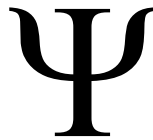




## DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Hva tenker egentlig de andre?*

*En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet  
til hjelpesøking for depresjon*

HOVEDOPPGAVE

*Profesjonsstudiet i psykologi*

**Frida Leine Måseidvåg**

**Høst 2022**

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

Veileder:

Hege Høivik Bye

## **Forord**

Jeg vil først rette en stor takk til veilederen min, Hege Høivik Bye, for mye engasjement, positivitet, tålmodighet og konstruktive tilbakemeldinger som jeg har lært mye av. Jeg vil også takke deg for oppmuntring til å søke om stipend i Medborgerlaben som ga meg muligheten til å gjennomføre et eksperimentelt forsøk som har vært veldig spennende og lærerikt.

Videre vil jeg takke de i Norsk medborgerpanel som har bidratt med tilbakemeldinger på spørsmål og utforming av studien. Jeg vil også takke de i Norsk medborgerpanel som bidro til administrering av studien.

Til slutt vil jeg takke min kjære Helge for støtte, oppmuntring og interesse for prosjektet i hverdagen. Jeg vil også takke familie og venner for engasjement, støtte og fine meldinger.

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Mange mennesker er motvillig til å søke hjelp for depresjon. En studie fant at menn med symptomer på depresjon hadde 29% mindre sannsynlighet for å søke hjelp enn kvinner med tilsvarende symptomtrykk. Ubehandlet depresjon har store samfunnsøkonomiske konsekvenser i tillegg til konsekvenser for individet og pårørende.

**Formål:** Denne eksperimentelle studien undersøkte hvorvidt pluralistisk ignorans var en faktor som kunne bidra til kjønnsforskjeller i hjelpesøking. **Metode:** Forsøkspersonene ( $n = 2042$ ) leste en vignett om en mann eller kvinne med depresjonssymptomer tilsvarende en mild til moderat depressiv episode. Forsøkspersonene svarte på sannsynlighet for at de ville søke hjelp hos lege og psykolog dersom de følte seg som vignettkarakteren. Til slutt svarte forsøkspersonene på hva de trodde menn flest eller kvinner flest ville gjort. **Resultater:** Menn var mindre villig til å søke hjelp hos lege og psykolog enn kvinner. Resultatene viste pluralistisk ignorans hos menn for lege og psykolog, og ikke pluralistisk ignorans hos kvinner for lege og psykolog. Menn hadde en tendens til å rapportere at de trodde kvinner flest var mer villig til å søke hjelp enn kvinner rapportert om kvinner flest. Videre rapporterte kvinner at de trodde at menn flest var mindre villig til å søke hjelp enn det menn rapporterte om menn flest. **Diskusjon:** Resultatene indikerte at pluralistisk ignorans er en faktor som kan bidra til ulik villighet til å søke hjelp hos lege og psykolog for menn og kvinner. Resultatene indikerte noe stereotypiske holdninger til menn blant kvinner og til kvinner blant menn.

*Nøkkelord:* Depresjon, kjønnsforskjeller, hjelpesøking, normer, pluralistisk ignorans

### Abstract

**Background:** Many people are reluctant to seek help for depression. One study found that men with the same level of depressive symptoms had 29% less likelihood of seeking help than women with the same level of symptoms. Depression that is untreated has large socio-economic consequences as well as consequences for the individual and surrounding people.

**Purpose:** This experimental study explores whether pluralistic ignorance contributes to gender differences in help seeking to gain insight to contributing factors. **Method:** Men and women ( $n = 2042$ ) read a vignette about a man or a woman with depressive symptoms equivalent to a mild to moderate depressive episode. After reading the vignette, the respondents rated the probability of themselves seeking help with a doctor and psychologist if they felt like the person in the vignette. They also reported what they thought most men or most women would do. **Results:** Men were significantly less likely to seek help with a doctor and with a psychologist than women. The results showed pluralistic ignorance for men for doctor and psychologist and no pluralistic ignorance for women. Men tended to rate the probability of women seeking help as if most women were more willing to seek help than women reported for most women. Further on women reported that most men were less willing to seek help than men reported for most men. **Discussion:** The results indicate that pluralistic ignorance can be a contributing factor in explaining differences in willingness to seek help with a doctor and psychologist for men and women. The results indicate some stereotypical attitudes from men towards women and from women towards men.

*Key words:* Depression, gender differences, help seeking, norms, pluralistic ignorance

## Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>s. 3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>s. 4</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>s. 5</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b> .....	<b>s. 6</b>
<b>Teoretisk bakgrunn</b> .....	<b>s. 9</b>
Depresjon .....	s. 10
<i>Kjønnsforskjeller i depresjon</i> .....	s. 12
Hjelpesøking .....	s. 14
<i>Hjelpesøkingstendenser</i> .....	s. 15
Hva bidrar til at menn søker hjelp sjeldnere enn kvinner?....	s. 16
Normer .....	s. 18
<i>Hvorfor ønsker mange å følge normer?</i> .....	s. 19
Pluralistisk ignorans .....	s. 20
Inngruppe og utgruppe .....	s. 23
<b>Metode</b> .....	<b>s. 24</b>
Design .....	s. 24
<i>Tabell 1</i> .....	s. 26
Prosedyre .....	s. 26
Etiske vurderinger .....	s. 26
Utvalg .....	s. 27
Statistiske analyser .....	s. 27
<b>Resultater</b> .....	<b>s. 27</b>
Tabell 2 .....	s. 28
Tilleggsanalyser .....	s. 30

<i>Tabell 3</i> .....	s. 31
<b>Diskusjon</b> .....	<b>s. 31</b>
Menn var mindre villig til å søke hjelp hos lege og psykolog enn kvinner ..	s. 31
Pluralistisk ignorans blant menn, men ikke kvinner .....	s. 32
<i>Hvorfor er det pluralistisk ignorans blant menn, men ikke kvinner?</i> s.	32
Normativitet .....	s. 32
Misoppfatninger om utgruppen .....	s. 34
<i>Menn og kvinner om kvinner flest</i> .....	s. 35
<i>Kvinner og menn om menn flest</i> .....	s. 35
Større aksept for å søke hjelp hos lege enn hos psykolog .....	s. 37
Implikasjoner .....	s. 38
<i>Økt forståelse for den faktiske normen</i> .....	s. 38
<i>Nettverk</i> .....	s. 39
<i>I helsevesenet</i> .....	s. 40
Implikasjoner for helsepersonell .....	s. 40
<i>I samfunnet</i> .....	s. 41
Medias rolle .....	s. 41
Synlighet av helsetjenester .....	s. 42
Tidligere fokus på hjelpesøking, depresjon og normer .....	s. 42
Resultatene er tendenser på gruppenivå .....	s. 43
Begrensninger ved studien .....	s. 44
<b>Konklusjon</b> .....	<b>s. 45</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>s. 46</b>

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

Depresjon er en psykisk lidelse som har store konsekvenser for enkeltindivider og for samfunnet. Omtrent 1 av 10 personer får depresjon i Norge hvert år (FHI, 2018). Verdens helseorganisasjon har anslått at i løpet av de neste 20 årene vil depresjon være en av de to mest belastende sykdommene med tanke på samfunnsøkonomiske konsekvenser. Norge bruker rundt 70 milliarder kroner årlig i trygdeutgifter, behandlingsutgifter og sosialutgifter knyttet til psykiske lidelser. Depresjon står for rundt halvparten av disse kostnadene (NHI, 2022a).

Undersøkelser og forskning har funnet at mange kvinner og menn med depresjonssymptomer ikke søker hjelp, og at menn søker hjelp enda sjeldnere enn kvinner (Addis & Mahalik, 2003; Cusack et al., 2006; Hammer & Vogel, 2010; Helsedirektoratet, 2022; Johnson et al., 2012; Van de Velde, Bracke, & Levecque, 2010). Ulik forekomst av depresjon blant kvinner og menn, kan bidra til ulikt behov for hjelpesøking, men studier tyder også på at andre faktorer bidrar (Addis & Mahalik, 2003; Eggenberger et al., 2021; Li & Gal, 2022; Mahalik & Di Bianca, 2021; Yousaf et al., 2015). En studie av Eggenberger et al. (2021) viste at menn hadde 29% mindre sannsynlighet for å søke hjelp for depresjon enn det kvinner med samme symptomtrykk hadde. Når menn og kvinner med samme symptomtrykk hadde ulik sannsynlighet for å søke hjelp tyder det på at andre faktorer enn forekomst også er sentrale, deriblant normer. Å undersøke normer er helt sentralt for å forstå hjelpesøking fra et sosialpsykologisk perspektiv

Normer er sentrale i menneskers liv og de er viktige for å føle gruppetilhørighet og unngå sosial avvisning fra ens gruppe (Cialdini & Goldstein, 2004). Normer kan defineres som «karakteristiske tendenser og koder for atferd i grupper» (Cialdini, 2012, s. 295). De hjelper oss å vite hva som er akseptabelt og forventet i ulike situasjoner, men det er ikke alltid de tankene man har om andre mennesker, deres holdninger og normer stemmer overens med virkeligheten. Det kan man kalle misforestillinger (misperceptions) (Sargent & Newman,



2021). Det kan være vanskelig å skille normer fra misforestillinger fordi man aldri kan ha full oversikt over hva menneskene i en gruppe mener om ulike tema (Jordan et al., 2011). Et ønske om å handle sosialt akseptabelt og i tråd med normer kan gjøre at vi handler på en måte som ikke er bra for oss, slik som å ikke søke hjelp selv om man har behov for det.

Jeg har gjennomført en eksperimentell studie av et aspekt ved normer, pluralistisk ignorans. Pluralistisk ignorans er «et fenomen som skjer på gruppenivå, der individer som tilhører gruppa feilaktig tror at andres kognisjoner (holdninger, oppfatninger, følelser) og/eller atferd avviker systematisk fra deres egen uavhengig av situasjonen misoppfatningen oppstår i» (Sargent & Newman, 2021, s. 166). I forbindelse med depresjon kan konsekvenser av pluralistisk ignorans være negative dersom man ikke søker hjelp fordi man tenker at menn flest eller kvinner flest ikke ville ha søkt hjelp dersom de hadde det på samme måte som en selv. Formålet med denne studien var å utforske hvorvidt det finnes pluralistisk ignorans i hjelpesøking for depresjon i en representativ norsk populasjon og undersøke kjønnsforskjeller for å få økt forståelse for faktorer som påvirker hjelpesøking.

Tidligere forskning på pluralistisk ignorans har funnet at mennesker handler basert på det de oppfatter som normer. Å handle i tråd med oppfattede normer kan bidra til at man handler i tråd med den misoppfattende majoriteten eller at man ikke handler i tråd med sine personlige oppfatninger (Sargent & Newman, 2021). Det som er noe paradoksalt er at slik atferd kan bidra til at misoppfatningene holdes ved like eller til og med forsterkes (Vorauer & Miller, 1997). Tidligere forskning har vist at den mest effektive måten å redusere pluralistisk ignorans på er ved å informere om hva den faktiske normen er (Dardis et al., 2016; Schroeder & Prentice, 1998). Det er mange av de samme faktorene som har blitt identifisert som barrierer for hjelpesøkingsatferd som modererer pluralistisk ignorans. Eksempler på identifiserte barrierer er å bry seg om andres meninger, et ønske om å handle sosialt akseptabelt, frykt for forlegenhet, styrke på identifikasjon med inngruppen, frykt for sosial

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

avvisning og frykt for negativ evaluering (Bursztyn & Jensen, 2017; Miller & Prentice, 2016; Sargent & Newman, 2021).

Normer og atferd henger tett sammen og økt forståelse for normer knyttet til hjelpesøking for depresjon kan bidra til at flere som har behov for det oppsøker hjelp. Forsøkspersonene i denne eksperimentelle studien leste en vignett om en person med symptomer tilsvarende en mild til moderat depressiv episode. Etterpå svarte de på hva de tror de ville gjort og hva de tror menn flest eller kvinner flest ville gjort hvis de hadde det som personen i vignetten. På den måten kunne jeg undersøke om menn er mindre villig til å søke hjelp hos lege og psykolog enn kvinner og hvorvidt det finnes pluralistisk ignorans i hjelpesøking for menn og for kvinner. Til slutt kunne jeg undersøke menns holdninger til kvinner flest og kvinners holdninger til menn flest.

## **Teoretisk bakgrunn**

### **Depresjon**

I Norge bruker man diagnosemanualen ICD-10 for å diagnostisere depresjon. ICD står for internasjonal klassifisering av sykdommer og helserelaterte plager (international classification of diseases and related health problems) og den tiende utgaven ble innført i 1997 som offisielt norsk klassifikasjonssystem av psykiske lidelser (Malt & Braut, 2022)<sup>1</sup>. For å tilfredsstille kriteriene for en depressiv episode ifølge ICD-10 må to av de tre følgende kjernekrteriene være oppfylt i minst to uker: (1) nedsatt stemningsleie, (2) mangel på interesse og glede og (3) redusert energinivå og aktivitetsnivå. Videre har man tilleggssymptomer for å diagnostisere alvorlighetsgrad. Tilleggssymptomene er: (1) redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, (2) redusert selvtillit eller selvfølelse, (3) skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, (4) triste og pessimistiske tanker om fremtiden, (5) planer om, eller

---

<sup>1</sup> En revidert versjon, ICD-11, har blitt utarbeidet av verdens helseorganisasjon, men er ikke tatt i bruk i Norge enda Malt, U., & Braut, G. S. (2022). ICD-10. In *Store Medisinske Leksikon*.

