestringsstrategier i form av impulsiv, antisosial og risikofylt atferd knyttet til blant annet rus- og alkoholbruk (Oliffe et al., 2019, s. 2). En problemstilling ved at individet eksternaliserer stemningslidelsen, er at symptomene som kommer til uttrykk ikke

nødvendigvis stemmer overens med symptombildet som er beskrevet i de standardiserte diagnosesystemene (Rabinowitz & Cochran, 2008, s. 576). Diagnosesystemene og den stereotypiske fremstillingen av depresjon i media og populærkulturen legger i stor grad vekt på symptomer som nedstemthet gjennom mangel på glede og lavt energinivå (Danielsson et al., 2011, s. 614). Dette står i kontrast til symptombildet som menn kan fremvise, der følelsen av aggressivitet kan være mer fremtredende (Parker & Brotchie, 2010, s. 434).

Følelsen av skyld og skam knyttet til depresjon kan også være en faktor som virker inn på mannens oppsøking av hjelpetjenester. For menn kan det være en barriere å snakke om egne følelser til andre, der de opplever skam knyttet til egne negative følelser (Danielsson et al., 2011, s. 616). Skammen menn føler knyttet til negative følelser som nedstemthet og tristhet kan også være en barriere for å oppsøke hjelpetjenester da anerkjennelsen av de negative følelsene kan oppleves som et nederlag ved at de bryter med normen om at mannen skal være handlekraftig og selvstendig (Moss-Racusin & Miller, 2016, s. 321), og at å be om hjelp går imot det tradisjonelle og kjønnsstereotypiske bildet av mannen blir sosialisert inn i.

Forventninger om å møte sanksjoner i form av stigmatisering (Moss-Racusin & Miller, 2016, s. 331) kan også være en faktor for hvorfor menn ikke ønsker å kontakte hjelpetjenester, samtidig som stigmatiseringen menn opplever knyttet til depresjon kan bli mindre av å kontakte hjelpetjenester (Moss-Racusin & Miller, 2016, s. 329). Kontakt med hjelpetjenester kan blant annet bidra til at psykiske lidelser som depresjon blir satt i en ny kontekst (Rochlen et al., 2010, s. 172), og bidrar til å gi individet økt forståelse for depresjon som psykisk lidelse. Dette blir videre tematisert i studien til Danielsson et al. (2011, s. 616), der å dele følelsesmessige påkjenninger bidro til positiv endring. Kontakt med hjelpetjenesten bidro også til å fjerne stigma ved at det ble lettere å snakke om vanskelige følelser, og skammen menn kan føle ved depressiv lidelse ble lettere å forholde seg til den kunne deles med andre i samme situasjon (Danielsson et al., 2011, s. 618).

Stigma relatert til psykisk helse kan virke inn på individets oppsøking av hjelpetjenester ved at dette kan oppleves som normbrytende. Individet kan også bære fordommer og forventninger til behandlingsformene som tilbys, da disse kan bryte med de stereotypiske fremstillingene av hvordan menn og kvinner skal håndtere følelsesmessige påkjenninger. Motviljen menn har for å kontakte hjelpetjenester kan videre knyttes opp menn sin tradisjonelle mestringsstrategi, og deres holdninger til de mest utbredte behandlingsformene for depressiv lidelse ved samtaleterapi og psykofarmaka. Sentrale faktorer som kan knyttes til mannens motvilje for å søke hjelp er normer og verdier som assosieres med mannens

kjønnsrolle. Å søke hjelp kan assosieres med å fremvise svakhet da menn ikke har en tradisjon for å gi uttrykk for og snakke om negative følelser i møte med andre. I tillegg til dette kan individet oppleve å ikke kjenne seg igjen i de diagnostiske kravene og den typiske fremstillingen av depressiv lidelse, som videre kan bidra til at enkelte ikke ønsker å kontakte hjelpetjenester da de ikke identifiserer seg med lidelsen.

4. Konklusjon

For å forstå stemningslidelser hos menn er det nødvendig at en har innsikt i stemningslidelser som diagnose, hvordan denne typen lidelser kommer til uttrykk og hvilke behandlingstilbud som blir benyttet. Ved stemningslidelser som depresjon blir det i diagnosesystemene lagt vekt på at personen med depresjon har et senket stemningsleie der de fremviser mangel på glede, interesse og generelt lav energi. I møte med depressiv lidelse kan menn og kvinner ha ulike mestringsstrategier som kan være betinget av den rollen individet er sosialisert inn i, det er derfor nødvendig for sosialarbeidere og andre personer i helse- og sosialtjenester å ha kunnskap om hvordan depressiv lidelse kan komme ulikt til uttrykk hos menn og kvinner. Mannen kan eksternalisere lidelsen gjennom utagerende atferd, imens kvinnen kan internalisere lidelsen og gi uttrykk for depresjon gjennom innagerende atferd, som rommer de følelsesuttrykk som tradisjonelt blir assosiert med depressiv lidelse. At mannen eksternaliserer lidelsen innebærer at den kan komme til uttrykk gjennom aggressivitet og utagerende atferd. Dette kan være risikofylt atferd knyttet til rus- og alkoholmisbruk, eller andre former for virkelighetsflukt. Mestringsstrategiene de ulike kjønnene velger kan knyttes til kjønnenes tradisjonelle rolle, og de normene menn og kvinner blir sosialisert inn i. I et historisk kjønnsnormativt perspektiv skal mannen være stoisk, handlekraftig og selvstendig i møte med møte motgang. Dette er verdier og normer menn som grupper blir sosialisert inn i fra tidlig alder, og som kan knyttes til hvorfor menn ser på stemningslidelser som et individuelt problem.

Det kommer frem at menn som gruppe kan oppleve en motvilje for å ta kontakt med hjelpetjenester for psykisk helse, og dette kan knyttes opp mot stigma relatert til stemningslidelser. Selvstigma relatert til psykiske lidelser innebærer blant annet at individet forventer å bli møtt med negative sanksjoner på grunn av psykiske lidelser som depresjon. Individet kan blant annet oppleve selvstigma relatert til negative følelser knyttet til egen psykisk helse, og menn som gruppe kan oppleve at deres følelser bryter med tradisjonelle normer relatert til deres kjønn.

I sosialt- og helsefaglig arbeid må man være bevisst hvilke faktorer som bidrar til stigmatisering, og hvordan stigmatisering foregår på et strukturelt og kulturelt nivå. Å kontakte hjelpetjenester for psykisk helse kan oppleves som normbrytende for menn som gruppe, da dette bryter med det tradisjonelle bildet av den handlekraftige og «følelsesløse» mannen. Motviljen menn har for å kontakte hjelpetjenester kan også knyttes til behandlingstilbudene som er kjent i behandlingen av stemningslidelser. Psykoterapi og

psykofarmaka kan oppfattes som lite hensiktsmessig da det bryter med mannens tradisjonelle mestringsstrategi. Samtidig kommer det frem at menn har et utbytte av å snakke om og dele egne følelser med andre gjennom blant annet psykoterapi, da dette bidrar til å sette stemningslidelsen i en ny kontekst. Som sosialarbeider er det nødvendig å ha kjennskap til hvilke hjelpetiltak og behandlingstilbud som er tilgjengelige i ulike hjelpeinstanser, man må også ha kjennskap til holdninger ulike grupper har til ulike hjelpetjenester og behandlingsformer.

Stigma knyttet til stemningslidelser hos menn er et tema det har vært lite fokus på nasjonalt, og som det er begrenset med forskning på både nasjonalt og internasjonalt. Tematikken rundt mannens psykiske helse har de senere årene fått fokus i media og i populærkulturen der deler av mannens problemstillinger blir fremstilt, men det kan være aktuelt at temaet får større plass i forskningen.