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

utføring, av selvskaade eller selvmord (6) søvnforstyrrelser og (7) redusert appetitt. En depressiv episode er en enkeltstående periode med tilfredsstillende symptomer og funksjonsfall til at en diagnose blir satt i en av alvorlighetsgradene: mild, moderat eller alvorlig. Videre kan man ha flere depressive episoder som gjør at man tilfredsstiller kriteriene for en tilbakevendende depressiv lidelse (WHO, 1992). Det er anslått at de som får depresjon i snitt vil oppleve 4 depressive episoder i løpet av livet (Helsedirektoratet, 2022). Ordet depresjon vil bli brukt videre i oppgaven som en samlebetegnelse på de affektive lidelsene som innebærer nedstemthet uten tilstedeværelse av hypomani eller mani.

Depresjon diagnostiseres i kliniske intervju med en lege eller psykolog. Da vurderes symptombildet opp mot de diagnostiske kriteriene i ICD-10 samt situasjonen personen er i og grad av funksjonstap (Helsedirektoratet, 2022). I tillegg til informasjon man får i møte med en person ved å stille spørsmål, kan man benytte seg av standardiserte kartleggingsverktøy som for eksempel Montgomery og Åsberg depression rating scale (MADRS) (Montgomery & Åsberg, 1979) eller Becks depresjonsinventorium-II (BDI-II) (Beck et al., 1996). Det finnes også semistrukturerte intervju slik som Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan et al., 1998), men MINI er mer tidkrevende å administrere enn MADRS og BDI-II (Helsedirektoratet, 2022).

Depresjon behandles vanligvis med samtaleterapi og/eller antidepressive legemidler. Ved mild til moderat depresjon anbefales samtaleterapi som førstevalg, fremfor legemidler. Det er mulig å kombinere samtaleterapi og antidepressive legemidler, men det anbefales hovedsakelig for de med alvorlig depresjon (Helse Norge, 2021). Det finnes mange evidensbaserte behandlingsmetoder (Helsedirektoratet, 2022). Depresjon er assosiert med risiko for selvmord og selvmordstanker og det er derfor viktig å ta depresjonssymptomer på alvor fordi det i verste fall kan være fare for liv og død (Helsedirektoratet, 2022; NHI, 2022b; WHO, 1992). Helsedirektoratet anbefaler pasienter og pårørende i «retningslinjer for voksne

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

med depresjon» til å være oppmerksomme på endringer i stemningsleie, negative tankemønstre, opplevelse av håpløshet, selvmordstanker og mye angst. De anbefaler å søke profesjonell hjelp hvis pasienter eller pårørende blir bekymret for symptomutviklingen (Helsedirektoratet, 2022).

### ***Kjønnsforskjeller i depresjon***

Det er noe ulike tall på hvor mange som får depresjon. FHI (2018) anslår at depresjon rammer omtrent 1 av 10 personer i Norge hvert år. En annen undersøkelse fra helsedirektoratet viste at 7.3% av befolkningen i Oslo vil få depresjon i løpet av 1 år og det er anslått at 17.8% av befolkningen vil få en depresjon i løpet av livet (Helsedirektoratet, 2022). Depresjon rammer med andre ord mange personer direkte og enda flere indirekte som pårørende til noen med depresjon. Det er funnet at kvinner får depresjon oftere enn menn, forekomsten er ca. 10% for kvinner og 4% for menn i løpet av et år (Helsedirektoratet, 2022). Kjønnsforskjeller i forekomst av depresjon har man funnet på tvers av land og kulturer (Van de Velde, Bracke, & Levecque, 2010; Van de Velde, Bracke, Levecque, et al., 2010).

Mange forskere har forsøkt å forstå kjønnsforskjeller i forekomst av depresjon for å finne ut om det er en reel forskjell eller om det er andre faktorer som er med på å forklare hvorfor så mange flere kvinner enn menn blir diagnostisert med depresjon. På den ene siden er depresjon assosiert med at noen av nevrotransmitterne i hjernen er i ubalanse og hormonendringer som spesielt rammer kvinner (Helse Norge, 2021). Slike biologiske faktorer kan bidra til å forklare noe av forskjellen i depresjonsforekomst mellom kvinner og menn og peker i retning av en reell kjønnsforskjell. Andre studier peker på forskjeller i menn og kvinners livsbetingelser som årsaker til at flere kvinner enn menn opplever depresjon. Maji (2018) argumenterte for at kvinner har en mindre fordelaktig posisjon i samfunnet som øker risikoen for utvikling av depresjon fordi de tar mer ansvar i hjemmet og er mer borte fra arbeidslivet. Videre har Nolen-Hoeksema et al. (1999) foreslått en triade av

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

sårbarhetsfaktorer som øker risikoen for å utvikle depresjon, og at disse sårbarhetsfaktorene påvirker kvinner mer enn menn. Sårbarhetsfaktorene er (1) høyere, kronisk belastning, (2) tendens til å gruble ved nedstemthet og (3) lavere opplevelse av å mestre livet. Studien til Nolen-Hoeksema et al. (1999) viste også at sårbarhetsfaktorene og depresjon interagerer og forsterker hverandre ved at depresjon økte grubling og reduserte opplevelse av mestring over tid som igjen førte til mer grubling.

På den andre siden er det knyttet usikkerhet til om de diagnostiske kriteriene for depresjon er mer typiske for kvinner og at menn har et annet symptombylde som hindrer dem fra å bli diagnostisert. Noen studier har vist at menn i større grad har eksternaliserende symptomer som sinne, aggresjon og rusmisbruk, hvilket ikke vektlegges i diagnosemanualene (Cavanagh et al., 2017; Eggenberger et al., 2021; Rutz et al., 1997). Denne forskjellen i symptombylde har blitt forklart med at eksternaliserende symptomer er mer akseptable å uttrykke for en mann i lys av maskuline idealer (Cavanagh et al., 2017). Noe av det som underbygger hypotesen om et annet symptombylde hos menn er blant annet en studie av Martin et al. (2013) som ikke fant kjønnsforskjeller i forekomst når de tok høyde for eksternaliserende symptomer i tillegg til kjernesymptomene. Likevel er det noe blandede funn der Wirback et al. (2018) fant at depresjonssymptomene i diagnosemanualene korresponderte med menns symptombylde.

Ulik forekomst av depresjon blant menn og kvinner kan bidra til ulikt behov for å søke hjelp. En rapport fra Helsedirektoratet (2022) viste at tre firedeler med depresjon ikke søker hjelp. Det tyder på at mange kvinner og menn med depresjon ikke søker hjelp og at andre faktorer enn ulik depresjonsforekomst bidrar til den forskjellen. Oppgaven vil videre fokusere på faktorer som bidrar til at noen velger å søke hjelp mens andre ikke gjør det for å øke forståelse for hjelpesøkingstendenser.

## Hjelpesøking

Hvis man får en depresjon eller depresjonssymptomer kan det være hensiktsmessig å søke hjelp. Hjelpesøking og deltakelse i hjelp starter med en person som opplever en eller flere ubehagelige tilstander av fysisk, emosjonell eller interpersonlig art som oppfattes problematisk og hjelpetrengende (Corrigan et al., 2014). Å søke hjelp for mentale utfordringer er viktig for å få tilgang til helsetjenester som kan hjelpe og bidra til økt livskvalitet (Salaheddin & Mason, 2016).

Man kan skille mellom formelle og uformelle kilder til hjelp, der formelle kilder er helsevesenet og uformelle kilder er mennesker i en persons nettverk (Berge et al., 2014). Studier som har sett på uformelle kilder har vist at mennesker i personers nettverk er viktige for å søke hjelp (Danielsson et al., 2011; FHI, 2014; Wirback et al., 2018). Å ha mennesker i nettverket som ikke ser på hjelpesøking som tegn på svakhet kan redusere barrierer for å søke hjelp (Addis & Mahalik, 2003) og et nært forhold til spesielt mor kan bidra til tidligere hjelpesøking (Danielsson et al., 2011). Av formell hjelp er det vanlig i norsk sammenheng å søke hjelp hos fastlege eller psykolog (Helse Norge, 2019; Malt & Aslaksen, 2020; Tikkanen et al., 2020). Grung et al. (2022) refererte til statistikk fra fra Kommunalt Pasient- og Brukerregister som viste at 3-4% av befolkning i Norge har en time hos fastlegen sin der depresjon eller depressive symptomer er hovedgrunnen for konsultasjonen hvert år. Dersom man søker hjelp i det offentlige helsevesenet, kan man avtale samtaler med fastlegen sin eller eventuelt få en henvisning videre til en psykolog (Helse Norge, 2022b). Det er også mulig å gå til privat psykolog. Hos privat psykolog slipper man å gå til fastlegen for å få en henvisning og kan kontakte psykologen direkte, men enkeltpersonen må betale for hver time hvilket ikke alle har mulighet til eller ønsker (Helse Norge, 2019; Wirback et al., 2018). Ved hjelpesøking i det offentlige helsevesenet er det også mulig at man har samtaler med andre yrkesgrupper slik som sykepleiere, vernepleiere eller sosionomer, men det er psykologer og

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

leger som har ansvar for utredning og diagnostiske vurderinger (Helse Norge, 2021, 2022b; Malt & Aslaksen, 2020).

### ***Hjelpesøkingstendenser***

Som nevnt tidligere har en rapport fra Helsedirektoratet (2022) tydet på at tre firedeler av mennesker med depresjon ikke søker hjelp hos lege eller psykolog. For å forklare hvorfor så mange ikke søker hjelp har det blitt identifisert noen barrierer mot å søke hjelp som påvirker menn og kvinner. Blant annet kan symptomene på depresjon i seg selv bidra til å forklare en motvilje til å søke hjelp, slik som lav selvtillit og lav selvverd. Lav selvtillit og lav selvverd kan gi en opplevelse av å ikke ha rett til fastlegens tid og ressurser. Den tendensen forsterkes når depresjonssymptomene er mer alvorlige (Emslie et al., 2006). Andre barrierer som kan påvirke hjelpesøking er sosioøkonomisk status, tilgang til medisinske tjenester, sivilstatus, evne til å kunne formulere seg og identifisere symptomer, opplevd stigma, preferanse for å klare seg selv, sosial støtte og kulturell kompetanse (Corrigan et al., 2014; Doherty & Kartalova-O'Doherty, 2010; Gulliver et al., 2010; Salaheddin & Mason, 2016).

Selv om helsedirektoratets rapport om voksne med depresjon viser en tendens til at mange mennesker med depresjon ikke søker hjelp, er det også dokumentert tendenser til at menn søker hjelp sjeldnere enn kvinner (Addis & Mahalik, 2003; Cusack et al., 2006; Hammer & Vogel, 2010; Helsedirektoratet, 2022; Johnson et al., 2012). Tendensen til at menn søker hjelp sjeldnere for depresjon enn kvinner er dokumentert i mange europeiske land (Van de Velde, Bracke, & Levecque, 2010; Van de Velde, Bracke, Levecque, et al., 2010). Eggenberger et al. (2021) gjennomførte en studie som undersøkte hjelpesøking og tilslutning til tradisjonelle maskuline kjønnsnormer. De fant at menn sammenlignet med kvinner hadde 29% mindre sannsynlighet for å oppsøke psykoterapi ved tilsvarende symptomtrykk. De fant også at menn som gikk i behandling skilte seg lite fra menn som ikke gikk i behandling når det gjaldt symptomtrykk, mens kvinner som gikk i behandling mer

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

depresjons- og angstsymptomer enn kvinner som ikke gikk i behandling. Det kan indikere at kvinner i større grad enn menn søker hjelp når de har behov for det. Imidlertid fant Eggenberger et al. (2021) at liten grad av eksternaliserende symptomer, mindre tilslutning til maskuline kjønnsroller og høyere nivå av angstsymptomer bidro til større sannsynligheten for å søke psykologisk hjelp blant menn.

**Hva bidrar til at menn søker hjelp sjeldnere enn kvinner?** Som vi så tidligere kan noe av forskjellen i hjelpesøkingsforekomst forklares med at kvinner av ulike årsaker er mer utsatt for utvikling av depresjon, noe som tilsier at de oftere kan oppleve hjelpetrengende depresjonssymptomer. Samtidig har flere studier også vist at faktorer som normer, maskuline idealer og stigma spiller en rolle i kjønnsforskjeller i hjelpesøkingsforekomst (Addis & Mahalik, 2003; Eggenberger et al., 2021; Li & Gal, 2022; Mahalik & Di Bianca, 2021; Yousaf et al., 2015).

Addis og Mahalik (2003) har foreslått 5 psykososiale prosesser som moderer hjelpesøking for menn. De 5 psykososiale prosessene er (a) persepsjon av hvor normativt problemet oppfattes, (b) hvor sentralt problemet oppleves for identiteten, (c) kjennetegn ved potensielle hjelpere, (d) kjennetegn ved den sosiale gruppa individet tilhører og (e) opplevd tap av kontroll. Basert på tidligere teori og forskning foreslo Addis og Mahalik (2003) at en mann har minst sannsynlighet for å søke hjelp dersom problemene oppleves unormale, sentrale for identiteten, trussel for en manns autonomi og hvis mennesker som er viktige for ham har holdninger knyttet til at menn skal være selvivaretagende.

Noen av de psykososiale prosessene til Addis og Mahalik (2003) er nært knyttet til maskuline idealer som også Eggenberger et al. (2021) fant at påvirket menns villighet til å søke hjelp. Maskuline idealer er idealer om hva en mann bør være, som menn i ulike grad tilegner seg i løpet av oppveksten gjennom kjønnsrollesosialisering (Li & Gal, 2022). I en kvalitativ svensk studie med 13 mannlige informanter ble den ideelle mann beskrevet som



Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

sterk, uavhengig, sportslig, teknisk, dominerende og en som ikke er emosjonelt uttrykksfull eller spør etter hjelp (Wirback et al., 2018). Et aspekt ved maskuline idealer handler også om å være annerledes fra kvinner og ta avstand fra feminine verdier, holdninger og atferd (Cole & Davidson, 2019). En studie med 1118 mannlige og kvinnelige respondenter undersøkte oppfatninger av femininitet og maskulinitet hos mennesker som søker hjelp. Resultatene viste at mennesker som søker hjelp for internaliserte vansker ble rangert som mindre maskuline og mer feminine enn de som søkte hjelp for fysiske symptomer. De som søkte hjelp for eksternaliserende vansker ble på den andre siden rangert som mer maskuline og mindre feminine (Li & Gal, 2022). Funnene kan være med å forklare en motvilje mot å søke hjelp blant menn ved at hjelpesøking for depresjon går imot maskuline idealer og kan oppfattes som en trussel mot en manns maskulinitet.

Flere studier peker også på stigma som en faktor som påvirker villighet til å søke hjelp for depresjon og psykiske lidelser generelt (Corrigan et al., 2014; Corrigan et al., 2009; Karaffa & Koch, 2016; Li & Gal, 2022; Mahalik & Di Bianca, 2021). Det er spesielt selvstigma som er assosiert med motvilje mot å søke hjelp (Mahalik & Di Bianca, 2021; Vogel et al., 2006). Selvstigma handler om «å redusere et individs selvfølelse eller selvverd forårsaket av at individet gir seg selv en merkelapp som noen som er sosialt uakseptabel» (Vogel et al., 2006, s. 325). Selvstigma er forbundet med følelse av skam og «hvorfors prøve» (Corrigan et al., 2014; Corrigan et al., 2009) og en studie viste at menn ble mer påvirket av stigma og negativt evaluert enn kvinner når de avvakte fra normen. Bosson og Michniewicz (2013) gjennomførte en studie med 756 forsøkspersoner der de undersøkte tendenser til at menn som ikke handlet i tråd med maskuline kjønnsroller ble mer negativt evaluert av andre menn enn kvinner som ikke handlet i tråd med kvinnelige kjønnsroller ble av andre kvinner.

En annen studie av Mahalik og Di Bianca (2021) så på hvordan hjelpesøking, depresjon, stigma og maskuline idealer påvirket hverandre. De gjennomførte en studie der

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

258 menn med depresjon svarte på spørreskjema om selv-stigma, selvstendighet, emosjonell kontroll og sannsynlighet for hjelpesøking. Resultatene indikerte komplekse relasjoner mellom variablene. Flere av variablene (selvstendighet, emosjonell kontroll og selv-stigma) påvirket direkte sannsynlighet for hjelpesøking, men variablene påvirket også hverandre og forsterket tendensene. Selvstendighet og emosjonell kontroll var knyttet til selv-stigma, og depresjon var assosiert med økt selvstendighet og emosjonell kontroll.

Hjelpesøking er med andre ord komplekst og påvirkes av mange faktorer. Tidligere studier har utforsket hjelpesøking gjennom anonyme spørreundersøkelser (Doherty & Kartalova-O'Doherty, 2010; Eggenberger et al., 2021), systematisk litteraturgjennomgang (Gulliver et al., 2010; Yousaf et al., 2015) og kvalitative intervjustudier (Danielsson et al., 2011; Wirback et al., 2018). Jeg skal gjennomføre en eksperimentell studie der menn og kvinner skal lese en vignett om en person med depresjonssymptomer tilsvarende en mild til moderat depressiv episode. Ved å eksponere menn og kvinner for den samme historien om en person med depresjonssymptomer holdes symptomene og alvorlighetsgraden konstant slik at det er mulig å sammenligne hvordan kvinner og menn vurderer hjelpesøking for depresjon

Basert på mye forskningslitteratur som indikerer at menn er mindre villig til å søke profesjonell hjelp enn kvinner (Addis, 2008; Addis & Mahalik, 2003; Eggenberger et al., 2021; Emslie et al., 2006; Helsedirektoratet, 2022; Wirback et al., 2018) er den første hypotesen som følger:

*Hypotese 1. Menn er mindre villige til å søke hjelp hos a) lege og b) psykolog enn kvinner når de leser vignetten.*

## **Normer**

Som vi har sett er det mange faktorer som kan bidra til forskjeller i hjelpesøking hos menn og kvinner, og en av de faktorene er normer. En norm kan defineres som «karakteristiske tendenser og koder for atferd i grupper» (Cialdini, 2012, s. 295). Mennesker

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

velger ut og følger med på kilder for normativ informasjon som de handler ut ifra. Mennesker oppfatter normativ informasjon ulikt basert på egne erfaringer (Tankard & Paluck, 2016). Det finnes forskjellige typer normer: deskriptive, preskriptive og proskriptive. Preskriptive normer handler om hva man burde gjøre og proskriptive normer handler om hva man ikke burde gjøre (Pavey et al., 2018). I denne oppgaven vil det bli fokusert på deskriptive normer som beskriver typisk atferd (Tankard & Paluck, 2016) og dominerende oppfatninger, overbevisninger og atferd i en bestemt referansegruppe (Gelfand & Harrington, 2015).

### ***Hvorfor ønsker mange å følge normer?***

En av grunnen til at det er nyttig å følge normer er fordi normer er viktige for opplevelse av gruppetilhørighet og for å unngå sosial avvisning fra ens gruppe (Cialdini & Goldstein, 2004). Gelfand og Harrington (2015) foreslo tre måter deskriptive normer motiverer mennesker på. Den første er for å håndtere usikkerhet i tvetydige situasjoner der situasjoner som oppleves mer tvetydig motiverer til mer normativ atferd. Den andre måten er at deskriptive normer motiverer til sosialt akseptabel atferd, men særlig i situasjoner der man må kunne stå ansvarlig for handlingene sine. Den tredje måten normer motiverer mennesker på er gjennom makt og grad av avhengighet av andre mennesker. Ifølge Gelfand og Harrington (2015) har mennesker med makt som er lite avhengig av andre mindre behov for å handle i tråd med deskriptive normer. Normer gir sosiale situasjoner et rammeverk og gjør situasjoner mer forutsigbare ved å indikere hvilke reaksjoner man kan forvente av andre (Chiu et al., 2010). Ofte hjelper normer oss, men de kan også noen ganger hindre oss i å handle på en måte som er bra for oss som for eksempel ved å la være å søke hjelp for depresjon selv om man har behov for det.

Som nevnt tidligere er det mye forskning på at menn med depresjonssymptomer har en større barriere for å søke hjelpe enn kvinner. Addis og Mahalik (2003) foreslo at interaksjoner mellom fire faktorer kan bidra til å forklare variasjoner i hvor påvirket menn er

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

av maskuline idealer på tvers av situasjoner. De fire interaksjonene er som følger: (1) hvor uniform de oppfatter andre menns holdninger å være, (2) hvorvidt et stort antall menn uttrykker de samme holdningene, (3) i hvor stor grad menn oppfatter seg selv som at de ligner på andre i referansegruppa og (4) hvor viktige medlemmene i referansegruppa er for dem. De fire interaksjonene handler på mange måter om ideer og oppfatninger til mennesker i omgivelsene. Det som er noe paradoksalt med slike antakelser er at man ikke kan få helt innsikt i hva andre mennesker egentlig tenker. Til og med dersom man fikk helt innsikt i hva andre tenkte ville oppfatningene likevel bli påvirket av egne erfaringer og oppfatninger (Tankard & Paluck, 2016). Det kan gi grobunn for misoppfatninger, og pluralistisk ignorans er et eksempel på en slik misoppfatning.

### **Pluralistisk ignorans**

Pluralistisk ignorans er et spesifikt tilfelle av en illusjon om universalitet som først ble introdusert av Allport og Katz i 1931 (Sargent & Newman, 2021). En nyere definisjon har blitt foreslått i en metaanalyse av Sargent og Newman (2021, s. 166) som er den definisjon jeg vil ta utgangspunkt i videre. De definerer pluralistisk ignorans som «et fenomen som skjer på gruppenivå, der individer som tilhører gruppa feilaktig tror at andres kognisjoner (holdninger, oppfatninger, følelser) og/eller atferd avviker systematisk fra deres egen uavhengig av situasjonen misoppfatningen oppstår i». Pluralistisk ignorans er dokumentert på tvers av situasjoner og kan handle om hva andre tenker, hva andre gjør og hvem andre er (Bursztyn & Yang, 2022).

Pluralistisk ignorans kan ha en fasiliterende effekt (at man handler i tråd med den misoppfattende majoriteten) eller en hemmende effekt (at man ikke handler i tråd med sine personlige oppfatninger) (Sargent & Newman, 2021). Bursztyn og Yang (2022) gjennomførte en metaanalyse av forskning på misoppfatninger og fant en tendens til at mennesker er bedre på å vurdere normene i inngruppen enn i utgruppen. De fant også en tendens til at egne

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

holdninger og oppfatninger ble påvirket av hva man oppfatter at andre tror og mener om et bestemt tema, altså at man blir påvirket av andres misoppfatninger. Andre tendenser som har blitt identifisert knyttet til pluralistisk ignorans er at mennesker har en tilbøyelighet til å handle i tråd med oppfattede normer som videre kan bidra til at misoppfatninger opprettholdes eller styrkes (Vorauer & Miller, 1997). Pluralistisk ignorans kan også øke sannsynligheten for at mennesker i en gruppe ikke deler sine faktiske meninger med andre i gruppa (Halbesleben et al., 2007) som kan bidra til at de misoppfattende holdningene holdes ved like selv om individene i gruppa ikke støtter holdningene lenger (Miller & Morrison, 2009). Å lære om den kognitive tilbøyeligheten og den faktiske normen kan bidra til at mennesker ikke lenger innretter seg etter misoppfatninger og handler mer i tråd med ønsket atferd og egne verdier (Dardis et al., 2016). Pluralistisk ignorans modereres av gruppeidentifikasjon (Schroeder & Prentice, 1998) og kan relateres til i hvor stor eller liten grad noen bryr seg om andres meninger (Bursztyn & Jensen, 2017). Desto flere det er i en populasjon som ønsker å handle på sosialt akseptable måter jo mer effektive vil intervensjoner være der man informerer om hva normen er (Miller & Prentice, 2016).

Flere av variablene som har blitt identifisert å påvirke pluralistisk ignorans påvirker også villighet til å søke hjelp for psykiske vansker slik som flauhet, styrke på inngruppeidentifikasjon, frykt for sosial avvisning og frykt for negativ evaluering (Miller & Morrison, 2009; Sargent & Newman, 2021; Schroeder & Prentice, 1998). Det er også mulig at misoppfatninger om andres emosjonelle liv påvirker hjelpesøking og utvikling av depresjon der en studie av Jordan et al. (2011) fant at mennesker har en tendens til å misoppfatte andres emosjonelle liv. De fant at mennesker har en tendens til å overvurdere andre menneskers positive følelser og undervurdere andre menneskers negative følelser. Forskerne fant at undervurdering av andres negative følelser predikerte større grad av ensomhet, grubling og lavere livstilfredshet.

Studier på pluralistisk ignorans og hjelpesøking har funnet en tendens til at deltakerne oppfattet andre som mindre villige og positive til å søke hjelp enn de var selv (Karaffa & Koch, 2016; Karaffa & Tochkov, 2013). To studier gjort på politifolk fant at de hadde en tendens til å tenke at andre politifolk var mindre positivt innstilt til å søke hjelp for psykiske vansker enn de var selv (Karaffa & Koch, 2016; Karaffa & Tochkov, 2013). En annen interessant studie om forskjeller i holdninger til hjelpesøking er en studie av Mirnezami et al. (2016). De gjennomførte en studie der de spurte 500 voksne i aldersgruppen 18-70 år om å besvare det samme spørreskjemaet som forsøkspersoner hadde besvart i 1976 og 2003 for å sammenligne holdninger til mennesker med psykiske lidelser. De fant at 70% av forsøkspersonene ville anbefalt noen med psykiske vansker å oppsøke en psykiater, men bare 23% ville søkt hjelp hos en psykiater selv. Resultatene viste en tendens til å tenke annerledes om andre mennesker enn om seg selv.

Ettersom flere rapporter og studier tyder på at det er mange som ikke søker hjelp for depressive symptomer generelt, og at mennesker er mer villig til å søke hjelp selv enn det de tror andre er (Helsedirektoratet, 2022; Karaffa & Koch, 2016; Mirnezami et al., 2016; Sargent & Newman, 2021), leder det til hypoteser om pluralistisk ignorans hos menn og hos kvinner. I denne studien blir forsøkspersonene randomisert til å lese enten en kjønnskongruent vignett (menn leser om en mannlig vignettkarakter, kvinner leser om en kvinnelig vignettkarakter) eller en kjønnsinkongruent vignett (menn leser om en kvinnelig vignettkarakter, kvinner leser om en mannlig vignettkarakter<sup>2</sup>). Den andre hypotesen i studien handler om pluralistisk ignorans hos menn.