Referanseliste

- Anderman, L. (2010). Culture and the social construction of gender: Mapping the intersection with mental health. *International Review of Psychiatry*, 22(5), pp. 501-512.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2010.506184>
- Bakketeig, L. S., & Nordhaugen, R. (2007). Kapittel 5: Hva feiler menn? In B. Schei, & L. S. Bakketeig, *Kvinner lider - menn dør: Folkehelse i et kjønnsperspektiv* (pp. 88-96). Oslo: Gyldendal.
- Bjurstrøm, H. (2020, 3. mai). *Ingen menn å miste*. Retrieved from NRK Ytring:
<https://www.nrk.no/ytring/ingen-menn-a-miste-1.14996676>
- Borge, L. (2018). De «små» tingenes betydning. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2018(3), p. <https://www.doi.org/10.4045/tidsskr.17.0571>
- Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, 59(7), pp. 614-625. <https://www.doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Dahl, S. (2007). Triste kvinner, tøffe menn - Om kjønn og psykisk helse. In B. Schei, & L. S. Bakketeig (red.), *Kvinner lider - menn dør: Folkehelse i et kjønnsperspektiv* (pp. 163-182). Oslo: Gyldendal.
- Danielsson, U. E., Bengs, C., Samuelsson, E., & Johansson, E. E. (2011). “My Greatest Dream is to be Normal”: The Impact of Gender on the Depression Narratives of Young Swedish Men and Women. *Qualitative Health Research*, 5(21), pp. 612-624.
<https://www.doi.org/10.1177/1049732310391272>
- Eknes, J. (2006). *Depresjon og mani: Forståelse og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Elissaen, H. Ø. (2021, 25. januar). *Serien viser at også den tøffeste kan få alvorlige problemer: – Viktig serie, mener Stian Staysman*. Retrieved from NRK Kultur:
https://www.nrk.no/kultur/serien-viser-at-ogsaa-den-toffeste-kan-fa-alvorlige-problemer_-_viktig-serie_-_mener-stian-staysman-1.15344808
- Folkehelseinstituttet. (2018, 27. februar). *Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge*. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Retrieved from https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Goffman, E. (1968). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Harmondsworth: Penguin.

- Haider, A. (2018, 28. august). *How cinema stigmatizes mental illness*. Retrieved from BBC Culture: <https://www.bbc.com/culture/article/20180828-how-cinema-stigmatizes-mental-illness>
- Hammer, D. (2020, 18. mars). *Sigurd fåkke pult – og det bør oppta oss!*. Retrieved from Aftenposten Debatt: <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/mR4oa4/sigurd-faakke-pult-og-det-boer-oppta-oss-danel-hammer>
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Retrieved from Helsedirektoratet: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20-%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20primær-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4
- Holm, S. F. (2014, 14. september). *Psykiske lidelser – vårt siste tabu?* Retrieved from Psykologisk: <https://psykologisk.no/2014/08/psykiske-lidelser-vart-siste-tabu/>
- Holmen, M. (2020, 28 november). *Alle de triste gutta*. Retrieved from NRK Ytring: <https://www.nrk.no/ytring/alle-de-triste-gutta-1.15249921>
- Kolseth, H. M., Våge, M., & Nylenna, M. (2021, 30. april). *ært få vil tilsetje psykisk sjuke: – Ingen garanti for at «dei friske» ikkje er kjipe*. Retrieved from NRK: https://www.nrk.no/trondelag/svaert-fa-vil-tilsetje-psykisk-sjuke_-_ingen-garanti-for-at-dei-friske_ikkje-er-kjipe-1.15477902
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), pp. 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Maji, S. (2018). Society and 'good woman': A critical review of gender difference in depression. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(4), pp. 397-405. <https://doi.org/10.1177/0020764018765023>
- Mæland, J. G. (2020). Natur eller kultur? Kjønnforskjeller i helse. In J. G. Mæland (red.), *Sykdommers sosiale røtter* (pp. 141-160). Oslo: Gyldendal.
- Mæland, J. G., & Haugland, S. (2007). Kapittel 4: Det syke kjønn? In B. Schei, & L. S. Bakketeig, *Kvinner lider - menn dør: Folkehelse i et kjønnsperspektiv* (pp. 69-87). Oslo: Gyldendal.
- Moss-Racusin, C. A., & Miller, H. G. (2016). “Taking charge” of stigma: Treatment seeking alleviates mental illness stigma targeting men. *Journal of Applied Social Psychology*, 46(6), pp. 319-335. <https://doi.org/10.1111/jasp.12362>