*Hypotese 2. Menn rapporterer at menn flest er mindre villig til å søke hjelp hos a) lege og b) psykolog enn det de er selv når de leser om en mannlig vignettkarakter.*

---

<sup>2</sup> Forsøkspersonene i studien blir delt inn etter kjønn registrert i folkeregisteret. Dette vi si at alle deltakerne blir beskrevet som enten kvinner eller menn, uavhengig av den enkeltes kjønnsidentitet.

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

Det finnes lite forskningslitteratur på sammenhengen mellom hjelpesøking og pluralistisk ignorans blant kvinner. Likevel skulle man forvente at det er pluralistisk ignorans blant kvinner fordi mange mennesker generelt er motvillig mot å søke hjelp, og deriblant også kvinner (Helsedirektoratet, 2022).

*Hypotese 3. Kvinner rapporterer at kvinner flest er mindre villig til å søke hjelp hos a) lege og b) psykolog enn det de er selv når de leser om en kvinnelig vignettkarakter.*

### **Inngruppe og utgruppe**

Etttersom noen av forsøkspersonene leser en kjønnsinkongruent vignett er det også mulig å undersøke menns oppfatninger om villighet til å søke hjelp for kvinner flest og kvinners oppfatninger om villighet til å søke hjelp for menn flest.

Bursztyn og Yang (2022) har gjennomført en metaanalyse om misoppfatninger og tendenser i inngrupper og utgrupper. De baserte seg på 79 forskningsartikler om misoppfatninger publisert de siste 20 årene på mange forskjellige tema. Resultatene viste en tendens til at misoppfatninger om normene i inngruppen er mindre enn misoppfatninger knyttet til utgrupper. Svarene om inngruppers holdninger, atferd eller oppfatninger var ofte nærmere sannheten enn svar knyttet til utgrupper. Bursztyn og Yang (2022) fant også tendenser til at mange tenkte at mennesker i inngruppen delte de samme karakteristikk, holdninger, oppfatninger og atferd som seg selv, mens karakteristikk, holdninger, oppfatninger og atferd i utgruppen var motsatt.

I tråd med tendens til å misoppfatte enda mer i utgruppe og forskning som viser at mange oppfatter hjelpesøking som feminint og mindre i tråd med maskuline idealer (Addis & Mahalik, 2003; Bursztyn & Yang, 2022; Li & Gal, 2022; Mahalik & Di Bianca, 2021) leder det til to hypoteser om hva menn tenker om menn flest sammenlignet med kvinners tanker om menn flest og sammenligning av menns tanker om kvinner flest og kvinners tanker om kvinner flest.

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

*Hypotese 4. Kvinner rapporterer at menn flest er mindre villig til å søke hjelp hos a) lege og b) psykolog enn menn rapporterer om menn flest når de leser vignett med mannlig vignettkarakter.*

*Hypotese 5, Menn rapporterer at kvinner flest er mer villig til å søke hjelp hos a) lege og b) psykolog enn kvinner rapporterer om kvinner flest når de leser vignett med kvinnelig vignettkarakter.*

## Metode

### Design

For å teste hypotesene gjennomførte jeg et eksperimentelt forsøk. Forsøket hadde mellomgruppe-design med to betingelser og fire avhengige variabler. Forsøkspersonene fikk lese en vignett om en fiktiv person med depressive symptomer tilsvarende en mild til moderat depressiv episode. Jeg tok utgangspunkt i en allerede eksisterende vignett brukt i to tidligere studier (Aarehun et al., 2021; Harris et al., 2021), men bearbeidet den noe språklig og kortet den ned. Den kvinnelige vignettkarakteren het Kristine og den mannlige vignettkarakteren het Kristian. Forsøkspersonene ble randomisert til en av de to eksperimentelle betingelsene: at vignettkarakteren var en mann eller en kvinne. Vignetten med kvinnelig vignettkarakter var som følger:

*«Kristine er 42 år. De siste ukene har hun følt seg trist hver dag. Kristines tristhet har vært uavbrutt og hun kan ikke finne noen forklaring på den ut ifra ting som har skjedd eller årstiden. Det er vanskelig for henne å gå på jobb hver dag. Hun pleide å trives med kollegaene sine og med arbeidet sitt. Nå kan hun ikke lenger finne noe glede i det eller andre aktiviteter hun likte før. Vanligvis liker Kristine å gå ut med venner og søsteren, men nå holder hun seg mer hjemme. Kristine har veldig dårlig samvittighet fordi hun er så trist og hun føler at hun har sviktet søsteren og vennene sine. Søsteren har nå sagt at Kristine blir altfor lett distraheret og at hun er ute av stand til å*



Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

*konsentrere seg og ta avgjørelser. Siden disse utfordringene begynte, har Kristine sovnet dårlig hver natt. Hun har hatt vanskeligheter med å sovne og våkner ofte om natten. Da hun lå våken for noen netter siden og prøvde å få sove, begynte hun å gråte fordi hun følte seg så hjelpeløs.»*

Vignetten med mannlig vignettkarakter var helt likt, foruten mannlig pronomen, vignettkarakteren hadde en bror i stedet for en søster og het Kristian.

I begge betingelsene fikk forsøkspersonene lese en introduksjonstekst som var: Du vil nå få lese en kort fortelling om en person. Etterpå ber vi deg svare på noen spørsmål knyttet til fortellingen. Spørsmålene forsøkspersonene svarte på etter å ha lest vignetten var: (1) Hvis du hadde følt deg som Kristian/Kristine ville du da oppsøkt (a) lege. Det samme spørsmålet ble også stilt for (b) psykolog. Forsøkspersonene besvarte de to spørsmålene på en Likertskala med svaralternativene: Svært usannsynlig – Usannsynlig – Noe usannsynlig – Noe sannsynlig – Sannsynlig – Svært sannsynlig. Videre fikk forsøkspersonene et spørsmål til: (2) Tror du menn/kvinner flest ville oppsøkt (a) lege psykolog hvis de følte seg som Kristian/Kristine. Det samme spørsmålet ble også stilt for (b) psykolog og svaralternativene var de samme som for spørsmål 1. Alle forsøkspersonene svarte på hva de selv ville gjort og enten hva de tror andre menn flest ville gjort hvis de leste om Kristian eller hva kvinner flest ville gjort hvis de leste om Kristine. Når jeg kombinerer de to eksperimentelle betingelsene med respondentens kjønn, får jeg fire betingelser:

## Tabell 1

### *Eksperimentelle betingelser*

Gruppe	Kjønn på forsøksperson	Kjønn på vignettkarakter
1	Mann	Mann - Kristian
2	Kvinne	Mann - Kristian
3	Mann	Kvinne - Kristine
4	Kvinne	Kvinne - Kristine

## Prosedyre

Denne studien bruker data fra Norsk medborgerpanel runde 24 (Ivarsflaten et al., 2022). Norsk medborgerpanel finansieres av Universitetet i Bergen (UiB). Datainnsamlingen ble koordinert av UiB, implementert av Ideas2Evidence, og dataene blir distribuert av Sikt og UiB. Dataene i runde 24 av Norsk medborgerpanel ble innsamlet i perioden 23. mai – 15. juni 2022 (Ivarsflaten et al., 2022). Norsk medborgerpanel er en internettbasert undersøkelse om nordmenns holdninger til viktige samfunnstema. Panelet drives av samfunnsforskere ved Universitetet i Bergen og NORCE. Det er et non-profit prosjekt utelukkende benyttet til forskningsformål. Deltakerne inviteres til å si sin mening i viktige spørsmål om norsk politikk og samfunn (UiB, 2020). Det blir sendt ut korte internetundersøkelser omtrent tre ganger i året og deltakerne er rekruttert fra folkeregisteret gjennom flere runder slik at panelet er nær representativt for den norske voksne befolkningen (Skjervheim et al., 2022).

## Etiske vurderinger

Studien ble gjennomført i Norsk Medborgerpanel gjennom Medborgerstipendet der studenter får mulighet til å gjennomføre en studie i et tilnærmet representativt norsk utvalg om en samfunnsvitenskapelig problemstilling (UiB, 2022b). Dataene som samles inn i Norsk medborgerpanel følger forskningsetiske retningslinjer. Studien ble godkjent av Datatilsynet

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

(UiB, 2021) og jeg signerte en taushetserklæring før jeg fikk tilgang til dataene som var aktuelle for min studie. Universitetet i Bergen var behandlingsansvarlig og rådførte seg med Personverntjenester til NSD (Norsk senter for forskningsdata) og eget personvernombud. Forsøkspersonene ble anonymisert og informasjonen som ble oppgitt ble behandlet konfidensielt (UiB, 2022a). Deltakelse i studien var frivillig og forsøkspersonene kunne når som helst trekke seg (UiB, 2022c).

### **Utvalg**

Det var 2062 forsøkspersoner i utvalget, 1052 menn og 1010 kvinner, noe som tilsvarer at 51% av forsøkspersonene var menn og 49% var kvinner. Blant forsøkspersonene var 2.1 % født i 1939 eller tidligere, 16.2% mellom 1940-1949, 25.5% mellom 1950-1959, 23.6% mellom 1960-1969, 14.2% mellom 1970-1979, 11.1% mellom 1980-1989 og 7.2% var født i 1990 eller senere. Som høyeste nivå fullført utdanning hadde 4.9% ingen utdanning/grunnskole, 29% hadde fullført videregående, 64.9% hadde fullført høyskole/universitet og 1.5% hadde ikke svart på høyeste fullførte utdanning.

### **Statistiske analyser**

For å analysere de innsamlede dataene brukte jeg SPSS, versjon 27 (IBM Corp, 2021). Jeg brukte Cohens  $d$  som effektstørrelse i alle analysene. Cohens  $d > 0.2$  tilsvarer liten effektstørrelse, Cohens  $d > 0.5$  tilsvarer moderat effektstørrelse og Cohens  $d > 0.8$  tilsvarer stor effektstørrelse. Signifikansnivå var  $p < .05$ . For å analysere hypotese 1 gjennomførte jeg en uavhengig utvalgs  $t$ -test. Hypotese 2 og 3 ble analysert med paret  $t$ -test for å sammenligne rapportering på hva forsøkspersonene ville gjort selv og hva de tror menn flest (hypotese 2) eller kvinner flest (hypotese 3) ville gjort. Hypotese 4 og 5 ble analysert med uavhengig utvalgs  $t$ -test

## **Resultater**

**Tabell 2**

*Gjennomsnitt og standard avvik for de fire eksperimentelle betingelsene for hvert forsøksspørsmål*

Vignettkarakter	Kristian				Kristine			
	Mann ( <i>n</i> = 534)		Kvinne ( <i>n</i> = 499)		Mann ( <i>n</i> = 507)		Kvinne ( <i>n</i> = 502)	
Kjønn forsøksperson	Gjenno- msnitt	Standard avvik	Gjenno- msnitt	Standard avvik	Gjenno- msnitt	Standard avvik	Gjenno- msnitt	Standard avvik
Hvis du hadde følt deg som Kristian/Kristine, ville du da oppsøkt lege?	4.08	1.49	4.37	1.43	4.00	1.46	4.26	1.46
Hvis du hadde følt deg som Kristian/Kristine, ville du da oppsøkt psykolog?	3.23	1.55	3.72	1.59	3.23	1.63	3.46	1.62
Tror du menn/kvinner flest ville oppsøkt fastlege hvis de følte seg som Kristian/Kristine?	3.51	1.24	3.18	1.31	4.35	1.04	4.34	1.19
Tror du menn/kvinner flest ville oppsøkt fastlege hvis de følte seg som Kristian/Kristine?	2.60	1.03	2.32	1.11	3.72	1.16	3.52	1.19

Hypotese 1 var at menn er mindre villige til å søke hjelp hos a) lege og b) psykolog enn kvinner. Jeg gjennomførte en uavhengig utvalgs t-test for å evaluere forskjellen på rapportering til menn og kvinner for a) lege og b) psykolog. Analysen viste at menn var signifikant mindre villig til å oppsøke lege ( $M = 4.04$ ,  $SD = 1.48$ ) enn kvinner ( $M = 4.31$ ,  $SD = 1.45$ ),  $t(1989) = -4.16$ ,  $p < .001$ , Cohens  $d = -0.19$ . Analysen viste også at menn var signifikant mindre villig til å søke hjelp hos psykolog ( $M = 3.23$ ,  $SD = 1.59$ ) enn kvinner ( $M = 3.59$ ,  $SD = 1.61$ ),  $t(1907) = -4.90$ ,  $p < .001$ . Cohens  $d = -0.22$ .

Hypotese 2 var at menn tenkte at menn flest var mindre villig til å søke hjelp hos a) lege og b) psykolog enn det de var selv når de leste den mannlige vignetten. Jeg gjorde en paret t-test for å sammenligne rapportering til menn som leste om Kristian for hva de selv ville gjort og hva de tror menn flest ville gjort. Resultatene viste at menn tenkte at menn flest ( $M = 3.50$ ,  $SD = 1.24$ ) var signifikant mindre villige til å søke hjelp hos lege enn de tenkte at de var selv ( $M = 4.08$ ,  $SD = 1.49$ ),  $t(514) = 9.99$ ,  $p < .001$ , Cohens  $d = 0.44$ . Resultatene viste også at menn tenkte at menn flest ( $M = 2.59$ ,  $SD = 1.02$ ) var signifikant mindre villig til å oppsøke hjelp hos psykolog enn de tenkte at de var selv ( $M = 3.21$ ,  $SD = 1.54$ ),  $t(485) = 9.632$ ,  $p < .001$ , Cohens  $d = 0.44$ .

Hypotese 3 var at kvinner tenkte at kvinner flest var mindre villig til å søke hjelp hos a) lege og b) psykolog enn det de var selv når de leste den kvinnelige vignetten. Jeg gjorde en paret t-test for å sammenligne skårene til kvinner som leste om Kristine for hva de selv ville gjort og hva de tror kvinner flest ville gjort. Resultatene viste at kvinner tenkte at kvinner flest ( $M = 4.34$ ,  $SD = 1.20$ ) ikke var signifikant mindre villig til å søke hjelp hos lege enn de var selv ( $M = 4.25$ ,  $SD = 1.46$ ),  $t(487) = -1.425$ ,  $p < .155$ , Cohens  $d = -0.06$ . Resultatene viste også at kvinner tenkte at kvinner flest ( $M = 3.52$ ,  $SD = 1.20$ ) ikke var signifikant mindre villig til å søke hjelp hos psykolog enn de var selv ( $M = 3.45$ ,  $SD = 1.61$ ),  $t(466) = -1.114$ ,  $p < .266$ , Cohens  $d = -0.05$ .

Hypotese 4 var at kvinner rapporterte at menn flest var mindre villig til å søke hjelp hos a) lege og b) psykolog enn menn rapporterte om menn flest når de leste vignetten med mannlig vignettkarakter. Jeg gjorde en uavhengig utvalgs t-test for å sammenligne menn og kvinners rapportering av menn flests villighet til å søke hjelp når de leste vignetten om Kristian. Resultatene viste at kvinner rapporterte at menn flest ( $M = 3.18$ ,  $SD = 1.31$ ) var signifikant mindre villig til å oppsøke lege enn menn rapporterte om menn flest ( $M = 3.51$ ,  $SD = 1.24$ ),  $t(1012) = 4.026$ ,  $p < .001$ , Cohens  $d = 0.25$ . Resultatene viste også at kvinner rapporterte at menn flest ( $M = 2.32$ ,  $SD = 1.11$ ) var signifikant mindre villig til å oppsøke psykolog enn det menn rapporterte om menn flest ( $M = 2.60$ ,  $SD = 1.03$ ),  $t(954) = 4.106$ ,  $p < .001$ , Cohens  $d = 0.27$ . Resultatene viste at kvinner tenkte at menn var enda mindre villig til å søke hjelp enn det menn rapporterte om menn flest for både lege og psykolog.

Hypotese 5 var at menn rapporterte at kvinner flest var mer villig til å søke hjelp hos a) lege og b) psykolog enn kvinner rapporterte om kvinner flest når de leste vignett med kvinnelig vignettkarakter. Jeg gjorde en uavhengig utvalgs t-test for å sammenligne hva menn og kvinner trodde om kvinner flests sin villighet til søke hjelp når de leste vignetten om Kristine. Resultatene viste at menn rapporterte at kvinner flest ( $M = 4.35$ ,  $SD = 1.40$ ) ikke var signifikant mer villig til å oppsøke lege enn det kvinner rapporterte om kvinner flest ( $M = 4.34$ ,  $SD = 1.20$ ),  $t(987) = 0.131$ ,  $p < .895$ , Cohens  $d = 0.01$ . Resultatene viste imidlertid at menn rapporterte at kvinner flest ( $M = 3.72$ ,  $SD = 1.16$ ) var signifikant mer villig til å oppsøke psykolog enn det kvinner rapporterte om kvinner flest ( $M = 3.52$ ,  $SD = 1.20$ ),  $t(938) = 2.615$ ,  $p < .009$ , Cohens  $d = 0.17$ .

### **Tilleggsanalyser**

En annen interessant observasjon fra resultatene selv om det ikke er direkte knyttet til noen av hypotesene er at både menn og kvinner rapporterte større villighet til å søke hjelp hos lege sammenlignet med psykolog selv om forskjellene var små. Gjennomsnittet av rapportert

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

villighet var at menn og kvinner tenkte at det var «noe sannsynlig» at de ville oppsøke lege og «noe usannsynlig» at de ville oppsøke psykolog.

### Tabell 3

*Gjennomsnittlig skåre på villighet til å søke hjelp hos lege eller psykolog for menn og kvinner*

	Lege		Psykolog	
	Gjennomsnitt	Tilsvarende Svaralternativ	Gjennomsnitt	Tilsvarende Svaralternativ
Menn	4.04	Noe sannsynlig	3.23	Noe usannsynlig
Kvinner	4.31	Noe sannsynlig	3.59	Noe usannsynlig

### Diskusjon

Formålet med denne eksperimentelle studien var å utforske hvorvidt det finnes pluralistisk ignorans i hjelpesøking for depresjon i en representativ norsk populasjon og undersøke kjønnsforskjeller. På den måte var det mulig å få et større innblikk i hvilke mekanismer som bidrar til rapporterte kjønnsforskjeller i hjelpesøking. Studien har sett på hvorvidt det finnes pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til villighet til å søke hjelp hos a) lege og b) psykolog. Jeg har også undersøkt hvor villig menn tenker at kvinner flest er til å søke hjelp og hvor villig kvinner tenker at menn flest er til å søke hjelp.

#### **Menn var mindre villig til å søke hjelp hos lege og psykolog enn kvinner**

Resultatene viste at menn var signifikant mindre villig til å søke hjelp hos lege og psykolog enn kvinner. Effekten var imidlertid liten for begge, for lege var Cohens  $d = 0.19$  og for psykolog var Cohens  $d = -0.22$ . Det er i tråd med tidligere forskning som har dokumentert den samme tendensen til at menn er mindre villig til å søke hjelp for psykiske

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

vansker enn kvinner (Addis & Mahalik, 2003; Cusack et al., 2006; Hammer & Vogel, 2010; Helsedirektoratet, 2022; Johnson et al., 2012).

### **Pluralistisk ignorans blant menn, men ikke kvinner**

Resultatene fra de statistiske analysene på hypotese 2 og 3 viste pluralistisk ignorans hos menn for lege og psykolog, men ikke pluralistisk ignorans hos kvinner for lege eller psykolog. Det vil si at studien fant støtte for hypotese 2 om at menn tror at menn flest er mindre villig til å søke hjelp hos lege og hos psykolog enn de er selv. Studien fant ikke støtte for hypotese 3 fordi kvinner rapporterte at de trodde at kvinner flest var omtrent like villig til å søke hjelp hos lege og psykolog som seg selv. Ettersom studien fant pluralistisk ignorans for menn, men ikke for kvinner, indikerer det at pluralistisk ignorans er en faktor som kan bidra til å forklare forskjeller i hjelpesøkningsforekomst blant menn og kvinner.

### ***Hvorfor er det pluralistisk ignorans blant menn, men ikke kvinner?***

Det er sannsynlig at faktorer beskrevet tidligere i oppgaven slik som stigma, stereotypier og maskuline idealer bidrar til pluralistisk ignorans hos menn (Addis & Mahalik, 2003; Bursztyn & Yang, 2022; Li & Gal, 2022; Mahalik & Di Bianca, 2021).

**Normativitet.** Det er mulig at en av grunnene til at studien fant pluralistisk ignorans for menn og ikke for kvinner er at depresjon er ansett som mer normativt for kvinner. Det er mange faktorer som kan bidra til å forklare hvorfor depresjon eventuelt oppfattes mer normativt for kvinner enn for menn. På den ene siden er det mulig at kvinner i større grad enn menn har flere nære relasjoner og at kvinner deler mer om hvordan de har det. David-Barrett et al. (2015) fant på tvers av kulturer at kvinner foretrekker en-til-en interaksjoner mens menn foretrekker å være sosiale i grupper. En annen interessant studie er studien til Pearce et al. (2021). De gjennomførte en studie der de undersøkte hvilke faktorer som predikerte intimitet i nære vennskap. De fant at å dele historier i kvinnelige vennskap hadde en positiv effekt, mens det hadde en negativ effekt i mannlige vennskap. Studien viste også at kvinnelige



vennskap var karakterisert av at relasjonen i seg selv var mer intim og nær, mens mannlige vennskap i større grad var karakterisert av å delta i sosiale aktiviteter sammen. Det tyder på at kvinner har nære relasjoner der de deler mer personlige historier som kan bidra til bedre innsikt i hvordan andre har det på godt og vondt. Likevel kan det også oppstå misoppfatninger hos dem med mange nære relasjoner. Jordan et al. (2011) fant at selv om mennesker har flere personer de deler private følelser med, har man en tendens til å undervurdere andres negative følelser og overvurdere andres positive følelser. At kvinner har nære relasjoner som i større grad er karakterisert av at man deler historier kan bidra til mer innsikt i andres liv og hvordan de har det enn det menn opplever i sine nære relasjoner. Likevel, ettersom man må tolke det man får høre og har begrenset med informasjon kan det bidra til feiltolkninger (Jordan et al., 2011; Tankard & Paluck, 2016).

Det er også mulig at det er en slags læringseffekt som er forskjellig for menn og for kvinner på den måten at kvinner fra tidligere alder snakker mer selv om hvordan de har det og får høre mer om hvordan andre har det. Det kan igjen ha sammenheng med at kvinner i større grad enn menn deler historier mens menn i større grad deltar i sosiale aktiviteter sammen (Pearce et al., 2021). Det er mulig at kvinner blir mer bevisst på sine egne emosjonelle liv enn det menn blir og at kvinner har lettere for å snakke om og uttrykke hvordan de har det (Wirback et al., 2018). Blant annet har tre svenske studier pekt på at menn ofte oppsøker leger med fysiske symptomer som viser seg å ha et psykologisk utgangspunkt (Danielsson et al., 2009; Danielsson & Johansson, 2005; Wirback et al., 2018). På den ene siden kan det handle om at det er mindre stigmatiserende å oppsøke en lege fordi en lege kan man oppsøke for somatiske og psykologiske problemstillinger, mens man oppsøker en psykolog for psykologiske problemstillinger. På den andre siden er det også mulig at menn oppsøker leger med fysiske symptomer fordi de har mindre ferdigheter i å kjenne etter hvordan de har det. En studie som støtter at kvinner har et bedre utgangspunkt til å oppsøke

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

Hjelp enn menn er en kvalitativ svensk studie av Wirback et al. (2018). De fant at menn syntes det var vanskeligere enn kvinner å fortelle om hvordan de hadde det i starten, men at den effekten forsvant eller ble mindre når de fikk øvelse i å snakke om hvordan de hadde det med familie, venner og helsepersonell.

En annen faktor som kan være med å forklare pluralistisk ignorans hos menn, men ikke hos kvinner er at flere kvinner enn menn er helsepersonell. Ifølge Statistisk sentralbyrå var andelen kvinner sysselsatt med helse- og sosialfaglig bakgrunn 82.7% og andelen menn 17.3% (Statistisk sentralbyrå, 2022). Mennesker som jobber i helsevesenet blir eksponert for mennesker i mange forskjellige og vanskelige situasjoner som kan bidra til at det å ha det vanskelig oppfattes mer normativt.

Det er også mulig at resultatene viste pluralistisk ignorans for menn for lege og for psykolog, men ikke for kvinner fordi depresjon er en psykisk lidelse som oppfattes mer feminin og vanlig for kvinner (Li & Gal, 2022; Mahalik & Di Bianca, 2021). Symptomene ved depresjon er ikke i tråd med maskuline idealer som å ha emosjonell kontroll. Det er mulig at resultatene hadde vært noe annerledes dersom studien hadde undersøkt en annen psykisk problematikk med mer maskuline assosiasjoner slik som aggresjon eller rusmisbruk (Cavanagh et al., 2017; Eggenberger et al., 2021). Det er mulig at kvinner da hadde hatt mer misoppfatninger til hverandre fordi det kan oppfattes som mindre akseptabelt, mindre normativt og mer stigmatisert å dele at man har et rusproblem eller utfordringer med å håndtere aggresjon og sinne. Det kan være en interessant problemstilling å utforske i fremtidig forskning for å få mer innsikt i pluralistisk ignorans.

### **Misoppfatninger om utgruppen**

Både menn og kvinner rapporterte tendenser hos henholdsvis kvinner og menn flest som var lenger vekk fra normen enn det kvinner rapporterte for kvinner flest og menn rapporterte for menn flest. Kvinner trodde at menn flest var signifikant mindre villig til å søke hjelp hos lege

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

og psykolog enn det menn trodde at menn flest var. Videre trodde menn at kvinner flest var mer villig til å søke hjelp hos psykolog, men ikke lege, enn det kvinner trodde at kvinner flest var.

### ***Menn og kvinner om kvinner flest***

Menn rapporterte at kvinner flest var mer villig til å søke hjelp hos psykolog enn det kvinner rapporterte om kvinner flest. Det kan indikere en underliggende tankegang om at det å gå til psykolog er feminint og en oppfatning om at det er mer kvinner som går til psykolog. På den ene siden viser det noe stereotypiske holdninger, men på den andre siden gjenspeiler det også virkeligheten der kvinner oftere oppsøker psykolog enn det menn gjør (Eggenberger et al., 2021; Helsedirektoratet, 2022).

Når menn rapporterte sannsynlighet for kvinner flest til å søke hjelp hos lege var ikke resultatene signifikant sammenlignet med hva kvinner rapporterte om kvinner flest. Det er mulig at menns rapportering av sannsynlighet til å oppsøke lege er påvirket av at det er generelt mindre stigmatisert og ansett som mer normalt enn å oppsøke hjelp hos psykolog. Det støttes også av gjennomsnittlig rapportering av villighet til å oppsøke lege og psykolog beskrevet i Tabell 3. Menn rapporterte gjennomsnittlig villighet til å oppsøke lege som «noe sannsynlig» og gjennomsnittlig villighet til å oppsøke psykolog som «noe usannsynlig». Med andre ord indikerer det en lavere terskel for å oppsøke lege enn psykolog som kan gjenspeiles i resultatene på hypotese 5.

### ***Kvinner og menn om menn flest***

Når kvinner og menn rapporterte hva de trodde menn flest ville gjort, rapporterte kvinner en større motvilje mot å søke hjelp hos lege og psykolog for menn flest enn det menn gjorde for menn flest. Det kan indikere et stereotypisk tankesett knyttet til maskuline idealer og holdninger om at menn ønsker å være selvstendig og ikke snakke om følelser. Det kan ha implikasjon for mennesker i nettverk til menn med depresjonssymptomer. Danielsson et al.

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

(2011) gjennomførte en kvalitativ studie der unge menn uttrykte et ønske om å være normal.

Den samme studien fant også at venner og familie var viktige for å utfordre stereotypiske oppfatninger og forventinger knyttet til kjønn som sier noe om at nettverk er viktig.

Det er også mulig at kvinner rapporterte at menn flest var mindre villig til å søke hjelp hos lege og hos psykolog fordi de kan ha erfaring med at menn er motvillig til å søke hjelp for psykiske vansker. En av informantene i studien til Danielsson et al. (2011) fortalte at andre måtte fysisk dra ham ut og ta ham med for å søke hjelp for depresjonssymptomene sine. For mange menn vil den nærmeste og mest naturlige personen å betro seg til være en kvinne som for eksempel en kvinnelig partner eller moren sin. To svenske studier har vist at kvinner i menns nettverk var viktig for at de skulle søke hjelp (Danielsson et al., 2011; Wirback et al., 2018). Wirback et al. (2018) pekte spesielt på at et nært forhold til moren kunne bidra til tidligere hjelpesøking, mens Danielsson et al. (2011) fant en tendens til at de mannlige forsøkspersonene uttrykte positive erfaringer med støttende kvinnelige venner.

Hvis man ser på resultatene der menn rapporterte hva de tror menn flest ville gjort vises også en tendens til at menn tror at andre menn er mindre villig til å søke hjelp. På den ene siden kan det tenkes at menn som betror seg til en annen mann kan bli møtt av støttende holdninger om at det ikke er så farlig å søke hjelp. På den andre siden er det mulig at en mann som betror seg til en annen mann kan bli møtt av holdninger om at mannen burde ta seg sammen og at det går over av seg selv. Addis og Mahalik (2003) argumenterte for at det er mer usannsynlig at en mann søker hjelp dersom menn som er viktige for vedkommende har holdninger knyttet til at menn skal være selvivaretagende. Videre fant Vogel et al. (2014) at menn som stigmatiserte psykiske vansker hadde mindre sannsynlighet for å oppfordre venner, familie eller partnere til å søke hjelp for psykiske vansker. Menn møter muligens mer barrierer i sitt nettverk enn kvinner i forbindelse med hjelpesøking som kan bidra til motvilje og stigma til å søke hjelp. Det vil variere i stor grad fra person til person og sannsynligvis i

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

tråd med motivasjoner for å følge normer nevnt tidligere slik som makt og avhengighet av andre mennesker, og i hvor stor grad maskuline idealer verdsettes av mennesker i omgivelsene (Addis & Mahalik, 2003; Gelfand & Harrington, 2015).

### **Større aksept for å søke hjelp hos lege enn hos psykolog**

Som nevnt tidligere er det verdt å merke seg gjennomsnittet for villighet til å søke hjelp rapportert av menn og kvinner som er presentert i Tabell 3. Gjennomsnittet for både menn og kvinners villighet til å søke hjelp hos lege tilsvarte «noe sannsynlig» og menn og kvinners villighet til å søke hjelp hos psykolog tilsvarte «noe usannsynlig». Det indikerte jevnt over liten villighet til å søke hjelp hos lege og psykolog for menn og kvinner. Vignetten forsøkspersonene leste beskrev en person med symptomer tilsvarende en mild til moderat depressiv episode så den gjennomsnittlige rapporteringen viser en relativt høy terskel for å søke hjelp hos lege og psykolog for menn og kvinner. Det kan sees i lys av mørketall som også viser en motvilje mot å søke hjelp der tre firedeler som opplever depresjon ikke oppsøker hjelp (Helsedirektoratet, 2022)

Videre viste rapportert villighet at menn og kvinner hadde lavere terskel for å søke hjelp hos lege enn hos psykolog. For lege var gjennomsnittet «noe sannsynlig» og for psykolog «noe usannsynlig». Lavere terskel for å søke hjelp hos lege sammenlignet med hos psykolog kan muligens forklares med at fastleger har et bredere kompetansenivå enn en psykolog. Å søke hjelp hos en fastlege innebærer ikke i like stor grad at man tar innover seg at vanskene er psykisk da en fastlege både kan hjelpe med psykiske og somatiske problemstillinger. Studier har rapportert at menn oftere kommer i kontakt med psykisk helsevesen etter at de har oppsøkt en fastlege for fysiske symptomer slik som vondt i magen (Danielsson et al., 2009; Danielsson et al., 2011; Wirback et al., 2018).

## **Implikasjoner**

### ***Økt forståelse for den faktiske normen***

Tidligere forskning har vist at økt forståelse for den faktiske normen kan bidra til at mennesker ikke lar seg påvirke av pluralistisk ignorans i like stor grad (Dardis et al., 2016). I denne studien har det blitt funnet et mønster der menn hadde større villighet til å søke hjelp selv enn det de trodde andre menn hadde, mens kvinners holdninger samsvarte med hva de trodde andre kvinner ville gjort. Ettersom studien har funnet pluralistisk ignorans for menn vil det indikere i tråd med tidligere forskning at dersom informasjon om funnene spres vil sannsynlighet for at menn handler i tråd med egne ønsker øke (Bursztyn & Yang, 2022; Dardis et al., 2016). Det kan bidra til en generelt lavere terskel for å søke hjelp hos lege og psykolog. Sett i sammenheng med funn fra studien til Danielsson et al. (2011) som fant et stort ønske hos sine informanter om å være normal kan det å endre hva som oppfattes som normalt og bidra til at flere søker hjelp. Forsøkspersonene i studien til Danielsson et al. (2011) var lite villig til å handle imot normen noe tidligere forskning har vist at er med på å opprettholde og til og med kanskje øke problemet (Miller & Morrison, 2009; Vorauer & Miller, 1997).

Rekalibrering av misforestillinger er derfor viktig fordi det kan ha implikasjoner for mennesker som ellers ikke ville søkt hjelp. I sin metastudie fant Bursztyn og Yang (2022) tre mønster for recalibrering av misforestillinger. Den første var at forsøk på å recalibrere misforestillinger generelt sett fungerte som ønsket og flyttet holdningene nærmere den faktiske normen. Den andre var at forsøk på å endre misoppfatningene som var kvalitative eller narrative hadde ofte bedre effekt, slik som å bruke anekdoter, vignetter eller fortellinger i stedet for å presentere kvantitativ informasjon som for eksempel statistikk. Eksempelvis kunne man brukt narrativer fra kvalitativ forskning på menn og hjelpesøking for depresjon slik som narrativer fra studien til Wirback et al. (2018). De hadde en informant som beskrev

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

det å oppsøke hjelp som en siste utvei, men at etter at vedkommende hadde gjennomgått behandling så på det som en nødvendighet. Det tredje mønsteret som ble identifisert var at store endringer i misoppfatninger bare ble funnet i studier som målte endring i atferd kort tid etter intervensjonen hvilket viser en tendens til rigiditet i endring av misoppfatninger (Bursztyń & Yang, 2022). I tråd med de mønstrene vil et forsøk på å endre oppfatninger om menns villighet til å søke hjelp være mest hensiktsmessig hvis det gjøres på en narrativ måte i stedet for å presentere statistiske funn i tillegg til at det kanskje må flere intervensjoner til for å bidra til varig endring.

### **Nettverk**

Resultatene i studien har også implikasjoner for kvinner og menn som pårørende til mennesker med depresjon slik at de i større grad kan oppmuntre de som trenger det til å søke hjelp. Gulliver et al. (2010) gjennomførte en systematisk litteraturgjennomgang om hva som var barrierer og fasilitatorer for unge mennesker som søkte hjelp og fant at sosial støtte og oppmuntring fra andre til å søke hjelp gjorde hjelpesøkingsprosessen lettere. Danielsson et al. (2011) fant at mennene de intervjuet uttrykte at det var vanskelig å uttrykke hvordan de hadde det på grunn av familiekultur og at de ikke ønsket å vise tegn til svakhet. Frykt for at venner og familie skulle behandle dem annerledes ble uttrykt som en barriere for å støtte seg på nettverket sitt. Nettverket betydde også mye for hvordan personene aksepterte tilstanden sin og opplevelse av at hvordan de hadde det var rimelig og at de ikke var alene. Prosessen med å akseptere situasjonen sin var lettere for de som hadde sosiale nettverk som ikke verdsatte tradisjonelle idealer om en sterk mann som holdt ut symptomene sine i stillhet (Danielsson et al., 2011). Flere av beskrivelsene i studien til Danielsson et al. (2011) er i tråd med de 5 psykososiale prosessene til Addis og Mahalik (2003) som sier at det er lettere å søke hjelp dersom man oppfatter problemet som normativt og at man ikke ser symptomene som sentrale for seg selv og hvem man er. Det er også lettere å søke hjelp hvis det er lav

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

sannsynlighet for å bli avvist av sin sosiale gruppe fordi tradisjonelle maskuline idealer ikke er særlig verdsatt og liten opplevelse av tap av kontroll.

### *I helsevesenet*

**Implikasjoner for helsepersonell.** Videre har resultatene implikasjoner for helsepersonell, helt konkret for fastleger og psykologer, men også for annet helsepersonell som møter mennesker som sliter og som kan hjelpe dem å søke hjelp. Det er viktig at de første som møter mennesker med depresjon i helsevesenet har mye kunnskap om holdninger og barrierer som kan bidra til å forsinke eller vanskeliggjøre hjelpesøking. Det er viktig at helsepersonell har kompetanse på hjelpesøking og kjønnsforskjeller blant annet fordi de kan bidra til å endre tendensene ved å for eksempel bruke mønstrene identifisert av Bursztyn og Yang (2022) for å recalibrere misforestillinger.

Resultatene fra min studie viste at det er pluralistisk ignorans hos menn, men ikke hos kvinner. Det kan bidra til å forklare noe av forskjellen i hjelpesøkingforekomst. Andre faktorer som har blitt vist å påvirke hjelpesøking som det er relevant å vite for helsepersonell er at depresjon i seg selv kan være en barriere for å søke hjelp blant annet ved at mennesker med depresjon kan oppleve at de ikke har rett på tiden til helsepersonell (Gask et al., 2003). Forskning har også funnet at depresjonssymptomer kan bidra til at mennesker ikke ønsker å snakke om det som er vanskelig (Emslie et al., 2006). Videre er det viktig å vite noe om at menn oftere enn kvinner kommer til fastleger med fysiske symptomer selv om de fysiske symptomene kan være relatert til psykiske vansker og at det kan forklares med at fysiske symptomer er mindre stigmatisert og ansett mer maskulint (Danielsson et al., 2009; Danielsson et al., 2011; Wirback et al., 2018). Forståelse for selvstigma, maskuline idealer knyttet til emosjonell kontroll og selvstendighet kan hjelpe helsepersonell å møte menn på en god måte og muligens også adressere stigma spesifikt knyttet til maskuline idealer (Mahalik & Di Bianca, 2021).



Mahalik og Di Bianca (2021) har foreslått at det er viktig at helsepersonell undersøker hvordan personer reagerer på symptomene sine i lys av hvilket kjønn de er og hvordan slike reaksjoner kan bidra til selvstigma. Måten helsepersonell møter menn med depresjon kan bidra til å redusere stigma og maskulinitetstrusselen det å søke hjelp kan oppleves som. Det kan man gjøre ved å tilnærme seg behandling på en måte som sier at det er en måte å øke selvstendighet og selvkontroll på i tillegg til å få menn til å se depresjon som mer normativt (Mahalik & Di Bianca, 2021).

### *I samfunnet*

Hvordan man legger til rette for, forholder seg til og omtaler psykisk helse og hjelpesøking i samfunnet har også stor betydning for hvilke holdninger og oppfatninger mennesker har. Som vi har sett tidligere er depresjon et stort problem i form av at det rammer mange mennesker årlig i verden og det har store samfunnsøkonomiske konsekvenser (Helsedirektoratet, 2022; NHI, 2022a; Van de Velde, Bracke, & Levecque, 2010).

**Medias rolle.** En av instansene i samfunnet som når ut til mange mennesker er media. Blant annet fordi depresjon er assosiert med stigma og mange mennesker holder depresjonssymptomer for seg selv, kan hvordan mennesker med depresjon vises frem i media bidra til hvilke holdninger mennesker internaliserer. En del forskning har blitt gjort på media og hvilken rolle media spiller blant annet når det kommer til å skape et inntrykk av hvilke normer som er gjeldende. Bengt et al. (2008) gjennomførte en studie der de fant at svenske aviser fremstilte historier om mennesker med depresjon på en stereotypisk måte. De fant at mange aviser fremstilte arbeid og stress som de eneste forklaringene på utvikling av depresjon hos menn, mens de presenterte mange mulige faktorer for kvinner. Det kan bidra til et entydig og forenklet bilde på depresjon hos menn. Et forenklet bilde kan forsinke og komplisere identifisering og akseptering av andre faktorer som kan bidra til utvikling av depresjon. I studien til Danielsson et al. (2011) ble informantene spurt om det første bildet de

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

fikk i hodet når de tenkte på en person med depresjon. Bildet informantene fikk i hodet viste tydelige kjønnsforskjeller der unge kvinner ofte fortalte om en kvinne som var avhengig av andre, som satt på huk, gråt inn i hendene og var sårbar. Det kan likne på bilder presentert i filmer og magasiner. Mennene i studien identifiserte seg mer med helter i filmer som slet. Funnene viste at kvinnene i større grad adopterte et syn på en deprimert person som var maktesløs, mens mennene hadde et syn som var mer styrkende for selvfølelsen (Danielsson et al., 2011)

**Synlighet av helsetjenester.** Hvor synlige og tilgjengelige helsetjenester er kan også påvirke hvorvidt noen søker hjelp eller ikke og hvilke holdninger man har til å søke hjelp. Det kan handle om informasjonstilgang til hvilke tilbud som finnes, men også hvilke bilder man viser til og hvordan man informerer om helsetilbud. White et al. (2011) argumenterte for at det ikke er en god strategi å vente på at menn selv søker hjelp og at man burde fokusere på å øke kunnskap og innsikt. Det kan handle om å for eksempel ha informasjon om psykisk helse og informasjon om helsetjenester der menn oppholder seg slik som for eksempel på arbeidsplasser, i barer og på ungdomssenter. Informasjon om helsetilbud kunne tatt utgangspunkt i mønster for rekalkibrering identifisert av Bursztyn og Yang (2022) ved å for eksempel fortelle historier om menn som hadde positive opplevelser av å søke hjelp for depresjon. Ved å plassere informasjon i omgivelsene kunne personer blitt jevnlig eksponert for informasjonen slik at intervensjoner var gjentakende over tid. Dersom mer informasjon hadde vært tilgjengelig i menns omgivelser kunne det bidratt til å endre bildet på en deprimert person og normalisere at menn kan få depresjon og søke hjelp for det.

**Tidligere fokus på hjelpesøking, depresjon og normer.** Depresjon kan ramme mennesker i alle aldre (Helse Norge, 2022a) og det er anslått at 20% har hatt depresjon før de er 18 år (Legeforeningen, 2019). Et av stedene som White et al. (2011) foreslo å spre informasjon om psykisk helse og helsetilbud var ungdomssenter. Helsedirektoratet (2019) har

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

også anbefalt at det burde iverksettes tiltak i skolehelsetjenesten som gjør det lettere for gutter å søke hjelp. En av måtene de foreslo at det kan gjøres på er nettopp ved å sørge for at guttene vet hvilke tjenester som finnes og at tjenestene er synlige i skolemiljøet. Kunnskap hos skolepersonale kan også være viktig for å plukke opp barn og ungdom som sliter for å få satt inn tiltak tidlig (Wirback et al., 2018). Det er mulig at økt fokus på hjelpesøking og depresjon blant ungdom kunne bidratt til å endre eller redusere noen av faktorene som øker barrierene for å søke hjelp slik at hjelpesøking for depresjon ble sett på som mer normativt. Dersom man fokuserer på depresjon blant ungdom kan man muligens i stedet for å bruke ressurser på å endre eller rekalkibrere holdninger om at menn ikke søker hjelp (Bursztyn & Yang, 2022) heller bidra til å skape holdninger om at menn og kvinner kan ha det vanskelig og at det da er lurt å søke hjelp fordi man kan få det bedre.

### **Resultatene er tendenser på gruppenivå**

Resultatene i studien handler om tendenser på gruppenivå og det finnes store variasjoner blant menn og blant kvinner i deres holdninger til å søke hjelp selv og holdninger til menn flest eller kvinner flest. Studier på kjønnsforskjeller har tidligere blitt kritisert for å fokusere for mye på gruppeforskjeller og ikke nok på variasjoner innad i et menneske og at mennesker handler på forskjellig måte på tvers av hjelpesøkingssituasjoner (Addis & Mahalik, 2003). Det kan gi et noe unyansert bilde blant annet fordi man forenkler virkeligheten og ikke får frem kompleksiteten i hjelpesøking. Det har også blitt argumentert for at studier på kjønnsforskjeller kan støtte tolkning av enkelte trekk som faste trekk ved gruppa (Martin, 1994). Det kan bidra til å øke stereotypier ved å forsterke tanken om at kvinner er slik og menn er slik, noe som videre kan begrense menn og kvinner (Addis & Mahalik, 2003).

### **Begrensninger ved studien**

En begrensning ved studien er at studien har spurt forsøkspersonene om hva de tror de ville gjort og hva de tror andre ville gjort dersom de hadde det som personen i vignetten, men ikke undersøkt faktisk hjelpesøking. Studien undersøkte heller ikke nivå av depressive symptomer hos forsøkspersonene i datainnsamlingsperioden. Med tanke på at depresjon er en utbredt lidelse er det sannsynlig at flere i utvalget hadde depressive symptomer da dataene bli samlet inn. Studien sier ikke noe om de faktisk søkte hjelp eller om forsøkspersoner som har vært deprimert tidligere søkte hjelp for symptomene sine da. Det kunne vært relevant å undersøke i fremtidig forskning hvorvidt holdninger til hjelpesøking samsvarer med hjelpesøkingsatferd ved depresjonssymptomer.

En annen svakhet ved studien er at det ikke ble definert eller klargjort hva som menes med å oppsøke lege og psykolog slik at det er vanskelig å vite hva forsøkspersonene legger i å søke hjelpe hos lege og psykolog. I en norsk kontekst kan man oppsøke psykolog privat eller ved å få henvisning fra fastlege. Da kan det være at forsøkspersonenes kjennskap til norsk helsevesen kan påvirke rapportering av sannsynlighet for å oppsøke lege eller psykolog. Dersom forsøkspersonene for eksempel tenkte at de ikke var interessert i å oppsøke privat psykolog kan det øke villighet til å oppsøke lege fordi man må oppsøke fastlegen for å eventuelt få en henvisning til en psykolog i offentlig helsevesen. Det er mulig at forsøkspersoner har tenkt at de må oppsøke lege uansett for å få hjelp hos psykolog eller at å oppsøke lege er nok fordi de kanskje kan få medisiner eller noen samtaler med fastlegen sin. Det kan med andre ord være vanskelig å vite hvilke tanker og refleksjoner som ligger bak vurdering av villighet til å oppsøke lege og psykolog. Forskjellen mellom lege og psykolog må tolkes med noe forsiktighet, men kan si noe om hjelpesøking mer generelt.

Til slutt kan det tenkes at det finnes personer i utvalget som har ulike kjønnsidentiteter. I studien har forsøkspersonene blitt delt i to grupper, menn eller kvinner,

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

basert på folkeregistrert kjønn. Forskning fra andre land har tydet på at mellom 0.1% og 2.7% av befolkningen har en kjønnsidentitet som noen ganger eller hele tiden skiller seg fra det kjønn de fikk tildelt ved fødselen (Sørli, u.å.). I mitt utvalg på 2062 personer vil det tilsi at opp mot 56 av personene har en kjønnsidentitet som noen ganger eller hele tiden skiller seg fra det kjønn de fikk tildelt ved fødselen. Det er mulig at dersom studien hadde hatt flere alternativ enn mann eller kvinne, hadde resultatene blitt noe annerledes. Det kan være interessant å undersøke i fremtidig forskning.

### **Konklusjon**

Resultatene fra studien støtter at pluralistisk ignorans påvirker kjønnsforskjeller i forekomst av hjelpesøking da det ble funnet pluralistisk ignorans hos menn, men ikke hos kvinner. Studien støtter tidligere forskning om at menn er mindre villig til å søke hjelp hos lege og psykolog enn kvinner. Studien støtter også tendenser til at man overvurderer tendenser i utgruppe sammenlignet med inngruppe. Menn rapporterte at de trodde at kvinner var enda mer villig til å søke hjelp hos lege og psykolog enn det kvinner rapporterte, mens kvinner rapporterte at de trodde at menn flest var enda mindre villig til å oppsøke lege eller psykolog. Resultatene indikerte en relativt høy terskel til å søke hjelp hos lege og hos psykolog for menn og kvinner hvilket er uheldig med tanke på konsekvenser for individer og samfunnet. Det kan også muligens bidra til store mørketall i hjelpesøking for depresjon for menn og kvinner.

Som vi har sett er hjelpesøking for depresjon kompleks, men viktig å få økt innsikt i fordi det har store konsekvenser for samfunnet, personer med depresjon og pårørende. Studien har bidratt til å øke innsikt i faktorer som kan bidra til kjønnsforskjeller i hjelpesøking. Resultatene kan ha praktiske implikasjoner dersom de spres i tråd med de tre mønstrene for recalibrering nevnt tidligere fordi det kan bidra til at hjelpesøking oppfattes mer normativt for menn. For å få økt innsikt i pluralistisk ignorans og hjelpesøking kunne det

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

vært interessant å gjennomføre det samme forsøksdesignet med andre psykiske

problemstillinger, slik som rusmisbruk. Da hadde det vært mulig å utforske hvorvidt nivå av

pluralistisk ignorans varierer på tvers av psykiske lidelser eller om resultatene i denne studien

gjelder psykiske lidelser generelt.

### Referanseliste

- Aarethun, V., Sandal, G. M., Guribye, E., Markova, V., & Bye, H. H. (2021). Explanatory models and help-seeking for symptoms of PTSD and depression among Syrian refugees. *Soc Sci Med*, 277, 113889-113889. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113889>
- Addis, M. E. (2008). Gender and Depression in Men. *Clinical psychology (New York, N.Y.)*, 15(3), 153-168. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00125.x>
- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking. *Am Psychol*, 58(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory–II (BDI-II). *APA PsycTests*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Bengs, C., Johansson, E., Danielsson, U., Lehti, A., & Hammarström, A. (2008). Gendered Portraits of Depression in Swedish Newspapers. *Qual Health Res*, 18(7), 962-973. <https://doi.org/10.1177/1049732308319825>
- Berge, T., Øien, H., & Jakobsson, N. (2014). *Formell og uformell omsorg: Samspillet mellom familien og velferdsstaten*. VelferdsforskningsinstituttetNOVA. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5197/NOVA-Not-3-14-Formell-og-uformell-omsorg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bosson, J. K., & Michniewicz, K. S. (2013). Gender Dichotomization at the Level of Ingroup Identity: What It Is, and Why Men Use It More Than Women. *J Pers Soc Psychol*, 105(3), 425-442. <https://doi.org/10.1037/a0033126>
- Bursztyn, L., & Jensen, R. (2017). Social Image and Economic Behavior in the Field: Identifying, Understanding, and Shaping Social Pressure. *Annual review of economics*, 9(1), 131-153. <https://doi.org/10.1146/annurev-economics-063016-103625>
- Bursztyn, L., & Yang, D. Y. (2022). Misperceptions About Others. *Annual review of economics*, 14(1), 425. <https://doi.org/10.1146/annurev-economics-051520-023322>
- Cavanagh, A., Wilson, C. J., Kavanagh, D. J., & Caputi, P. (2017). Differences in the Expression of Symptoms in Men Versus Women with Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *Harv Rev Psychiatry*, 25(1), 29-38. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000128>
- Chiu, C.-Y., Gelfand, M. J., Yamagishi, T., Shteynberg, G., & Wan, C. (2010). Intersubjective Culture: The Role of Intersubjective Perceptions in Cross-Cultural Research. *Perspect Psychol Sci*, 5(4), 482-493. <https://doi.org/10.1177/1745691610375562>
- Cialdini, R. B. (2012). Handbook of Theories of Social Psychology: Volume 2. In Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), (s. 295-312). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446249222>
- Cialdini, R. B., & Goldstein, N. J. (2004). Social influence: Compliance and conformity. *Annu Rev Psychol*, 55(1), 591-621. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.142015>

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

- Cole, B. P., & Davidson, M. M. (2019). Exploring Men's Perceptions About Male Depression. *Psychology of men & masculinity*, 20(4), 459-466. <https://doi.org/10.1037/men0000176>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychol Sci Public Interest*, 15(2), 37-70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & RUSch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75-81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Cusack, J., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2006). Emotional Expression, Perceptions of Therapy, and Help-Seeking Intentions in Men Attending Therapy Services. *Psychology of men & masculinity*, 7(2), 69-82. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.7.2.69>
- Danielsson, U., Bengs, C., Lehti, A., Hammarstrom, A., & Johansson, E. E. (2009). Struck by lightning or slowly suffocating - gendered trajectories into depression. *BMC Fam Pract*, 10(1), 56-56. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-56>
- Danielsson, U., & Johansson, E. E. (2005). Beyond weeping and crying: a gender analysis of expressions of depression. *Scand J Prim Health Care*, 23(3), 171-177. <https://doi.org/10.1080/02813430510031315>
- 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. *Qual Health Res*, 21(5), 612-624. <https://doi.org/10.1177/1049732310391272>
- Dardis, C. M., Murphy, M. J., Bill, A. C., & Gidycz, C. A. (2016). An Investigation of the Tenets of Social Norms Theory as They Relate to Sexually Aggressive Attitudes and Sexual Assault Perpetration: A Comparison of Men and Their Friends. *Psychology of violence*, 6(1), 163-171. <https://doi.org/10.1037/a0039443>
- David-Barrett, T., Rotkirch, A., Carney, J., Izquierdo, I. B., Krems, J. A., Townley, D., McDaniell, E., Byrne-Smith, A., & Dunbar, R. I. M. (2015). Women Favour Dyadic Relationships, but Men Prefer Clubs: Cross-Cultural Evidence from Social Networking. *PLoS One*, 10(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118329>
- Doherty, D. T., & Kartalova-O'Doherty, Y. (2010). Gender and self-reported mental health problems: Predictors of help seeking from a general practitioner. *Br J Health Psychol*, 15(1), 213-228. <https://doi.org/10.1348/135910709X457423>
- Eggenberger, L., Fordschmid, C., Ludwig, C., Weber, S., Grub, J., Komlenac, N., & Walther, A. (2021). Men's Psychotherapy Use, Male Role Norms, and Male-Typical Depression Symptoms: Examining 716 Men and Women Experiencing Psychological Distress. *Behavioral sciences*, 11(6), 83. <https://doi.org/10.3390/bs11060083>
- Emslie, C., Ridge, D., Ziebland, S., & Hunt, K. (2006). Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Soc Sci Med*, 62(9), 2246-2257. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.017>
- FHI. (2014). *Fakta om sosial støtte og ensomhet*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>
- FHI. (2018). *Psykisk helse i Norge* Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Gask, L., Rogers, A., Oliver, D., May, C., & Roland, M. (2003). Qualitative study of patients perceptions of the quality of care for depression in general practice. *Br J Gen Pract*, 53(489), 278-283.

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

- Gelfand, M. J., & Harrington, J. R. (2015). The Motivational Force of Descriptive Norms: For Whom and When Are Descriptive Norms Most Predictive of Behavior? *Journal of cross-cultural psychology*, 46(10), 1273-1278. <https://doi.org/10.1177/0022022115600796>
- Grung, I., Anderssen, N., Haukenes, I., Ruths, S., Smith-Sivertsen, T., Hetlevik, Ø., & Hjørleifsson, S. (2022). Patient experiences with depression care in general practice: a qualitative questionnaire study. *Scand J Prim Health Care*, 40(2), 253-260. <https://doi.org/10.1080/02813432.2022.2074069>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 113-113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Halbesleben, J. R. B., Wheeler, A. R., & Buckley, M. R. (2007). Understanding pluralistic ignorance in organizations: application and theory. *Journal of managerial psychology*, 22(1), 65-83. <https://doi.org/10.1108/02683940710721947>
- Hammer, J. H., & Vogel, D. L. (2010). Men's Help Seeking for Depression: The Efficacy of a Male-Sensitive Brochure About Counseling. *The Counseling psychologist*, 38(2), 296-313. <https://doi.org/10.1177/0011000009351937>
- Harris, S. M., Sandal, G. M., Bye, H. H., Palinkas, L. A., & Binder, P.-E. (2021). Integration Is Correlated With Mental Health Help-Seeking From the General Practitioner: Syrian Refugees' Preferences and Perceived Barriers. *Front Public Health*, 9, 777582-777582. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.777582>
- Helsedirektoratet. (2019). *Tiltak for å nå gutter: Skolehelsetjenesten bør vurdere å iverksette tiltak for å nå gutter i større grad*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/skolehelsetjenesten-520-ar/andre-overgripende-tiltak/tiltak-for-a-na-gutter-skolehelsetjenesten-bor-vurdere-a-iverksette-tiltak-for-a-na-gutter-i-storre-grad>
- Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/\\_attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:00d22bca72bc2c628bb7595ae3fb125455e332dc/Voksne%20med%20depresjon%20E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:00d22bca72bc2c628bb7595ae3fb125455e332dc/Voksne%20med%20depresjon%20E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20i%20prim%C3%A6r%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf)
- Helse Norge. (2019). *Psykolog Helse Norge*. <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykolog/>
- Helse Norge. (2021). *Depresjon hos voksne*. Helse Norge. <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/depresjon-voksne/>
- Helse Norge. (2022a). *Depresjon hos barn og unge*. Helse Norge. <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/depresjon-hos-barn/>
- Helse Norge. (2022b). *Deprimert eller trist?* Helse Norge. <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/deprimert-eller-trist/>
- IBM Corp. (2021). *IBM SPSS Statistics for Macintosh, Versjon 27*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Ivarsflaten, E., Dahlberg, S., Løvseth, E., D., S., Bye, H., Bjånesøy, L., Gregersen, T., Böhm, G., Elgesem, D., Schakel, A., Fimreite, A., Nordø, Å., & Knudsen, E. (2022). *Norsk*



Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

*medborgerpanel runde 24 (mai - juni 2022) [Datasett], v100. Data tilgjengelig fra DIGSSCORE, UiB.*

- Johnson, J. L., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Galdas, P., & Ogradniczuk, J. S. (2012). Men's discourses of help-seeking in the context of depression. *Sociol Health Illn*, 34(3), 345-361. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01372.x>
- Jordan, A. H., Monin, B., Dweck, C. S., Lovett, B. J., John, O. P., & Gross, J. J. (2011). Misery Has More Company Than People Think: Underestimating the Prevalence of Others' Negative Emotions. *Pers Soc Psychol Bull*, 37(1), 120-135. <https://doi.org/10.1177/0146167210390822>
- Karaffa, K. M., & Koch, J. M. (2016). Stigma, Pluralistic Ignorance, and Attitudes Toward Seeking Mental Health Services Among Police Officers. *Criminal justice and behavior*, 43(6), 759-777. <https://doi.org/10.1177/0093854815613103>
- Karaffa, K. M., & Tochkov, K. (2013). Attitudes toward seeking mental health treatment among law enforcement officers. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 9(2), 75-99.
- Legeforeningen. (2019). *Depressive lidelser*. Legeforeningen <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-2-tilstandsbilder-kapitlene-er-opsatt-etter-inndeling-i-icd-10/depressive-lidelser/>
- Li, T., & Gal, D. (2022). The Marlboro men don't cry: Understanding the gendered perceptions of people seeking mental health care. *Journal of experimental psychology. Applied*, 28(2), 423-437. <https://doi.org/10.1037/xap0000360>
- Mahalik, J. R., & Di Bianca, M. (2021). Help-seeking for depression as a stigmatized threat to masculinity. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52, 146-155. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/pro0000365>
- Maji, S. (2018). Society and 'good woman': A critical review of gender difference in depression. *Int J Soc Psychiatry*, 64(4), 396-405. <https://doi.org/10.1177/0020764018765023>
- Malt, U., & Aslaksen, P. (2020). Psykiske lidelser. In *Store Medisinske Leksikon (SML)*.
- Malt, U., & Braut, G. S. (2022). ICD-10. In *Store Medisinske Leksikon*.
- Martin, J. R. (1994). Methodological Essentialism, False Difference, and Other Dangerous Traps. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 19(3), 630-657. <https://doi.org/10.1086/494915>
- Martin, L. A., Neighbors, H. W., & Griffith, D. M. (2013). The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1100-1106. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1985>
- Miller, D. T., & Morrison, K. R. (2009). Expressing deviant opinions: Believing you are in the majority helps. *Journal of experimental social psychology*, 45(4), 740-747. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2009.04.008>
- Miller, D. T., & Prentice, D. A. (2016). Changing Norms to Change Behavior. *Annu Rev Psychol*, 67(1), 339-361. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015013>
- Mirnezami, H. F., Jacobsson, L., & Edin-Liljegren, A. (2016). Changes in attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment 1976-2014 in a Swedish population. *Nord J Psychiatry*, 70(1), 38-44. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1046916>
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *Br J Psychiatry*, 134(4), 382-389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- NHI. (2022a). *Forekomst av depresjon*. Norsk Helseinformatikk. <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-forekomst/>

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

- NHI. (2022b). *Symptomer og tegn på depresjon*. Norsk Helseinformatikk.  
<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-symptomer-og-tegn/?page=all>
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the Gender Difference in Depressive Symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 77(5), 1061-1072. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.5.1061>
- Pavey, L., Sparks, P., & Churchill, S. (2018). Proscriptive vs. Prescriptive Health Recommendations to Drink Alcohol Within Recommended Limits: Effects on Moral Norms, Reactance, Attitudes, Intentions and Behaviour Change. *Alcohol Alcohol*, 53(3), 344-349. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agx123>
- Pearce, E., Machin, A., & Dunbar, R. I. M. (2021). Sex Differences in Intimacy Levels in Best Friendships and Romantic Partnerships. *Adaptive human behavior and physiology*, 7(1), 1-16. <https://doi.org/10.1007/s40750-020-00155-z>
- Rutz, W., Wålinder, J., Von Knorring, L., Rihmer, Z., & Pihlgren, H. (1997). Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 1(1), 39-46. <https://doi.org/10.3109/13651509709069204>
- Salaheddin, K., & Mason, B. (2016). Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*, 66(651), 686-692. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687313>
- Sargent, R. H., & Newman, L. S. (2021). Pluralistic Ignorance Research in Psychology: A Scoping Review of Topic and Method Variation and Directions for Future Research. *Review of general psychology*, 25(2), 163-184. <https://doi.org/10.1177/1089268021995168>
- Schroeder, C. M., & Prentice, D. A. (1998). Exposing Pluralistic Ignorance to Reduce Alcohol Use Among College Students. *Journal of applied social psychology*, 28(23), 2150-2180. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1998.tb01365.x>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59(Supplement 20), 22-33. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05305whi>
- Skjervheim, Ø., Høgestøl, A., Bjørnebekk, O., & Wettergreen, J. (2022). *Norwegian Citizen Panel methodology report, wave 24 [Produsert av Ideas2Evidence]*.
- Sørli, A. (u.å.). *Hvor vanlig er kjønnsinkongruens? Pasientorganisasjonen for kjønnsinkongruens*. <https://kjonnsinkongruens.no/kjonnsinkongruens/hvor-mange-er-trans/>
- Statistiskentralbyrå. (2022). *Helse- og sosialpersonell* [Statistikk]. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/helse-og-sosialpersonell>
- Tankard, M. E., & Paluck, E. L. (2016). Norm Perception as a Vehicle for Social Change. *Social Issues and Policy Review*, 10(1), 181-211. <https://doi.org/10.1111/sipr.12022>
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. A. (2020). *International Health Care System Profiles Norway*. The Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway>
- UiB. (2020). *Om panelet*. Universitetet i Bergen. <https://www.uib.no/medborger/42770/om-panelet#>
- UiB. (2021). *Deltakere i Norsk Medborgerpanel*. Universitetet i Bergen. <https://www.uib.no/medborger/42769/deltakere-i-norsk-medborgerpanel>

Hva tenker egentlig de andre? En eksperimentell studie av pluralistisk ignorans og kjønnsforskjeller knyttet til hjelpesøking for depresjon

- UiB. (2022a). *Databehandling og personvern*. Universitetet i Bergen.  
<https://www.uib.no/medborger/105341/databehandling-og-personvern>
- UiB. (2022b). *Medborgerstipendet*. Universitetet i Bergen.  
<https://www.uib.no/medborger/143746/medborgerstipendet>
- UiB. (2022c). *Ofte stilte spørsmål om Norsk medborgerpanel*. Universitetet i Bergen.  
<https://www.uib.no/medborger/45664/ofte-stilte-sp%C3%B8rsm%C3%A5l#kan-jeg-melde-meg-av-n-r-jeg-selv-nsker->
- Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med*, 71(2), 305-313. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.035>
- Van de Velde, S., Bracke, P., Levecque, K., & Meuleman, B. (2010). Gender differences in depression in 25 European countries after eliminating measurement bias in the CES-D 8. *Social science research*, 39(3), 396-404.  
<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2010.01.002>
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the Self-Stigma Associated With Seeking Psychological Help. *Journal of counseling psychology*, 53(3), 325-337.  
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.325>
- Vogel, D. L., Wester, S. R., Hammer, J. H., & Downing-Matibag, T. M. (2014). Referring Men to Seek Help: The Influence of Gender Role Conflict and Stigma. *Psychology of men & masculinity*, 15(1), 60-67. <https://doi.org/10.1037/a0031761>
- Vorauer, J. D., & Miller, D. T. (1997). Failure to Recognize the Effect of Implicit Social Influence on the Presentation of Self. *Journal of personality and social psychology*, 73(2), 281-295. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.2.281>
- White, A., McKee, M., Richardson, N., Visser, R. d., Madsen, S. A., Sousa, B. C. d., Hogston, R., Zatoński, W., & Makara, P. (2011). Europe's men need their own health strategy. *BMJ*, 343(7834), 1144-1147. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7397>
- WHO. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- Wirback, T., Forsell, Y., Larsson, J.-O., Engström, K., & Edhborg, M. (2018). Experiences of Depression and Help-Seeking Described by Young Swedish Men. *Psychology of men & masculinity*, 19(3), 407-417. <https://doi.org/10.1037/men0000110>
- Yousaf, O., Grunfeld, E. A., & Hunter, M. S. (2015). A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health Psychol Rev*, 9(2), 264-276. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.840954>