- Oliffe, J. L., Rossnagel, E., Seidler, Z. E., Kealy, D., Ogradniczuk, J. S., & Rice, S. M. (2019). Men's Depression and Suicide. *Current Psychiatry Reports*, pp. 1-6. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1088-y>
- Parker, G., & Brotchie, H. (2010). Gender differences in depression. *International Review of Psychiatry*, 22(5), ss. 429-436. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.492391>.
- Rabinowitz, F. E., & Cochran, S. V. (2008). Men and Therapy: A Case of Masked Male Depression. *Clinical Case Studies*, 7(6), pp. 575-589. <https://doi.org/10.1177/1534650108319917>.
- Rasmussen, M. L., & Diesrud, G. (2018). Etterlattes erfaringer ved selvmord hos unge menn. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, p. Hentet fra: <https://www.doi.org/10.4045/tidsskr.17.0571>
- Rochlen, A., Paterniti, D., Epstein, R., Duberstein, P., Willeford, L., & Kravitz, R. (2010). Barriers in Diagnosing and Treating Men With Depression: A Focus Group Report. *American Journal of Men's Health*, 4(2), pp. 167-175. <https://doi.org/10.1177/1557988309335823>
- Schei, B., & Sundby, J. (2007). Kapittel 2: Kjønn og helse - Begreper og modeller. In B. Schei, & L. S. Bakketeig (red.), *Kvinner lider - menn dør: Folkehelse i et kjønnsperspektiv* (pp. 33-49). Oslo: Gyldendal.
- Schiefloe, P. M. (2019). *Menneker og samfunn: Innføring i sosiologisk forståelse*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Simonsen, C. (2015). Kapittel 6: Sykdomsforløp og bedring ved psykoselidelse: miljøets og samfunnets betydning. In S. R. Aminoff, A. O. Berg, T. V. Legerberg, I. Melle, C. Simonsen, T. Ueland, & M. Aas, *Psykose og samfunn* (pp. 115-141). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken: Sinn - Kropp - Samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Srivastava, N., & Anand, M. (2020). Chapter 1: Understanding Gender and Mental Health. In M. Anand, *Gender and Mental Health: Combining Theory and Practise* (pp. 3-18). <https://doi.org/10.1007/978-981-15-5393-6>
- Stänicke, L. I. (2018). Kapittel 21: Selvmord og vurdering av selvmordsrisiko. In F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & E. Stänicke, *Psykiatriboken: Kropp - Sinn - Samfunn* (pp. 380-395). Oslo: Gyldendal.
- Strand, N. (2014). Hva er det med unge, flinke menn? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(3), pp. 252-254. Hentet fra

<https://psykologtidsskriftet.no/forskningsintervju/2014/03/hva-er-det-med-unge-flinke-menn>

Verdens helseorganisasjon. (2019). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser; Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer (Blåboka)*. Direktoratet for e-helse. Retrieved from <https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/icd-10-psykiske-lidelser-og-atferdsforstyrrelse-kliniske-beskrivelser-og-diagnostiske-retningslinjer-blaboka>

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=7CA43D46FED819CBA885E0642B19F21C?sequence=1>

World Health Organization. (2020). *World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Retrieved from World Health Organization: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf>